



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
PSICOLOGIA SOCIAL Y AMBIENTAL

ESTUDIO DE LA RECAIDA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL: EL
CASO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS (AA)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTORA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

REYNA ALMA GUTIERREZ REYNAGA

JURADO DE EXAMEN DE GRADO
DIRECTORA: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
COMITE: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA
DRA. MARIA ELENA MEDINA-MORA ICAZA
DRA. MARIA EMILY REIKO ITO SUGIYAMA
DRA. SARAH GARCIA SILBERMAN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A todos los miembros de AA de la Sección México que gentilmente ofrecieron sus experiencias y tiempo para responder el cuestionario, porque sin su colaboración no hubiera sido posible este estudio

A mi directora de tesis, la Dra. Patricia Andrade Palos, porque con su dirección y supervisión, gran apoyo, paciencia, interés y constante motivación, facilitó la realización de las metas de este trabajo.

A la Dra. María Emily Reiko Ito Sugiyama, porque a través de sus valiosas asesorías proporcionó todos los elementos necesarios para el desarrollo de este estudio.

A la Dra. María Elena Medina-Mora Icaza, por sus valiosos comentarios a este trabajo, ya que fueron los que en gran parte encauzaron su curso. Por su confianza, comprensión y todo el apoyo que he recibido por parte de ella, quisiera expresarle mi más profundo agradecimiento.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa por sus importantes asesorías y por haber dedicado parte de su valioso tiempo en la revisión de este trabajo.

A la Dra. Sarah García Silberman, por las aportaciones hechas en la revisión de este estudio.

A la Mtra. Guillermina Natera Rey, por todas sus atenciones y las facilidades que me proporcionó para finalizar este estudio.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, por la oportunidad que me otorgó para la realización de este trabajo.

A Edith Rivera, Silvia Carreño y Francisco Juárez, porque generosamente me brindaron su apoyo en el área estadística.

A Alberto Jiménez, por su amable cooperación en la corrección de estilo de la introducción y conclusión de este estudio, así como por la elaboración del resumen en inglés.

A mi hermano Juan de Jesús por su gran apoyo para finalizar este trabajo, y porque siempre ha estado conmigo en los momentos más difíciles.

A Claudia, Gabriela, Liliana, Rosa María, Marcela y Eva, porque siempre me alentaron y acompañaron en todos los momentos en que las necesité.

Agradezco de especial manera a mi compañera de trabajo Nora Martínez, porque con sus comentarios y apoyo permitió completar la última fase de este trabajo.

A todos y a cada uno de ellos y ellas, agradezco infinitamente.

*A ti Arturito que más que mi hermano
fuiste mi mejor amigo q. e. p. d.*

ÍNDICE

	Páginas
Agradecimientos.....	i
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Introducción.....	vii
Capítulo I. El alcoholismo y su concepción de enfermedad.....	1
Antecedentes.....	1
El problema de la recaída en el alcoholismo.....	4
La recaída: criterios para definirla.....	4
Explicaciones al por qué de la recaída.....	5
Capítulo II. Situaciones de alto riesgo de recaída: el <i>craving</i>.....	8
Antecedentes.....	8
Definiendo el <i>craving</i>	9
Modelos teóricos de <i>craving</i>	12
Modelos del condicionamiento.....	14
Severidad de la dependencia: variable moderadora de <i>craving</i>	16
Modelos psicobiológicos de <i>craving</i>	18
Modelo fenomenológico de <i>craving</i>	21
La medición de <i>craving</i>	24
Capítulo III. Estrés, afrontamiento y <i>craving</i>.....	28
El estrés y sus implicaciones en el <i>craving</i> : conceptos básicos.....	28
El afrontamiento al estrés e implicaciones en el <i>craving</i> : conceptos básicos.....	33
Clasificación de respuestas de afrontamiento.....	35
Creencias religiosas y el compromiso como respuestas de afrontamiento.....	38
Afrontamiento al <i>craving</i>	40
Capítulo IV. Los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA).....	43
Sobre la eficacia de AA en la conducta de consumo.....	43
Aspectos relacionados con la afiliación a AA.....	45

AA: Componentes del trabajo de recuperación.....	46
La espiritualidad.....	47
Definición de la espiritualidad según AA.....	47
Los Doce Pasos.....	49
Actividad de “servicio”.....	50
El padrino y/o apadrinamiento.....	51
La recaída en AA.....	53
Justificación y planteamiento del problema de investigación.....	55

Capítulo V. Primera fase de investigación:

Estudio descriptivo acerca del suceso <i>craving</i> , forma de afrontarlo y elementos que posibilitan la pertenencia a AA.....	57
Objetivo general.....	58
Objetivos específicos.....	58
Método.....	58
Participantes.....	58
Instrumento.....	58
Procedimiento.....	59
Análisis de datos.....	60
Resultados.....	61
Características los entrevistados.....	61
Narrativas asociadas al <i>craving</i> de alcohol.....	62
Narrativas asociadas a lo que se piensa o hace en situaciones potenciales de consumo... 66	
Aspectos considerados como más relevantes para lograr la incorporación exitosa a AA.. 71	
Discusión.....	73

Capítulo VI. Segunda fase de investigación:

Diseño de instrumentos y/o formas de medición acerca de la afiliación con AA, <i>craving</i> y su afrontamiento, para indagar influencia o interacción con la recaída.....	77
Objetivo general.....	77
Objetivos específicos.....	78
Definición y operacionalización de las variables.....	79

Diseño de investigación.....	81
Método.....	81
Participantes.....	81
Instrumento.....	83
Procedimiento.....	84
Análisis estadísticos.....	86
Resultados (presentación).....	87
Características de la recaída en miembros de AA.....	89
Características del consumo de alcohol antes del ingreso a AA.....	91
Características de la participación en AA (afiliación).....	93
<i>Craving</i> u “obsesión mental de beber”: su medición.....	99
Descripción de la elaboración de un instrumento de afrontamiento a la “obsesión mental de beber”	108
Afiliación con AA, “obsesión mental de beber” y formas de afrontamiento.....	113
Grupo de afrontamiento <i>evasivo/activo</i> : interacción con niveles de <i>craving</i> y afiliación a AA.....	114
Grupo de afrontamiento <i>emocional/pasivo</i> : interacción con niveles de <i>craving</i> y afiliación a AA.....	117
Grupo de afrontamiento <i>revalorativo</i> : interacción con niveles de <i>craving</i> y afiliación a AA.....	120
Grupo de afrontamiento <i>evasivo/pasivo</i> : interacción con niveles de <i>craving</i> y afiliación a AA.....	122
Grupo de afrontamiento <i>negación a la “obsesión mental de beber”</i> : interacción con niveles de <i>craving</i> y afiliación a AA.....	125
La recaída: grupos de afrontamiento, niveles de <i>craving</i> y afiliación a AA.....	127
Discusión.....	131
Capítulo VII: Conclusiones	154
Referencias bibliográficas.....	162
Apéndice 1: Guía de la entrevista semi-estructurada a miembros de AA.....	177
Apéndice 2. Descripción de las áreas que conformaron el cuestionario.....	181
Apéndice 3: El cuestionario.....	184

RESUMEN

La recaída después de intentos por dejar de beber es un suceso que puede afectar de manera importante la vida futura del alcohólico, ameritando esfuerzos de investigación dirigidos a su esclarecimiento y prevención. El presente estudio abordó los temas de *craving*, estrategias para afrontar el estrés producido por éste, y el impacto que tiene la pertenencia a los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA). El objetivo fue encontrar eventos que explicaran la ocurrencia de la recaída en el caso específico de los miembros de AA.

La investigación se realizó en dos diferentes fases. La primera incluyó un estudio descriptivo que tuvo la intención de reconocer y ubicar las variables consideradas en este trabajo (N=12). La segunda fase se desarrolló para construir instrumentos de medición que habilitaran el reconocimiento de la interacción entre la recaída y las otras variables en una muestra de 192 miembros de AA de la Sección México, Área Sur del DF. La muestra se subdividió en dos grupos: no recaídos (N=143) y recaídos (N=49). Los instrumentos contaron con características psicométricas adecuadas y/o resultaron apropiados debido a la coincidencia con el enfoque teórico y empírico.

Entre los resultados más relevantes y con base en el análisis del AID's (Detección Automática de Interacciones), se encontró que el grado de afiliación a AA, niveles de *craving* u "obsesión mental de beber" (término utilizado por los AA de esta muestra para su probable identificación) y el tipo de táctica utilizada para su afrontamiento, son variables que podrían estar causal y mutuamente asociadas con el mantenimiento de la abstinencia vs. la recaída. No obstante, la forma en que dichas variables interactúan es múltiple y diversa. A pesar de esto, es posible que los alcohólicos más comprometidos en las actividades de los grupos obtengan los mejores resultados. Los hallazgos de este estudio son sugerentes más que concluyentes, empero, evidencian el impacto que tiene la participación activa en AA en el proceso de recuperación del alcoholismo.

ABSTRACT

Since alcohol use relapse is an event that can importantly affect the life of the alcoholic, it is important to research about its possible causes for developing prevention programmes. This study is about *craving*, the strategies to cope with the stress it produces, and the impact of being a member of Alcoholics Anonymous (AA). The objective is to find situations that explain relapse in AA members.

The research was developed in two different phases. The first one included a descriptive study designed to identify and to locate the variables considered in the research (N=12). The second phase was devoted to develop the scales for measuring the interaction between relapse and the other variables in a sample of 192 AA members from *Sección México*, South Area in Mexico City. The sample was divided in two groups: not relapsed (N=143), and relapsed (N=49). The scales had good psychometric levels and were appropriate because of the coincidence between theoretical and empirical approaches.

The Automatic Interactions Detection (AID's) analysis showed that the level of affiliation to AA, the levels of *craving* (or the obsession for drinking –this term was used by the AA members in this sample for probable identification), and the tactics used for coping with it are probable causal variables which are mutually associated to abstinence maintenance vs. relapse. Nonetheless the way these variables interact is multiple and diverse. Despite this evidence, it is possible that the AA members who are more committed to the activities in the group get the best outcomes. The results of this research are rather suggestive than conclusive, but they underline the impact of the active involvement in AA's activities through the recovery process of alcoholism.

INTRODUCCIÓN

En el campo del alcoholismo, la recaída después de tratamiento o los intentos por dejar de beber son un tema de interés y preocupación por parte de la comunidad científica desde hace varias décadas. La tasa de ocurrencia puede variar de 40 a 80% e incluso alcanzar 90% si la meta es la abstinencia total existiendo, además, la posibilidad de que el alcohólico reinstale o aumente hábitos de consumo anteriores y dañinos, afectando de manera importante su vida futura. Ante esta evidencia se ha puesto de manifiesto la necesidad de conocer y explicar las circunstancias que pudieran influir en su aparición a fin de dirigir esfuerzos para su prevención que, en última instancia, se reflejarían en la disminución de los costos de salud en cuanto a la atención del alcoholismo y sus problemas asociados.

Para algunos investigadores el estudio de la recaída aún se encuentra en fases iniciales y presenta salvedades en cuanto a su definición y medición. No obstante, su investigación ha sido abordada por diversas disciplinas con diferentes niveles de análisis, aportando importante información. Son múltiples y diversos los modelos teóricos que se han dado a la tarea de identificar la etiología y manifestación de la recaída, empero la literatura destaca de manera consistente a la aproximación psicológica entre los modelos que estimularon en alto grado su investigación. Con especial acento en el enfoque psicológico cognitivo-conductual, se precisa como un proceso influido por factores múltiples que puede analizarse a través de la interacción de situaciones de alto riesgo, disponibilidad de conductas de afrontamiento, efectividad de tales conductas y de las diferencias individuales atribuidas a la dependencia del alcohol. Sin embargo, entre las contribuciones de esta aproximación ha merecido atención especial la identificación de las diversas situaciones de riesgo predictores potenciales del suceso.

Una de esas situaciones involucra una experiencia descrita como un estado emocional motivacional o como una conducta obsesiva compulsiva, generalmente reconocida en términos anglosajones como *craving*. Sin embargo, esa experiencia se ha caracterizado por tener una historia controvertida. En contextos internacionales su investigación es más o menos reciente y los investigadores aún intentan desarrollar una

definición común del término, comprender su naturaleza exacta, obtener una medición adecuada y establecer de manera más precisa su asociación con la recaída.

Hasta hoy, la respuesta precisa a qué es con exactitud el *craving* o cómo puede medirse es un asunto complejo y no resuelto. A pesar de esto se sabe que cuando los alcohólicos, en especial aquéllos que han alcanzado niveles altos de dependencia, se exponen a situaciones que de manera constante han sido apareadas al consumo, reaccionan con mayor frecuencia e intensidad a estímulos relacionados con éste. Esa reacción, se conjetura, induce un estado motivacional que puede predisponer a beber o a recaer en el consumo, incluso después de haber permanecido en abstinencia por periodos prolongados. Por lo general, este estado motivacional se reconoce como *craving* y es considerado por algunos investigadores como el evento directamente responsable de la búsqueda continua y de la compulsión de uso (incapacidad para dejar de beber después de iniciar el consumo y no tener control sobre la cantidad consumida), síntomas clave que se piensa contribuyen al desarrollo y mantenimiento del alcoholismo.

Se sabe que la valoración del *craving* puede proveer información valiosa acerca de la capacidad de los alcohólicos para reconocer y monitorear estados internos relacionados con el consumo problemático, tal como la incapacidad de controlar el consumo. A este respecto, se dice que si un paciente alcohólico puede hablar, en sus propios términos, sobre sus niveles de *craving*, presumiblemente estresantes, entonces puede ser más probable que aprenda a utilizar estrategias de afrontamiento exitosas y con ello evitar la recaída. Sin embargo, resulta sorprendente que la investigación acerca del afrontamiento a dicha experiencia sea muy escasa en la literatura internacional y en la nuestra aún más.

Por otra parte, para enfrentar el problema que representa el uso excesivo de alcohol y el alcoholismo se han desarrollado gran variedad de abordajes terapéuticos. En este tema, la labor realizada por los Alcohólicos Anónimos (AA), sin ser un tratamiento formal, se ha distinguido por ser una de las principales opciones para el alcohólico que busca su recuperación. A pesar de esto, AA es objeto de escepticismo y su efectividad para detener la conducta de consumo es motivo de controversia. No obstante, hay suficientes razones para suponer que algo importante sucede dentro de este tipo de grupos que necesita de mayor y mejor comprensión. Por ejemplo, diferentes estudios realizados en contextos internacionales encuentran una relación significativa entre asistir y afiliarse a AA con

periodos prolongados de abstinencia y, de manera contraria, en los individuos que se involucran menos en sus actividades se observa mayor propensión a la recaída; además, regularmente encuentran como resultado de la afiliación a AA una relación positiva entre la mejoría del alcohólico y las estrategias de enfrentamiento utilizadas por ellos para mantener en forma exitosa la total abstinencia. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones no refieren al problema particular de *craving*.

En la literatura de AA se reconoce que algo sucede, tanto en lo físico como en lo mental, cuando un alcohólico bebe cualquier cantidad de alcohol y que lo obliga a continuar en esto. AA acentúa la pérdida de control como la esencia del alcoholismo por lo que no es de extrañar que entre sus principales objetivos se encuentre el de evitar la primera copa. De hecho, algunos modelos de *craving* plantean a la ingesta de pocas cantidades de alcohol y la incapacidad de detener el consumo como uno de sus mecanismos. No obstante, la pregunta es ¿ese suceso físico y mental que, según la literatura de AA, obliga a sus miembros a continuar bebiendo, puede ser identificado como *craving*? Si es así, ¿con qué término se interpreta?, más aun ¿qué estrategias utilizan los miembros de AA para afrontarlo? y por último, ¿la forma en como se afronta puede explicar la recaída?

Existe evidencia acerca de la importancia de los grupos de AA y las actividades realizadas por sus integrantes en la recuperación del alcoholismo. Sin embargo, la investigación en cuanto a la intensidad con que el alcohólico participa en AA relacionada con el desarrollo de estrategias de afrontamiento, en especial hacia el *craving*, y el mantenimiento de la abstinencia vs. la recaída, no ha recibido suficiente atención tanto en contextos internacionales como en el nuestro. Por ello, se plantea este trabajo, cuyo objetivo es explorar los temas de *craving*, las estrategias para afrontarlo y la afiliación a los grupos de AA, en miembros de AA recaídos y no recaídos, con el propósito de identificar eventos que expliquen la ocurrencia o no de la recaída en el consumo de alcohol. Con base en ello, la pregunta central de investigación es: ¿afecta el grado de afiliación con AA, niveles de *craving* y la forma de afrontarlo, la recaída en los miembros de AA? Teniendo en cuenta que en nuestro país se sabe poco acerca de esos temas, la presente investigación decidió contestar a la pregunta por medio de un trabajo en dos fases:

En la primera se explora de manera descriptiva la experiencia de *craving*, la terminología para referirse a tal experiencia y lo que el alcohólico piensa o hace ante esto,

así como reconocer aspectos relacionados con la incorporación a AA. Esto se hizo con la intención de recuperar información relevante de los mismos AA y/o para evitar interpretaciones aisladas de su ideología y que, a su vez, permitiera el diseño de reactivos. La segunda tuvo como propósito integrar la información para diseñar instrumentos y/o formas de medición, y conocer de manera más específica y objetiva la manera en que afectan la intensidad con que se participa en AA (entiéndase afiliación), los niveles de la experiencia de *craving* y la forma de afrontarlo el suceso de la recaída en el uso de alcohol.

El primer capítulo hace referencia a la importancia del tema del alcoholismo y su concepción de enfermedad que amerita tratamiento, a manera de contextualizar el trabajo y con el propósito de fundamentar conceptual y teóricamente las variables incluidas en el estudio. Aquí se aborda el tema de la recaída como uno de los principales problemas del tratamiento, los diversos criterios para definirla y la gama de explicaciones ofrecidas al por qué de su ocurrencia. El segundo capítulo aporta una visión general sobre la experiencia o estado de *craving* como una de las situaciones de alto riesgo que pueden provocar la recaída. Ahí se exponen los antecedentes, los criterios para su definición y los diversos modelos teóricos para conocer componentes, dinámica y relación con la recaída, además de describir algunos de los instrumentos utilizados para su medición y que gozan de gran prestigio entre la comunidad científica. En el tercer capítulo se presentan fundamentos teóricos acerca del estrés y el afrontamiento, así como el vínculo que tienen con el *craving* y la recaída. El cuarto capítulo describe el trabajo realizado por AA con acento especial en los aspectos que se han relacionado con la recaída entre sus miembros y se hace referencia a las implicaciones que la afiliación con AA puede tener en la forma de afrontar el *craving*. Al finalizar este capítulo se presenta la justificación del estudio. En el quinto capítulo se describe con detalle el método utilizado para la realización de la primera fase del estudio, presentándose resultados y discusión. En el sexto capítulo se puntualiza el método seguido para realizar la segunda fase de investigación, se presentan los resultados obtenidos y la discusión acerca de éstos. Por último, el séptimo capítulo se enfoca en la conclusión, así como en las limitaciones de este trabajo.

CAPÍTULO I

EL ALCOHOLISMO Y SU CONCEPCIÓN DE ENFERMEDAD

ANTECEDENTES

En México, como en otros países, el alcoholismo constituye uno de los más importantes problemas de salud pública; su investigación ha demostrado que está asociado con el desarrollo de enfermedades severas (cardiopatía alcohólica, cirrosis, síndrome fetal alcohólico) y la conducta violenta (homicidios, suicidios, accidentes de tráfico, desintegración familiar y maltrato infantil) (De la Fuente, Medina-Mora, 1992).

Es bastante reconocido que el problema del alcoholismo es la última fase de un proceso que se inicia en forma de consumo ocasional o experimental, después pasa al consumo moderado y en muchas ocasiones deriva en el consumo excesivo (De la Fuente, Medina-Mora, 1992). Sin embargo, este fenómeno es casi tan antiguo como el hombre mismo y la preocupación por entenderlo y combatir sus efectos existe desde hace mucho tiempo.

Es abundante la literatura que documenta la presencia del abuso de alcohol y el alcoholismo en los diferentes periodos de nuestra historia y en ésta, es posible constatar que antes, como ahora, conocer y controlar los efectos producidos por el consumo excesivo ha sido objeto de gran interés para los diversos sectores de la población. Su abordaje ha evolucionado a través del tiempo y de ser considerado un vicio o una conducta criminal llegó a calificarse como una enfermedad que requiere tratamiento (Levin, 1984).

En términos históricos, puede constatarse que en los siglos XVII a XIX el consumo indiscriminado de alcohol se consideraba un problema de orden social, circunscribiéndose a una patología y desviación que marginaba y estigmatizaba a los consumidores crónicos. En el ámbito social era socialmente mal visto y concebido como un vicio degradante (Campillo, Díaz, Romero, 1987); sin embargo, durante estos periodos sucedieron los cambios más importantes al aparecer la idea de que el uso crónico de alcohol debía interpretarse como una enfermedad (Levin, 1984).

En 1784 el doctor Rush, pionero del movimiento de Temperancia, revolucionó las ideas prevalecientes hasta ese momento tras apuntar que el alcohol era una sustancia

adictiva, cuyo consumo immoderado debería entenderse como una enfermedad caracterizada por la pérdida de control en el beber (Levin, 1984). Con el transcurso del tiempo, esta idea se debilitó y durante muchos años se consideró un mito. A finales del siglo XIX, se seguía considerando al alcoholismo como un vicio o una falla moral, negándose al adicto el estatus de enfermo.

A principios del siglo XX, la mayoría de los representantes de las organizaciones médicas ya consideraban al alcoholismo como una enfermedad, pero su pleno reconocimiento como tal, fue hasta mediados del siglo XX debido de manera fundamental a las propuestas de Jellinek (Beresford, 1991). A partir de entonces y por definición, los diferentes criterios diagnósticos asumen al alcoholismo como una enfermedad (Beresford, 1991; Schuckit, Nathan, Helzer, Goodwin, Crowley, 1991).

La American Medical Association (AMA) y la World Health Organization (WHO) establecen el marco para su interpretación médica referido como Modelo médico de enfermedad (Rogers, McMillin, 1989). Este modelo asevera que el alcoholismo es una enfermedad crónica e irreversible, acentúa la dependencia física, predisposición genética, progresión y frecuentes periodos de remisión o exacerbación y destaca al fenómeno *craving* entre sus principales características. No hay consenso para definir este término; sin embargo, varios investigadores lo resumen como un estado asociado a la búsqueda, impulso o deseo incontrolable de beber y al consumo compulsivo (incapacidad para dejar de beber una vez comenzada la ingesta) (Jellinek, 1960; Ludwig, Wikler, Stark, 1974; Robinson, Berridge, 1993; Verheul, Der Brink, Geerlings, 1999).

Antes de continuar, es importante mencionar que si bien los progresos en el conocimiento del alcoholismo son importantes, su estudio se ha caracterizado por presentar ambigüedades, conflictos e incertidumbres en especial lo referente a su definición (Keller, Doria, 1991; Goodman, 1990; Skinner, Allen, 1982). Para su interpretación, se ha rebasado el enfoque médico de enfermedad y de manera consistente se menciona como un problema multidimensional (psicológico y cultural) y son múltiples y variados los criterios utilizados para su definición. En su actual definición se involucran aspectos morales, médicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y conductuales enlazados entre sí para explicar naturaleza y causas del alcoholismo (Beresford, 1991; Schuckit *et al.*, 1991). De la Fuente y Medina-Mora (1992), por ejemplo, lo describen como el resultado de diferentes y

complejos mecanismos resumidos como la interacción de aspectos genéticos y aspectos del medio ambiente, de tal manera que, para algunos individuos el alcoholismo o dependencia al alcohol es heredable, mientras que para otros la intervención genética no es tan evidente. No obstante, por lo general se destaca, entre los síntomas clave que se piensa contribuyen a su desarrollo y mantenimiento, al patrón de búsqueda continua y compulsión de uso, esto es, incapacidad para dejar de beber una vez que se inicia la ingesta y no tener control en la cantidad consumida (Cottler, 1993; Jellinek, 1960; Wise, 1998). De hecho, algunas teorías en adicciones consideran al *craving* como el estado directamente responsable de la conducta de búsqueda continua y uso compulsivo y de hecho, lo suponen como uno de los principales eventos que pueden explicar el inicio del consumo problemático, su evolución a la dependencia y el suceso de la recaída después de tratamiento (Baker, Morse, Sherman, 1987; Jellinek, 1960; Ludwing *et al.*, 1974; Poulos, Hinson, Siegel, 1981; Robinson, Berridge, 1993; Stewart, De Wit, Eikelboom, 1984; West, 2001).

Además, aunque el modelo médico ha sido objeto de críticas y la conceptualización del alcoholismo como enfermedad aún es tema de debate en la literatura (Erickson, 1992; Peele, 1990, 1992); autores como Burman (1994) señalan que dicho modelo aportó los más importantes medios para definir con mayor claridad el fenómeno (diagnóstico del alcoholismo), cuyo principal efecto se reflejó en el énfasis de tratamiento y rehabilitación del usuario crónico (Beresford, 1991; Schuckit *et al.*, 1991).

Con independencia de lo señalado, en la actualidad, es posible evidenciar la presencia y auge de múltiples estilos de tratamiento del alcoholismo que resultan efectivos si el individuo logra aceptarlos; empero, también se documenta que muchos alcohólicos retoman con facilidad la conducta de consumo al término de un tratamiento (semanas o meses), o a un año de seguimiento, en que alcanzan niveles de consumo que varían del abuso a la dependencia (Brownell, Marlatt, Lichtenstein, Wilson, 1986; Miller, Sanchez-Craig, 1996), por lo que conocer las características y determinantes de la recaída se ha planteado como uno de los principales retos.

EL PROBLEMA DE LA RECAÍDA EN EL ALCOHOLISMO

La preocupación por la recaída después de tratamiento del alcoholismo no es algo nuevo. Ha estado presente por mucho tiempo (por ejemplo, Armor, Polich, Stambul, 1978 y Jellinek, 1960), pero es hasta fechas relativamente recientes que los investigadores muestran mayor interés en conocer la naturaleza exacta de sus componentes.

Los progresos en el tema son importantes, pero su investigación aún está incompleta. Llorente, Fernández y Gutiérrez (2000), Monti, Rohsenow y Hutchison (2000), Rohsenow y Monti (1999) y Verheul *et al.* (1999), afirman que se encuentra en sus fases iniciales y presenta serias limitaciones, de modo especial en lo referente a su definición. Ya que ésta suele ser arbitraria, variable y acorde con el tipo de estudio e investigador, sostienen que por lo general imposibilita la comparación entre los estudios, y los resultados pueden diferir si la recaída se identifica como el consumo de uno o varios tragos, o como el beber que resulta en la pérdida de control, por lo que hacen un llamado para lograr un consenso en su definición.

LA RECAÍDA: CRITERIOS PARA DEFINIRLA

Hasta el momento, no ha sido posible establecer un criterio único para definir la recaída y, aunque se ha sugerido diferenciar episodios limitados de uso (lapsos de consumo) de la total recaída (consumo continuado y/o compulsivo) (Marlatt, 1985), los criterios para evaluarla no se han adoptado de manera universal.

Así, la recaída se define como el uso de cualquier bebida posterior a la etapa de tratamiento o intentos por dejar de beber, sin considerar la cantidad consumida (Orford, Edwards, 1977), o bien, se concibe como cualquier periodo de consumo, pero en el que el individuo manifieste pérdida de control en beber.

Donovan y Chaney (1985) y Donovan (1996) la describen como un fenómeno en el que intervienen múltiples precipitantes, que puede conceptuarse como todo periodo de consumo después de tratamiento afectada por infinidad de variables, que fluctúan desde lo genético hasta lo social, las cuales, al estar mediadas por condiciones psicológicas, impiden el control voluntario sobre el consumo. En forma paralela, O'Malley, Jaffe, Chang, Schottenfeld, Meyer, Rounsaville (1992) la aseveran como el resultado de beber ciertas

cantidades de alcohol en un día de uso o en diferentes episodios de consumo, por ejemplo, consumo de más de cinco copas para los hombres y más de cuatro para las mujeres por ocasión de uso.

Otros investigadores, sin embargo, la describen como un evento moderado de consumo, el uso de otra droga como posible sustitución o como un proceso desarrollado a través del tiempo, esto es, un episodio de uso que puede conducir o no al consumo continuado (Catalano, Hawkins, Wells, Miller, Brewer, 1990, 1991; Marlatt, Gordon 1985; Wise, 1988); empero, Annis y Davies (1988) la especifican como retorno, aumento de patrones previos de uso, uso diario (consumo riesgoso por una semana) o a partir de consecuencias como el ingreso a tratamiento y/o problemas con la justicia.

En su evaluación, también se incluye la medición del periodo de abstinencia logrado antes del evento, como la duración de la abstinencia después del síndrome agudo de abstinencia al alcohol y el periodo de recuperación estable desde la última recaída hasta el final del lapso de observación (Potgieter, Deckers, Geerlings, 1999).

Como se observa, la recaída se describe de muchas maneras, por lo que es posible conjeturar la existencia de múltiples y diferentes definiciones que pueden no guardar consenso entre sí e incluso sobre la más adecuada; sin embargo, es innegable que toda la investigación sobre el tema implica que hacer implícita o explícita la decisión de beber después de una etapa de abstinencia o intento por dejar de beber, tal vez conduzca a una recaída.

Pese a no haber un consenso, todas y cada una de las definiciones han tenido importantes repercusiones en la investigación de la recaída, dando origen a múltiples y diversas explicaciones (Connors Maisto, Donovan, 1996; Miller, 1996), las cuales serán abordadas con mayor detalle a continuación.

EXPLICACIONES AL POR QUÉ DE LA RECAÍDA

Hasta hace poco tiempo, la investigación sobre la vuelta a beber después de tratamiento, se apoyaba de modo fundamental en los parámetros de la adicción y centraba su interés en los efectos farmacológicos del alcohol presumiblemente asociados a la herencia genética. Sin embargo, aunque la investigación demostró que la recaída puede ser resultado directo de la dependencia (producto de la herencia), se ha evidenciado que por sí

misma no predice su aparición (Cloninger, Bohman, Sigvardsson, 1981; Verheul *et al.*, 1999), sino que involucra la ineludible interacción de factores sociales y psicológicos, los cuales incluso han llegado a considerarse tan importantes como los factores biológicos (Bandura, 1969; Marlatt, Gordon, 1985).

Estudios de Cloninger *et al.* (1981), Goodwin, Schulsinger, Moller, Hermansen, Winokur y Buze (1974), Koob y Le Moal (1997), Kripestanpel (1988) y Verheul *et al.* (1999), reiteradamente mencionan que si bien la vulnerabilidad genética tiene un papel importante en el desarrollo del alcoholismo y la recaída, tal vulnerabilidad no es un fenómeno estático, sino el reflejo de una estrecha relación entre la disposición genética y la historia vital del individuo e influye en ello aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales.

En la actualidad y con la participación interdisciplinaria, han surgido explicaciones al por qué del suceso de la recaída. El tema lo han abordado diversas disciplinas, diferentes niveles de análisis (desde lo celular a lo psicofisiológico a lo cognitivo, conductual y sociocultural) y múltiples modelos teóricos, evidenciándose la posibilidad de tener diferentes etiologías con distintas manifestaciones que implican a las áreas psicológica, biológica y social, lo cual hace de la recaída un fenómeno complejo y heterogéneo, ya que dichas áreas pueden intervenir, combinarse e interactuar y ejercer diferentes niveles de influencia (Heather, Stallard, 1989; Verheul *et al.*, 1999). No obstante, la literatura de manera consistente destaca a la aproximación psicológica entre los modelos que estimularon en alto grado su investigación.

Respecto de ésta, investigadores como Tucker, Vuchinich y Gladsjo (1991) y Miller, Westerberg, Harris y Toningan (1996), entre otros, destacan la labor realizada por el modelo cognitivo-conductual de Marlatt y Gordon (1985), el cual establece que la recaída es un proceso influido por múltiples factores que puede analizarse a través de la interacción de situaciones de alto riesgo de consumo, disponibilidad de conductas de afrontamiento, efectividad de tales conductas, y de las diferencias individuales atribuidas a la dependencia del alcohol. No obstante, de sus contribuciones merece atención especial la identificación de factores predictores de recaída a saber: 1) conflicto con otros, 2) presión social para beber, 3) momentos agradables con otros, 4) emociones desagradables, 5) malestar físico, 6) emociones placenteras, 7) pruebas de control personal, y 8) *craving* de alcohol.

De acuerdo con el modelo de Marlatt y Gordon (1985), todos y cada uno de los factores, en la explicación de la recaída, pueden combinarse, interactuar y ejercer diferentes niveles de influencia de acuerdo con las circunstancias y el contexto del individuo; sin embargo, explican que algunos representan mayor riesgo que otros y por lo general, determinan que las emociones desagradables y los conflictos con otros son los aspectos de mayor peso (Marlatt, Gordon, 1985; Marlatt, 1996). Por ende, aunque la postura señala que la recaída puede precipitarse por múltiples determinantes, es posible advertir una tendencia a desestimar la importancia, influencia o interacción de otros factores que también se han identificado como predictores, en especial lo referente al *craving*.

Con base en que la experiencia de *craving* sólo se reconoce en 10% de los casos, Marlatt y Gordon (1985) lo consideran un suceso innecesario e insuficiente en la explicación de la recaída. Por su parte, Heather y Stallard (1989) exponen que no está claro si simplemente no lo experimentan, o lo experimentan sin reconocerlo; o, por el contrario, lo experimentan y aun reconociéndolo no lo mencionan. De hecho, remarcan que las situaciones de alto riesgo, incluso las emociones desagradables, pueden funcionar como estímulos o señales y producir estados internos condicionados o un estado fisiológico que provoca en el usuario el deseo irresistible de beber, reconocido en términos comunes como *craving*. De modo adicional, Lowman, Hunt, Litten, y Drummond (2000) señalan que si la recaída es un suceso multideterminado, entonces, al ignorar el factor *craving* en forma arbitraria, se excluiría un tipo de respuesta que algunas teorías consideran central en su explicación.

No obstante, el *craving* se ha caracterizado por tener una historia controvertida y su comprensión ha sido difícil, por lo que resulta preciso detenernos más en su exploración. En aras de mejorar nuestro conocimiento acerca de este tema, en el siguiente capítulo se ofrecen algunos de antecedentes del concepto, la problemática que gira alrededor del éste, los componentes y dinámica que lo caracterizan, así como algunas formas que se han sugerido para su adecuada medición y, en paralelo, se exponen algunos de los modelos teóricos que fundamentan la relación que puede tener con la recaída.

CAPÍTULO II

SITUACIONES DE ALTO RIESGO DE RECAÍDA: EL *CRAVING*

ANTECEDENTES

El concepto de *craving* como síntoma del alcoholismo, no es algo nuevo, sino que ha estado presente desde la antigüedad (por ejemplo, Lettsom (1787) y Kerr (1889), citados en Drummond, 2001), no obstante, hasta mediados del siglo pasado se le reconoce por primera vez como uno de sus principales componentes de modo especial, en lo que a la pérdida de control se refiere o como síntoma clave que contribuye al desarrollo y mantenimiento del alcoholismo (Hodgson, Rankin, Stockwell, 1979; Jellinek, 1960).

Los trabajos de Ludwing y Wikler (1974), entre otros, fueron los primeros en señalar que el consumo provocado por el *craving* podía derivar en la pérdida de control, y aunque Marlatt y Gordon (1985) cuestionaron después esta hipótesis, trabajos más recientes, como los de Wise (1988) y Tiffany (1990), de nuevo han resaltado el importante papel que al parecer tiene en la valoración del grado de problemas con el alcohol y en los mecanismos que subyacen en la recaída.

El doctor Jellinek fue el primero en apuntar su importancia en el desarrollo del alcoholismo y la recaída (Drummond, 2000), ya que sugirió que en el alcohólico cualquier cantidad de bebida puede provocar una reacción (metabólica) en cadena percibida como demanda física por el alcohol (*craving*), que anula cualquier intento de control voluntario o cognitivo, lo cual significa que una vez que un bebedor crónico ingiera uno o dos tragos es incapaz de detenerse sólo hasta llegar a la embriaguez, desencadenar la compulsión de uso y/o la recaída.

Posterior a Jellinek, el estudio del *craving* se ignoró por completo y aunque ingresó en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como uno de los síntomas opcionales del alcoholismo (intenso deseo de beber o compulsión de uso) y se reconoció en los criterios del Síndrome de Dependencia (Drummond, 2000), sólo hasta fechas relativamente recientes de nuevo se resaltó su importancia en múltiples trabajos, por ejemplo, Abrams (2000), Anton (1999), Connors *et al.* (1996), Lowman *et al.* (2000) y Verheul *et al.* (1999).

No obstante, la comprensión del *craving* ha sido difícil y hasta el momento los investigadores no han desarrollado un término común para referirse a éste y la respuesta a qué es con exactitud o cómo puede medirse es una tarea no resuelta (Abrams, 2000; Drummond 2001; Drummond, Litten, Lowman, Hunt, 2000; Geerlings, Lesch, 1999; Rohosenow, Monti, 1999).

DEFINIENDO EL *CRAVING*

En el área del alcoholismo se ha discutido mucho acerca de la falta de acuerdo en la definición y expresión de *craving* (Sayette, Shiffman, Tiffany, Niaura, Martin, Shadel, 2000); su definición es objeto de gran controversia y resulta más imprecisa que la de la recaída. Los estudiosos en forma alternativa, utilizan términos como deseo de beber, impulso de beber, urgencia de beber, necesidad de la bebida, intención de beber, obsesión o compulsión de uso para describirlo. Así, el National Institute of Alcohol Abuse (NIAAA, 1989) lo define como un estado subjetivo motivacional o “urgencia apetitiva similar al hambre”, Modell, Glaser, Cyr y Mountz (1992) lo proponen como análogo a los recurrentes y persistentes pensamientos de la enfermedad obsesiva-compulsiva, y la comunidad europea Plinius Maior Society (1994) lo define como una emoción, deseo o necesidad de consumir más alcohol.

En muchas ocasiones sólo se define como un deseo, pero en otras se le da un enfoque diferente. Buydens-Branchey, Branchey, Ferguson, Hudson y McKernin (1997), por ejemplo, lo describen como una conducta que lleva la intención de uso. Otros recomiendan hacer una distinción entre impulso (*urge*) y *craving*. Marlatt (1985) recomienda distinguir entre impulso de beber y la sensación de *craving*. Sugiere restringir este término al deseo por los efectos del alcohol, el cual considera puede ser sinónimo de expectativa de resultado (anticipación de la recompensa positiva del consumo), mientras al impulso de beber como indicador de una conducta intencional que finalmente provoca el consumo (recaída). Sin embargo, para Tiffany y Drobes (1990) es un fenómeno con una amplia gama de situaciones que puede incluir la interacción del deseo de beber con la intención de hacerlo.

Por otro lado, Kozlowski y Wilkinson (1987) recomiendan utilizar el término impulso en lugar de *craving* porque, según sus apreciaciones, es menos ambiguo y cubre un amplio

continuum de deseo. Consideran que, a diferencia del *craving*, el impulso de beber puede representar situaciones de menor patología o intensidad. En otros términos, el impulso de beber puede considerarse como el estado menos intenso de deseo, mientras que el *craving* constituye el deseo extremo y, aunque no aclaran el proceso que involucraría, sugirieron que podía encerrar dimensiones.

Con la intención de hacer una distinción entre el término impulso y el *craving* en un estudio de revisión de Sayette *et al.* (2000) se observó que aunque los diferentes investigadores no logran establecer si el impulso de beber y el *craving* son diferentes en términos cualitativos o forman parte de un continuo, se encontró que puede manifestarse como un fenómeno estable a través de varios días o semanas, pero también como un impulso momentáneo, o bien oscilar en el transcurso de día por lo que, concluyen, puede formar parte de un continuo (de ninguno a muy alto), pero también ser visto como proceso episódico y dinámico, es decir, lo suponen como una experiencia que permite evaluarse en un amplio continuo de deseo, o bien, restringida a un deseo extremo (impulso versus *craving*), por lo que el suceso resulta complejo y heterogéneo.

Otros investigadores afirman que los cambios fisiológicos como ritmo cardiaco, salivación, reacción galvánica de la piel producidos por la reacción a señales previamente asociadas al uso de alcohol, son las principales manifestaciones de *craving* (Kaplan, Cooney, Baker, Gillespie, Meyer, Pomerleau (1985); Monti, Binkoff, Abrams, Zwick, Nirenberg, Liepman (1987). Para Tiffany (1990) puede aparecer como un deseo conciente influido por la exposición a señales o estímulos asociados al alcohol, pero identificarse no sólo por las reacciones fisiológicas que ocurren en el organismo, sino por las interpretaciones que se le dan a éstas. También se ha documentado como reflejo o expresión de una motivación psicobiológica asociada al fenómeno de neuroadaptación al alcohol (Robinson, Berridge, 1993, 2000, 2003) y aunque con pocas excepciones, también se conceptúa como el reflejo de un estado “ávido” de alcohol que si bien puede motivar el consumo, también lo puede inhibir (actuar como factor de protección del consumo) (Tiffany, 1990).

Como se observa, el *craving* se define de muchas maneras; sin embargo, algunos investigadores coinciden en señalar que puede asumirse, de manera general, como una experiencia subjetiva, interpretada o percibida por el alcohólico como la emergencia de un

irresistible deseo o apetencia por la bebida, experimentado como un estado motivacional que, sumado a la intención de realizar la conducta, conduce a la búsqueda, pérdida de control y/o consumo compulsivo (Kassel, Shiffman, 1992; Verheul *et al.*, 1999). Verheul *et al.* (1999) añaden que puede ser operacionalizado como una conducta que hace referencia a querer, desear alcohol o a un estado subjetivo motivacional (extremo o como parte de un *spectrum*) que refleja la necesidad de ingerir algo, producir la búsqueda de alcohol y resultar en una recaída.

A pesar de la falta de acuerdo sobre su significado y definición, las diferentes interpretaciones indujeron el desarrollo de múltiples modelos teóricos con diversos métodos y mediciones que, aunque en la explicación de la recaída resultan inconsistentes y con distinto valor predictivo, reflejan la riqueza y complejidad del fenómeno (Abrams, 2000).

Son numerosos los modelos establecidos para fundamentar la naturaleza, mecanismos y manifestaciones de *craving*, así como las condiciones bajo las cuales puede asociarse con la recaída en el uso de alcohol. No obstante y debido a la dificultad para demostrar de manera empírica su existencia, algunos de estos modelos no lo consideran esencial para la explicación de la recaída, por ejemplo, Marlatt y Gordon (1985) y Litt, Cooney y Morse (2000). Sin embargo, también se ha puesto de manifiesto que no queda claro si en realidad no se experimenta, se experimenta sin reconocerse, o aunque se reconozca no es fácil nombrarlo.

Esta controversia ha dificultado llegar a un total acuerdo sobre su validez como constructo y ha planteado, por mucho tiempo, limitaciones conceptuales y metodológicas (Abrams, 2000). Pese a ello, los investigadores han hecho importantes progresos en su estudio y han desarrollado múltiples modelos para esclarecer el vínculo que guarda con la recaída, el siguiente apartado, por tanto, cumple el objetivo de conocer con mayor detalle algunas de las principales explicaciones teóricas ofrecidas sobre el tema.

MODELOS TEÓRICOS DE *CRAVING*

Para fundamentar la naturaleza, mecanismos y manifestaciones de *craving*, así como las condiciones bajo las cuales se puede asociar con la recaída después de tratamiento al alcoholismo, se desarrollaron numerosos modelos. Para Drummond (2001), algunos parecen ser más precisos que otros, pero la limitada evidencia empírica mostrada dificulta

otorgarles prioridad. De hecho, es común encontrar que no existe una disciplina o modelo único que explique todos sus aspectos, sino que es a través de distintas contribuciones como se han logrado identificar algunas de sus características y determinantes (Abrams, 2000; Drummond, 2001).

Entre los modelos más relevantes y que han recibido mayor respaldo de los investigadores y clínicos, se pueden mencionar los siguientes:

1. Modelos basados en el condicionamiento clásico y operante, resumidos en dos tipos: aquellos que enfatizan el síndrome de abstinencia al alcohol, por ejemplo, Gorski y Miller (1979), y Roelofs y Dikkenberg (1987), y los que centran su interés en las propiedades positivo-incentivas del consumo, como Stewart *et al.* (1984). En su generalidad, estos modelos suponen al *craving* como un fenómeno esencialmente biológico, un estado homogéneo principal motivo del uso crónico.

2. Modelos basados sobre los mecanismos cognitivos, los cuales explican que en la aparición del *craving*, además de los procesos inherentes al condicionamiento, intervienen numerosos componentes cognitivos, como las expectativas positivas hacia el consumo, la dificultad de concentración, decisiones sobre el consumo, atención centrada en los estímulos relacionados con el alcohol y las interpretaciones de las reacciones fisiológicas producidas. Este enfoque lo asevera como producto de funciones mentales superiores y acentúa que no puede ser descrito como un estado motivacional primitivo (biológico), sino como un complicado proceso cognitivo multidimensional que muestra cómo información dominante o significativa sobre el consumo (atención centrada en el estímulo) controla la conducta del usuario (Tiffany, 1999). De estos modelos y los que se han descrito con mayor detalle, incluyen: 1) Modelo de etiquetado cognitivo (variante de la teoría de la respuesta cognitiva a la emoción de Schachter, Singer's (1962), mencionado en Tiffany, 1995), 2) Modelo de expectativa de resultado (Marlatt, Gordon, 1985, Marlatt, 1985), 3) Modelo de afecto dual y regulación dinámica de las recaídas (Baker *et al.*, 1987; Niaura, 2000), y 4) Modelo de procesamiento cognitivo (Tiffany, 1999).

3. La investigación también ha ampliado el entendimiento de los mecanismos cerebrales que fundamentan la dependencia al alcohol y otras drogas, así como las estructuras cerebrales que pueden establecer el *craving* asociado con la recaída. Entre éstos se destacan: 1) Modelo Fenomenológico (Modell *et al.*, 1992; Anton, 1996), 2) Modelo de

sensibilización del incentivo (Robinson, Berridge, 1993, 2000, 2003), 3) Modelo de regulación homeostática, y 4) Modelo de regulación tónico/fásica del sistema dopaminérgico (Grace, 2000; Koob, Le Moal, 1997).

En general, aunque en el tema una de las áreas de gran debate es la importancia de los factores farmacológicos (acción del alcohol) versus los que puedan tener los factores psicológicos (Verheul *et al.*, 2000), la investigación interdisciplinaria refleja múltiples facetas del *craving*; documenta que puede ser evocado por los aspectos del reforzamiento al alcohol (positivo o negativo), la severidad de la dependencia y/o síndrome de abstinencia, por ejemplo, Gorski y Miller (1979) y Roelofs y Dikkenberg (1987), pero también depender de cogniciones o conductas observables como pensamientos recurrentes acerca del alcohol y el esfuerzo por controlarlos, lo cual resulta similar a las cogniciones y/o patrones de conducta del trastorno obsesivo compulsivo (Anton, 1999; Modell *et al.*, 1992), y/o ser una reacción o respuesta condicionada, estimulada por señales específicas, estados emocionales (positivos o negativos), o por señales y situaciones (escenas o escenarios) apareados de manera previa con el consumo (Anton, 1999; Drummond, 2000; Gorski, Koob, Le Moal, 1997; Miller, 1979; Robinson, Berridge, 1993, 2000; Roelofs, Dikkenberg, 1987; Wikler, 1948).

Pese a la diversidad de explicaciones, como parte de éstas, la mayoría de las aproximaciones asumen a los procesos de aprendizaje y los procesos asociativos entre estímulos y el consumo como parte del origen del *craving*. Aunque no hay un acuerdo sobre cómo se establece dicho aprendizaje, coinciden al señalar que debido a éste, posee la característica de exaltarse en situaciones específicas, fácilmente disparado por estímulos o señales apareadas en forma previa con el consumo (inclusive el consumo de pequeñas cantidades) y suele persistir aunque el alcohólico haya logrado mantenerse en abstinencia durante meses e incluso años. No obstante, mientras algunos investigadores asumen que hay una relación directa entre *craving* y la recaída, por ejemplo, Ludwing y Wikler (1974) y Jellinek (1960); otros ponen en duda tal direccionalidad, por ejemplo, Marlatt y Gordon (1985); y otros más sugieren que más que motivar el consumo lo inhibe, por ejemplo, Tiffany (1990).

Entre los diversos modelos tampoco hay un acuerdo sobre los mecanismos de *craving* que pueden contribuir a la recaída; no obstante, diferentes hipótesis sugieren que

tales mecanismos incluyen pérdida de control o compulsión de uso (Anton, Moak, Latham, 1995, 1996; Jellinek, Isbell, Lundquist, Tiebout, Duchene, Maretones, Macleod, 1955; Ludwig, Stark, 1974; Modell *et al.*, 1992), impulso de beber (Marlatt, 1978) y respuestas automáticas inducidas por la exposición de señales (Littleton, 1995; Rankin, Hodgson, Stockwell, 1979; Rankin *et al.*, 1983). Empero e independiente del mecanismo, la expectativa general es que existe una correlación positiva entre intensidad de la experiencia y la severidad de la recaída (Potgieter *et al.*, 1999).

Se mencionó que no hay una teoría general que explique todos los componentes del *craving* (Abrams, 2000; Drummond, 2001); no obstante, la mejor evidencia de su patofisiología se obtuvo de modelos del condicionamiento. Debido a la importancia que parece tener en la explicación de la recaída de individuos alcohólicos que han logrado abstenerse del alcohol por periodos extensos, el siguiente apartado tiene como objetivo conocer con más detenimiento las explicaciones que ofrecen al *craving* y las condiciones bajo las cuales se cree producen la recaída.

MODELOS DEL CONDICIONAMIENTO

Los modelos del condicionamiento (operante y clásico) por su riqueza teórica establecieron los cimientos del estudio del *craving*. Surgen como un intento de explicar los procesos asociativos entre estímulos y consumo (aprendizaje) y para comprender los mecanismos que subyacen en la conducta operante de consumo y/o recaída. Aportaron información sobre su carácter específico, cambios producidos en el largo plazo por la exposición a estímulos o señales asociados al consumo de sustancias y su influencia después de meses o años de abstinencia.

En general, dichos modelos lo describen como una experiencia subjetiva conciente con capacidad de influir en el comportamiento futuro debido a que los objetos, ambientes o emociones, al aparearse de modo constante con el consumo de alcohol, pueden transformarse en estímulos condicionados y producir respuestas análogas a las reacciones psicológicas y físicas producidas por el consumo mismo, por ejemplo, liberación de ciertos químicos cerebrales. Si ante los estímulos o señales no se produce el consumo de inmediato, se piensa que las mismas señales producen (inducen) una respuesta automática e involuntaria cuyas reacciones fisiológicas como cambios en el ritmo cardiaco, conducción

galvánica de la piel e intensidad en la salivación, serían interpretadas de manera inespecífica o cognitiva, como *craving* (Drummond, 2001; Drummond, Glautier, 1994; Ludwing, Wikler, 1974; Poulos *et al.*, 1981); lo cual se produciría debido al deseo de evitar o disminuir los efectos desagradables (aversivos) de no beber (como síndrome de abstinencia), o para experimentar los efectos placenteros o reforzadores del alcohol.

Lo primero se explica en el Modelo de la Abstinencia Condicionada, el cual supone que en el alcohólico en recuperación exponerse a estímulos o señales, apareadas de manera previa al consumo, produce una respuesta equivalente a los síntomas del síndrome de abstinencia, por ejemplo, temblor, sudoración, náusea, deshidratación, enrojecimiento de las palmas de las manos, aceleración del ritmo cardiaco, etcétera. Para este modelo, el deseo de evitar o disminuir el malestar producido por tales síntomas induce una respuesta condicionada aversiva de *craving*, y es una razón para recaer (Gorski, Miller, 1979; Roelofs, Dikkenberg, 1987; Wikler, 1948).

Lo segundo se aborda por los Modelos apetitivos y del incentivo condicionado, según los cuales el *craving* es el resultado de emociones y respuestas psicofisiológicas como cambios en el ritmo cardiaco, temperatura y/o reacción galvánica de la piel, salivación, relacionadas a los efectos estimulantes o placenteros del alcohol. Sugieren que la experiencia es más placentera que aversiva reactivada por la exposición a estímulos condicionados o señales como las emociones positivas, la disponibilidad de alcohol, la sola preparación (priming) de una bebida o la ingesta de pequeñas dosis (Cooney, Litt, Morse, Bauer, Gaupp, 1997; Herrmann, Geir Weijers, Wiesbeck, Aranda, Böning, Fallgatter, 2000; Kaplan *et al.*, 1985; Litleton, 1995; Litt *et al.*, 2000; Rankin *et al.*, 1979, 1983; Stewart *et al.*, 1984).

En términos generales, es posible observar, por una parte, que el *craving* es descrito como un deseo de lograr alivio a un estado aversivo (refuerzo negativo) y por la otra, un deseo de experimentar los efectos placenteros del consumo (refuerzo positivo). No obstante, existe un modelo híbrido en donde se especula que el mismo individuo, las señales o estímulos relacionados con el alcohol, producen ambos tipos de *craving* (Baker *et al.*, 1987).

Sin menoscabo de lo señalado, la mayoría de los modelos del condicionamiento deduce que cuando un alcohólico en abstinencia se expone a adecuados estímulos o señales

y como consecuencia del aprendizaje logrado por el reforzamiento de los efectos placenteros del alcohol, podría experimentar intensos deseos de beber o tener fuertes pensamientos sobre la bebida. El deseo de alcohol o los pensamientos aparecen de manera repentina y se intensifican con el transcurso del tiempo, incrementando la tendencia a buscar, acceder a las bebidas y tal vez consumirlas, ya sea para experimentar recompensa hedónica o para aliviar los síntomas desagradables del síndrome de abstinencia condicionada (Drummond, 2001).

En general, para los modelos del condicionamiento, ya que el *craving* puede inducir al usuario en abstinencia a la búsqueda de alcohol, deducen que adquiere la condición de un estado subjetivo motivacional. Suponen, además, que si se produce el consumo, pequeñas dosis de la sustancia reduce de forma temporal la sensación, pero si la cantidad ingerida no produce suficiente saciedad, la primera dosis eleva estados de ansiedad, provoca mayor deseo de beber y causa un aumento en la frecuencia cardíaca y temblor de manos (síntomas del síndrome de abstinencia). Tales condiciones acentuarán la conducta de búsqueda y quizá la pérdida de control en beber y, por ende, la recaída (Baker *et al.*, 1987; Ludwing, Wikler, 1974).

Los modelos conductuales afirman que una de las más eficaces señales para continuar el consumo de alcohol es el efecto estimulante de la primera dosis (por ejemplo, Ludwing, Wikler, 1974); sin embargo, en general advierten que el grado de dependencia es la variable moderadora.

SEVERIDAD DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL: VARIABLE MODERADORA DE *CRAVING*

A consecuencia de una larga historia de condicionamiento, los diferentes modelos del condicionamiento esperan que a diferencia de los no bebedores, los alcohólicos en especial los severamente dependientes, reaccionen con mayor fuerza a los estímulos o señales asociadas al alcohol y por consiguiente, sean más susceptibles a la sensación de *craving*. Así, en un estudio con bebedores problemáticos, Stockwell (1991) observó que el grado de dependencia era un factor discriminante para la experiencia de *craving* y encontró

que en estos bebedores, mínimas dosis de alcohol tenían un efecto tal que los impulsaba a continuar el consumo.

Al medir de manera directa la recaída y su relación con la severidad de la dependencia, Babor, Cooney y Lauerman (1987) encontraron que la severidad con que se recae está en función de la dependencia al alcohol y las creencias acerca de la pérdida de control. Hodgson *et al.* (1979) habían observado que pocos tragos no contribuían por sí solos al consumo excesivo, sino que la pérdida de control estaba en función de los niveles de dependencia y de las señales provocadas por situaciones y escenarios vinculados con episodios pasados de consumo. No obstante, en un estudio experimental de efecto placebo de Stockwell, Hodgson, Rankin y Taylor (1982) se demostró que más allá de las creencias culturales que los alcohólicos tienen sobre los efectos del alcohol, la primera dosis o pocos tragos y sus efectos estimulantes (priming) era lo que intensificaba el deseo o la necesidad de consumir más alcohol. En este estudio aunque se desconociera el contenido alcohólico de la bebida, los individuos con dependencia severa, a diferencia de los no bebedores, presentaban mayor disposición a beber con rapidez, mayor intensidad de *craving* (deseo de seguir bebiendo) y mayor exacerbación de respuestas fisiológicas.

Estudios más recientes demostraron que las reacciones fisiológicas o respuestas automáticas condicionadas ante situaciones potenciales de consumo, es decir, salivación, impulso de beber y reacción galvánica de la piel, se presentan con mayor fuerza entre los alcohólicos severamente dependientes que en otro tipo de bebedores (Cooney, Baker, Pomerleau, Josephy, 1984; Litt *et al.*, 2000; Monti *et al.*, 1987). Esta evidencia llevó a sugerir que los aspectos psicobiológicos de la dependencia (factores cognitivos y fisiológicos asociados) podrían ser componentes importantes de la recaída.

En resumen, los modelos del aprendizaje condicionado conjeturan que como consecuencia de la historia de condicionamiento, los individuos con mayor severidad de dependencia reaccionan con mayor fuerza a los estímulos o señales apareadas al consumo. En el alcohólico, estos estímulos activarían un estado psicológico o estado subjetivo motivacional (*craving*), producirían reacciones fisiológicas y conductas de búsqueda de alcohol que, al ser percibidos como estímulos discriminantes, ocasionarían la conducta operante de consumo (recaída).

Los modelos del condicionamiento cimentaron las bases del estudio del *craving*, empero, de acuerdo con Niaura, Rohsenow, Binkoff, Monti, Pedraza y Abrams (1988) y Tiffany (1990) el condicionamiento refleja sólo uno de los posibles mecanismos de *craving* y resulta insuficiente para explicar el consumo cuando no hay síntomas de abstinencia, o la diferencia entre motivación para consumir y los efectos placenteros del consumo. Como respuesta, aportaciones ubicadas en el área de la investigación psicobiológica surgieron en un intento por aportar nuevas y más completas explicaciones al origen y operación del *craving*. Investigadores como Robinson y Berridge (1993) y Koob y Le Moal (1997) al intentar responder por qué de la persistencia del *craving* en alcohólicos en abstinencia, encontraron que no sólo es un estado subjetivo motivacional sino un fenómeno multifacético con componentes neuroconductuales con posibilidad de asociarse a ciertas regiones cerebrales (neuroanatomía) y neurotransmisores (neuroquímica), lo cual determinaron podía explicar el consumo aún en ausencia de los síntomas de abstinencia, o establecer de forma adecuada la diferencia entre el deseo y el placer de consumir alcohol.

Muchos aspectos de esta aproximación son especulativos, no obstante, investigadores como Anton (1999), Drummond (2000) y Potgieter *et al.* (1999), entre otros, apoyan su utilidad tanto en el estudio del *craving* como en su asociación con la recaída, por lo que es importante profundizar más en su revisión.

MODELOS PSICBIOLÓGICOS DE *CRAVING*

Para la explicación de *craving*, la aproximación psicobiológica destaca la relevancia que tienen los efectos de la adicción y de los estímulos condicionados asociados sobre el sistema cerebral y la importancia de la neuroadaptación o sensibilización de ciertos sistemas cerebrales en su manifestación y asociación con el uso compulsivo de alcohol. En sus explicaciones fundamentan la importancia de sus sustratos biológicos, pero no lo reducen a éstos, sino que incluyen constructos cognitivos y emocionales.

En forma particular, con sustento en la hipótesis de sensibilización al incentivo, Robinson y Berridge (1993, 2000) explican que el *craving* puede aparecer y/o perdurar por mucho tiempo debido a que el organismo, incluso ciertos sistemas cerebrales implicados en funciones psicológicas de motivación, placer y aprendizaje (amígdala, núcleo acumbens, hipocampo y circuitos neurales) han adaptado o modificado sus actividades en respuesta a

la prolongada presencia de alcohol, dejándolos hipersensibilizados y conduciendo a un patrón de consumo compulsivo.

En sus estudios experimentales con animales, dichos investigadores demuestran que una vez sensibilizado el sistema cerebral dopaminérgico mesotelencefálico (sistema de recompensa y aprendizaje) al uso frecuente de alcohol, que implican en particular a los neurotransmisores GABA, glutamato, dopamina, serotonina y péptidos opioides, tal sensibilización media la importancia del incentivo y no del placer. Esto es, encuentran que debido a las modificaciones permanentes en los sistemas cerebrales provocados por la constante administración de alcohol, estímulos como una nueva droga, mínimas dosis de alcohol e incluso la exposición en ambientes previamente apareados al consumo, activan un poderoso proceso motivacional que puede predecir el placer y volverlos en atractivos por sí mismos, como incentivos condicionados o reforzadores secundarios demandantes de atención; empero, no significa que se conviertan en placenteros sino que, al provocar mayor deseo del incentivo, incluso pueden atormentar más que proporcionar placer e iniciar la respuesta de *craving* (Robinson, Berridge, 1993, 2000, 2003).

En otros términos, la experiencia ocurre cuando el bebedor presta demasiada atención a los estímulos asociados al alcohol o los percibe como en extremo atractivos (atención selectiva). En dicha situación, apuntan que el córtex lateral dorsal prefrontal (DLPC), que integra información sensorial como olores, sabores, sonidos, y se cree puede encerrar a la memoria de recompensa, es activado por la información sensorial asociada al contexto apareado al consumo y por la información que llega de la amígdala y núcleo acumbens, los cuales tienen una importante función en la modulación del estrés, emoción y recompensa; y debido a que el DPLC devuelve información al núcleo acumbens, deducen que la información sensorial apareada al consumo estimula el DPLC y al núcleo acumbens generando gran actividad en el cerebro, cuyas implicaciones son las conductas impulsivas o incontroladas. Además, suponen que debido al fenómeno de sensibilización al uso crónico de alcohol, el mal funcionamiento del sistema frontocortical (que regula la toma de decisiones y modera la conducta) puede impedir la cognición normal e inhibir el control sobre la conducta y en consecuencia, conducir a la búsqueda compulsiva, uso compulsivo y recaída en el consumo de alcohol (Robinson, Berridge, 2000, 2003).

En síntesis, estos investigadores determinan que los estados motivacionales condicionados, causa del consumo, son inconscientes y resultan en la experiencia de *craving* sólo cuando se les da una interpretación cognitiva, es decir, cuando los estímulos que han sido apareados a la administración de alcohol, son advertidos como muy atractivos o se les concede bastante atención, por lo que conjeturan que la motivación para consumir alcohol en sujetos alcohólicos en proceso de recuperación, no siempre depende de los sentimientos de placer y de la predicción del placer (por ejemplo, expectativas de resultado positivo), sino de dos tipos de motivación: una centrada en el placer (gusto) y la otra basada en la compulsión (actividades impulsivas e incontroladas), por lo que determinan que el *craving* puede ser conciente, pero también inconsciente en parte (Robinson, Berridge, 1993, 2000, 2003).

Desde la ciencia cognitiva y de manera similar, Tiffany (1990) sostiene que la experiencia de *craving* puede surgir debido al incremento de atención a las señales de alcohol, pero añade que sucede sólo cuando la persona se previene de acceder a la sustancia o cuando está intentando abandonar el consumo. De hecho, opina que puede ser el reflejo de una conducta automática, caracterizado por ser rápido, sin esfuerzo, ineludiblemente vinculado al estímulo, no planeado en forma conciente y difícil de inhibir una vez iniciado. Implícito al concepto es que subsiste a un nivel neuropsicológico no cognitivo o subcortical sin lenguaje o capacidad de asociación estructurada. Sin embargo, Modell *et al.* (1992) y Anton *et al.* (1996) apuntaron que sus aspectos cognitivos podían ser medidos de manera adecuada, si su valoración se efectúa de modo similar a otros trastornos subcorticales, como es el caso de la enfermedad obsesivo-compulsiva. Sus observaciones llevaron a establecer que el *craving* tiene gran similitud con el trastorno obsesivo-compulsivo y proporcionaron una visión fenomenológica (no necesariamente etiológica) del fenómeno. Dada la importancia que este modelo tiene para este trabajo es conveniente conocer la perspectiva que ofrece con mayor detalle.

MODELO FENOMENOLÓGICO DE *CRAVING*

En estudios clínicos con alcohólicos, Modell *et al.* (1992) encontraron que de manera similar a lo ocurrido en el trastorno obsesivo-compulsivo en donde la aparición de pensamientos indeseables sobre los cuales no se tiene control, obligan al individuo a

ejecutar conductas estereotipadas (rituales) que causan estrés, consumen tiempo y pueden interferir con el desempeño cotidiano; en las descripciones que los alcohólicos hacen del *craving* se hallan los mismos comportamientos. Observaron que durante la abstinencia temprana y en el largo plazo, muchos alcohólicos experimentan persistentes e indeseables pensamientos o imágenes asociadas con el alcohol, forzándolos a comprometerse en conductas de consumo reconocidas por ellos mismos como mal-adaptativas o destructivas tales como la pérdida de control en el beber.

Basándose en esas observaciones Anton (1996) realizó una revisión neuroanatómica de los aspectos obsesivo-compulsivos del consumo de alcohol y encontró, en sus estudios experimentales, que después de un sorbo de la sustancia había un incremento en la actividad de los ganglios basales y el núcleo caudado, lo cual, coincidía con las estructuras en teoría implicadas en la enfermedad obsesiva-compulsiva. De manera muy general, sus revisiones le llevan a deducir que debido al proceso de neuroadaptación, los pensamientos relacionados con el alcohol pueden ser tan frecuentes e intensos como los pensamientos intrusivos e indeseables característicos del trastorno obsesivo-compulsivo. No obstante, infiere que a diferencia de los pensamientos de ese trastorno, que no son recompensantes, los asociados con el alcohol pueden atenuarse con el mismo consumo, excepto cuando el alcohólico intenta la abstinencia o recae, en cuyo caso tales pensamientos adquirirían valencia negativa con implicaciones de ansiedad, estrés y desconcierto. En forma adicional explica que tanto los pensamientos y asociaciones (imágenes) referidos al alcohol, al dispararse por señales medioambientales condicionadas tal vez producen asociaciones de modo cortical, es decir, estimulan áreas subcorticales en un circuito cibernético amplificado que incrementa la probabilidad de beber o recaer en el consumo. En otros términos, supone que todo el circuito neural puede ser exaltado aún más por la gran actividad del sistema límbico, que tiene conexión con el núcleo acumbens y ganglios basales, tal como ocurre durante la exposición al estrés o a estados emocionales negativos. A partir de esto, infiere que es probable que la persona alcohólica que intenta la abstinencia, convierta al alcohol en su centro existencial, dedique una importante parte de su tiempo a la generación de ideas, fantasías, ensoñaciones, preocupaciones sobre la forma de obtenerlo y pautas de conductas aproximativas, aunque ello implique el descuido de obligaciones y de otras actividades (Anton, 2000).

En síntesis, el modelo fenomenológico de *craving* afirma que éste puede expresarse a través de pensamientos intrusivos acerca del alcohol, sobre los cuales parece no haber control y dañan el funcionamiento del individuo debido a la cantidad de tiempo dedicado y al esfuerzo por resistirse a ellos y controlarlos. Los fracasados intentos por controlar, o resistir los pensamientos serían las características principales del *craving*, que al estar asociado con el mal funcionamiento de varios sistemas cerebrales tendría importantes implicaciones en la actividad y conducta repetitiva o estereotipada, por ejemplo, uso compulsivo de alcohol (Anton, 1996, 2000; Modell *et al.*, 1992).

Es preciso señalar que la utilización de palabras “obsesivo” o “compulsivo” no aluden al problema de *craving* como un trastorno obsesivo-compulsivo *per se*, sino se consideran términos útiles para describir ciertos aspectos del consumo incontrolado. De hecho, Anton (2000) señala que aunque el pensamiento obsesivo acerca del alcohol y el impulso o deseo compulsivo de usar alcohol pueden no capturar la totalidad de la experiencia de *craving*, conceptualarlo de esta manera puede tener importantes implicaciones terapéuticas y/o ser de gran utilidad para profundizar el conocimiento de las bases neuroanatómicas y neuroquímicas del alcoholismo y con ello mejorar su intervención y tratamiento.

Por otro lado, como se mencionó con anterioridad, si bien el *craving* es objeto de controversia e incertidumbre (en su definición o qué lo provoca), se reconoce como parte importante del proceso adictivo, estableciéndose como un suceso más común entre los consumidores con altos niveles de dependencia, reiterativo tema de discusión en los escenarios de tratamiento (Kozlowski, Mann, Wilkinson, Poulos, 1989; Ludwing, Winkler, 1974; Marlatt, 1985). Sin embargo, a pesar del gran interés en el tema, no se ha logrado el acuerdo en cómo medirlo.

En la evaluación del tratamiento al alcoholismo, que incluye la recaída, con frecuencia se menciona la importancia de examinar el papel que desempeña el *craving*; para ello, se han diseñado varios instrumentos que pueden clasificarse en instrumentos de autoreporte, y mediciones conductuales y psicofisiológicas.

La perspectiva para su valoración, se enfoca sobre todo en su naturaleza subjetiva; empero, al principio se limitó a su valoración unidimensional, circunscrita a la capacidad del paciente para comunicarlo (Tiffany, Carter, Singleton, 2000). Después, al demostrar una

probable naturaleza multifactorial (deseo de experimentar los efectos positivos del alcohol o evitar los negativos, intención de consumir, falta de control sobre el consumo, preocupación por beber vinculada a pensamientos y conductas, grado de dependencia, reacciones psicofisiológicas, etcétera), se desarrollaron varios instrumentos multi-item, entre los cuales los cuestionario elaborados por Modell *et al.* (1992) y Anton, Moak y Latham (1995), *The Obsessive Compulsive Drinking Scale* (OCDS) y *The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale for heavy drinking* (Y-Bocs-hd), respectivamente, fueron de los más reconocidos por la comunidad científica (NIAAA, 2001).

El OCDS y Y-Bocs-hd, al estar sustentado en la idea de que ciertos aspectos del *craving* son incontrolables (hecho que reconocen muchos alcohólicos, por ejemplo, Alcohólicos Anónimos) y que pueden cuantificarse a través de explorar pensamientos relacionados con el alcohol (persistencia, intensidad e incapacidad para resistirlos), y los rituales del consumo (uso compulsivo y la pérdida de control), permitió evaluarse desde otra óptica y planteó el desarrollo de importantes aspectos relevantes a su conveniente reconocimiento y probable naturaleza multidimensional (Anton, Drobos, 1998).

Aunque es abundante la literatura que debate la mejor forma de medir el *craving*, por ejemplo, Tiffany *et al.* (2000), hasta hoy no hay un acuerdo en ésta, ya que mucho depende del paradigma metodológico utilizado (Anton, Drobos, 1998). No obstante, diversos investigadores apoyan la estrategia implementada por los cuestionarios OCDS y Y-Bocs-hd. Con el propósito de familiarizar al lector con la perspectiva de medición de *craving*, la siguiente sección muestra un breve panorama acerca de la forma con que tradicionalmente se ha valorado.

LA MEDICIÓN DE *CRAVING*

Como ya se mencionó, son varios los instrumentos que se utilizan para medir el *craving*. Los instrumentos de auto reporte representan el método más utilizado para obtener información al respecto. Sin embargo, de acuerdo con Tiffany *et al.* (2000) algunos restringen su exploración a uno o dos reactivos, en general subordinados a la interpretación del alcohólico, lo cual impide capturar las palabras utilizadas para describir el estado de deseo o *craving*, esto es, de modo usual lo exploran por medio de uno o dos reactivos (tipo

Likert), con los que intentan medir el nivel de deseo o impulso de beber en una línea de 10cm conocida como Visual Analog Scales (VAS).

Para añadir mediciones objetivas al método VAS, los investigadores examinan cambios en las funciones psicofisiológicas que acompañan al *craving*, como cambios en el ritmo cardíaco, presión sanguínea o salivación. Sin embargo, Anton (2000), y Drobles y Thomas (1999) encontraron que las propiedades psicométricas de dichas escalas en general resultan desconocidas y, por lo regular, implican una representación dicotómica del concepto (ausente-presente) que reduce las bases de análisis y deja fuera muchos de sus aspectos multifacéticos.

Para su valoración, de modo consistente se enfatiza la importancia de contar con instrumentos que sean sensibles a su probable multidimensionalidad como niveles de intensidad, momentos de aparición y escenarios, por lo que se elaboraron varios cuestionarios multi-item. De éstos, los de mayor prestigio entre la comunidad científica, por su fácil acceso y aplicación, son los que se basan en la coincidencia fenomenológica con la enfermedad obsesivo-compulsiva (NIAAA, 2001).

Con apoyo en las similitudes entre las obsesiones y compulsiones del trastorno obsesivo-compulsivo y las conductas de consumo estereotipadas de muchos alcohólicos, en especial cuando se asocian al consumo fuerte, se desarrollaron dos escalas para intentar medir la posible multidimensionalidad del *craving*, conceptuados como pensamientos obsesivos y uso compulsivo de alcohol (Anton, *et al.*, 1995; Anton *et al.*, 1995, 1996; Modell *et al.*, 1992).

De inicio, Modell *et al.* (1992) utilizan la escala Y-Bocs (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) para diseñar el cuestionario Y-Bocs-hd, que fue el primer instrumento multidimensional desarrollado y validado para medir en forma específica el *craving* de alcohol (NIAAA, 2001). Dicho instrumento proporciona los aspectos que se contempla forman parte del fenómeno obsesivo del alcohol, como tiempo que el individuo ocupa en pensar en el alcohol, estrés producido por los pensamientos, distracción ocasionada por los mismos y fuerza y control para resistir pensar en su consumo. También cubre aspectos que se supone, reflejan el uso compulsivo, como cantidad de alcohol consumido, distracción en las ocupaciones sociales y laborales a causa del consumo, estrés relacionado con la prevención o evitación del consumo, esfuerzos para resistirse a beber, y el control sobre el

consumo. Todo ello considerado a medirse con 10 preguntas y después de uno o dos días de abstinencia (Anton *et al.*, 1995; Modell *et al.*, 1992). La investigación con el Y-BOCS-hd demostró que la conducta de consumo compulsiva del alcohólico puede ser reflejo del *craving*, correlacionada con mediciones y características específicas de las obsesiones y compulsiones privativas del trastorno obsesivo-compulsivo; además, con dicho instrumento se determinó con mayor certeza, que es más común en los bebedores excesivos o dependientes que en los consumidores no problemáticos (Modell *et al.*, 1992).

En una adaptación posterior al Y-Bocs-hd, Anton *et al.* (1996) desarrollaron el OCDS. Ambos cuestionarios comparten los mismos contenidos, esto es, preguntas cuyas respuestas están codificadas de tal manera que indican que a mayor puntaje mayores pensamientos obsesivos o conducta compulsiva; sin embargo, el OCDS localizó estructuras factoriales que separan claramente los aspectos obsesivos de los compulsivos. En general, a diferencia del Y-Bocs-hd, el OCDS se conforma por 14 preguntas, de las cuales una está dirigida a evaluar pensamientos de beber durante periodos de no consumo; las preguntas son retrospectivas y aunque no se precisa el tiempo se consideran adecuadas para un lapso de una a 12 semanas después de tratamiento. Kranzler, Mulgrew, Modesto-Lowe y Burleson (1999) han demostrado que el cuestionario OCDS posee alta consistencia interna (0.86); moderada a alta consistencia interna para las dos subescalas (0.71-0.85) y la validez de constructo la confirman con una fuerte correlación entre la severidad de la dependencia al alcohol y la escala Y-Bocs-hd ($r=.96$), aunque los puntajes de la escala no los encuentran asociados con la recaída. A pesar de esto, otros resultados de investigación exponen al OCDS como una herramienta que puede establecer diferencias estadísticas significativas entre alcohólicos que han vuelto a beber de aquellos que sólo han sufrido un lapso de consumo o que se mantienen en total abstinencia (Anton *et al.*, 1996; Flannery, Roberts, Cooney, Swift, Anton, Rohsenow, 2001; Kranzler *et al.*, 1999; Roberts, Anton, Latham, Moak, 1999); además, diferentes estudios lo reconocen como de gran ayuda para establecer grados de severidad de la dependencia, monitorear el progreso de los pacientes, evaluar tanto los resultados del tratamiento como la angustia y el estrés provocado por el impulso o deseo de beber en alcohólicos con diferentes niveles de consumo y distintos periodos de abstinencia (Anton, 2000; Anton *et al.*, 1996; Flannery *et al.*, 2001; Kranzler *et al.*, 1999).

No obstante, debido a que el estudio empírico del *craving* es más o menos nuevo y a que aún se intenta entender qué es con exactitud o cómo medirlo, diferentes investigadores apuntan la necesidad de refinar y validar su medición, por ejemplo, en diferentes poblaciones de bebedores y/o fuera de escenarios de tratamiento profesional (Abrams, 2000; Drobles *et al.*, 1999; Drummond *et al.*, 2000; Drummond, 2001; Geerlings, Lesch, 1999; Potgieter *et al.*, 1999; Rohosenow, Monti, 1999).

Asimismo, en su generalidad las escalas de medición se basan en la interpretación o el buen juicio con que el alcohólico describe la severidad de su deseo, impulso de beber o *craving*, por lo que algunos investigadores consideran indispensable identificar qué entienden los mismos alcohólicos por la palabra impulso o *craving*. De hecho, con frecuencia se argumenta que una buena descripción de los estados internos relacionados al consumo, definido en los propios términos del bebedor, podría proveer valiosa información sobre el estado de *craving* e indicarían qué tanto el individuo es capaz de reconocerlo y monitorearlo, para aumentar la posibilidad de utilizar conductas pertinentes y/o adecuadas para afrontar el estrés que puede dar inicio a la experiencia, o al estrés producido por ésta y con ello reducir la probabilidad de recaída (Potgieter *et al.*, 1999).

Alejándonos un poco del tema, es conveniente señalar que la inclinación a considerar una relación entre estrés, afrontamiento y la vuelta a beber después de periodos de abstinencia tampoco es algo nuevo. Existen múltiples trabajos que muestran evidencia de un vínculo entre exposición al estrés (crónico y agudo) y el afrontamiento mal-adaptativo a éste con la conducta de búsqueda de alcohol, *craving* y la recaída (Baker *et al.*, 1987; Sayette *et al.*, 2000; Sinha, O'Malley, 1999).

Los antecedentes de la hipótesis del consumo del alcohol como reductor del estrés y su asociación con el *craving* y la recaída se encuentran en los modelos experimentales realizados con animales. En estos, se demuestra que el estrés inducido por pequeñas descargas (estímulo nocivo) puede restablecer la conducta de búsqueda de alcohol y la recaída en ex bebedores (Lê, Quan, Juzystch Fletcher, Joharchi, Shaham, 1998). Sin embargo, aunque en muchos aspectos los organismos responden de una forma estereotipada, con idénticos cambios bioquímicos producidos para afrontar cualquier tipo de demanda, el término estrés en humanos tiene un marco más amplio de aplicación (Seyle

(1956), mencionado en Lazarus, Folkman, 1986), por lo que se hace necesario analizarlo con más detenimiento.

Respecto a ello, merecen atención especial las aportaciones de Lazarus y Folkman, quienes al iniciar el estudio sistemático del estrés bajo un enfoque psicológico, permitieron reconocer que no sólo es un estímulo nocivo, sino un concepto organizador con un sentido *relacional* entre el ambiente y las personas (*feedback*) que puede modificar las circunstancias de las mismas y que requiere un esfuerzo de adaptación (Lazarus, 1974; Lazarus, Folkman, 1984). Con el fin de seguir la propuesta teórica de Lazarus y colaboradores respecto al concepto de estrés y su afrontamiento, así como el vínculo que guarda con la experiencia *craving* y la recaída, es conveniente conocer sus conceptos básicos, los cual será abordado con mayor detalle en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III

ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y *CRAVING*

EL ESTRÉS Y SUS IMPLICACIONES EN EL *CRAVING*: CONCEPTOS BÁSICOS

En términos generales, el estrés se define como un proceso psicobiológico complejo que involucra la percepción, interpretación, respuesta y adaptación al daño o amenaza, en el que se distinguen cuatro principales componentes: 1) agente causal externo o interno (estresores o situaciones estresantes); 2) procesos cognitivos y emocionales que evalúan el evento, distinguen lo nocivo o amenazante de lo benigno y la disponibilidad de recursos de afrontamiento (evaluación cognitiva primaria y secundaria); 3) respuestas cognitivo-conductuales ante el evento estresante (afrontamiento), y 4) un patrón complejo de efectos psicofisiológicos como reacción al estrés (distrés). Estos componentes interactúan para coordinar las experiencias y respuestas al estrés (Folkman, 1984).

En específico, la condición de estrés incluye una situación inicial en la que se produce un potencial acontecimiento peligroso, un momento siguiente en que se interpreta como peligroso, perjudicial o amenazante, y por último, una reacción del organismo como respuesta a la amenaza (ansiedad). Este episodio, es una situación que demanda un esfuerzo del individuo para activar recursos de afrontamiento biológico, psicológico y social; empero, cuando hay un desequilibrio entre las demandas de la situación y los recursos de afrontamiento, es decir, que sean débiles o inadecuados, se produce una discrepancia real o percibida.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), lo anterior implica un proceso de evaluación cognitiva cuyo cometido es valorar si las exigencias de la situación amenazan el bienestar y si los recursos y opciones de afrontamiento están disponibles para responder a las demandas de la situación. Como resultado, el individuo puede interpretar las circunstancias como irrelevantes, benigna-positivas o estresantes e incluir en esta última las que significan recibir daño, presentimiento de un posible daño o pérdida y/o eventual mejora. El individuo entonces puede percibir la situación como positiva, negativa o neutral y responder de acuerdo con su evaluación (Rodríguez-Marín, 1995).

Es importante notar, sin embargo, que el estresor también puede tener efectos físicos directos que no implican en forma necesaria la evaluación cognitiva. Un bebedor excesivo, por ejemplo, puede negar que el abuso del alcohol tiene consecuencias negativas para su salud y quizás reducir con ello el estrés (distrés) o la preocupación generada por su hábito. No obstante, el daño físico asociado con el abuso del alcohol continúa sin que importe su evaluación (por ejemplo, síntomas físicos del síndrome de abstinencia), por lo que, aunque la evaluación cognitiva es fundamental, puede haber efectos directos del estresor que ocurren a pesar de las respuestas de evaluación (Fleming, Baum, Singer, 1984).

En el caso del *craving*, una vía de estrés psicológico sería directa si se asume que produce cambios en el sistema biológico del alcohólico como aumento en la presión sanguínea, ritmo cardíaco, salivación (Kaplan *et al.*, 1985; Monti *et al.*, 1987). Estos cambios, en mayor o menor medida, tal vez tienen un impacto en el comportamiento del sujeto como dificultad de concentración, lo cual genera una situación de desequilibrio, que es, en último extremo, lo que se denomina situación estresante (Rodríguez-Marín, 1995).

Con independencia de lo señalado, se presume que bajo ambientes de estrés la valoración que se hace del suceso, aunado al tipo de emoción producida (miedo, ansiedad, excitación, depresión y resignación), induce al organismo a responder para adaptarse a la situación y recuperar el equilibrio biopsicosocial (Lazarus, Folkman, 1986). Las respuestas pueden ser reacciones involuntarias (cambios en la presión sanguínea, ritmo cardíaco, incapacidad de concentración o aparición de pensamientos intrusivos y repetitivos), o respuestas voluntarias ejecutadas de manera conciente para hacer frente al estrés (Lazarus, 1974; Lazarus, 1991; Lazarus, Folkman, 1986). Las ejecutadas en forma más o menos conciente se consideran respuestas de afrontamiento y cumplen la función de controlar o cambiar las situaciones o emociones negativas del distrés (Lazarus, 1991; Lazarus, Folkman, 1986). No obstante, el afrontamiento no sólo es una respuesta a la emoción sino que, al ser un proceso que interviene en subsecuentes evaluaciones, puede producir cambios en la calidad e intensidad de la misma, por lo que se contempla como un mediador de las respuestas de la emoción (Folkman, Lazarus, 1988).

Así por ejemplo, si se percibe que las respuestas de afrontamiento son efectivas para manejar una situación evaluada como de amenaza, el momento de amenaza puede

disminuir, pero si las respuestas no están disponibles o son inadecuadas, una situación que al principio no significa amenaza, después puede percibirse como amenazante. En otros términos, el nivel de estrés depende de cómo ha sido evaluada la situación dentro del contexto de la disponibilidad de habilidades de afrontamiento y la capacidad para aplicarlas (Lazarus, Averill, Opton, 1970).

Cuando el individuo muestra deficiencias en las habilidades conductuales o tiene una distorsión cognitiva, evaluación defectuosa, o baja autoeficacia, se afirma que las respuestas de estrés o su percepción se incrementan (DiClemente, Carbonari, Zweben, Morrel, Lee, 2001; Marlatt, Gordon, 1985). De manera particular, Lazarus (1965) establece que altos grados de amenaza limitan la utilización de recursos de afrontamiento disponibles o los esfuerzos para ejercer control sobre la situación y, en consecuencia, producir respuestas ineficaces tales como los trastornos ansiosos o depresivos, las cuales pueden valorarse como estímulos antecedentes de ansiedad o estrés, por lo que si un alcohólico no tiene habilidades de afrontamiento adecuadas ante las excesivas demandas del medio ambiente (estresores), el alcohol podría utilizarse como una tentativa de adaptación, para afrontar.

En el área del alcoholismo, se ha documentado de modo especial, que cuando el alcohólico no cree tener habilidad para afrontar el deseo de beber o *craving*, las respuestas de estrés o su percepción aumentan (Marlatt, Gordon, 1985). Percibir altos grados de amenaza, de acuerdo con Niaura (2000), aumentan la respuesta emocional condicionada, y si la reacción fisiológica asociada es intensa, podría limitar la utilización de recursos de afrontamiento disponibles o los esfuerzos para ejercer control sobre la situación. Por tanto, se espera que sin el afrontamiento adecuado la experiencia de *craving* resulte en la irremediable pérdida de control, en particular si el alcohólico se encuentra en un ambiente con señales específicas (por ejemplo, anuncios publicitarios de alcohol) o en el que está disponible, como una reunión en la que beben otras personas.

Respecto a la relación específica entre estrés, recaída y *craving* de alcohol, las primeras hipótesis se localizan en trabajos experimentales realizados con animales. Messerman y Yumm (1946) al experimentar con las propiedades fisiológicas del alcohol en ratas, encontraron que podía funcionar como agente desinhibidor y/o extinguir la respuesta de evitación al estímulo aversivo (estresor); demostraron que bajo la influencia del alcohol,

consumido en cantidades moderadas a excesivas, no se evitaban los castigos inducidos (electrochoques) y se incrementaba la respuesta de acercamiento al conflicto (búsqueda de comida a pesar del castigo), lo cual sugirió que con la auto administración de la sustancia se suprimían los efectos del estrés.

Con acento especial en el *craving*, por medio del paradigma de reinstalación del estrés en ratas, Lê *et al.* (1998) demostraron que después de extinguida la conducta de auto administración del alcohol, el estrés inducido por pequeñas descargas podía restablecer la conducta de búsqueda (impulso) y el consumo, por lo que concluyen que hay una asociación entre recaída y *craving*. En este estudio, se conjetura que a mayor conducta de búsqueda del alcohol más intenso es el *craving* producido.

De acuerdo con Goldsmith (1998), aunque los modelos en animales deben tomarse con cierto escepticismo, ya que éstos no pueden comunicar sus experiencias subjetivas, los eventos que en los animales de laboratorio provocan *craving*, conducta de búsqueda y recaída en el consumo son semejantes en los humanos. Dichos eventos incluyen la re exposición al alcohol o a señales apareadas al consumo, severidad de la dependencia y ciertos estresores que inducen estados de ánimo negativos.

Litt, Cooney, Kadden y Gaupp (1990) después de inducir estados de ánimo negativo por medio de hipnosis en personas alcohólicas, se les expuso a señales relacionadas con el alcohol y encontraron que la sola inducción de estados de ánimo negativo era suficiente para provocar *craving*. Payne, Rychtarick, Rappaport, Smith, Etscheidt, Brown y Johnson (1992) al conducir un estudio en el que se pedía a los alcohólicos escuchar descripciones de situaciones de bajo y alto riesgo de consumo mientras eran expuestos a señales relacionadas con el alcohol, encontraron que se disparaba sólo cuando eran expuestos a señales y/o situaciones de alto riesgo. En un estudio más reciente de Cooney *et al.* (1997) se encontró que la probabilidad de recaída se eleva al inducir estados de ánimo negativos (vía imaginación guiada), pero sólo cuando se combina el ánimo negativo con la presentación de señales de alcohol.

Asimismo, el *craving*, como un evento que puede afectar o ser motivo de fuerte tensión y recaída en personas alcohólicas en proceso de recuperación, también se evidencia en trabajos de Gorski y Miller (1979), Mossberg, Lijljeberg y Borg (1985), y Roelofs y Dikkenberg (1987). En su conjunto, destacan que la inestabilidad fisiológica

(hiperventilación y ansiedad), problemas de sueño, depresión, y déficit cognitivos, además de dificultades de concentración y memoria, derivados de las fases del síndrome de abstinencia producen una sensación de malestar que pueden conducir al *craving* y predisponen al individuo a retomar la conducta de consumo para aliviar esos síntomas. Además, sus estudios aceptan que dicho *craving* puede depender de mecanismos distales de memoria y ser reavivado por la activación del centro de recompensa cerebral que ha almacenado recuerdos sobre las experiencias positivas del consumo, por lo que, aunque un individuo no haya bebido por periodos prolongados, exponerse a estímulos apareados al alcohol inician un estado emocional negativo con propiedades motivacionales para restablecer la conducta de consumo, no sólo por el reforzamiento negativo, sino al modificar el umbral hedónico para la eficacia de los reforzadores.

Como ya se mencionó, el *craving* con frecuencia se describe como un estado motivacional anormal resultado de la dependencia severa. En las primeras explicaciones se pensó sólo era resultado de un desequilibrio de la homeostasis del organismo, se creyó surgía como una necesidad de restablecer una nueva homeostasis después del síndrome de abstinencia, es decir, como una necesidad biológica que excluía a las emociones. No obstante, con el avance en la investigación se demostró que podía acompañarse con un estado emocional, el cual prepara a una acción, ya sea de aproximación o evitación de estímulos relevantes. Robinson y Berridge (1993), sugieren que como resultado del proceso de neuroadaptación al alcohol, los estímulos asociados con el consumo llegan a ser cada vez más deseados y reciben, de igual modo, cada vez más, atención, provocando una conducta de aproximación y consecución de una meta. Sin menoscabo de ello, con frecuencia se menciona que el problema de la persona alcohólica consistirá en formarse una serie de juicios sobre las implicaciones que su acción tendrá en su bienestar, lo cual dependerá de las características de la situación, de la evaluación cognitiva del evento y de la disponibilidad de recursos de afrontamiento (Marlatt, Gordon, 1985; Niaura, 2000).

Hipótesis de otros estudios, si bien exponen que la percepción de altos grados de amenaza aumentan la respuesta emocional condicionada y el *craving*, explican que al combinarse con un proceso de adaptación disminuida (mal afrontamiento) la probabilidad de recaída se eleva (Sinha, 2001). De manera especial, teóricos cognitivo-conductuales, como Litman (1974), Litman, Eiser, Rawson y Oppenheim (1977, 1979) y Marlatt y

Gordon (1985) acentúan que aunado a otros riesgos bio-psicosociales, como genética y/o severidad de la dependencia, presión social y expectativas positivas hacia el consumo, el déficit de habilidades de afrontamiento en ciertas situaciones de riesgo, en las que el *craving* o impulso de beber son y ayudan a definir las, aumentan los niveles de estrés y facilitan el retorno al abuso de alcohol después de periodos de abstinencia.

En suma, muchos investigadores reconocen la importancia del estrés en la recaída, pero con frecuencia también admiten que su sola presencia no la predice, sino los recursos de afrontamiento que se ejecuten ante una situación percibida como de riesgo o estresante (Koob, Le Moal, 1997; Litman *et al.*, 1977; Marlatt, Gordon, 1985; Miller *et al.*, 1996; Sinha, 2001).

El interés particular por conocer factores asociados con la recaída, por tanto, nos desplaza al tema del afrontamiento. Respecto a esto, también merece atención especial las aportaciones hechas por Lazarus y colaboradores ya que, a través de sus hipótesis, permitieron conocer con mayor claridad la función que desempeña para el bienestar del individuo (Rodríguez- Marín, López-Roing y Pastor, 1990). El afrontamiento se reconoce central en el proceso del alcoholismo y la recaída después de tratamiento; sin embargo, debido a que su definición no es clara es conveniente detenerse en sus conceptos básicos, para de manera posterior analizar con mayor precisión la relación que tiene con el *craving* y la recaída.

EL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS E IMPLICACIONES EN EL *CRAVING*: CONCEPTOS BÁSICOS

En términos generales, el concepto de afrontamiento no ha podido aclararse por completo pero se utiliza de manera constante para explicar las diferentes formas de responder a situaciones juzgadas como estresantes (Latack, Havlovik, 1992). Para mejor comprensión del término, Lazarus (1974), Lazarus y Folkman (1986) y Folkman y Lazarus (1988) proponen un modelo transaccional. En éste se describe como concepto organizador con un sentido *relacional* entre el ambiente y los sujetos que puede modificar las circunstancias de los mismos y requiere de un esfuerzo de adaptación. En concreto, se define como el conjunto de respuestas, cognitivas y conductuales, constantemente

cambiantes y parte de una transacción con el ambiente, las cuales se ejercitan para manejar o controlar las demandas específicas internas (emociones) o externas (ambientales) evaluadas como excedentes o desbordantes del individuo.

Según Rodríguez-Marín (1995), el concepto de afrontamiento puede interpretarse como un proceso de adaptación a nuevas situaciones evaluadas como potencialmente peligrosas o perjudiciales que exigen el restablecimiento de equilibrio. El concepto adaptación, implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por ciertas situaciones y las capacidades de una persona para responder a un acontecimiento o situación potencialmente estresante. Estas capacidades son denominadas por Lazarus (1984, 1991) recursos de afrontamiento, las cuales son producto de la experiencia o de la herencia de la persona y cumplen la función de reducir o bloquear las reacciones de estrés psicológico o físico.

Respecto al *craving*, como ya se mencionó, existe la posibilidad de que en un alcohólico en abstinencia, al exponerse a estímulos apareados al consumo y como respuesta a la sensibilización del incentivo, producto de la neuroadaptación al alcohol, se active un poderoso proceso motivacional que puede predecir el placer y convertir los estímulos en atractivos por ellos mismos como incentivos condicionados o reforzadores secundarios que exigen atención, lo cual puede provocar mayor deseo del incentivo y atormentar más que dar placer (Robinson, Berridge, 1993, 2000, 2003). El proceso es inconsciente, pero su equivalente cognitivo son los pensamientos indeseables de alcohol sobre los cuales no se tiene control y resultan desconcertantes para el individuo. Entonces, el concepto *craving*, bajo esta perspectiva, es algo que los alcohólicos experimentan y describen como una preocupación, tal vez con implicaciones directas en la funcionalidad del individuo (Anton, 1996; Kozlowski *et al.*, 1989; Modell *et al.*, 1992), es decir, significa un acontecimiento a todas luces crítico que puede evaluarse en forma cognitiva como productor de estrés y, por ende, demandar un proceso de adaptación o respuesta de afrontamiento.

Por otro lado, siguiendo con la propuesta de Lazarus y Folkman (1985), la forma de afrontamiento puede variar según la evaluación de cada transacción y sus orientaciones pueden variar con el tiempo, según el ambiente y el contexto (afrontamiento como proceso), o bien, estar presentes en cualquier momento en particular y mostrarse como un estilo preferencial estable (afrontamiento como rasgo). Se dice que el individuo puede

mostrar una preferencia consistente hacia una u otra orientación, pero también mostrar un cruce de categorías, incluso frente a situaciones que parecen exigir otra respuesta; no obstante, siempre estar enmarcadas a recuperar un equilibrio óptimo del individuo (Rodríguez-Marín, 1995). Se espera, por tanto, gran variabilidad en las estrategias de afrontamiento en diferentes situaciones y frente a distintos problemas.

La reducción del desequilibrio que supone el estrés puede intentarse de muchas maneras; no hay un acuerdo en su tipología, pero se ha reunido información sobre una variedad del potencial repertorio de respuestas, las cuales serán descritas a continuación.

CLASIFICACIÓN DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

Lazarus y Folkman (1986) establecen tres tipos de respuesta: a) afrontamiento enfocado en el problema, definido como las estrategias cognitivas y conductuales dirigidas a modificar la situación o problema causa de estrés; b) afrontamiento enfocado en la emoción, descrito como regulación o manejo de los sentimientos desagradables causados por una situación estresante, y c) afrontamiento de evitación, el cual refiere evasión o escape al problema o a las emociones negativas. Sin embargo, Rodríguez-Marín (1995), en una revisión sobre la diversidad de respuestas de afrontamiento, encontró que también puede originarse según el método, el tipo de proceso y el momento de utilización.

Según el método, identifica dos formas básicas: afrontamiento aproximativo y afrontamiento de evitación. La primera incluye estrategias con fines de confrontación, reto al problema o a las emociones negativas del distrés. La segunda involucra estrategias cognitivo-conductuales que permiten escapar, evitar el problema o a las emociones del distrés. En esta forma de afrontar también se añade la manera pasiva en que se omite toda acción y se permanece en un ambiente de duda o espera.

Cuando las estrategias se basan *el tipo de proceso* reconoce dos categorías: el afrontamiento cognitivo y el afrontamiento conductual. La primera implica un intento de tratar con los problemas mediante cogniciones e incluye estrategias de minimización del problema, distracción, comparación social y reinterpretación de la situación de tal forma que no resulte problemática. En esta misma, distingue procesos de autocontrol que involucran recuerdos de éxitos pasados (realce de eficacia), pensamientos sobre

consecuencias positivas o negativas de la conducta (consideración de consecuencias), fuerza de voluntad (decirse a uno mismo que no haga algo) y creencias de no poder hacer nada (o no se debería hacer) cuyo resultado es la resignación (esperar tiempos mejores). La segunda categoría conlleva intentos de tomar decisiones y cambiar la situación problemática mediante conductas que la persona considere adecuadas. En ésta, se distinguen estrategias como solución de problemas, acción directa, retirada o escape, y otro tipo de estrategias, como la conducta asertiva, búsqueda de apoyo social, conductas alternativas incompatibles con la conducta problemática, relajación y búsqueda de placer.

Al considerar *el momento de utilización*, distingue respuestas anticipatorias y restaurativas. Las anticipatorias se ejecutarían antes del acontecimiento estresante e involucraría estrategias de solución de problemas, esfuerzos para cambiar la interpretación o importancia del problema y para evitar su ocurrencia. Las restaurativas se enfocarían a la solución de las secuelas del acontecimiento estresante y su finalidad sería limitar el daño, evitar que se vuelva a repetir o para restaurar la autoestima y/o la autoeficacia.

Las anteriores categorías constituyen un repertorio potencial de respuestas de afrontamiento y pueden cambiar de acuerdo con el contexto de la situación y el propósito de su aplicación (resolver problemas prácticos o mantener óptimo equilibrio bioquímico y fisiológico). No obstante, desde la perspectiva de Lazarus y Folkman (1986), la valoración que la persona hace del suceso aunado a su estilo de adaptación, finalmente definirán al conjunto de estrategias que le permitirán prevenir, evitar o controlar las alteraciones psíquicas del estrés o evento estresante. Tras una primera valoración del control sobre las demandas del acontecimiento y percibir hasta qué punto puede controlarse, la persona elige las estrategias de afrontamiento que cree resultarán efectivas; empero, ciertos factores determinan su selección definitiva.

Uno de estos factores es la *gravedad percibida del suceso estresor*. Aquí se presume que cuando son más graves o de mayor relevancia para los objetivos o metas de las personas, mayor variedad de respuesta de afrontamiento. El segundo es la *mutabilidad percibida*, asumiéndose que cuando los acontecimientos o situaciones se perciben como relativamente variables, evocan respuestas enfocadas a la solución de problemas y/o a su solución directa; mientras que su inmutabilidad evoca estrategias dirigidas a la reinterpretación cognitiva de la situación o hacia la minimización del estado afectivo

negativo del estrés. El tercero implica la *remediabilidad percibida*, la cual refiere que a medida que un individuo perciba la situación como reparable pondrá en marcha estrategias de afrontamiento como solución de problemas o búsqueda de apoyo social; empero, si tales estrategias faltan o son débiles y se ha evaluado la situación como irremediable, se esperan conductas mal-adaptativas o inadecuadas como el consumo de alcohol.

En forma particular, en el área de las adicciones, la adecuación de la clasificación de las respuestas de afrontamiento y su elección ante un evento estresante ha permitido el reconocimiento de la importante relación que guardan con la vuelta a beber después de tratamiento, por ejemplo, en los análisis de los factores asociados con la recaída en los alcohólicos, con frecuencia se encuentra que la gravedad percibida del estresor, su persistencia y lo irremediable de la situación, eleva de modo considerable su probabilidad (Litman *et al.*, 1977; Marlatt, Gordon, 1985). Estudios de Cooper, Russell y George (1988), y Laurent, Catanzaro y Kuenzi Callan (1997) demuestran que altos niveles de estrés y formas de afrontamiento inadecuadas en especial las enfocadas al control de la emoción producida (miedo, ansiedad, angustia, animación, placer y tristeza), pueden incrementar la dependencia psicológica y promover el uso continuo de alcohol a pesar de sus consecuencias negativas.

Estudios interesados en diferenciar alcohólicos recaídos de los no recaídos han demostrado que la recaída puede asociarse en forma positiva con recursos de afrontamiento evitativo y pensamientos positivos sobre el consumo (Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg, Jackson, 1984; Miller *et al.*, 1996); mientras que el afrontamiento cognitivo revalorativo, como la reflexión sobre los motivos que les llevaron al abandono de la bebida y recuerdos vergonzosos acerca de episodios pasados del consumo, se han encontrado más asociados al mantenimiento de la abstinencia (Litman *et al.*, 1979).

Litman *et al.* (1984), en particular, identificaron que el riesgo de recaída disminuye con el uso de estrategias cognitivas (pensamientos negativos sobre las consecuencias) y conductuales (evitación a situaciones de alto riesgo); no obstante, encontraron que éstas dependen del momento de utilización. Observaron que al inicio de la abstinencia las personas utilizan estrategias de evitación, por ejemplo, no asistir a las reuniones en las que se bebe, y búsqueda de apoyo social cuando se confrontan con situaciones de alto riesgo, en tanto que cuando se hace más estable la abstinencia, los individuos tienden a reemplazarlas

con estilos de afrontamiento cognitivo como pensamientos negativos sobre las consecuencias del beber y pensamientos positivos sobre los beneficios de mantenerse en abstinencia; concluyen que los alcohólicos con mayor variedad de estrategias de afrontamiento y más flexibilidad para cambiarlas según la situación, elevan la probabilidad de abstinencia.

Por otra parte, es necesario señalar que a pesar de la frecuencia con que se utiliza el concepto afrontamiento en la literatura, no hay un acuerdo en su tipología. Stone y Neale (1984) categorizan métodos de afrontamiento, como distracción, redefinición de la situación, acción directa, catarsis, aceptación, búsqueda de apoyo social, relajación y religión. Sobre todo en el área del alcoholismo, Murphy (1993) identifica categorías como comunicación consigo mismo, evitación de situaciones de alto riesgo, involucrarse en actividades satisfactorias, búsqueda de apoyo, ingreso a los Alcohólicos Anónimos (AA), conciencia espiritual, la oración y recordar lo malo de ser bebedor. De modo especial, Miller (1990) sugiere que el sentimiento de significado de vida involucrado en la actividades de grupos religiosos y el adquirido en los grupos de AA tiene una propiedad motivacional para afrontar la tentación de beber (*craving*), lo cual, menciona, es facilitado en parte por el desarrollo de un compromiso. De hecho, en el análisis del estrés-afrontamiento, Folkman (1984) y Lazarus y Folkman (1985) conceden especial énfasis a la participación de las creencias y compromisos como factores que también determinan la evaluación de una situación como estresante, lo cual será descrito con mayor detalle a continuación.

CREENCIAS RELIGIOSAS Y EL COMPROMISO COMO RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

Según las apreciaciones de Folkman (1984) y Lazarus y Folkman (1986), las creencias y los compromisos forman parte de la evaluación del estrés y su afrontamiento, puesto que el individuo llega a al escenario de una transacción con valores, creencias, compromisos y objetivos que instalan las bases para que se produzca una determinada emoción y hacen que el individuo responda a ciertas facetas de la situación, es decir, determinan la sensibilidad del sujeto respecto a las características de la situación, acercan o alejan al individuo de las situaciones que pueden dañarle, amenazarle o beneficiarle.

En síntesis, por un lado, los compromisos expresarían aquello que es importante para el individuo y, por ende, los llevaría a decidir alternativas para conservar sus ideales y/o conseguir objetivos, es decir, lo que se halla en juego (costo-beneficio) en una situación estresante determinada. Se dice que cuanto mayor sea la intensidad de compromiso, mayor será el potencial de la situación para provocar estrés psicológico, por ejemplo, cuando se vuelven abrumadores o insostenibles, pero la fuerza con que el individuo se encuentre comprometido también puede impulsarle a actuar para reducir las condiciones amenazadoras (Lazarus, Folkman, 1986).

Por otro lado, en cuanto a las creencias, éstas se contemplan como configuraciones cognitivas formadas en términos individuales o compartidas culturalmente (nociones preexistentes de la realidad) en las que Lazarus y Folkman (1986) destacan las que tienen relación con el control personal (sensaciones de dominio y confianza) y las enlazadas con temas como Dios, el destino y la justicia. Estas últimas son creencias generales que se ha demostrado ayudan a las personas a conservar la esperanza y buscar significado a su vida a pesar de experiencias dolorosas (Carroll, 1993).

En general se dice que los compromisos y creencias en este caso las religiosas, aunque no contienen un componente emocional, pueden suscitar emociones estresantes y/o ser utilizadas para reducir una emoción intensa. En términos de Lazarus y Folkman (1986) las creencias generan o regulan emociones, pero no son emocionales por ellas mismas, sino se convierten en emocionales sólo cuando una situación también incluye un compromiso con un valor, un ideal, un objetivo o cuando se encuentra amenazado el bienestar físico. En este sentido, creencias y compromisos convergen para conferir significado a una situación que tiene el poder de producir amenaza o daño e implican, a su vez, aquellos recursos internos o externos con que el individuo cuenta para hacerle frente.

En el área de las adicciones no se concede tanta atención al compromiso y a las creencias religiosas como formas de afrontamiento, no obstante, diversas investigaciones sugieren que ambas mejoran el pronóstico de recuperación del alcohólico. En un estudio efectuado con 236 alcohólicos en abstinencia, Dustin, Plante, Sherman, Stump (2000) encontraron una relación entre la salud mental del alcohólico y el sistema de creencias y conductas asociadas con la fe y la espiritualidad. En este estudio poseer altos niveles de espiritualidad y tener un sentimiento de fe, sin importar la afiliación religiosa, aumentó las

habilidades de afrontamiento, acrecentó la resistencia al estrés, disminuyó los niveles de ansiedad y promovió una visión optimista hacia la vida. Trabajos de Fiorentine y Hillhouse (2000), McKay, Alterman, McLellan y Snider (1994) y Sheren (1988), encuentran que altos niveles de compromiso en las actividades desarrolladas por los tratamientos y el grado de afiliación a AA y creencias de orden religiosos desarrollados al interior de estos grupos, se asocian de manera positiva con el mantenimiento de la abstinencia por periodos prolongados. Hallazgos de investigación en AA demuestra que la práctica de la fe religiosa y apertura espiritual se encuentran de modo significativo relacionados con el logro y mantenimiento de la abstinencia (Oakes, Allen, Ciarrochi, 2000). Por el contrario, bajos niveles de espiritualidad se han vinculado con la recaída. En un estudio de Jarusiewicz (2000) se observó que los AA que recaen y que pueden mantenerse como recaídos suelen mostrar menores niveles de espiritualidad que aquellos que logran recuperarse.

Sin menoscabo de lo señalado, y como ya se mencionó, aunque no hay un repertorio determinado de respuestas de afrontamiento, en general las utiliza el individuo para resolver situaciones estresantes y/o mantener un estado bioquímico y fisiológico en equilibrio óptimo. Se sabe que gran parte de los estresores pueden ser resueltos y es bastante aceptado que en un alcoholico en proceso de recuperación, los esfuerzos de afrontamiento reducen la probabilidad de recaída; sin embargo, mucho se desconoce sobre el tema de afrontamiento al *craving*, en especial la función que desempeña en los alcoholicos en abstinencia (Niaura, 2000). La literatura acerca del afrontamiento al *craving* es escasa, no obstante, es importante considerar lo que algunos investigadores documentan al respecto.

AFRONTAMIENTO AL *CRAVING*

Donovan (1996) aseveró que mientras algunas estrategias de afrontamiento pueden ser apropiadas y efectivas para afrontar el estrés que conduce al consumo problemático, pueden no serlo para afrontar con situaciones más específicas, como el *craving* relacionado con la recaída. Aunque no aclara el proceso, sugiere que en la evaluación del afrontamiento al *craving* se requiere del reconocimiento de varias dimensiones, a saber, el tipo de estrategia utilizada (conductual, emocional o cognitiva), su disponibilidad, potencia y

utilización, frecuencia de uso versus su efectividad, el afrontamiento al estrés contra el afrontamiento al *craving* y las diferentes fases del afrontamiento (anticipatorio, inmediato o restaurativo).

En el tema de *craving* y afrontamiento, Abrams (2000) menciona que una baja intensidad de la experiencia podría percibirse como fácil de resistir sin necesidad de utilizar respuestas específicas de afrontamiento. Moderada intensidad podría requerir el uso de estrategias para resistir la tentación de consumir. De hecho, considera que la experiencia moderada podría ser el mejor indicador de resistencia exitosa a la tentación de beber, ya que dispararía una respuesta orientada a la adaptación y movilizaría habilidades de afrontamiento efectivas. Por último, menciona que un suficiente e intenso deseo de utilizar alcohol puede agobiar al individuo, resultar en el quebranto de autoeficacia y conducir al pánico; empero, si muestra altas habilidades de afrontamiento y alta autoeficacia podría ser capaz de movilizar todos sus recursos para resistir la tentación y mejorar su pronóstico. La cuestión clave es si los individuos están concientes de la experiencia y/o niveles o aumento para que de alguna forma les permita hacer algo para superarla, además el afrontamiento podría no ejecutarse de manera exitosa si no está en el repertorio conductual del individuo.

Se mencionó que no hay una teoría general que explique los componentes de *craving* y muchas preguntas permanecen sin respuesta respecto a su función en los alcohólicos en abstinencia. No obstante, la mejor evidencia de su influencia en el comportamiento futuro del alcohólico se obtuvo de los modelos del condicionamiento. En un breve repaso, estos modelos suponen que un alcohólico puede recaer aunque no haya bebido durante meses e incluso años como consecuencia del *craving*. La experiencia ocurriría como resultado de la activación de una memoria sobre situaciones en las que con anterioridad el alcohol se experimentó como placentero o que sirvió para superar el estrés e intentan explicar su influencia en la recaída en términos del aprendizaje condicionado.

Hoy muchos tratamientos del alcoholismo pretenden intervenir en el proceso de condicionamiento y prevenir la recaída durante el transcurso del tratamiento o posterior a éste, por ejemplo, la terapia cognitiva conductual aunque en lo teórico considera que el *craving* no es suficiente o necesario para provocar la recaída, también es cierto que remarca la necesidad de entenderlo y monitorearlo como parte de un tratamiento estructurado (Marlatt, Gordon, 1985). Subraya que adquirir habilidades cognitivas y conductuales y

reforzar la expectativa de eficacia de afrontamiento podría extinguir las respuestas psicofisiológicas condicionadas que constituyen al *craving*. De hecho, para manejar las situaciones inductoras, esta terapia se esfuerza en proveer de estrategias cognitivas a los pacientes; empero, sostienen que más que un inductor de recaída, puede funcionar como una señal de alarma que promueve el uso de medidas preventivas. Como otro ejemplo, Magura, Knight, Vogel, Mahmmod, Laudet y Rosenblum (2003) argumentan que tratamientos basados en las redes sociales como los grupos de Alcohólicos Anónimos, intentan distraer al alcohólico del *craving* al desarrollar mecanismos de resistencia al fenómeno, por ejemplo, reunirse con los compañeros o llamar a su padrino cuando perciben la experiencia, sin embargo, no abundan sobre esta problemática.

Aquí resulta pertinente mencionar que en la actualidad existen múltiples y diversos estilos de tratamientos especializados en el alcoholismo; sin embargo, un hecho de gran interés para los investigadores es que la mayoría de los alcohólicos no se interesan en el tratamiento (Humphreys, Moos, Finney, 1995). De los alcohólicos que buscan ayuda, Tucker (2001) estima que 50% o 60% no requiere tratamiento profesional o resuelven su problema de consumo sin éste y 25% solicita apoyo en AA. Estudios de Room y Greenfield (1993) y Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer y John (2000) establecen, además, que cuando se busca ayuda para el alcoholismo se recurre más a AA que a otros tratamientos.

En México, la labor realizada por AA se ha destacado por ser una de las principales alternativas al tratamiento del alcoholismo, llegando a remplazar, de alguna manera, el papel que de modo tradicional tiene el psiquiatra, el psicólogo, el médico o el sacerdote. Lo anterior, ha llevado a sugerir que las respuestas ofrecidas por los programas de tratamiento al alcoholismo parecen no ser satisfactorias o suficientes para algunos sectores de la sociedad (Rosovsky, 1998; 2004).

En la actualidad, AA parece tener gran impacto en el área del alcoholismo (Rosovsky, 2004). Sin embargo, en nuestro país, no ha sido objeto de análisis sistemático, conociéndose muy poco acerca de su funcionamiento y de las personas que ahí encuentran su recuperación (Rosovsky, 1998). Debido a la importancia que AA tiene para este trabajo, aunada a la insuficiencia de datos, en el capítulo siguiente se describe con mayor amplitud las características de su trabajo, haciendo énfasis en las implicaciones que la afiliación con estos grupos puede tener en la forma de afrontar el *craving* y en el suceso de la recaída.

CAPÍTULO IV

LOS GRUPOS DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA)

SOBRE LA EFICACIA DE AA EN LA CONDUCTA DE CONSUMO

En otros contextos la influencia de AA en la recuperación del alcohólico ha sido reconocida de manera amplia, en especial para los que asisten con regularidad o que han logrado una participación exitosa dentro de los grupos. Muchos investigadores han sido muy positivos al concluir que ejerce una importante influencia en la recuperación del alcoholismo, incluso Gorski y Miller (1986), considerados entre los principales especialistas en el área de prevención de recaídas, afirman que, "Alcohólicos Anónimos es el más efectivo tratamiento para el alcoholismo" (pág. 52). Otras opiniones, sin embargo, muestran escepticismo en su efectividad y sostienen que las estrategias utilizadas por este tipo de grupos no han sido investigadas del todo y no hay suficiente evidencia que apoye su efectividad. De hecho, la eficacia de AA en la conducta de consumo es un tema de debate y con frecuencia se menciona que además de ser escasa no es concluyente.

A este respecto, diversos estudios han intentado evaluar la efectividad de AA por medio de analizar la relación entre asistencia y tiempo de abstinencia. En algunos, no se encuentra una relación estadísticamente significativa entre asistencia y la recuperación del alcohólico (McCrary, Epstein, Hirsch, 1996; McLatchie, Lomp, 1988; Miller, Leckman, Delaney, Tinkcom, 1992), y en otros se mencionan que la respuesta favorable obtenida puede declinar entre los seis meses y dos años (Alford, 1980; Alford, Koehler, Leonard, 1991). Sin embargo, otros estudios demuestran que la probabilidad de lograr y mantener la abstinencia de alcohol es mayor en quienes asisten a AA que en quienes no asisten (Gossop, Harris, Best, Man, Manning, Marshall, Strang, 2003; Thurston, Alfano, Nerviano, 1987) y que el tiempo de abstinencia tiende a prolongarse a mayor asistencia y afiliación con los grupos (Emrick, 1987; Emrick, Tonigan, Montgomery; Litle, 1993; Tonigan, Toscova, Miller, 1996b).

En trabajos de revisión de Emrick (1987) y Emrick, *et al*, 1993 se resumen algunos hallazgos de investigación acerca de la eficacia de AA. En el primer estudio con 44 publicaciones, Emrick (1987) encontró que alrededor de 60% a 68% de los

alcohólicos con mayor tiempo de permanencia en AA obtuvieron algún tipo de mejoría, y que entre 40% a 50% lograron mantener la abstinencia durante varios años. Después en un meta-análisis de 107 estudios acerca de AA unido a diversos tratamientos, Emrick *et al.* (1993) confirman estos hallazgos y concluyen una relación positiva entre asistencia a AA y la mejoría del alcohólico después de tratamiento.

En un estudio más reciente, Moos y Moss (2004) encontraron que el tiempo de permanecer en AA y la frecuencia de asistencia a sus reuniones predijeron la abstinencia de uno a ocho años, en una muestra de 473 individuos que buscaron ayuda para el alcoholismo. En este estudio la variable tiempo de pertenecer a AA (un año o más) explicó el mayor tiempo de abstinencia (ocho años). Asimismo, otros estudios encuentran una asociación entre disminución de la tasa de recaída y la frecuencia de asistencia a las reuniones de AA (Caldwell, Cutter, 1998; Fiorentine, 1999; Fiorentine, Hillhouse, 2000; Humphreys, Moos, Cohen, 1997).

En México, AA no ha sido objeto de análisis profundos; no obstante, se sabe que la frecuencia de abandono al programa es elevada aproximándose al 50% en los primeros tres meses; sin embargo, alrededor del 50% de los que participan durante esos primeros meses dejan de beber, 35% se adhieren al programa desde el principio y el 65% restante muestra una participación oscilante; a pesar de ello, el 15% de estos últimos se recupera, por lo que se estima el 50% logra alcanzar de manera eventual la abstinencia, mismos que por lo regular, continúan participando en AA durante el año siguiente (Rosovsky, Leyva, 1990). De manera adicional, Emrick (1987) sostiene que quienes continúan en AA y logran mantener la abstinencia durante uno a cinco años, tienen 86% de probabilidad de terminar el año siguiente sin beber y la mejoría obtenida durante este tiempo es similar a la de otros tratamientos especializados. Además, se ha demostrado que aunque la frecuencia de asistencia disminuya, si la intensidad de participación en las actividades de AA permanece estable o se intensifica, tiene consecuencias positivas para la salud general del alcohólico (Moss, Moss, 2004)

En general, asistencia y tiempo de permanencia en AA sugieren respuestas positivas en la recuperación del alcohólico; sin embargo, para Owen, Slaymaker, Tonigan, McCrady, Epstein, Kaskutas, Humphreys y Miller (2003) la admisión al programa de AA es un proceso gradual que difícilmente podría explorarse sólo con esas variables. Room y Greenfield (1993), mencionan que los alcohólicos pueden asistir a los grupos de AA por muchas razones, pero la sola asistencia puede no ser calificativo de los esfuerzos realizados para alcanzar y/o mantener la abstinencia, esto es,

comprometerse en las actividades establecidas por los miembros de AA como parte de su labor de recuperación. De hecho, en trabajos de Pagano, Friend, Tonigan y Stout (2004), Room y Greenfield (1993) y Snow, Prochaska y Rossi (1994) con énfasis se señala que el impacto de AA medido sólo en términos de tiempo de permanencia o frecuencia de asistencia puede no capturar la esencia de las complejas características subjetivas y conductuales asociadas, por lo que sugieren hacer una distinción entre sólo asistir y la verdadera afiliación con los grupos. En el siguiente apartado se puntualiza con mayor amplitud las características de dicha afiliación.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA AFILIACIÓN A AA

Los estudios acerca de los componentes de la afiliación con AA son escasos y aún no aclaran el proceso que logra su establecimiento (Pagano *et al.*, 2004); empero de acuerdo con Kelly, Myers y Brown (2004), no se limita al tiempo de pertenencia o a la frecuencia de asistencia, sino a otros ingredientes activos estrechamente enlazados a ellos. Trabajos de Tonigan, Connors, Miller (1996b) y Humpheys, Kaskutas, Weisner (1998) de manera común, reconocen que la pertenencia o afiliación con AA es un suceso ambiguo y en apariencia complejo, compuesto por muchas de las conductas y creencias del programa de los Doce Pasos. Destacan que son múltiples los factores que interactúan para lograr la atracción definitiva a los grupos de AA, pero de modo consistente mencionan que en la valoración del grado de pertenencia o afiliación a AA es importante incluir actividades tales como el apadrinamiento a otros AA (no sólo tener un padrino), conducir una reunión, compartir experiencias en las reuniones, hacer el trabajo de paso doce y/o practicar cada uno de los 12 pasos, percibir una experiencia espiritual (conversión), hablar en tribuna y leer la literatura recomendada por AA.

Los estudios realizados sobre tales actividades han producido resultados heterogéneos, sin embargo, con frecuencia se concluye que la afiliación es un constructo entrelazado a la asistencia y grado de participación en AA, y que a mayor involucramiento en sus actividades el pronóstico de recuperación tiende a mejorar (Humphreys *et al.*, 1998; Tonigan *et al.*, 1996b).

Para evaluar los múltiples factores que se creen pueden dar cuenta de la afiliación con AA, se han discutido y recomendado diversos instrumentos. Gilbert (1991) desarrolló un cuestionario con el objetivo de medir el acuerdo con los tres primeros pasos del programa de AA (*Steps Questionnaire*). En otro instrumento,

Tonigan *et al.* (1996a) evalúan la percepción del compromiso en AA y el grado con que sus miembros trabajan el paso 12 (*AA Involvement Scale-AAI*), y Humphreys *et al.* (1998) desarrollaron otro instrumento para capturar aspectos como el apadrinamiento, lectura de la literatura, experiencias del despertar espiritual y otras actividades de servicio en AA (*The Alcoholics Anonymous Affiliation Scale*). No obstante, en un estudio de revisión de Allen (2000) acerca de algunos de estos cuestionarios se concluye que, aunque los instrumentos de medición de la afiliación con AA se basan de manera directa en su literatura, no han revolucionado el área de la medición, y en su mayoría resultan difíciles de interpretar, ignorándose qué tan apropiados resultan bajo la propia perspectiva de AA, o qué tan relevantes resultan para los AA de diferentes culturas.

A pesar de la importancia que parece tener AA, en México, el tema referente a la medición de la afiliación con estos grupos no ha sido objeto de suficiente atención por parte de la investigación, y mucho se desconoce acerca de las variables que participan en su conformación. Debido al interés por reconocer esas variables, se considera pertinente profundizar un poco más en el análisis de las actividades desarrolladas por AA como parte de su proceso de recuperación del alcoholismo.

AA: COMPONENTES DEL TRABAJO DE RECUPERACIÓN

Según las tradiciones de AA cada grupo es autónomo, por lo que en la estructura de sus reuniones existen grandes variaciones que pueden influir en el proceso de recuperación. Para McCrady y Miller (1993), el proceso de recuperación y la atmósfera grupal puede diferir de grupo a grupo, igual que la personalidad y las características cognitivas de los miembros, haciendo problemática la recuperación del alcohólico en AA. Sin embargo, aunque las reuniones y los miembros se caracterizan por su diversidad, el trabajo desempeñado por AA mantiene tres constantes: reuniones, actividades y filosofías se basan en los principios del programa espiritual de los Doce Pasos. De hecho, para los miembros de AA la espiritualidad es el eje rector para la recuperación del alcoholismo y representa uno de sus principales componentes.

LA ESPIRITUALIDAD

De acuerdo con Tonigan, Miller, Juárez y Villanueva (2002) para lograr afiliarse o pertenecer a plenitud a AA, un aspecto principal es aceptar que no se puede lograr la

abstinencia con fuerza de voluntad, sino a través de un factor espiritual superior a ellos mismos (Poder Superior o Dios). El énfasis espiritual en la recuperación del alcohólico hizo que AA se convirtiera en una intervención para el alcoholismo única en su tipo; sin embargo, aunque el fundamento espiritual es uno de los aspectos más reconocidos del programa, también es cierto que es uno de los más controvertidos y con frecuencia se mal interpreta como un culto o una religión, lo cual amerita mayor explicación.

DEFINICIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD SEGÚN AA

La espiritualidad es el eje rector del programa de recuperación de AA y se encuentra arraigada en el contexto religioso, pero su concepción abarca más que la sola adherencia a las creencias, prácticas y/o preceptos de la religión, sino que lleva implícita la idea de un cambio, una transformación, un nuevo estado de conciencia, manera de ser o reacción ante la vida (Miller, 1998). Para Kurtz y Ketchman (1992) lo anterior conlleva un inexplicable proceso de conversión o experiencia transformadora en el que las sensaciones de conexión (calidad de la interacción, identificación con otros, intimidad, etcétera) y trascendencia (Poder Superior, Dios o presencia divina, deidad, mundo espiritual, etcétera) son esenciales. De hecho, mencionan que la espiritualidad, definida en los propios términos de AA, es una forma no convencional de expresarla, misma que excede la visión cristiana tradicional y representa el uso moderno de la palabra.

En la investigación sobre espiritualidad y alcoholismo, es común observar que los investigadores se adaptan al enfoque mostrado por los miembros de AA (Cook, 2004), y con frecuencia se encuentra que la espiritualidad, tal como la concibe AA, se relaciona de manera positiva con la recuperación del alcohólico, tiene una relación inversa con el abuso de alcohol, puede funcionar como un mecanismo de protección contra el alcoholismo y sus problemas relacionados, y/o como un auxiliar en el proceso de cambio en las adicciones (Gorsuch, 1993, 1995; Morjaria, Orford, 2002; Oetting, 1993; Witmer, Sweeney, 1992).

Aquí, se hace imprescindible señalar que para explicar el alcoholismo, AA adopta la visión del modelo médico de enfermedad y enfatiza las consecuencias médicas del alcohol; sin embargo, Miller, Kurtz (1994), Miller (1998) y Kurtz (2002) indican que la esencia del programa no se centra en el modelo de enfermedad, sino en variables, como externar la necesidad de ayuda, aceptar la impotencia ante el alcohol, el auto

examen, oración, meditación, ayuda a otros y la aceptación de la intervención divina y/o confianza en un Poder superior para recuperar la sobriedad, lo cual va más allá del solo hecho de no beber, que en su conjunto y en términos de AA se traduce en la espiritualidad.

En general, AA reconoce que no sólo los aspectos físicos y mentales asociados a la adicción requieren tratamiento, sino también los espirituales (AA, 1976). Su filosofía incorpora creencias tales como el alcoholismo es una enfermedad sin cura, por lo que la total abstinencia es la única forma de recuperación, proceso permanente y opuesto a la cura (McCrary, 1994); y como no hay cura como tal, asumen que la solución al problema involucra un cambio en el estilo de vida, interpretado como un crecimiento o transformación espiritual (experiencia espiritual, principios espirituales o despertar espiritual), que se cree puede lograrse mediante la práctica de los 12 pasos asociado a la asistencia constante y/o de por vida a sus reuniones (AA, 1992; Donovan, 1984; Miller, 1998).

En un estudio cuyo interés fue conocer variables asociadas con la participación continua en las reuniones de AA, se encontró que la aceptación de la ideología del programa de los Doce Pasos en particular las creencias acerca de la necesidad de asistir de modo frecuente o de por vida a las juntas, la rendición a un Poder Superior y el reconocimiento de la impotencia ante el alcohol, predijeron de manera significativa la asistencia semanal a AA y el mantenimiento de la abstinencia. No obstante, cuando se compararon las diferentes creencias, la variable espiritualidad tuvo el mayor peso, concluyéndose que el aspecto espiritual de los 12 pasos es un factor decisivo para la participación constante en AA (Fiorentine, Hillhouse, 2000).

LOS DOCE PASOS

Referente a los 12 pasos, éstos representan uno de los elementos medulares del programa de AA y son una guía para la recuperación personal del alcohólico. De manera abreviada, se conforman de la siguiente manera: 1) reconocimiento y admisión de la impotencia sobre el alcohol; 2) creencia en un Poder Superior; 3) subordinación ante este Poder Superior como un medio para fortalecer y dirigir la recuperación; 4) auto evaluación; 5) aceptación de equivocaciones que han contribuido a la ebriedad; 6) disposición para que Dios elimine defectos de carácter; 7) humildad y oración para mantener o fortalecer la sobriedad; 8) construir una lista de personas a quienes se ofendió; 9) enmendar daños provocados a terceros; 10) inventario cotidiano de actitudes

y conductas para mantener las ganancias asociadas con la práctica de los primeros nueve pasos; 11) buscar a través de la oración y meditación el contacto con Dios; 12) después de haber practicado los anteriores 11 pasos se espera que en el alcohólico se manifieste un “despertar espiritual”, seguido de un deseo de ayudar a otros alcohólicos para superar el problema (AA, 1992).

Los pasos están ordenados de manera jerárquica para promover la travesía hacia la recuperación; empero, requieren de diferentes tiempos para su ejecución. Practicar los pasos 4 y 5 puede llevar varios meses e incluso años; los pasos 10 a 12 demandan un trabajo habitual y los pasos 1 a 3 y 6 a 9 pueden efectuarse en una sola ocasión o como parte de una practica diaria (Gilbert, 1991).

La investigación sobre los beneficios obtenidos por la práctica de cada uno de los pasos es escasa y en ocasiones controvertida. Rehm (1993) menciona que el primer paso es el de mayor o única relevancia, puesto que es el único en realizarse de forma completa e incondicional, mientras los demás resultan más idealistas. Tuite y Luiten (1986) al analizar la relación entre la actividad de los 12 pasos y la respuesta del alcohólico en tratamiento, concluyen que sólo los pasos 4 y 5 tienen beneficio terapéutico y desestiman los diez restantes, los cuales consideraron conductas irrelevantes y supersticiosas.

En otros trabajos se encuentra que el tiempo de abstinencia (seis años) correlaciona, aunque de manera baja ($r = .26$), con las creencias del primer paso. En el estudio de revisión de Emrick *et al.* (1993) encontraron que el ejercicio de por lo menos siete de los doce pasos (6 al 12) se relaciona en forma moderada con la mejoría del alcohólico. En otro estudio más específico se evidenció que quienes practican el paso 12, definido como la ayuda a otros alcohólicos, ser padrino y despertar espiritual, se reduce la probabilidad de recaída a un año de seguimiento (Pagano *et al.*, 2004); en otra investigación, se encontró que el número de pasos completados, de modo específico los tres primeros, fue la variable predictora del tiempo de abstinencia (un año o más) y las conductas encaminadas a la recuperación (White, Wampler, Fischer, 2001). En otro estudio, Katsukas (1998) encontró que quienes mencionaron un despertar espiritual como resultado de la participación en AA, que se piensa es resultado de la práctica de todos los pasos, fueron cuatro veces más probables de abstenerse de uno a tres años que aquellos que nunca habían tenido esa experiencia.

Los 12 pasos están diseñados para reforzar la abstinencia a través de líneas espirituales; sin embargo, en general se discute que son sólo uno de los múltiples

componentes del programa de AA y que no deben analizarse sin vincularse a otros componentes de su trabajo como el “servicio” y el apadrinamiento a otros AA (Chappel, 1992; Cloud, Ziegler, Blondell, 2004; Gabhainn, 2003; Humphreys, *et al.*, 1998; Owen *et al.*, 2003).

ACTIVIDAD DE “SERVICIO”

Para AA entre los componentes más importantes relacionados con su funcionamiento es la disposición a involucrarse en actividades de “servicio”. Éste incluye una amplia gama de tareas, tales como la preparación de café, limpieza de vasos, mesas o sillas, mantener contacto con los miembros recién llegados, entablar amistad con los compañeros de grupo, el apadrinamiento y llevar el mensaje de recuperación a otros alcohólicos (trabajo de paso doce) (Bean, 1975). Todas y cada una de las actividades cumplen el propósito de ayudar a otros alcohólicos como una vía para sostener la propia abstinencia (AA, 1992), cuya intensidad de práctica de acuerdo con Forcehimes (2004) es indicador del grado de compromiso y/o afiliación con los grupos.

Aunque el servicio se limite a la limpieza del sitio de reunión o a servir café, la investigación indica que el alcohólico comprometido con este servicio tiene mayor probabilidad de mantener su abstinencia en el transcurso de un año o más (Humphreys, *et al.*, 1998). En particular, estudios de Bohnice y Orensteen (1950), Kammeier y Anderson (1976) (citados en Kassel y Wagner, 1993) y Trice (1959) habían establecido que poseer un rol dentro de los grupos de AA tiene un valor instrumental en el inicio y en el mantenimiento de la abstinencia, mientras que la poca o nula participación o mostrar incapacidad para buscar apoyo en los otros compañeros se asocia de modo frecuente con la recaída.

Estudios más recientes comprobaron que cuando los miembros de AA se involucran más tanto en la práctica de los 12 pasos como en otras actividades tienen mayor probabilidad de lograr la abstinencia (Montgomery, Miller, Tonigan, 1995). En el estudio de meta análisis de Emrick *et al.* (1993) se demostró que quienes participan en forma más activa en AA obtienen las mejores respuestas; sin embargo, en su revisión se aprecia que además de la práctica de por lo menos siete de los 12 pasos, estar apadrinado (tener un padrino) fue la variable con el impacto más favorable.

EL PADRINO Y/O APADRINAMIENTO

AA fomenta el compromiso con la abstinencia apoyados en el supuesto de que todos sus integrantes comparten el mismo problema, y propicia la construcción de la cohesión grupal y la confianza. Para AA, la experiencia producida por un alcohólico que ayuda a otro puede proveer nuevos valores y formas de entendimiento y asociarse con un cambio positivo de conducta, por lo que para ellos la red de apoyo más importante son los alcohólicos mismos (AA, 1992).

Así, ser padrino y/o el apadrinamiento forma parte del servicio, tiene la función de difundir el mensaje de los 12 pasos y estimular el apoyo mutuo. Aunque no hay una definición formal de lo que significa ser padrino, éstos suelen ser personas que han alcanzado altos niveles de sobriedad, pues se supone han cambiado la visión sobre ellos mismos y del mundo en general. Los padrinos son personas alcohólicas con quienes el nuevo integrante puede hablar en tiempo de crisis, además de ser considerado con alto rango o con mayor compromiso espiritual y, por lo tanto, dignos de gran respeto (AA, 1992; Nowiski, 1993; Pagano *et al.*, 2004).

En general, los padrinos suelen tener contacto regular con sus apadrinados para proporcionarles guía y motivación para continuar en abstinencia, discuten retos a enfrentar y refuerzan las enseñanzas y los principios de AA (Humphreys, Noke, 1997). En el contexto del grupo se cree es quien facilita el proceso de socialización (Alibrandi, 1985; Moreland, Levine, 1989) y, de acuerdo con observaciones de Nowiski (1993), no es común que los miembros de AA que han logrado cualquier tipo de mejoría no tengan un padrino o sean apadrinados por varios alcohólicos con mayor grado de recuperación. Respecto a la investigación sobre el apadrinamiento, en un trabajo de seguimiento de tres años de Kaskutas, Turk, Bond y Weisner (2003) se demostró que el mantenimiento de la abstinencia se incrementó dos veces más cuando se tuvo un padrino dentro de AA.

Por otra parte, y de acuerdo con Forcehimes (2004) el servicio de apadrinar, servir café o estar disponible cuando otro alcohólico así lo requiera, son manifestaciones de un deseo de asociarse o afiliarse a plenitud con el trabajo de AA para concluir la segunda parte del programa de los Doce Pasos: “Llevar el mensaje a otros alcohólicos” (trabajo de paso doce). Esta actividad implica la ayuda a otros alcohólicos, aunque la forma de ayuda no se establece con claridad los AA la definen como “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”

(AA, 1992). La investigación en este aspecto, encuentra que ayudar a otros alcohólicos, incluido el apadrinamiento, tiene beneficios, como la sensación de utilidad y contribución, bienestar al compartir experiencias, reforzar la importancia de estar sobrio y ofrece la oportunidad de adquirir una nueva perspectiva de enfrentar el problema del alcoholismo (Condelli, De leon, 1993; Crape, Latkin, Laris, Knowlton, 2002; Pagano *et al.*, 2004).

En síntesis, son múltiples los factores asociados con la afiliación a AA y, si bien no se ha esclarecido el proceso para su establecimiento, estudios anteriores determinaron que la aceptación de la espiritualidad podía constituirse como una norma grupal, de tal forma que demostraciones de “buena voluntad” (honestidad, paciencia, tolerancia, bondad y humildad o rendirse ante un Poder Superior a ellos mismos) y aceptar la impotencia ante el alcohol era la mejor evidencia de haber logrado un compromiso, ya fuera con el grupo o con la sobriedad (Rommetveit, 1955). Además, para Downey, Rosegren y Donovan (2001) los indicadores de los efectos positivos de AA son, en términos invariables, la frecuencia de asistencia y el grado de afiliación, los cuales reflejan el nivel de motivación (intrínseca) que ha sido identificado entre los aspectos decisivos para el desarrollo del compromiso al tratamiento (adherencia) y su respuesta positiva. De manera contraria son diversas las investigaciones que demuestran a la falta de motivación o compromiso como predictores del abandono al tratamiento y/o como reductores del pronóstico de recuperación (DiClemente *et al.*, 2001).

De modo especial, AA menciona que si bien la frecuente asistencia a sus reuniones es una condición necesaria para la recuperación del alcohólico, si no hay esfuerzo individual o participación activa el resultado satisfactorio tiende a disminuir. A este respecto, diversos estudios encuentran que un leve involucramiento en las actividades de AA, aunada a la esporádica asistencia a sus reuniones, aumenta la probabilidad de recaída (Bohnice, Orensteen, 1950; Boscarino, 1980; Cadwell, Cutter, 1998; Fiorentine, Hillhouse, 2000; Humphreys *et al.*, 1997; McLatchie, Lomp, 1988).

Al igual que en otros tratamientos, la recaída es objeto de gran preocupación e interés para los miembros de AA y ofrecen distintas explicaciones a su ocurrencia. En la siguiente sección se describen algunos hallazgos de investigación acerca de esta problemática y la visión que ofrece la literatura de AA para explicarla.

LA RECAÍDA EN AA

La literatura de AA menciona que aunque cientos de alcohólicos se auxilian con su experiencia desde las primeras visitas a los grupos y no presentan recaídas, muchos otros aún cuando no abandonan las reuniones, muestran problemas para aceptar los conceptos clave de su ideología o para participar en sus diferentes actividades, reaccionan de manera neutral o antagónica a los principios del programa o al grupo mismo, y poco después comienzan a beber de nuevo (AA, 1992).

Acerca de esto, en un trabajo de Cadwell y Cutter (1998) con 55 pacientes alcohólicos que decidieron ingresar a AA después de tratamiento, se observó una variedad de prácticas asociadas de modo positivo con la recaída. El estudio indicó que quienes recayeron con mayor frecuencia fueron los alcohólicos que admitieron impotencia ante el alcohol, pero no mostraron entusiasmo por el concepto del Poder Superior; aceptaron la ayuda del padrino, pero no se interesaron por compartir con otros AA; mencionaron trabajar con los doce pasos, pero no estar interesados en la lectura de su literatura; y asistieron a las juntas de AA de forma esporádica.

La asistencia constante y de por vida a las reuniones es promovida en la literatura de AA como parte importante de la recuperación del alcoholismo, y espaciarse se reconoce como un factor de riesgo. Como observaron Khatzian y Mack (1994), uno de sus lemas indica, “más reuniones, más sobriedad; menos reuniones, menos sobriedad; no reuniones, no sobriedad”, y en México es común observar frases como “si faltas a tus juntas no preguntes por qué recaes”. Sin embargo, aunque la literatura de AA menciona que tal vez la asistencia a sus reuniones es una condición necesaria, también reconoce que no es suficiente para lograr un resultado satisfactorio (AA, 1992, 2001).

Por lo general, AA además de motivar la asistencia constante a sus reuniones, destaca la necesidad de que el alcohólico desarrolle un compromiso personal para cambiar su vida y reforzarlo en otros a través de la práctica constante de los 12 pasos. Para ellos, lo anterior implica un esfuerzo individual, participación activa (acción) o plena atracción por las actividades recomendadas. En términos de Downey *et al.* (2001) lo anterior podría reflejar el nivel de motivación que es un aspecto decisivo para el desarrollo de un compromiso con el tratamiento y su respuesta positiva, lo cual DiClemente y Prochaska (1998) afirman puede, incluso, predecir estrategias de afrontamiento exitosas. Magura, Knight, Vogel, Mahmmod, Laudet y Rosenblum (2003) mencionan que tan sólo la práctica de “testificar” el esfuerzo personal para sobreponerse a la adicción ya enlaza la declaración de un compromiso al cambio,

prueba de que el esfuerzo puede ser exitoso y en su discurso en tribuna casi siempre mencionan las acciones específicas que resultaron de ayuda.

Con frecuencia los diversos estudios mencionan la existencia de una correlación entre la mejoría del alcohólico y las estrategias de afrontamiento implementadas por ellos para mantener en forma exitosa la total abstinencia, las cuales de acuerdo con Morgenstern, Labouvie, McCrady, Kahler y Frey (1997) pueden llegar a formar parte del repertorio de sus integrantes debido a que en las reuniones de AA los miembros más exitosos comparten sus estrategias en el grupo, por ejemplo, cómo enfrentar sueños y experiencias negativas asociadas con el pasado. De hecho, documentan que la plena integración a los grupos de AA facilita mejores estrategias de afrontamiento y/o aumenta las conductuales y cognitivas. Todavía más, Magura *et al.* (2003) específicamente sugieren que las estrategias de afrontamiento resultado de la participación en AA, pueden tener importantes implicaciones sobre la manera de enfrentar el craving, como evitar a otros consumidores, o situaciones y actividades de riesgo; sin embargo, esto lo mantienen a nivel de hipótesis que requiere de mayor estudio.

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Como se ha mencionado, el *craving* es un fenómeno complejo asociado a un conjunto de respuestas interrelacionadas, que con probabilidad involucran aspectos subjetivos, fisiológicos, conductuales y bioquímicos; empero, sin menoscabo de lo anterior, el término con mayor frecuencia se utiliza para referirse a un fuerte deseo, impulso de beber o tendencia a involucrarse en actividades que han llegado a ser compulsivas o incontrolables.

Con referencia a AA, en sus publicaciones oficiales se reconoce que algo sucede en lo físico y mental, cuando un alcohólico bebe cualquier cantidad de alcohol que lo obliga a continuar en esto (AA, 2001). Ciertamente para los miembros de AA la pérdida de control es la esencia del alcoholismo y no es de extrañar que entre sus principales objetivos sea evitar la primera copa a través del lema “sólo por hoy”. No obstante, la pregunta es ¿puede identificarse ese suceso físico y mental que, según la literatura de AA, obliga a sus miembros a continuarse bebiendo, por los mismos miembros de AA, como *craving*? Si es así, ¿existe algún término con el que puedan reconocerlo o interpretarlo?

El reconocimiento de *craving* es importante para una persona que intenta la abstinencia, ya que si un alcohólico puede percibir la experiencia y/o la intensidad con que se presenta, entonces es más probable que aprenda a utilizar estrategias de afrontamiento exitosas para evitar la recaída. No obstante, la investigación acerca de la manera de afrontarlo es muy escasa en la literatura internacional y en la nuestra aún más. Explorar la experiencia de *craving* y cómo se afronta puede contribuir en el

desarrollo de una mejor comprensión del problema del alcoholismo, por lo que su estudio resulta relevante. Sin embargo, la pregunta es ¿qué estrategias utilizan los miembros de AA para afrontar el *craving*? además, ¿la forma en como se afronta se relaciona con el grado de intensidad con que se presenta? Por último, ¿la forma de afrontarlo puede explicar la recaída?

Se ha mostrado evidencia empírica que señala la importancia de los grupos de AA y las actividades que realizan sus integrantes para la recuperación del alcoholismo; sin embargo, la investigación en cuanto a la intensidad con que el alcohólico participa en AA, relacionada con determinadas estrategias de afrontamiento, en especial hacia el *craving* y el mantenimiento de la abstinencia vs. la recaída, no ha recibido suficiente atención en nuestro contexto. Por ello, se plantea este trabajo, cuyo objetivo es explorar los temas de *craving*, estrategias para afrontarlo y afiliación con AA, con el propósito de identificar eventos que expliquen la ocurrencia de la recaída, para el caso específico de los miembros de AA. Con base en lo mencionado, la pregunta central de investigación es, ¿afectan el grado de afiliación con AA, niveles de *craving* y la forma de afrontarlo, la recaída en los miembros de AA?

Considerando que en nuestro contexto se sabe muy poco acerca de esos temas, el presente estudio decidió contestar a la pregunta de investigación por medio de un trabajo en dos diferentes fases. La primera incluye un estudio descriptivo acerca del suceso de *craving* y la forma de afrontarlo, así como los elementos que posibilitan la pertenencia a los grupos de AA. El interés central fue explorar el *craving*, la terminología para referirse a este fenómeno y lo que el alcohólico piensa o hace ante esto, así como reconocer aspectos relacionados con la incorporación exitosa a AA. El propósito fundamental fue recuperar experiencias que sustentaran el diseño de reactivos o preguntas, para el posterior desarrollo de adecuadas formas de medición.

La segunda fase de investigación consiste en la integración de información para el diseño instrumentos y/o formas de medición que permitieran el reconocimiento del conjunto de eventos asociados con la recaída. En específico, tuvo la intención de conocer de manera más objetiva en qué medida la intensidad con que se participa en AA (entiéndase afiliación), los niveles de la experiencia de

***craving* y la forma de afrontarlo, afectan el suceso de la recaída en los miembros de AA.**

En los siguientes capítulos se describe con mayor detalle los objetivos y la estrategia metodológica utilizada para cada fase del estudio.

CAPÍTULO V

PRIMERA FASE DEL ESTUDIO

ESTUDIO DESCRIPTIVO ACERCA DEL SUCESO DE *CRAVING*, FORMA DE AFRONTARLO Y ELEMENTOS QUE POSIBILITAN LA PERTENENCIA A AA

Con anterioridad se mencionó la dificultad para valorar el *craving*, pues es bastante frecuente que se niegue o no se reconozca. Sin embargo, Drummond (2000) menciona que su existencia, con menor o mayor intensidad, es innegable en la mayoría de los individuos con altos niveles de dependencia como se presume es el caso de los miembros de AA. No obstante, en nuestro contexto es relativamente desconocida la existencia de un término específico para referirlo.

Por otra parte, durante el proceso de documentar esta investigación se hizo hincapié en la importancia del afrontamiento a situaciones de riesgo de consumo, con énfasis especial en el suceso de *craving*. Respecto a esto, si bien en contextos internacionales existe una diversidad de estudios acerca del tema de afrontamiento a situaciones de riesgo, en la mayoría de ocasiones no refieren al fenómeno de *craving* (Donovan, 1996). Asimismo, algunos investigadores encuentran que la intensidad de participación en los grupos de AA puede incrementar las estrategias de afrontamiento a dicha experiencia. No obstante, en nuestro país la información acerca de AA es muy escasa, y lo referente a los temas de *craving* y su afrontamiento asociados con la labor realizada por AA son inexistentes. Debido a ello, este trabajo consideró pertinente iniciar la exploración acerca del suceso *craving*, su afrontamiento y aspectos relacionados con la incorporación a AA, con un enfoque esencialmente empírico. Con base en lo anterior la primera fase del estudio plantea los siguientes objetivos.

OBJETIVO GENERAL

Conocer a través de relatos los aspectos que logran la incorporación a los grupos de AA y, en paralelo, explorar la experiencia de *craving*, la manera de reconocerse o cómo es interpretado por los miembros de AA, además de indagar lo que ellos piensan o hacen ante dicha experiencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el estado de *craving* de alcohol y establecer una propuesta interpretativa del término, según la propia definición de los miembros de AA.
2. Describir y enumerar lo que los miembros de AA piensan o hacen ante el suceso de *craving* (definido en sus propios términos).
3. Describir y enumerar los aspectos que los miembros de AA identifican como más importantes o relevantes para lograr la incorporación exitosa a los grupos de Alcohólicos Anónimos.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra de esta fase del estudio incluyó a 12 miembros de AA pertenecientes a los grupos de hora y media de AA, sección México, zona sur del Distrito Federal. De los informantes siete mencionaron la experiencia de recaída en diferentes tiempos de ocurrencia y cinco señalaron nunca haber vuelto a desde su ingreso a AA.

INSTRUMENTO

Se utilizó la técnica de entrevista semi-estructurada para recuperar los testimonios de miembros de AA. La entrevista se apoyó en una guía temática cuyo contenido se buscó fuera acorde con la literatura científica. Dicha guía se conforma por una serie de preguntas abiertas, pero dirigidas a la búsqueda de temas específicos tales como características de la participación en AA, las situaciones que la literatura señala

pueden resultar en *craving*, las reacciones ante esa experiencia, así como lo que la persona dice o hace ante esto.

De modo específico, para el diseño de la entrevista se eligieron los siguientes temas clave: 1) historia personal relacionada con los motivos de ingreso a AA, 2) descripción de alcoholismo activo, 3) aspectos del programa de AA considerados de mayor importancia para la recuperación del alcoholismo y, 4) sensaciones, pensamientos y reacciones físicas ante situaciones potenciales de consumo (*craving*), además lo que la persona piensa o hace ante estas situaciones (afrontamiento al *craving*) (ver apéndice 1).

Es preciso señalar que en la mayoría de las ocasiones no hubo necesidad de realizar directamente la pregunta o mencionar el tema clave, sino que el mismo entrevistado lo retomó, por lo que en estos casos sólo se procedió a profundizar más sobre el asunto a través de preguntar ¿cómo, cuándo, dónde?, o bien, se pidió que aclarara o hablara un poco más sobre el tema. Lo anterior se hizo con la intención de no interrumpir el flujo de la entrevista, pero siempre contemplando la idea de abordar todos los tópicos establecidos en la guía temática.

PROCEDIMIENTO

A excepción de uno de los participantes (miembro de AA), el cual fue referido por una investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría, el contacto con los miembros de AA se hizo a través de Comité de Cooperación con la Comunidad Profesional (CCP) de AA, sección México. En un inicio el coordinador en turno de este comité fungió como agente de búsqueda de los primeros participantes, después fueron los mismos entrevistados quienes aproximaron a otros AA. En ambos casos la participación fue voluntaria. Esta técnica corresponde al procedimiento conocido como “bola de nieve”, un caso particular de análisis de cadenas que intenta construir una muestra de individuos que comparten características comunes (Trotter, Medina-Mora, 2000).

Una vez hecho el contacto y logrado la aceptación para participar en el estudio, se procedió a la aplicación de la entrevista, la cual en su mayoría, se realizó en las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, durante los meses de junio-julio de 2003. Sólo en un caso la entrevista se realizó en la vivienda del informante. En cualquier caso, antes de iniciar la entrevista se explicó los motivos de la

misma, esto es, el interés por conocer aspectos relacionados con la problemática del alcoholismo y estrategias para recuperarse de este problema, para el caso específico de los miembros de AA. Después de la acotación se enfatizó su carácter confidencial y anónimo. A los participantes se les sugirió que podían omitir nombres y se les pidió autorización para grabar la entrevista, al final se agradeció la cooperación y en caso de solicitarse se proporcionó información sobre las instituciones que atienden la problemática del alcoholismo.

Todas las entrevistas fueron llevadas a cabo por la autora de este trabajo, requirieron una interacción cara a cara y tuvieron una duración de hora y media a dos horas aproximadamente, y sólo en un caso se necesitó de un encuentro más. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis. En dicho análisis se incluye la información recabada por las doce entrevistas.

ANÁLISIS DE DATOS

La estrategia utilizada para examinar las entrevistas es el de Análisis de Contenido. Como primer paso se codificó la información generada. Dicha codificación se realizó de acuerdo con los criterios propuestos por Morse y Field (1995) (mencionados en Mayan, 2001), esto es, como un proceso de identificación de palabras persistentes, frases, temas o conceptos dentro de los testimonios, para establecer patrones que pudieran identificarse y analizarse. Lo anterior se realizó a través de una lectura repetida de las entrevistas, subrayando las secciones del texto que se adecuaban a cada uno de los objetivos de la investigación. Estas secciones se recortaron y se agruparon, primero, por temas que se piensa reflejan aspectos del *craving*, esto es, extractos de información que mostraran comportamientos, emociones o reacciones físicas, ante situaciones potenciales de consumo. Segundo, se agruparon textos que refirieron lo que se piensa, hace o hizo en dichas circunstancias y después de clasificaron en categorías. Tercero, después de identificar temas asociados al ingreso y pertenencia a AA se elaboraron categorías, considerando la técnica que utilizó Arminen (1991) para analizar historias de vida en miembros de AA. De manera general, la táctica consiste en jerarquizar los temas abordados por el entrevistado.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS ENTREVISTADOS

Como se observa en la tabla 1, el 75% de los entrevistados fueron hombres y 25% mujeres. La edad fluctuó entre los 26 y 51 años (Media = 39.6 años). En el momento de la entrevista todos mencionaron trabajar. Su nivel de estudios varió de primaria a preparatoria o equivalente. El 100% de las mujeres mencionaron estar divorciadas, mientras que poco más de la mitad de los hombres estaban casados (58%). El promedio de pertenencia a AA fue de 7.6 años y el 58% mencionó haber recaído al menos en una ocasión durante su estancia en AA.

Tabla 1. Datos de los miembros de AA entrevistados (N = 12)

Sexo	Edad	Escolaridad	Estado civil	Ocupación	Tiempo en AA	Recaída en el consumo de alcohol
Hombre	43 años	secundaria	Casado	Taxista	9 años	No, nunca.
Hombre	42 años	preparatoria	Casado	Técnico	17 años	Sí, en 2 ocasiones hace 15 años.
Mujer	45 años	primaria	Divorciada	Ama de casa	6 años	Sí, hace 4 años.
Hombre	45 años	primaria	Casado	Pintor	15 años	No, nunca
Mujer	26 años	secundaria	Divorciada	Ayudante general	3 años	No, nunca, pero desea beber.
Mujer	30 años	Preparatoria	Divorciada	Secretaria	4 años	No, nunca.
Hombre	36 años	Primaria	Casado	Empleado de Gobierno	4 años	Sí, en 2 ocasiones. La última fue dos meses antes de la entrevista
Hombre	53 años	Primaria	Casado	Comercio	6 años	Sí, hace un año.
Hombre	36 años	Preparatoria	Casado	Comercio	10 años	No, nunca.
Hombre	34 años	secundaria	Soltero	Comercio	5 años	Bebe ocasionalmente.
Hombre	51 años	Secundaria	Divorciado	Comercio	2 años	Sí, hace un año.
Hombre	36 años	Secundaria	Casado	Taxista	10 años	Si, hace 8 años.

NARRATIVAS ASOCIADAS AL CRAVING DE ALCOHOL

Con referencia al suceso de *craving*, de manera típica la literatura reconoce que posee dos características fundamentales: 1) tiende a exaltarse en situaciones específicas, disparado con facilidad por estímulos o señales apareadas de manera previa con el consumo del alcohol como el olor, ver la bebida e incluso consumir pequeñas cantidades y, 2) suele persistir aunque el alcohólico haya mantenido su abstinencia durante meses o años. Ha sido evidenciado como un fenómeno multidimensional que puede relacionarse con refuerzos positivos (celebraciones), negativos (estrés, depresión o ansiedad), o con estructuras cognitivas como deseo e intención de beber, fallas para controlar el consumo, malestar producido por persistentes e indeseables pensamientos, imágenes asociadas con el alcohol o el uso compulsivo. En las siguientes narraciones es posible ejemplificar lo señalado:

Mujer de 26 años, con tres años de abstinencia y mismo tiempo de pertenecer a AA:

“...Estaba escuchando a José Alfredo Jiménez y yo, cuando bebía, escuchaba a José Alfredo, y es así como magnetismo, y siento que me está volviendo la emoción, y muchas veces no me está pasando lo que dice la canción, pero yo siento que me está doliendo, y es así como ser autómatas, fumar, escuchar, tomar el vaso y entonces me senté, pusieron la música, y estaba la cerveza al lado, y me quedé con la mano así, a punto de beber. Yo siento que es también el ambiente y empecé a recordar aquellas veces en las que yo me la pasaba bien suave, y en mi estado alcohólico me desinhibía y eso me hacía sentir bien; siento que yo no soy ésa, pero quisiera sentirme así, desinhibida, muy alegre y que pues, sentir que estoy a gusto y estar a gusto conmigo”.

Hombre de 42 años, 17 años de pertenecer a AA, mencionó dos recaídas durante sus primeros años en los grupos, pero hace 15 años que mantiene total abstinencia:

“...un cosquilleo, cuando sabía que ya se iba acercando la hora, yo sentía un cosquilleo en el cuerpo, una sensación agradable, digo tal vez la comparación es muy burda, pero es como si fuera uno a una cita, sentir que está llegando, que va a llegar el punto, que se va a poner uno bien, que va uno a disfrutar, que va a esta uno en la posición de sentirse seguro, es una emoción. Después de una, me la seguía, porque ya no podía controlarme, entonces ya tenía la otra y la otra, después ya tomaba dos o diez, a ver cuántas podía aguantar...”

Mujer de 30 años, cuatro años de participar en AA y mismo tiempo permanecer en total abstinencia:

“..Si, o sea la olí y se me hizo agua la boca y se me hizo extraño porque a mí al principio la cerveza no me gustaba y esta vez que la olí, se me hizo agua la boca, parecía que ya la tenía en la boca, me sudaban las manos como un estado de ansiedad, buscaba un cigarro e inmediatamente y me puse a fumar y me salí, pero pasaron como 3 horas para que dejara de pensar en la cerveza, en el olor”.

Mujer de 45 años, seis años de pertenecer a AA, menciona haber recaído una vez, dos años después de su ingreso a AA:

“...empezaron a tocar la música que a mi me agrada, porque la música es la que atrae también para que uno beba, me hace recuerdos en la mente. Entonces, pide mi hija dos copas de tequila, del conmemorativo, y lógicamente me recuerda inmediatamente que esa era mi bebida preferida, era de las bebidas fuertes que yo bebía; y esa tarde les había dicho que ya no bebo. Trate de ser feliz en ese momento ante mis hijas, pero me sentía reprimida, o sea sentía fuerte ansiedad por beber alcohol, así es como que me sentía, sentía dolor de no poder tomar, o así como un gran coraje conmigo misma por haberme tomado todo de una vez...”

Hombre de 53 años con seis años de participar en AA y recaído en el último año:

“...Si, se me hace agua la boca, y no puedo evitar ir y oler, quiero olerlo. La última vez me quedé con un trago de alcohol en la boca y luego, luego lo escupí. Pienso que si vuelvo a hacerlo lo vuelvo a escupir. Igual se me pasan las ganas de querer tomar, pero también digo, pero y si me la paso y empiezo a tomar? entonces me deja pensando que quiero sentirlo y quiero empezar a sentir cómo se me hormiguea el cuerpo y cómo el calor sube, sentir cómo se me subía el calor y me ponía rojo, rojo, o sea esas sensaciones quisiera sentir las otra vez”.

También se ha propuesto que el *craving* puede ser evocado durante las fases tempranas del síndrome de abstinencia. En éstas se supone que los mecanismos cerebrales que se han adaptado al alcohol permanecen en un estado alterado, producen inestabilidad fisiológica (p.e. hiperventilación), problemas de sueño, depresión y déficit cognitivos, principalmente dificultades de concentración y memoria (Gorski, Miller, 1979; Roelofs, Dikkenberg, 1987). Los síntomas producen una sensación de malestar que pueden conducir al individuo al retorno al consumo a fin de aliviarlos. Lo anterior puede ser evidenciado por las siguientes experiencias:

Hombre de 36 años, cuatro años en AA y recaído en el consumo de alcohol dos meses antes de la entrevista

“...al principio cuando sales de una recuperación, al menos en mi caso personal, no sé, eres capaz de matar, violar, al momento que dejas de tomar. Ves que alguien está saboreando su cuba, su alcoholito, su cerveza, se te seca la garganta y te empieza a entrar una taquicardia...”

Hombre de 51 años, dos años en AA, recayó un año después de su ingreso

“...Yo no dejaba de pensar en el alcohol era para mí algo necesario, el deseo por el alcohol, el deseo de salir de eso, con un nudo en la garganta, tomaba suero y sentía que me quemaba la garganta, sentía que la cabeza me iba a explotar, trataba de dormir y no podía, sudaba, veía que las víboras me ahorcaban y sentía una desesperación de gritar, me revolcaba, llevaba como cuatro o cinco días que yo había dejado de beber, que nada más tomaba suero, hasta que por fin cuando bebo, pues a mí me vuelve una tranquilidad, como que me reubica la pacificación, me vuelvo pacífico, me hace olvidar”.

Hombre de 53 años, seis años en AA y recaído en el último año

“...eran las temblorinas o delirios de persecución, no sé, o sea era el que al otro día de dejar de beber, sentía que alguien me quería matar o que me podía morir, pero no sabía por qué, ya estaba en mi mente.... ¿La bebida? Si, claro sí, porque yo sabía que bebiendo tenía todo el valor de poder hacer y decir lo que quisiera, y lo que quisiera hacer yo lo hacía, actuaba bajo la influencia del alcohol. Fuera del alcohol bueno, pues era otra persona que nada tenía que ver con aquel borracho de un día antes...”

Por otro lado, Tiffany (1990) propone que el *craving* puede manifestarse en un nivel neuropsicológico o no cognitivo (Robinson, Berridge, 1993), lo cual Modell *et al.* (1992) y Anton *et al.* (1996) sugieren puede traducirse en pensamientos de alcohol, conductas automáticas condicionadas y mecanismos que resisten a las imágenes y a las conductas condicionadas. De hecho, afirman que el alcohólico podría reconocerlo expresamente por medio de pensamientos constantes, repetitivos e indeseables que causan estrés, consumen tiempo y pueden interferir con el desempeño cotidiano del individuo, sobre los cuales no se tiene control u obligan al individuo a ejecutar conductas estereotipadas (consumo compulsivo). Estas hipótesis pueden reconocerse en las siguientes narraciones:

Hombre de 45 años, seis años de participar en AA, menciona haber recaído en el uso de alcohol dos años después de su ingreso a los grupos:

“...pues sí, o sea, es una obsesión, es una idea firme y latente que siempre yo tenía en mi cabeza, en mi mente, en mi cerebro, siempre, puro alcohol, puro alcohol; yo, aunque no alcanzaba a comprender bien, decía que era mi estómago el que necesitaba de un poquito de alcohol para sentirme bien, ya estando en AA vengo a entender que no era así, sino mas bien es esa idea fija y atormentadora de alcohol...”

Hombre de 43 años, con nueve años de abstinencia continua:

“...fue un hecho lamentable y demás, y no te puedes perdonar, ¿por qué yo? Eso es lo que inicia un montón de pensamientos que te llevan a la locura y desesperación, a esa obsesión por beber, el pensamiento no tiene historia ni fecha, te acuerdas de ese evento que ya no existe, que ni puede volver a existir, por más que quieras no puedes, sin embargo lo recuerdas y vives esa emoción. Estás experimentando bien claro el pensamiento, viene ese recuerdo y sientes las emociones físicas (...), las emociones te rebasan, entonces son mis pensamientos, me detengo y digo mejor ahí que se quede”.

Hombre de 36 años, con 10 años de pertenecer a AA, señala haber recaído en el uso de alcohol dos años después de su ingreso a AA:

“...Él [un conocido] me dijo bueno si estás en ese lugar te felicito y yo quería que me dijera pues tómate una y no, lo que me invitó fue una coca, y me tomé ese refresco y me fui de ahí, no caminé mucho y a la siguiente cantina me meto inconscientemente, es decir, no llevaba la idea de ahorita voy a entrar y voy a tomarme una cerveza, no, pero había un grupo de personas que estaban acostumbradas a verme como siempre me habían visto y de pronto piden cervezas para todos, y yo no me opongo mucho, pues la obsesión siempre había estado ahí, agarro y vuelvo a beber y a partir de eso vuelvo a beber, empiezo a sentir la cruda física, (...), al otro día me sentí muy mal, tenía ganas de desmayarme, tenía ganas de correr, o sea, me sentía muy mal, pero en ningún momento pensé en decir, bueno mañana me voy a AA, no, al contrario seguí bebiendo más...”

Hombre de 42 años, 17 años de pertenecer a AA, 15 años de abstinencia continua pero menciona haber sufrido dos recaídas al inicio de su recuperación en AA:

“...yo ya no bebía, yo tenía la voluntad de no beber, no había servido ese control y automáticamente reaccionó mi mente, estirando el brazo y tomándomela (...), no tenía la intención, ni lo tenía programado, no lo tenía previsto, sólo se manifestó la obsesión en ese momento. Obviamente me seguí hasta que terminamos hasta atrás...”

Mujer de 45 años, seis años en AA, menciona haber recaído una vez, dos años después de su ingreso a AA:

“...no voy a beber pero cuando ya me doy cuenta, ya estoy bebiendo, no quiero seguir tomando, pero voy al baño y vomito para seguir bebiendo, entonces nos tiraniza, es una obsesión que se apodera, que se apodera de nuestra mente...”

Hombre de 42 años, 17 años de pertenecer a AA, dos recaídas y 15 años de abstinencia continua:

“...cuando llego a pasar por una pulquería y ver a la gente que está ahí, hasta hoy a la fecha a lo mejor sí, sí se me antoja, pero así con la obsesión no, me llega el recuerdo del trago, de los momentos que había pasado, pero así que dijéramos ya me voy a tomar, no, se me antoja, pero no tanto como para tomar, no...”

Hombre de 36 años, con diez años de total abstinencia:

“...yo ya estaba en AA, pero siempre y a cada rato venía a mi mente la idea de ir a algún bar, bailar, beber, pero que hubiera dinero, que no me pasara como cuando bebía, que me gastaba lo que tenía, y lo que no tenía, y lo que no era mío, eso es lo que yo buscaba en mis fantasías, pero yo ya no bebía, yo ya estaba en AA, pero todavía había esa idea de que sí y no, no mejor no, inmediatamente borraba esa imagen y mejor pensaba en otra cosa, y así estuve cerca de dos años”.

Después de la revisión de las narraciones que se consideraron posiblemente asociadas a la experiencia de *craving*, se procedió a identificar lo que los miembros de AA hicieron o hacen ante las reacciones físicas o emocionales provocadas. En el siguiente apartado se describe la información obtenida.

NARRATIVAS ASOCIADAS A LO QUE SE PIENSA O HACE EN SITUACIONES POTENCIALES DE CONSUMO

Con la finalidad de establecer patrones que pudieran identificarse y analizarse, acerca de lo que los miembros de AA piensan o hacen cuando se exponen a situaciones potenciales de consumo, en especial ante las reacciones físicas y emocionales evocadas presumiblemente relacionadas con el *craving*, se procedió a su codificación y clasificación en categorías.

Aquí es conveniente mencionar que debido a la constante mención del término “idea fija y atormentadora de alcohol u obsesión mental de beber”, como resultado de exponerse a situaciones potenciales de consumo (que la literatura sugiere son inductores de *craving*), se consideró pertinente explorar qué es lo que se piensa o hace ante esa situación. Para ello, se realizó la pregunta ¿Ud. qué hizo o hace en situaciones en donde sintió el deseo de beber o experimentó la obsesión mental de beber? Con el análisis de contenido a esta pregunta se logró la identificación de cinco categorías de afrontamiento. A continuación se muestra la codificación de cada una de estas categorías y el extracto de la narración utilizada para su reconocimiento.

La primera categoría identificada hace referencia a revalorar la situación, esto es, cuando las personas al comparar el pasado y presente expresan un sentido positivo o, de alguna manera, intentan mejorar su auto percepción. Los comentarios típicos incluyeron:

“...hacer un inventario de lo que fui cuando bebía y de lo que empiezo a obtener ahora que estoy en AA” (Hombre de 43 años)

“...a través del tiempo me voy dando cuenta de lo agradable que es estar sobrio, por lo menos abstemio” (Hombre de 45 años)

“...hacer un inventario constante de mis errores y mis virtudes, comentarle a alguien qué es lo que me está pasando, admitir mis defectos a la vez que los pueda admitir, pedirle a Él [Dios] que me ayude a eliminarlos” (Hombre de 42 años)

“Recuerdo todo el daño que hice y que me hice a mi misma y todo lo que viví cuando andaba tomando, cosas que no son agradables y que Dios me dio la oportunidad de cambiar...” (Mujer de 45 años)

“Recuerdo mi última borrachera, recuerdo los problemas que causaba a mi familia, recuerdo que nunca pude controlar mi forma de beber, recuerdo que si vuelvo a beber puedo morir, porque ya me hacía mucho daño el alcohol” (Hombre de 36 años)

La segunda categoría refiere aspectos espirituales, esto es, cuando las personas dejan en manos de un Poder Superior (Dios) la solución. Los comentarios incluyeron:

“...yo, lo primero que hago al levantarme, es pedirle a Dios a como yo lo entiendo pues que me de la fortaleza para no beber...” (Hombre de 45 años)

“...creo que todo debe empezar por la fe en un Poder Superior...” (Mujer de 45 años)

“...cuando me sucede, yo espero a que Dios me dé valor de no volver a beber...” (Mujer de 26 años)

“...en esos momentos hago uso de lo que me dicen en AA, principalmente Dios y me voy calmando” (Hombre de 42 años)

“...no con muchas ganas le empiezo a pedir a Dios lo que me aconsejaban los alcohólicos” (Hombre de 51 años)

“Hago lo que los alcohólicos dicen, cuando estés en el suelo aprovecha para hincarte y pedirle a Dios que te ayude para no beber, pero tienes que hacer algo, o sea lo que dice el tercer paso, echarle acción” (Hombre de 53 años)

“Pienso que sería la dependencia a mi Poder Superior, aunado a mi asistencia al grupo...” (Hombre de 42 años)

“Yo, acepto que soy alcohólico, acepto que soy un tipo que no tiene juicio, y que siempre tengo que estar a disposición de lo que Él [Dios] me diga el día de hoy, y tener la fortaleza para aceptarlo...” (Hombre de 42 años)

“Me concentro en mis juntas, hago oración, reflexiono y le pido a Dios me dé tranquilidad mental...” (Mujer de 45 años)

La tercera categoría identificada hace referencia a hacer algo de manera directa, ya sea en forma de reflexión, o de manera conductual, por ejemplo, pensar en lo que puede hacer. Los comentarios típicos incluyeron:

“...pongo en práctica el primer paso y me agarro y no lo suelto...” (Hombre de 42 años)

“Voy aplicando los doce pasos a mi diario vivir, durante todo un día y ya no pienso en el alcohol con esa obsesión de beber...” (Hombre de 42 años)

“Con la acción y con las ganas que yo le ponga al programa, alejo de mi mente a la bebida...” (Hombre de 36 años)

“Recuerdo lo que se dice en AA y a la persona que me dio algún consejo sobre qué hacer...” (Mujer de 30 años)

“Algo que se nos aconseja en AA, mantén ocupada tu mente, haz un trabajo en tu casa, en tu trabajo, acepta de buena voluntad un servicio...” (Hombre de 53 años)

“He aprendido en AA la importancia de dejar de estar perdiendo el tiempo, ellos dicen mejor vete a dormir o ponte a hacer una cosa útil y bueno, se borran los pensamientos de alcohol...” (Hombre de 36 años)

“...siempre busco a las personas que tienen muchos años de apadrinar y yo hago lo que me dicen...” (Mujer de 26 años)

“Leo la literatura de AA y asisto a mis reuniones” (Mujer de 45 años)

“...pero todavía había esa idea de que sí y no, no, mejor no, inmediatamente borraba esa imagen y mejor pensaba en otra cosa, y así estuve por dos años” (Hombre de 36 años)

“...en este caso lo expongo, lo platico y en el momento hasta de mi desgracia hago algo cómico, que los compañeros se sientan bien de mi participación, riéndome de lo que me pasó...” (Hombre de 53 años)

“Lo que yo hago, yo no me junto con borrachos sólo por cuestiones de trabajo o por una necesidad imperiosa, pero yo no estoy en fiestas, no, para nada...” (Mujer de 26 años)

“Empiezo a hacer eso, no juntarme con borrachos, y no escuchar las canciones que yo oía cuando yo bebía, para que no empezara a hacer lo que hacía antes, el tender mi cama, pensar en otras cosas...” (Mujer de 30 años)

“...porque yo aún dentro de AA, a la hora de dormir, se venía a mi mente, no pues tal día voy a beber, voy a traer un mariachi y así empezaba a hacer fantasías, ahora lo que no sólo trato sino procuro es no generar fantasías sobre el alcohol...” (Hombre de 45 años)

“No sé por qué, pero pienso en lo que he aprendido dentro de AA, tener respeto hacia mí misma, el ser responsable con la familia, con la sociedad, el tener que crecer de una manera correcta...” (Mujer de 45 años)

La cuarta categoría acerca de lo que se piensa o hace ante el deseo de beber u “obsesión mental de beber”, hace referencia a situaciones de escape o evitación del suceso. Los comentarios incluyeron:

“Me da miedo exponerlo en tribuna porque puedes enfermar a otros AA, este pensamiento sólo lo guardo para mí...” (Hombre de 36 años)

“...en un principio, lo que hubo en mi mente fue correr, alejarme del lugar en donde se me despierta la obsesión...” (Hombre de 51 años)

“...o bien corro o me quedo estático, es el miedo de pensar en que puedo volver a beber...” (Hombre de 36 años)

“Me voy a dormir...” (Hombre de 36 años)

“Después de ver cómo ese señor se empinaba su bebida que era una polla, yo me tomé mi jugo y salí literalmente huyendo, lo que hice después fue platicárselo a mi esposa...” (Hombre de 51 años)

En la última categoría, los miembros de AA mencionan no hacer algo en específico para solucionar el deseo de beber o la “obsesión mental de beber”, la minimizan o no le dan importancia. Los comentarios incluyeron:

“Hoy precisamente la tuve, pero sólo fue momentáneo no pasó de 3 o 4 minutos, y lo que hice es no darle importancia al pensamiento...” (Hombre de 34 años)

“...son mis pensamientos, me detengo y digo, mejor ahí que se quede” (Hombre de 43 años)

“...me quedo helado, completamente derrotado y en el caso contrario empiezo a temblar...” (Hombre de 53 años)

“...los pensamientos siempre los traigo conmigo, o sea en mí no ha habido evolución...” (Hombre de 34 años)

“...pienso en que si yo anduviera borracho pues yo no me preocuparía por nada, ni por mí, ni de mis problemas...” (Hombre de 34 años)

“...sólo por hoy trato de mantener alejada mi mente de la bebida” (Hombre de 43 años)

“Simplemente lo que hago es aceptar mi derrota ante el alcohol” (Hombre de 36 años)

“Yo, tengo que aceptar que soy un alcohólico, que no puedo beber, que no debo beber...” (Hombre de 36 años)

“Aceptar que yo ya no soy un bebedor, y que no puedo beber porque soy un enfermo alcohólico, para mí la primera copa inducida por la obsesión sería mortal” (Hombre de 42 años)

“Acepto que soy un alcohólico que siempre, siempre, tuve conmigo la obsesión y la intención de beber durante mucho tiempo pero no sé por qué, pero me abstuve” (hombre de 45 años)

Después de la revisión de los testimonios que posibilitaron la identificación de posibles formas de afrontar la experiencia “obsesión mental de beber” (con presunción *craving*), por último, se procedió a identificar los aspectos que, para los miembros de AA de esta fase del estudio, resultan relevantes para la incorporación exitosa a los grupos de AA. En el siguiente apartado se describe la información obtenida.

ASPECTOS CONSIDERADOS COMO MÁS RELEVANTES PARA LOGRAR LA INCORPORACIÓN EXITOSA A LOS GRUPOS DE AA

Con la finalidad de explorar los eventos que posibilitan la pertenencia a los grupos de AA se utilizaron una serie de preguntas abiertas (ver apéndice 1), cuyo Análisis de Contenido y siguiendo la técnica utilizada por Arminen (1991) arrojó la siguiente información. En general, los análisis indicaron que las principales áreas abordadas o identificadas en las narrativas como de gran importancia para ingresar y mantenerse en AA refieren: 1) tipo de ingreso a AA, es decir, si fue voluntario o involuntario, 2) problemas ocasionados por el consumo de alcohol, 3) reconocerse como alcohólico y/o ser miembro de AA, 4) aspectos relacionados con la religión y la espiritualidad y 5) el trabajo activo, por ejemplo, la práctica de los 12 pasos, apadrinamiento y servicio. Dichas áreas fueron establecidas en 15 códigos, cuya frecuencia de mención de acuerdo con Arminen (1991), muestra la respectiva importancia que los AA ofrecieron en sus narraciones.

Como se observa en la tabla 2, las dimensiones identificadas por los entrevistados, como más importantes para ingresar y permanecer en AA incluyen, síntomas del alcoholismo, en especial la pérdida de control en el beber y/o consumo problemático, así como reconocerse como un miembro más de AA, admitir que la persona es un enfermo alcohólico, asistencia periódica a las juntas de recuperación, pensamientos o relación con el Poder Superior, el apadrinamiento y la práctica del servicio. Once o diez de los doce entrevistado encuentran estas áreas como los aspectos más importantes para permanecer o integrarse plenamente a los grupos de AA. Las categorías que le siguen en importancia

incluyen, intentos fracasados por dejar de beber y el consumo de alcohol a edades tempranas, seguido de la espiritualidad y práctica del programa. Entre las categorías con menor frecuencia de mención se encuentran el tener antecedentes religiosos e ingresar de manera forzada a AA.

Tabla 2. Aspectos relacionados con la permanencia en Alcohólicos Anónimos

Códigos	Hombres (N=9)	Mujeres (N=3)	Total (N=12)
<i>Tipo de ingreso a AA</i>			
1. Ingreso voluntario	7	1	8
2. Ingreso obligado	2	2	4
<i>Problemas asociados al alcoholismo</i>			
3. Consumo problemático	9	2	11
4. Pérdida de control en el consumo	9	2	11
5. Intentos fracasados de abstinencia	8	1	9
6. Experiencias tempranas con el alcohol	7	2	9
<i>Reconocimiento del problema de alcoholismo</i>			
7. Identificación con AA	8	3	11
8. Admisión del alcoholismo	8	3	11
<i>Religión y espiritualidad</i>			
9. Experiencias espirituales	6	1	7
10. Antecedentes religiosos	3	1	4
<i>Trabajo activo en AA</i>			
11. Asistencia a AA	8	3	11
12. Relación con el Poder Superior	8	3	11
13. Apadrinamiento	8	3	11
14. Servicio	7	3	10
15. Evaluación de los pasos	7	1	8

DISCUSIÓN

En esta fase de investigación, uno de los objetivos fue por medio de preguntas abiertas, obtener información acerca del *craving* y una probable terminología para referir el fenómeno. Así, las narraciones ofrecidas sugieren que los miembros de AA, ante situaciones potenciales de consumo, presentan una serie de reacciones físicas o emocionales que la literatura ha asociado con el fenómeno *craving*. La información proporcionada apunta que los AA parecen entender el significado de *craving* y el vínculo que existe con la adicción al alcohol, identificándose en la mayoría de las ocasiones con el término “*idea fija y atormentadora del alcohol o despertar de la obsesión mental de beber*”.

Se observó que son numerosos los estímulos y los mecanismos que pueden inducirlo, coincidiendo en su mayor parte con lo planteado en la literatura de *craving*. Como lo ha sugerido la investigación, es probable que se manifieste de distinta manera en las diferentes personas y que, como resultado, su valoración resulte muy complicada. En las narraciones de los AA, se intuye que la experiencia puede surgir de múltiples y distintos aspectos, inclusive necesidades psicológicas y síntomas fisiológicos, inducidos por estímulos ambientales apareados de manera previa al consumo, por el recuerdo de los efectos eufóricos del alcohol o bien, por el malestar causado por el síndrome de abstinencia que, en cualquier caso, parece impulsar la búsqueda de sustancias y la subsiguiente pérdida de control, tal como es conjeturado por Verheul *et al.* (1999) entre otros. En términos de Tiffany (1990, 1999), puede pensarse que es el reflejo de un proceso cognitivo no automático activado en simultáneo al uso automatizado del alcohol. También puede identificarse como un estado emocional-motivacional responsable directo de la conducta de búsqueda de alcohol y su consumo con pérdida de control, manifestado tal como Modell *et al.* (1992) y Anton *et al.* (1996) mencionan, es decir, como periódicos, persistentes e indeseables pensamientos relacionados al alcohol.

De manera anecdótica, los miembros de AA en especial los que han recaído de manera reciente (pocos meses antes de la entrevista), mencionan tener reacciones fisiológicas ante estímulos ambientales relacionados al alcohol, por ejemplo, salivar o temblar ante el olor o la vista de una bebida, por ejemplo, un miembro de AA recaído en el

último mes dice “...sí, se me hace agua la boca, y no puedo evitar ir y oler, quiero olerlo” y otro también recaído de manera reciente nos comenta “... se te seca la garganta y te empieza a entrar una taquicardia...”. Consistente con la literatura esto puede ocurrir como resultado del condicionamiento clásico de manera especial, si la persona acostumbró a beber en situaciones de estrés o estados emocionales negativos asociados al síndrome de abstinencia. De acuerdo con Baker *et al.* (1987), en tales situaciones los mismos estados emocionales llegan a formar parte de un complejo estímulo condicionado que pueden producir la respuesta de *craving*, acentuando la conducta de búsqueda y quizá la pérdida de control en beber y, por consecuencia, la recaída.

Es necesario insistir que la experiencia de *craving* tiene múltiples y complejos determinantes e investigadores como Niaura *et al.* (1988) y Tiffany (1990) han establecido van más allá del condicionamiento clásico. En la actualidad, muchas y diversas aproximaciones aportan explicaciones al origen y operación del *craving*; algunas lo determinan como parte del proceso de neuroadaptación al alcohol (Robinson, Berridge, 1993; Anton, 2000) o bien, como un proceso cognitivo no automático activado en simultáneo al uso automatizado del consumo (Tiffany, 1990) que, en cualquier caso, puede expresarse de manera verbal como frecuentes, persistentes e indeseables pensamientos relacionados con el consumo, sobre lo que no se tiene control (consumo compulsivo); lo cual podría provocar la recaída aún después de prolongados periodos de abstinencia (Modell *et al.*, 1992; Anton *et al.*, 1996). Tales hipótesis resultaron relevantes en los miembros de AA que volvieron a beber después de dos años de total abstinencia. Por ejemplo, uno de ellos nos narró: “...no voy a beber pero cuando ya me doy cuenta, ya estoy bebiendo, no quiero seguir tomando, pero voy al baño y vomito para seguir bebiendo, entonces nos tiraniza, es una obsesión que se apodera, que se apodera de nuestra mente...” En otro relato un miembro de AA nos comentó, “...pues sí, o sea, es una obsesión, es una idea firme y latente que siempre yo tenía en mi cabeza, en mi mente, en mi cerebro, siempre, puro alcohol, puro alcohol (...)”

Es claro que el *craving* y más aún asociado con la recaída, es muy difícil de analizar sólo con las narrativas de AA, ya que requiere de métodos más precisos para su reconocimiento, sin embargo, de alguna manera, todo lo anterior apunta a que los miembros de AA de manera descriptiva, reconocen o responden a ciertas situaciones que la literatura

relaciona con el fenómeno *craving*, y que quizá por el aprendizaje logrado dentro de AA puedan identificarlo con el término “*idea fija y atormentadora del alcohol o despertar de la obsesión de beber*”. Con independencia de ello, la evidencia mostrada permitió un acercamiento a la definición de *craving* propuesta por Anton *et al.* (1995, 1996) y Modell *et al.* (1992), esto es, como persistentes e indeseables pensamientos relacionados al alcohol que pueden provocar estrés.

Por otro lado, debido a la insuficiente evidencia sobre formas de afrontamiento al *craving* en general (Donovan, 1996) y más aún desde la perspectiva de los miembros de AA, se decidió iniciar su exploración considerando el propio sentir y pensar del alcohólico. Con la información proporcionada por la pregunta que indaga la experiencia específica de lo que el alcohólico hace o piensa cuando experimenta la “obsesión mental de beber”, se logró el reconocimiento de las siguientes cinco categorías: 1) recuerdos de los tiempos en que fueron bebedores, 2) pensar o platicar con Dios, 3) hacer algo práctico para solucionarla, 4) evadirla, minimizarla o no dar importancia, y 5) mostrar resignación o creer que no se puede hacer nada ante esta experiencia. Estas formas de pensar o hacer algo ante la experiencia que parece responder a la experiencia de *craving* (obsesión mental de beber), coinciden con algunas estrategias de afrontamiento documentadas por Rodríguez-Marin (1995) en áreas distintas al *craving*.

Es conveniente mencionar que más allá de una revisión exhaustiva de las formas de afrontar, el objetivo de la primera fase del estudio fue recuperar información que correspondiera al lenguaje e ideología de los miembros de AA, para identificar cuadros de conducta que reflejaran formas de afrontar la situación específica de *craving*, que a su vez permitiera la elaboración de un instrumento de medición requerido; por tanto, la información obtenida acerca las categorías mencionadas, sólo se utilizó para diseñar reactivos que guiaron el diseño de tal instrumento.

Por último, en cuanto a la pertenencia a AA, el análisis de contenido acerca de las preguntas que se utilizaron para su exploración, llevó a identificar la importancia de categorías como asistencia a las reuniones, apadrinamiento, el servicio, reflexión sobre la espiritualidad o crecimiento espiritual, la práctica de los 12 pasos y la frecuencia con que todo ello se realiza, como los elementos que intervienen en la decisión de integrarse plenamente (afiliarse) a los AA. Los resultados obtenidos sugieren múltiples factores

implicados en la adherencia a los grupos, empero, como ha sido señalado por otros estudios, de manera global parecen entrelazar asistencia y participación activa (Kelly *et al.*, 2004; Humphreys, *et al.*, 1998). Asimismo y dado que uno de los puntos más resaltados por los entrevistados es la percepción de la gravedad de su problema de alcoholismo, es posible deducir que el grado de severidad de la dependencia también es uno de los factores que influyen en la decisión de integrarse a AA.

Es conveniente reiterar el principal objetivo de esta primera fase del estudio: procurar información para la elaboración de reactivos que habilitaran el diseño de instrumentos o formas de medición apropiados al lenguaje o ideología de los miembros de AA. Dichos instrumentos se desarrollaron con la finalidad de conocer de manera más específica y objetiva, la manera en los aspectos relacionados con la inserción y pertenencia a AA (afiliación), *craving* (obsesión mental de beber) y su afrontamiento afectan el suceso de la recaída. Por tanto, para alcanzar esta meta, se desarrolló una segunda fase de investigación, la cual se detalla con amplitud en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO VI

SEGUNDA FASE DE INVESTIGACIÓN

DISEÑO DE INSTRUMENTOS Y/O FORMAS DE MEDICIÓN ACERCA DE LA AFILIACIÓN CON AA, *CRAVING* Y SU AFRONTAMIENTO, PARA INDAGAR INFLUENCIA O INTERACCIÓN CON LA RECAÍDA

Una manera importante de contribuir a un mayor reconocimiento al por qué de la recaída es considerar la gama de factores que predisponen su ocurrencia, aunados al desarrollo de una medición que guarde una sincronía entre lo teórico y lo empírico, que permita información confiable y válida o culturalmente relevante a la población objeto de estudio (Allen, 2000).

En este trabajo, como respuesta a la inquietud de valorar los eventos asociados con la recaída, y que se otorgara importancia al propio sentir y pensar de los alcohólicos de nuestro país, llevó a desarrollar una segunda fase de investigación. En esta fase se integró la información obtenida de la literatura y de los testimonios de los mismos miembros de AA, para desarrollar formas de medición adecuadas y relevantes a los propios AA. Todo esto con la finalidad de evaluar de manera objetiva, en qué medida las diferentes formas de participación en AA, la experiencia “obsesión mental de beber” (*craving*) y las estrategias implementadas por ellos para afrontarla, impactan el suceso de la recaída en el consumo de alcohol, después de al menos tres meses de haber permanecido en total abstinencia. Con base en lo anterior, en esta segunda fase de investigación se plantearon los siguientes objetivos.

OBJETIVO GENERAL

Describir y comparar grado de afiliación a los grupos de AA, intensidad de la experiencia “obsesión mental de beber” y estrategias para su afrontamiento en población de Alcohólicos Anónimos recaídos y no recaídos, estableciendo además la interacción entre estos constructos en el evento de la recaída en el uso de alcohol.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer características de la recaída en los miembros de AA, procurando información acerca de los aspectos compulsivos del consumo.
 - 2a. Diseñar formas de medición acerca de la afiliación con los grupos de AA.
 - 2b. Determinar qué características de participación distinguen a los miembros de AA recaídos de los no recaídos, tomando en cuenta las áreas más resaltadas en la primera fase del estudio, esto es, tipo de consumo anterior al ingreso a AA, severidad de la dependencia, asistencia, tiempo de pertenencia, ejercicio de los 12 pasos, el componente *despertar espiritual*, tener un servicio y tiempo dedicado a éste, ser un padrino, estar apadrinado y frecuencia de recurrir al padrino, así como la frecuencia con que se recurre a lectura de la literatura de AA.
 - 2c. Establecer un indicador del grado de afiliación con AA, el cual será integrado por las variables de participación con AA que resulten significativas.
 - 3a. Diseñar instrumentos y/o formas de medición para valorar la experiencia de *craving* dando énfasis a la intensidad y estrés producido, y considerando el término con que posiblemente los miembros de AA lo comunican, esto es, la “obsesión mental de beber”.
 - 3b. Establecer un indicador de niveles de “obsesión mental de beber”, el cual será integrado por las variables que resulten significativas.
 - 3c. Especificar si la intensidad y estrés producido por la experiencia “obsesión mental de beber” puede diferenciar a los AA recaídos de los no recaídos.
 - 4a. Diseñar un instrumento o formas de medición acerca del afrontamiento al *craving*, en términos de “obsesión mental de beber”.
 - 4b. Describir las formas de afrontamiento que utilizan los miembros de AA ante la experiencia “obsesión mental de beber”.
5. Identificar la relación que tiene el grado de afiliación a AA, con las formas de afrontamiento a la “obsesión mental de beber” (considerando niveles de la experiencia).

6. Conocer de qué manera afectan la interacción entre el grado de afiliación con los grupos de AA, niveles de “obsesión mental de beber” (*craving*) y las distintas formas de afrontarla, la recaída en los miembros de AA.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Recaída. Esta variable se define como un episodio de consumo después del ingreso a AA de cualquier cantidad de bebida alcohólica, evaluada de manera dicotómica. Se utilizó la respuesta a la pregunta ¿desde su ingreso a AA ha bebido en alguna ocasión? si la respuesta fue positiva se indagó la fecha en que aconteció el consumo, así como el número de veces que ocurrió, además de la cantidad y tipo de bebida consumida.

En paralelo, se explora la intensidad con que sucedió, es decir, si el periodo de consumo resultó en la pérdida de control y/o se estableció un consumo continuado. Lo anterior se mide con la respuesta obtenida a la pregunta ¿que sucedió el día en que bebió la primera copa de alcohol? Aquí se indaga cantidad y tipo de bebida utilizada, experiencia de borrachera y/o pérdida de control en el consumo, así como el tiempo que permaneció bebiendo después de ese día

Dado que la recaída también suele definirse como el uso discreto de otra sustancia diferente al alcohol, se exploró el uso de otras drogas durante el día que se menciona haber vuelto a beber. La variable se mide a través de la respuesta a la pregunta ¿el día de la recaída consumió algún tipo de droga? si la respuesta fue positiva, se exploró el tipo de droga utilizada.

Es conveniente mencionar que para ser considerada una recaída, el suceso debió ocurrir después de una etapa de abstinencia mayor o igual a tres meses lograda dentro de AA, que es el tiempo estimado para la asimilación del programa (Litman et. al., 1984; Hawkins, Catalano, 1985; Rosovsky, Leyva, 1990).

Craving. Las preguntas utilizadas para evaluar esta experiencia se adaptaron de las escalas OCDS y Y-Bocs-hd (instrumentos que miden específicamente el *craving* de alcohol) las cuales, a su vez, fueron enriquecidas por los comentarios de los propios miembros de AA, quienes al parecer lo identifican con claridad con el término “*idea fija y atormentadora del alcohol o despertar de la obsesión mental de beber*”.

Debido a la coincidencia en la forma de comunicar la sensación de *craving* con el modelo fenomenológico de Modell *et al.*, (1992) y Anton *et al.*, (1995), en este estudio se define como recurrentes y persistentes pensamientos sobre el alcohol, que pueden interferir con las actividades cotidianas del individuo debido al esfuerzo que se hace para controlarlos o impedirlos (aspectos cognitivos de *craving*).

Las preguntas utilizadas para su evaluación, tienen la finalidad de explorar intensidad, frecuencia, malestar producido y los esfuerzos que se hacen para impedir la “obsesión mental de beber”. Todas las preguntas tienen cuatro opciones de respuesta que cubren el rango de menor a mayor “obsesión mental de beber”, codificadas de 1 a 4 respectivamente.

Afrontamiento al *craving* u “obsesión mental de beber”. Esta variable se define en términos de Lazarus y Folkman (1986) como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas internas y/o externas, evaluadas como excedentes o desbordantes de los propios recursos.

En específico, se contempla como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se hacen para reducir los efectos estresantes producidos por situaciones de alto riesgo de consumo, en este caso *craving*, bajo el término “obsesión mental de beber”. Para su valoración se incluyeron todas las respuestas identificadas en las narraciones de los AA que participaron en la primera fase del estudio, acerca de lo que piensan o hacen cuando se encuentran en una situación donde aparece la “*idea fija y atormentadora del alcohol o despertar de la obsesión mental de beber*”; las opciones de respuesta tienen un formato dicotómico (propuesto por los mismos AA).

Grado de afiliación con los grupos de AA. Esta variable se define como el grado en que la persona alcohólica se involucra en las prácticas o trabajo realizado por AA. Aquí, se explora frecuencia de asistencia a las reuniones, y la naturaleza de la participación en las actividades desarrolladas, por ejemplo, ser padrino o estar apadrinado, tener un servicio y tiempo dedicado a éste, práctica y frecuencia con que se ejercitan los 12 pasos y el componente “despertar espiritual”. Las distintas formas de participación serán evaluadas con un formato de preguntas cerradas (ver sección III del apéndice 2).

Asimismo, según los testimonios de los miembros de AA en la decisión de ingresar y mantenerse en AA, la gravedad de su problema de alcoholismo es fundamental, por tanto este estudio decidió medir características del consumo anterior al ingreso a AA. Esto será evaluado por medio de las respuestas obtenidas a las preguntas referentes a la edad de inicio en el consumo, frecuencia con que se bebió, tipo y cantidad de bebida consumida,

tiempo de haber consumido, antecedentes de tratamientos debido al uso de alcohol y nivel de dependencia al alcohol. La variable referente al grado de dependencia se valora por medio de las respuestas dadas al Cuestionario Breve de la Dependencia al Alcohol (BEDA) (Raistrick, Echeverría, Ayala, 1998), en tanto que las demás variables se evalúan a través de preguntas cerradas y abiertas.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta segunda fase de investigación se define como exploratoria, ya que pretende descubrir relaciones entre variables que antes no se habían probado, y que a su vez permitan establecer las bases para conocer la influencia o interacción que tienen en el suceso de la recaída.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra de la segunda fase del estudio se define como no probabilística intencional, conformada por 192 miembros voluntarios de diversos grupos de AA de hora y media, Sección México, área sur del Distrito Federal. 87% fueron hombres y 13% mujeres, la edad promedio fue de 41.7 años, 30.7% mencionaron ser empleados y el 69% dijo tener hijos y pareja, con un promedio de 9 años de estudios que es un equivalente al de secundaria terminada. Para fines de este estudio esta muestra se subdividió en dos grupos: miembros de AA recaídos y no recaídos, conformados de la siguiente manera:

Grupo de no recaídos (N = 143). Se formó por 123 hombres (86%) y 20 mujeres (14%), la edad osciló entre los 20 y 72 años con un promedio de 42.1 años ($S = 10.3$ años), su escolaridad se ubicó entre no tener estudios a 21 años de escolaridad (Media = 8.9 años). El 68.5% mencionó tener pareja con hijos, seguidos de los que dijeron tener hijos pero no pareja (12.6%). En cuanto a la ocupación, en este grupo el ser empleado (oficinista u empleado de mostrador) se menciona con mayor frecuencia (32.9%), seguido por ocuparse

en algún oficio (26.6%). El 91% mencionó no haber vuelto a beber desde su ingreso a AA y el 8% mencionaron haber recaído hace 10 años o más, por lo que se consideraron como parte del grupo de no recaídos.

Grupo de recaídos (N = 49). En este grupo el 90% fueron hombres y 10% mujeres. Su edad osciló entre los 22 y 69 años (Media = 40.5 años, S = 11.7 años), con una escolaridad que fluctuó entre tres y 18 años de estudio (Media = 9.4 años). El 71.4% tenían pareja e hijos seguidos de los que tenían hijos, pero no pareja o habían tenido una pareja (8.2% respectivamente). En cuanto a su ocupación mencionan con mayor frecuencia, el tener algún oficio (carpintero, herrero, mecánico, chofer, albañil, etcétera.) (28.6%), seguidos de los empleados o comerciantes (24.5% respectivamente). El 28.6% señaló haber recaído cuatro años antes de la entrevista, 12.2% haber recaído 3 años antes, 22.6% uno o dos años antes y 26.5% mencionó la recaída durante el año en que se realizó la entrevista (2004).

Es importante señalar que debido al número reducido de mujeres, no se pudo establecer comparaciones pertinentes según la variable sexo, por lo que todos los análisis de comparación se efectuarán sin considerar diferencias entre hombres y mujeres, sino sólo entre los grupos (recaídos vs. no recaídos). En general, el análisis acerca de los datos sociodemográficos indicó que no existen diferencias significativas entre el grupo de recaídos vs. no recaídos (tabla 3).

Tabla 3.

**Variables sociodemográficas de AA recaídos y no recaídos en el uso de alcohol
N = 192**

	RECAÍDA		Sig.
	NO	SI	

Sexo	f	%	f	%	
Hombre	123	86.0	44	89.8	0.49
Mujer	20	14.0	5	10.2	
Estado civil					
Pareja con hijos	98	68.5	35	71.4	0.31
Hijos y no pareja	18	12.6	4	8.2	
Sin pareja y sin hijos	13	9.1	3	6.1	
Pareja sin hijos	7	4.9	2	4.1	
Tuvo pareja	3	2.1	4	8.2	
No respuesta	4	2.8	1	2.0	
Ocupación					
Empleado	47	32.9	12	24.5	0.82
Oficios diversos	38	22.6	14	28.2	
Comerciante	33	23.1	12	24.5	
Otras actividades (ama de casa, jubilado, etc.)	15	10.5	6	12.2	
Profesionistas	10	7.0	5	10.2	
Edad	Media	S	Media	S	
	42.1	10.3	40.5	11.7	0.59
	8.9	4.3	9.4	3.5	0.61
Escolaridad					

INSTRUMENTO

Se utilizó un cuestionario autoaplicable diseñado *ex profeso* para la realización de este estudio. El cuestionario se conforma con las siguientes secciones: 1) aspectos sociodemográficos, 2) características del consumo anterior al ingreso a AA, 3) indicadores utilizados para establecer el grado de participación en AA o afiliación, 4) aspectos acerca de la recaída, 5) *craving*, o en los propios términos de AA “obsesión mental de beber”, 6) las estrategias que utilizan para afrontarla, y 7) severidad de la

dependencia. La conformación de cada una de las áreas del cuestionario se describe con mayor detalle en apéndice 2.

PROCEDIMIENTO

Para establecer contacto con los grupos de AA, como primer paso, se presentaron los objetivos de la investigación al Área de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos (AA), Sección México, la cual nos remitió al Comité de Cooperación con la Comunidad Profesional (CCP). Este comité proporcionó un directorio de los grupos que conforman la sección y, a través de una selección aleatoria simple (por medio de un sorteo), se eligieron diferentes grupos del sur del Distrito Federal. Sin embargo, antes de ingresar a los grupos se pidió informar al Coordinador del Comité del Área Sur del Distrito Federal de Servicios Generales, las razones de la presencia en AA. Con la colaboración directa de los representantes de este comité, se llevó a cabo una reunión extraordinaria con los Representantes de Servicios Generales (RSG) de los grupos de la zona. En esta reunión se dieron a conocer los objetivos de la investigación; posteriormente los RSG lo notificaron a sus respectivos grupos y algunos de éstos enviaron una invitación. En la visita a estos grupos y después de platicar acerca de la intención del estudio, RSG de otros grupos mencionaron su interés porque se asistiera a los propios. Con la ayuda de estos RSG se logró el acercamiento a 36 grupos de AA. En ocasiones, la presencia en los grupos respondió sólo al propósito de informar del estudio e invitar a sus miembros a participar, pero en otras, los RSG habían solicitado compartir algún tema relacionado con el alcoholismo. Todo este procedimiento se realizó durante los meses de junio-agosto de 2004; no obstante, las visitas a los grupos y/o presentación de los temas del alcoholismo, se calendarizaron para el mes de noviembre del mismo año.

Durante ese mes, el procedimiento fue asistir a cada de esos 36 grupos (en ocasiones se visitaron dos grupos por día) y de manera grupal, se dio a conocer el objetivo del estudio, solicitando la colaboración individual de aquellos que hubieran participado en las reuniones de AA al menos en los últimos tres meses. Se enfatizó que la colaboración era voluntaria y se respetaba el anonimato. Una vez aceptada nuestra presencia por la “conciencia grupal” (forma en que se manifiesta la autonomía del grupo), se procedió a la aplicación del cuestionario, el cual siempre se contestó al término de la reunión. El tiempo de respuesta al cuestionario fue de media hora a una hora.

Aquí es conveniente señalar que con la intención de conocer si los contenidos del cuestionario resultaban comprensibles y/o adecuados a la ideología de AA, en especial las preguntas adaptadas de instrumentos OCDS y el Y-Bocs-hd, antes de su aplicación general, se decidió probar su pertinencia en un grupo de miembros de AA (N=17); mismos que se excluyeron de la muestra total del estudio para evitar posibles sesgos en sus respuestas.

En general, la discusión en torno a los contenidos de los cuestionarios llevó a concluir a estos AA, que tanto la forma en que se plantean las preguntas y sus opciones de respuesta resultaban complicadas o confusas y, en especial, encontraron inadecuada la subescala de los cuestionarios que está diseñada para determinar los aspectos compulsivos del *craving*,

ya que explora el evento por medio de preguntas relacionadas con el consumo actual. Esto a la mirada de los miembros de AA resultó incompatible, por tanto, se decidió su modificación. El cambio se intentó a través de desviar las preguntas a la época activa de consumo, empero, todos los reactivos resultaron confusos o complicados para contestar, por lo que en este trabajo se resolvió eliminar la forma de medición de la dimensión compulsividad de los cuestionarios anteriormente señalados, y sustituirla por lo que Bohn *et al.* (1995) recomiendan. Estos investigadores sugieren que una manera alternativa de identificar la compulsión de uso, es conocer la cantidad de alcohol consumido, así como la continuación en la conducta de beber después de probar pocas cantidades de alcohol; por lo que en este estudio se utilizarán las respuestas a las variables patrones de consumo adquiridos posterior a la recaída y tiempo en que se prolongó el consumo, como una forma alterna de medición acerca de los aspectos compulsivos del consumo.

Asimismo, la discusión originada alrededor de la subescala referente a los aspectos obsesivos del *craving* de los instrumentos ya mencionados, llevó a la reestructuración de las preguntas. Aunque el formato básico de los cuestionarios no cambió, la forma introductoria de las preguntas, así como sus formatos de respuesta fueron modificados por sugerencia de los AA. Además, retomando los datos obtenidos en las narrativas de los AA que participaron en la primera fase del estudio, el término “ideas, pensamientos, impulsos o imágenes agradables del alcohol” que se piensa reflejan la idea de *craving* y que son declaradas al principio de cada pregunta de la subescala obsesividad, se sustituyeron por la frase “obsesión mental de beber”; las opciones de respuesta también incluyeron este término. Todo el procedimiento se supervisó por investigadores especializados en estudios cuantitativos y cualitativos. La versión final de las preguntas que evalúan la experiencia de *craving* u “obsesión mental de beber” son detalladas con mayor amplitud en la sección cinco del apéndice 2.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se utilizaron análisis X^2 para evaluar la relación entre dos variables nominales, análisis de medias (prueba t) se utilizó para evaluar la relación entre una variable nominal y una variable continua, U de Mann-Whitney para evaluar diferencias entre variables ordinales. Para explorar el comportamiento psicométrico de la escala de afrontamiento se utilizó el análisis multivariado de Conglomerados de Dos Fases. Por último, para establecer la interacción del grado de afiliación, niveles de *craving*,

estrategias utilizadas para su afrontamiento y la recaída, se utilizó la técnica Detección Automática de Interacciones (AID's). Los análisis fueron realizados con el programa SPSS/PC + AID 3.1.

Asimismo, debido a la necesidad de utilizar una clasificación para establecer niveles de afiliación con AA, así como niveles de “obsesión mental de beber” o *craving*, se procedió a su recodificación. Para ello, se realizó la sumatoria de todos los reactivos empleados en la medición de la “obsesión mental de beber” y características de la participación en AA que resultaran significativos; después, la sumatoria se clasificó en quintiles y se utilizó como indicador de niveles muy bajos, bajos, moderados, altos y muy altos, tanto de la “obsesión mental de beber” como de la afiliación con AA, codificados de 1 a 5 respectivamente.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan en las siguientes secciones:

- Características de la recaída en los miembros de AA. Aquí se describen aspectos específicos de la recaída, tales como el número de veces que ha acontecido, tiempo de abstinencia antes de este suceso, intensidad con que se recae, y tiempo que se prosiguió en el consumo después de una primera copa.

- Características del consumo de alcohol antes del ingreso a los grupos de AA. En esta sección se hace una descripción y comparación entre grupo de AA recaídos y no recaídos, acerca de las características del consumo antes del ingreso a AA. Se incluyen variables como frecuencia, cantidad y tipo de bebida, tiempo de consumo, edad de inicio e ingreso a tratamiento como consecuencia del consumo, así como los niveles de dependencia al alcohol.

- Características de la participación en AA (afiliación). En este apartado se describen los resultados encontrados referente a las características de la participación en AA que incluye las áreas más resaltadas en la primera fase del estudio, y se efectúa la comparación entre grupo de AA recaídos y no recaídos. Una vez realizados estos análisis se puntualiza el procedimiento utilizado para establecer el indicador del grado de afiliación con los grupos de AA y se procede a la comparación entre recaídos y no recaídos.

- *Craving* de alcohol u “obsesión mental de beber”: su medición. En la sección se describen los resultados obtenidos de las preguntas adaptadas de un instrumento de medición, utilizadas para medir la experiencia de *craving*, pero en términos de “obsesión mental de beber”. Los resultados se presentan para cada una de las preguntas consideradas para su evaluación, las cuales hacen énfasis especial en la intensidad y estrés producido, y se establecen diferencias entre recaídos y no recaídos. Después, se presentan los resultados del análisis del comportamiento psicométrico de esas preguntas, es decir, su funcionamiento

como escala de medición. Una vez realizado este análisis se puntualiza el procedimiento utilizado para establecer el indicador de niveles de “obsesión mental de beber”, y se efectúa la comparación entre recaídos y no recaídos.

- Descripción de la elaboración de un instrumento de afrontamiento a la “obsesión mental de beber”. En este apartado se aborda el procedimiento utilizado para el diseño de un instrumento de medición acerca del afrontamiento a esa experiencia, y se describen los resultados obtenidos del análisis de Conglomerado de dos fases, los cuales dan cuenta del conjunto de estrategias utilizadas por los miembros de AA de este estudio.

- Afiliación con AA, “obsesión mental de beber” y formas de afrontamiento. Aquí se describen los resultados del análisis de AID’s, que permiten el reconocimiento de la relación de los niveles de la experiencia y grado de afiliación a AA, con cada una de las formas de afrontamiento que fueron derivadas del análisis de Conglomerado de dos fases.

- Integración e indagación de la interacción de los constructos con la recaída en el uso de alcohol. En esta sección se describen los resultados obtenidos del análisis de AID’s acerca de la relación que recaída tiene con la forma de afrontamiento a la “obsesión mental de beber”, niveles de la experiencia y grado de afiliación con los grupos de AA.

CARACTERÍSTICAS DE LA RECAÍDA EN MIEMBROS DE AA

La definición de recaída después de tratamiento ha merecido especial atención por parte de los investigadores, empero, hasta el momento no ha sido posible un consenso (Marlatt, 1985). En este estudio se procedió a su reconocimiento por medio de su sola mención, pero considerando algunos criterios que han sido utilizados para lograr su identificación y con el firme propósito de conocer lo acontecido durante y posterior al suceso. En general, al examinar la muestra de miembros de AA recaídos (N=49) (tabla 3), se encontró que el suceso ocurrió después de un periodo de abstinencia de meses (cuatro a nueve), o años (uno hasta 16 años), con un promedio general de 2.4 años de abstinencia. De manera más frecuente sucedió en una sola ocasión, seguida por dos a tres veces y periodos más abundantes, con un promedio general de tres ocasiones. Los datos revelan que más de la mitad se continuó en el consumo, y aunque muchos de ellos no respondieron por cuánto tiempo (46%), éste varió de alrededor de un mes hasta un año o más, con un promedio de 2.7 meses de consumo.

Tabla 3. Características de la recaída en miembros de AA (N=49)

	f	%
Número de recaídas		
Una vez	24	49.0
De 2 a 3 veces	16	32.7
4 veces o más	9	18.4
	Media 2.6 veces	S 3.1 veces
Tiempo de abstinencia antes de recaer		
Menos de 1 año	25	51.0
Un año o más	24	49.0
	Media 2.4 años	S 3.9 años
Siguió bebiendo		
No	21	42.9
Sí	27	55.1
No respuesta	1	2.0
Tiempo que continuó bebiendo		
No respuesta	23	46.9
Hasta 20 días	13	26.5
De un mes a 6 meses	8	16.3
Un año o más	5	10.2
	Media 2.7 meses	S 6.5 meses

Asimismo, se consideró la pregunta ¿qué sucedió durante el día de la recaída? para medir la intensidad con que se bebió. Las respuestas obtenidas a esta pregunta indican que después de un primer trago, la mayoría bebió durante todo el día, perdió el control en el consumo, y llegó a la borrachera (tabla 4). La principal bebida utilizada fueron los destilados en una cantidad que fluctuó entre una y cuatro botellas de un litro, seguido de la cerveza mezclada con otras bebidas alcohólicas, sólo cerveza o pulque y alcohol puro o de 96°. Además, durante el día que se dio el consumo, poco más de la tercera parte, al mismo tiempo que bebieron alcohol, mencionó el uso de otra droga. Las drogas utilizadas fueron principalmente la marihuana, seguida de la cocaína y sólo una persona mencionó haber consumido inhalantes.

Tabla 4. Formas de consumo durante el día de la recaída (después de la primera copa)
N = 49

	f	%
Bebió todo el día		
Sí	33	67.3
No	15	30.6
No respuesta	1	2.0
Perdió el control en su forma de beber		
Sí	38	77.6
No	10	20.4
No respuesta	1	2.0
Llegó a la embriaguez		
Sí	39	79.6
No	9	18.4
No respuesta	1	2.0
Tipo de bebida utilizada durante la recaída		
Destilados	16	32.7
Cerveza o pulque	13	26.5
Cerveza mezclada con bebidas destiladas	13	26.5
Alcohol de 96°	5	10.2
No respuesta	2	4.1
Utilizó droga		
No	33	67.3
Sí	16	32.7
Tipo de droga utilizada		
Marihuana	8	53.3
Cocaína	7	46.7
Solventes	1	6.7

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL ANTES DEL INGRESO A AA

Según los testimonios de los miembros de AA la gravedad del alcoholismo forma parte de la decisión de integrarse a AA, por lo que este estudio decidió medir características del consumo anterior al ingreso a AA. Así, al considerar el análisis de variables como frecuencia de consumo, edad de inicio, tiempo en el consumo e ingreso a tratamiento, que han sido mencionados por la literatura como algunos de los indicadores del beber problemático, los datos indicaron que la mayor parte de los AA recaídos y no recaídos, antes del ingreso a AA, bebían a diario o casi diario y, aunque el 73% de la muestra total mencionó no haber ingresado a tratamiento a consecuencia del consumo, más personas del grupo de recaídos que el de no recaídos tuvieron que ingresar a un tratamiento como consecuencia del consumo, aunque no se observaron diferencias significativas en las dos variables (tabla 5).

Con referencia a la edad de inicio y tiempo de consumo, tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos, no obstante, es interesante mencionar que la edad de inicio es ligeramente menor en el grupo de recaídos vs. no recaídos, en tanto que el mayor tiempo de consumo se localiza en el grupo de los alcohólicos que no han vuelto a beber desde su ingreso a AA.

Respecto a las bebidas que acostumbraban beber, los datos mostraron que para el grupo de no recaídos los destilados y para los recaídos la cerveza, se localizan entre las bebidas de mayor preferencia. En ambos grupos el alcohol de 96° ocupó el tercer lugar de preferencia, seguida del pulque y, en menor proporción, los vinos. Cabe señalar que a excepción del pulque, no se encontraron diferencias significativas entre recaídos vs. no recaídos en cuanto número total de copas ingeridas por cada ocasión de consumo aunque, en promedio, los no recaídos bebieron más en cada ocasión de consumo que sus contrapartes. Respecto al consumo del pulque, es el grupo de no recaídos el que mostró el mayor consumo, llegando a beber hasta 20 jarros por cada ocasión, mientras que los recaídos mencionaron beber siete jarros como máximo ($t = -2.265$, $gl = 149$, $p \leq .05$).

En general, como lo indican los anteriores datos, la forma en que bebían los miembros de AA recaídos, o no, era fuerte, por lo que no resultó sorprendente encontrar que la mayoría se clasificara como severamente dependientes al alcohol, sin mostrar diferencias

estadísticamente significativas entre los grupos, de acuerdo a la calificación obtenida por el cuestionario BEDA (tabla 6).

Tabla 5. Características del consumo alcohol antes del ingreso a AA, en AA recaídos (n=143) y no recaídos (n=49)

	Recaída				Total	
	No		Sí			
	f	%	f	%	f	%
Consumo antes de AA						
Diario o casi diario	101	70.6	35	71.4	136	70.8
1 o 2 veces por semana	32	22.4	12	24.5	44	22.9
Al mes o al año	9	6.3	2	4.1	11	5.7
No respuesta	1	0.7	-	-	1	0.5
Estuvo en tratamiento						
No	106	74.1	33	67.3	139	72.4
Sí	31	21.7	15	30.6	46	24.0
No respuesta	6	4.2	1	2.0	7	3.6
Edad de inicio	Media 15.5 años	S 4.3	Media 14.9 años	S 4.5	Media 15.3	S 4.3
Tiempo de consumo	16.7 años	8.1	18.4 años	8.5	17.1	8.2
No. de copas por ocasión de consumo	41.7	25.6	36.8	26.3	40.2	25.8
Tipo de bebida (copas)	Media	S	Media	S	f	%
Destilados	9	9	8	8	129	67.2
Cerveza	26	16	24	15	109	56.8
Alcohol 96°	2	3	2	4	72	37.5
Pulque*	2.3	4	1.2	2	60	31.3
Vinos	1	4	1	4	28	14.6

*p ≤ .05

Tabla 6. Severidad de la dependencia al alcohol según calificación del BEDA (N = 192)

Calificación BEDA	Recaída			
	No		Sí	
	f	%	F	%
Baja	6	4.2	2	4.1
Moderada	14	9.8	4	8.2
Alta	117	81.8	41	83.7
No respuesta	6	4.2	2	4.1

p=.084

CARACTERÍSTICAS DE LA PARTICIPACIÓN EN AA (AFILIACIÓN)

Con la finalidad de profundizar en los aspectos relacionados con la participación en AA, se procedió a integrar otras de las áreas resaltadas por las narrativas de los miembros de AA participantes en la primera fase del estudio, esto es, frecuencia de asistencia a las reuniones, tiempo de pertenencia en AA, práctica de los 12 pasos, el componente *despertar espiritual*, tener un servicio, ser un padrino, estar apadrinado (tener un padrino). Además, aunque las variables que refieren al número de veces de asistir a las reuniones, ocasiones de recurrir al padrino y leer la literatura de AA, todo ello en el último mes, no se observaron en dichas narrativas se agregan en respuesta a los sugerido por Humpheys *et al.* (1998), Morgenstern, Bux, Labouvie, Morgan, Blanchard y Muench (2003) y Tonigan *et al.* (1996a, b), como aspectos importantes para valorar la afiliación con AA.

En general, al analizar las características de participación en AA, los datos mostraron una tendencia de los AA recaídos a estar menos involucrados en las actividades de los grupos, tener menos tiempo de pertenencia y asistir con menor frecuencia que los no recaídos (tabla 7). Por ejemplo, el tiempo promedio de pertenencia a AA es casi el doble en los no recaídos que en los recaídos, con diferencias estadísticas significativas entre los grupos. La frecuencia de asistencia a las reuniones conserva la misma tendencia, mientras la mayor frecuencia de los no recaídos es “asistir siempre”, en los recaídos es “casi siempre”, con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

En cuanto a la práctica de actividades como el ser un padrino y estar apadrinado (tener un padrino), se encontró que sólo la variable “ser padrino” diferencia los recaídos de los no recaídos; mientras la mayoría de los no recaídos son padrinos, la mayoría de los recaídos no lo son. Asimismo, aunque no mostró diferencias significativas el hecho de tener un padrino, resulta interesante destacar que la mayoría del grupo de recaídos y no recaídos mencionó estar siendo apadrinado por algún miembro de AA, observándose que el no apoyarse en esta figura es más frecuente en el grupo de recaídos.

Otra de las actividades y que muestran diferencias entre recaídos y no recaídos es el tener un servicio y el tiempo dedicado a éste. Son más los AA recaídos que no recaídos los que mencionan no tener un servicio; además, cuando se obtiene algún trabajo de servicio son los AA no recaídos quienes le brindan más tiempo. En cuanto a las variables que refieren al número de veces de asistir a AA, las veces en que se recurre al padrino, así como

la frecuencia con que se lee la literatura de AA, todo esto realizado en el último mes, no mostraron diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 7. Variables de participación en AA en recaídos y no recaídos (N=192)

	RECAÍDA				prueba	Sig.
	NO (n = 143)		SI (n = 49)			
Permanencia en AA (años)	Media 9.7	S 7.4	Media 5.8	S 7.1	t=-3.225, gl= 181	p< .002
Frecuencia de asistencia	f	%	f	%	X ² = 3.79	p<.04
Siempre	70	49.3	19	38.8		
Casi siempre	66	46.5	24	49.0		
Por temporadas o casi nunca	6	4.2	6	12.2		
Veces de asistir (último mes)	Media 23	S 7.5	Media 21	S 8.8	t=1.636, gl= 179	p= .12
Tiene padrino	f	%	f	%	X ² = 1.061	p= .30
Sí	99	69.2	30	61.2		
No	44	30.8	19	38.8		
Es padrino					X ² = 15.06	p< .000
Sí	92	64.8	15	31.3		
No	50	35.2	33	68.8		
Veces de recurrir al padrino (último mes)	Media 3.1	S 5.4	Media 3.6	S 5.9	t= -.147, gl= 165	p= .80
Tiene servicio	f	%	f	%	X ² = 7.76	p< .01
Sí	125	88.0	34	70.8		
No	17	12.0	14	29.2		
Horas dedicadas al servicio	Media 2.3	S 1.0	Media 1.9	S 0.8	t=-2.258, gl= 145	p< .02
Leer la literatura de AA (último mes)	f	%	F	%	X ² = 1.573	p= .45
Frecuente	68	47.9	20	41.7		
Poco frecuente	64	45.1	22	45.8		
Nunca o casi nunca	10	7.0	6	12.5		

Aunado a los datos anteriores, y para lograr una visión más amplia sobre las características de participación o afiliación con AA, también se consideró la práctica de los

12 pasos. Los resultados encontrados permiten afirmar la tendencia del grupo de recaídos a involucrarse con menor frecuencia en las actividades de AA. En concreto, al realizar los análisis comparativos entre recaídos y no recaídos en cuanto a la práctica de cada uno de los pasos, se encontraron diferencias significativas en ocho de los 12 pasos del programa.

Por una parte, como puede observarse en la tabla 8, existe una diferencia significativa en la práctica de los pasos 4 y 5, los cuales se vinculan al análisis de la personalidad y catarsis sobre los problemas que les llevaron a desarrollar el alcoholismo. Estos pasos, se practican a través de hacer una escritura detallada de los problemas que los AA perciben como asociados al alcoholismo (cuarto paso) y, en el quinto paso, se le tiene que dar lectura frente a otro individuo (generalmente el padrino). Los datos revelaron que la práctica de ambos pasos es más frecuente en los no recaídos, que en los recaídos.

Los pasos 2, 3, 6, 7 y 11, en su conjunto, refieren el convencimiento de un Poder Superior para devolver el “sano juicio”, en los datos se encontró que existe una diferencia estadísticamente significativa sólo en los pasos 6, 7 y 11. Los datos muestran que su práctica es menos frecuente en los recaídos que en los no recaídos, lo cual parecería sugerir que algunos de los individuos que recayeron en el uso de alcohol, aún tienen reservas en el convencimiento de un Poder Superior.

Asimismo, los análisis evidenciaron diferencias estadísticas significativas entre grupo de recaídos y no recaídos, en cuanto a la práctica de los pasos 8, 9 y 10, los cuales se vinculan con la modificación de las relaciones personales. Respecto a estos pasos, se observa que es el grupo de no recaídos, lo que con mayor frecuencia han realizado una lista de las personas a las que se les dañó con el alcoholismo (octavo paso), han intentado reparar los daños provocados por su forma de beber (noveno paso), y procuran continuar con el análisis de su personalidad, tratando de aceptar ante otros los errores cometidos (décimo paso).

Resulta interesante resaltar que aunque no se encontraron diferencias significativas entre recaídos y no recaídos, en cuanto a la práctica del paso 3 y 12 que se encuentran asociados al convencimiento de un Poder Superior y a llevar el mensaje a otros alcohólicos, se puede observar que son menos personas del grupo de recaídos que de no recaídos, las que están dispuestas a practicar el paso 3, es decir, estar dispuestas a poner su vida al cuidado de Dios. En tanto que en la práctica del paso 12, se puede observar la misma

tendencia, menos personas del grupo de recaídos que el de no recaídos, han puesto en práctica el llevar el mensaje a otros alcohólicos.

Tabla 8. Práctica de los 12 pasos en miembros de AA recaídos vs. no recaídos

N=192

Los Doce Pasos (abreviados)	No Recaídos (N=143)		Recaídos (N=49)		X ²
	Práctica SÍ	NO	Práctica SÍ	NO	
1. Reconocimiento y admisión de la impotencia ante el alcohol	94%	6%	96%	4%	0.169
2. Creencia en un Poder Superior	83%	17%	84%	16%	0.005
3. Rendición ante el Poder Superior como un medio para fortalecer y favorecer la recuperación	82%	18%	76%	25%	0.915
4. Auto-evaluación o inventario personal	78%	22%	59%	41%	6.283*
5. Aceptación de equivocaciones que contribuyeron a la ebriedad	75%	25%	55%	45%	6.734**
6. Disposición a que Dios elimine defectos de carácter	70%	30%	51%	49%	5.744*
7. Humildad y oración para eliminar defectos de carácter	69%	32%	53%	47%	3.819*
8. Construir una lista de personas a quienes se ofendió	65%	35%	45%	55%	6.161*
9. Enmendar daños provocados a terceros	68%	32%	49%	51%	5.566*
10. Inventario cotidiano de actitudes y conductas para mantener las ganancias asociadas a los primeros nueve pasos	70%	30%	55%	45%	3.583*
11. Buscar a través de la oración y meditación mejorar el contacto con Dios	73%	27%	55%	45%	5.230*
12. Después de haber practicado los 11 pasos, se espera que en el alcohólico se manifieste “un despertar espiritual”, seguido del deseo de ayudar a otros alcohólicos	73%	27%	61%	39%	2.290

**p<.01; *p<.05

Asimismo, con la finalidad de obtener un análisis aun más detallado del ejercicio de los pasos, se consideró su periodicidad (práctica de los pasos en los últimos 30 días a nunca). La comparación entre grupos, mostró una diferencia significativa en los pasos 4 y del 6 al 12, siendo mayor el nivel de Rango Promedio (valor que representa cual grupo tiene una mediana mayor en la respuesta a la periodicidad de práctica de los pasos) en los

AA no recaídos (tabla 9). Los datos sugieren que éstos presentan una inclinación a practicarlos con mayor persistencia (últimos 30 días), mientras los recaídos mayor propensión a espaciarlos o nunca practicarlos. Cabe destacar que no haber encontrado diferencias significativas en el paso 5 y encontrarla para el 12, sugiere que la periodicidad de su práctica tiene diferentes efectos en la recaída. Así, mientras la regularidad con que se comparte el inventario moral con otro individuo (paso 5) parece no asociarse con su ocurrencia, el espaciar el trabajo del paso 12 (ayudar a otros alcohólicos) o nunca practicarlo, parece tener un efecto contrario.

Tabla 9. Periodicidad de la práctica de los 12 pasos. Prueba de U de Mann-Whitney

Los 12 Pasos	Rango promedio		Z	sig.
	Recaídos	No recaídos		
paso 1	91.19	98.32	-1.021	0.31
paso 2	87.64	99.53	-1.488	0.14
paso 3	85.48	100.28	-1.840	0.07
paso 4	82.92	101.15	-2.049	0.04*
paso 5	84.09	100.75	-1.872	0.06
paso 6	77.93	102.86	-2.859	0.00*
paso 7	80.02	102.15	-2.525	0.01*
paso 8	82.35	101.35	-2.153	0.03*
paso 9	79.37	102.37	-2.601	0.01*
paso 10	83.40	100.99	-2.027	0.04*
paso 11	79.33	102.38	-2.672	0.01*
paso 12	82.14	101.42	-2.219	0.03*

Por otro lado, es interesante destacar que el ingrediente espiritual que contiene el programa de los Doce Pasos es considerado por los mismos AA como uno de los principales factores relacionados con el éxito en la recuperación del alcoholismo. El componente espiritual del que nos habla AA no necesariamente se vincula con la creencia religiosa en Dios (aunque en ocasiones así lo refieren), sino más bien lo consideran como un fenómeno de conversión, es decir, la mudanza de un tipo de vida indeseable por otro más favorable.

Esta conversión, de acuerdo a AA, sólo se logra a través del *despertar espiritual*. En este estudio se encontró que existe una diferencia significativa en la experiencia del *despertar espiritual* entre recaídos y no recaídos ($X^2=4.282$, $p<.05$). De acuerdo con la información obtenida, más individuos del grupo de recaídos que en el de no recaídos mencionaron no haber logrado el despertar espiritual (38.3% vs. 22.9%, respectivamente).

Finalmente, después de presentar por separado los análisis de las variables consideradas para medir la participación en las actividades de AA, se procedió a realizar un perfil de grado de afiliación. Para ello se realizó una suma de los puntajes de los reactivos que resultaron estadísticamente significativos. Tales reactivos incluyeron: 1) tiempo de pertenecer a AA, la cual se recodificó como menos de un año y un año o más, calificada con 1 y 0 respectivamente, 2) frecuencia de asistencia a las reuniones de AA, 3) ser padrino, 4) tener un servicio, 5) despertar espiritual, 6) si o no practican cada uno los pasos, y 7) la periodicidad de su ejercicio. Aquí es conveniente mencionar que estas dos últimas variables fueron recodificadas con el objetivo de resumir la información y confirmar un probable adherencia a los pasos. En síntesis, se procedió a realizar una nueva variable que integró la sumatoria de la respuesta positiva a la práctica de cada uno de los pasos y su ejercicio en los últimos 30 días; la respuesta negativa, así como los indicadores de menor frecuencia de práctica (último año o nunca) se sumaron y trabajaron como un polo opuesto de respuesta, lo cual se calificó como 1 y 0. Una vez obtenido los puntajes totales, éstos se trabajaron en quintiles para obtener una mejor interpretación de la variable que fue denominada “grado de afiliación con AA”, y expresa afiliación con AA muy baja, baja, moderada, alta y muy alta, calificados de 1 a 5 respectivamente.

Con independencia de ello, el análisis descriptivo de la variable grado de afiliación con AA, sugirió una interesante tendencia. Mientras el grupo de AA recaídos presentan con mayor frecuencia una afiliación que varía de baja a muy baja, sus contrapartes, también con mayor frecuencia, exhiben una afiliación que va de alta a muy alta, presentando diferencias significativas según la gradación de afiliación ($Z=-3.850$, $p<.000$) (tabla 10).

Tabla 10. Gradación de la afiliación en AA recaídos y no recaídos (N=192)

Afilación	RECAÍDA			
	NO (N=143)		SÍ (N=49)	
	f	%	f	%
Muy baja	22	15.4	14	28.6
Baja	21	14.7	15	30.6
Moderada	28	19.6	7	14.3
Alta	33	23.1	7	14.3
Muy alta	32	22.4	2	4.1

p<.000

Es conveniente reiterar que la idea básica de la conformación de un perfil de afiliación con AA tiene como objetivo probar su posible efecto en la recaída del alcohólico en AA, por lo que con este y otros propósitos se llevarán análisis acerca de la relación que guarda con otras variables, lo cual será presentado en un apartado diferente.

***CRAVING* DE ALCOHOL U “OBSESIÓN MENTAL DE BEBER”: SU MEDICIÓN**

Con frecuencia la literatura señala que el *craving* requiere de mayor estudio en su definición y medición (Potgieter *et al.*, 1999), por lo que entre los objetivos de la presente investigación se consideró la construcción y/o adaptación de un instrumento de medición, considerando los propios términos con que los miembros de AA parecen interpretarlo o definirlo.

Para conocer las características del *craving* en la población de nuestro estudio, se consideró pertinente introducir el tema con la pregunta ¿hace cuánto tiempo sintió el antojo del alcohol?, dado que, según la información obtenida por las entrevistas a los AA de la primera fase del estudio, el antojo por el alcohol es sólo un estímulo que despierta la “obsesión mental de beber” (*craving*).

En las frecuencias obtenidas a dicha pregunta (tabla 11), se encontró que aunque con mayor frecuencia ambos grupos mencionan sentir el “antojo por el alcohol” hace más de un año, los miembros de AA que han recaído señalaron en mayor proporción a los no recaídos, que dicho “antojo” se les ha presentado de manera más reciente, esto es, en la última

semana o en el último mes, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($Z = -3.028, p < .05$).

**Tabla 11. “Antojo” por el alcohol, en AA recaídos y no recaídos
N = 192**

Sensación de antojo de alcohol	RECAÍDA			
	NO (N=143)		SÍ (N=49)	
	f	%	f	%
En la última semana	18	12.9	14	28.6
En el último mes	35	25.2	16	32.7
Hace más de un año	86	61.9	19	38.8

$p < .05$

Después, con el fin de seguir explorando la experiencia, y conocer la congruencia entre la respuesta de “antojo” y la “obsesión mental de beber”, se realizó la pregunta ¿durante ese antojo se le ha despertado la obsesión mental de beber? Los datos obtenidos indican que la obsesión de beber se presenta con mayor frecuencia “a veces” tanto en el grupo de recaídos como en el de no recaídos, seguido por el de “nunca” en el grupo de no recaídos y el de “siempre” en el grupo de recaídos, con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($Z = -3.503, p < .05$) (tabla 12). Lo que parecería indicar que los miembros de AA perciben claramente la diferencia entre lo que es sólo un antojo de alcohol de la “obsesión mental de beber”.

Tabla 12. “Despertar de la obsesión” durante el antojo de alcohol, en AA recaídos y no recaídos (N = 192)

Frecuencia	RECAÍDA			
	NO (N=143)		SÍ (N=49)	
	f	%	f	%
Nunca	56	40.3	8	16.3
A veces	60	43.2	25	51.0
Frecuentemente	16	11.5	6	12.2
Siempre	7	5.0	10	20.4

$p < .05$

Asimismo, con el propósito de explorar la intensidad con que se presenta la “obsesión mental de beber” se consideró su medición en términos de frecuencia y tiempo de duración.

En cuanto a la frecuencia con que se despierta dicha experiencia (tabla 13), los datos mostraron que mientras la mayoría de los miembros de AA no recaídos mencionan nunca (cero veces) sentir la obsesión por beber, la mayoría de los recaídos señalan sentirla de una a dos veces durante el día. Además, es este último grupo donde se ubica con mayor frecuencia la sensación constante de la experiencia (no pasa más de una hora sin tener la obsesión mental de beber), con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($Z = -2.219, p \leq .05$).

**Tabla 13. Frecuencia de aparición de la “obsesión mental de beber”, en AA recaídos y no recaídos
N = 192**

Aparición de la “obsesión mental de beber”	RECAÍDA			
	NO (N=143)		SÍ (N=49)	
	f	%	f	%
Nunca, cero veces	84	60.0	20	40.8
De vez en cuando, 1 a 2 veces al día	49	35.0	26	53.1
Frecuentemente, más de 8 veces al día	1	0.7	-	-
Siempre, no pasa más de una hora sin tenerla	6	4.3	3	6.1

$p \leq .05$

Respecto al tiempo que dura la “obsesión mental de beber” (tabla 14), los datos mostraron que en ambos grupos, la mayor frecuencia se coloca en sentir la “obsesión” sólo por segundos. No obstante, cuando se considera la opción de sentir la obsesión por varios minutos u horas, se observó que la frecuencia es casi el doble en las personas del grupo de recaídos que en sus contrapartes, con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($Z = -2.831, p < .05$).

**Tabla 14. Duración de la “obsesión mental de beber” en AA recaídos y no recaídos
N = 192**

Tiempo	RECAÍDA			
	NO (N=143)		SÍ (N=49)	
	f	%	f	%
Nunca pienso en esto	60	43.2	11	22.4
Por segundos	57	41.0	23	46.9
Varios minutos	11	7.9	9	18.4
Una hora o más	11	7.9	6	12.2

p<.05

Por otra parte, en el transcurso de la exposición se mencionó que el *craving* es un suceso cuya valencia puede ser negativa, provocar ansiedad o desconcierto, o en otros términos, producir estrés e interferir con las actividades cotidianas debido al esfuerzo que se hace para impedir pensamientos obsesivos sobre el alcohol (Anton, 2000, Roberts *et al.*, 1999).

Con base en este supuesto se consideraron cuatro preguntas que fueron adaptadas de cuestionario Y-Bocs-hd (Modell *et al.*, 1992), y el OCDS (Anton *et al.*, 1995), las cuales pueden medir el grado de malestar producido. La primera pregunta explora la distracción que producen los pensamientos obsesivos de alcohol, la segunda, explora de manera directa el estrés provocado, la tercera, el esfuerzo realizado para resistir los pensamientos, y la cuarta, refiere al éxito logrado para detener los pensamientos obsesivos de alcohol.

Respecto a la primera pregunta, en este estudio se exploró si la “obsesión mental de beber” posee la característica de distraer las actividades del individuo (tabla 15). Los datos mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de recaídos vs. no recaídos ($Z = -3.872$, $p<.05$); así, mientras el grupo de no recaídos señala con mayor frecuencia que la “obsesión mental de beber” nunca interfiere en sus actividades, los recaídos mencionan que interfiere levemente. Las opciones que aluden un mayor grado de interferencia en las actividades (dificultan o dificultan severamente) fueron poco mencionadas, sin embargo, llama la atención que proporcionalmente y agrupándolas, ocurren 3 veces más en los recaídos que en los no recaídos.

Tabla 15. Distracción de actividades debido a la “obsesión mental de beber”, en miembros de AA recaídos y no recaídos (N = 192)

Grado de interferencia	RECAÍDA			
	NO (N=143)		SÍ (N=49)	
	f	%	F	%
-Nunca interfiere y puedo trabajar y relacionarme normalmente.	96	68.6	19	38.8
-Interfiere levemente con mi trabajo o en mis relaciones sociales, pero mi actividad general no se ve afectada.	35	25.0	20	40.8
-Dificulta mis actividades en el trabajo y en mis relaciones sociales.	5	3.6	6	12.2
-Dificulta severamente mi desempeño social y laboral	4	2.9	4	8.2

p<.05

Con relación a la segunda pregunta, la cual refiere al malestar producido por la “obsesión mental de beber” (tabla 16). El análisis comparativo entre recaídos vs. no recaídos también mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($Z = -3.571$, $p < .05$). En específico se encontró que los miembros de AA no recaídos señalan con mayor frecuencia que la “obsesión mental de beber” no produce molestia alguna. También resulta interesante señalar que cuando produce “gran malestar”, es cuatro veces más en el grupo de recaídos que en el de no recaídos.

Tabla 16. Malestar (estrés) debido a la “obsesión mental de beber”, en miembros de AA recaídos y no recaídos (N = 192)

Grado de malestar (estrés) producido	RECAÍDA			
	NO (N=143)		SÍ (N=49)	
	f	%	F	%
-Ninguno	83	58.5	15	30.6
-En mí si existe esa situación pero no me molesta	31	21.8	16	32.7
-Esa situación me provoca molestia pero puedo manejarla	22	15.5	9	18.4
-En mí esa situación es constante y me produce gran malestar	6	4.2	9	18.4

p<.05

Referente a la tercera pregunta, la cual indaga el esfuerzo que se hace para resistir la “obsesión mental de beber”, el análisis comparativo entre recaídos vs. no recaídos indicó que ambos grupos difieren de manera significativa en el esfuerzo que se hace para resistirla ($Z = -4.726, p < .05$). Como se observa en la tabla 17, mientras el grupo de AA no recaído señalan con mayor frecuencia “no necesitar resistirse a la obsesión por beber”, el grupo de recaídos mencionan “resistirse a la obsesión con esfuerzos”. En esta pregunta también llama la atención la proporción que guardan recaídos vs. no recaídos cuando se considera la opción “estar resistiéndose a la obsesión de beber todo el tiempo”. Los datos muestran que la frecuencia de respuesta a esta opción es cinco veces más en los recaídos que en sus contrapartes.

Tabla 17. Esfuerzo para resistirse a la “obsesión mental de beber”, en miembros de AA recaídos y no recaídos N=192

Grado de esfuerzo	RECAÍDA			
	NO (N=143)		Sí (N=49)	
	f	%	F	%
-No necesito resistirme a la obsesión mental de beber porque nunca se me presenta.	82	57.7	11	22.4
-Cuando aparece la obsesión mental de beber hago un esfuerzo y siempre resisto.	54	38.0	28	57.1
-Todo el tiempo trato de resistir a la obsesión mental de beber.	5	3.5	8	16.3
-No he podido resistir a la obsesión mental de beber	1	0.7	2	4.1

$p < .05$

La última pregunta se refiere al éxito logrado para detener la “obsesión mental de beber” (tabla 18) y el análisis comparativo entre recaídos vs. no recaídos, también indicó que el éxito para detenerla es diferente entre el grupo de recaídos y no recaídos ($Z = -4.971, p < .05$). En concreto, se observó que mientras la mayoría del grupo de no recaídos han superado completamente la obsesión de beber, sus contrapartes señala con mayor frecuencia que “frecuentemente la superan, pero dedicando esfuerzo y concentración”. De manera similar a las tres preguntas anteriores, al considerar el grado máximo de dificultad

para detener la “obsesión mental de beber”, o bien, que no han sido capaz de superarla, más individuos recaídos que no recaídos caen en esta categoría de aflicción.

Tabla 18. Éxito obtenido para detener la obsesión o el deseo de beber, en miembros de AA recaídos y no recaídos (N = 192)

	Recaída			
	No		Sí	
	f	%	f	%
-He logrado superar completamente la obsesión mental de beber	95	66.4	14	28.6
-Frecuentemente soy capaz de detener la obsesión mental de beber con esfuerzo y concentración	42	29.4	25	51.0
-He tenido éxito para detener la obsesión mental de beber pero con mucha dificultad	5	3.5	6	12.2
-No he sido capaz de superar la obsesión mental de beber	1	0.7	4	8.2

p<.05

Por último y de manera adicional, con el interés de explorar el *craving* en términos de “pensamientos sobre el alcohol y deseo de beber”, lo cual la literatura considera son adecuados para su posible valoración (Modell *et al.*, 1992), se procedió a preguntar de manera directa la frecuencia con que se presentan los “pensamientos de alcohol y el deseo de beber”. Los resultados obtenidos muestran que en el grupo de recaídos y en el de no recaídos, la mayor frecuencia es el de “a veces pensar en el alcohol y a veces desear beber”, seguido por la opción “nunca pienso en el alcohol y nunca siento el deseo de beber”, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (tabla 19). Estos datos sugieren que los pensamientos de alcohol y el deseo de beber, es diferente de lo que los miembros de AA reconocen como “obsesión mental de beber”, lo cual confirma la pertinencia de evaluar el *craving* en términos de una experiencia subjetiva que alude a un despertar de la “obsesión mental de beber”. En la misma pregunta se incluyó una opción propuesta por los mismos miembros de AA que participaron en la primera fase del estudio, esto es, considerar la alternativa de “siempre pensar en el alcohol, pero no tener el deseo de beber”, lo cual fue señalado más por los AA no recaídos (tabla 19). Cabe señalar que esta pregunta

se realizó sólo con fines exploratorios y no se consideró como parte de la medición de *craving*.

Tabla 19. Pensamientos de alcohol y deseo de beber, en AA recaídos y no recaídos en el uso de alcohol (N = 192)

	RECAÍDA			
	NO		Sí	
	f	%	F	%
-Nunca pienso y nunca deseo beber	60	42.3	10	20.4
-A veces pienso y a veces deseo beber	71	50.0	35	71.4
-Pienso y deseo beber frecuentemente	1	0.7	3	6.1
-Siempre pienso en el alcohol, pero no deseo beber	10	7.0	1	2.0

p=.40

Por otra parte, con el objetivo de conocer si los reactivos considerados en la evaluación de la “obsesión mental de beber” y que resultaron significativos, podían ser conformados como una escala, como primer paso, se sometieron a un análisis de consistencia interna. Se consideraron como válidas las correlaciones ítem-total mayores a .30 (Kline, 1993). Se encontró que las correlaciones ítem-total de los reactivos variaron de .57 a .78, obteniendo un alpha de Cronbach de .88. Como segundo paso, para explorar su validez, se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX. El análisis agrupó todos los reactivos en una sola dimensión con una varianza explicada del 60.4%, indicando con esto que las siete preguntas utilizadas para evaluar el *craving* en términos de “obsesión mental de beber” son válidas y confiables (Kline, 1993) (tabla 20).

Después, con la finalidad de obtener una clasificación para determinar niveles de la experiencia “obsesión mental de beber”, se procedió a sumar dichos reactivos. Una vez obtenido el puntaje, se trabajó en quintiles para obtener una mejor interpretación de la variable que fue denominada “niveles de obsesión mental de beber”, y expresa niveles muy bajos, bajos, moderados, altos a muy altos, calificados de 1 a 5 respectivamente.

Con independencia de ello, el análisis descriptivo de la variable niveles de la “obsesión mental de beber”, sugirió una interesante tendencia (tabla 21). Mientras que en el grupo de AA recaídos los niveles de esa experiencia son altos o muy altos, en el grupo de

AA no recaídos esos niveles fluctúan entre moderados a muy bajos, presentando diferencias significativas según la gradación de afiliación ($Z = -4.104$, $p \leq .000$).

Tabla 20. Estructura factorial de la escala “Obsesión mental de beber” en miembros de AA (N=192)

Preguntas incluidas	Carga factorial
1. ¿Qué tanto esfuerzo hace para resistirse a la obsesión mental de beber?	0.858
2. ¿La obsesión mental de beber le produce malestar?	0.802
3. ¿Durante el antojo, ha sentido que la obsesión mental de beber se vuelve a despertar?	0.800
4. En caso de presentarse la obsesión mental de beber, ¿cuánto le dura esa sensación?	0.796
5. ¿Qué tanto éxito ha tenido para detener la obsesión mental de beber?	0.787
6. En Usted, ¿con qué frecuencia se le despierta la obsesión mental de beber?	0.714
7. ¿La obsesión mental de beber, dificulta o lo distrae de su actividad social o laboral?	0.670
alpha de Cronbach	
	0.886

Tabla 21. Niveles de la experiencia obsesión mental de beber en miembros de AA recaídos y no recaídos (N=192)

Niveles	RECAÍDA			
	NO (N=143)		SÍ (N=49)	
	f	%	f	%
Muy baja	33	23.1	6	12.2
Baja	28	19.6	3	6.1
Moderada	31	21.7	5	10.2
Alta	23	16.1	17	34.7
Muy alta	20	14.0	17	34.7

$p \leq .000$

Se debe mencionar que la clasificación en quintiles sobre los niveles de la experiencia “obsesión mental de beber” se seleccionó de esta manera particular con el objetivo de probar su posible efecto en la recaída de los miembros de AA, por lo que con este y otros propósitos se llevarán análisis acerca de la relación que guarda con otras variables, lo cual se presenta en un apartado diferente.

DESCRIPCIÓN DE LA ELABORACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE AFRONTAMIENTO A LA “OBSESIÓN MENTAL DE BEBER”

En lo que toca al afrontamiento a la experiencia de la “obsesión mental de beber”, asumiendo la insuficiente evidencia acerca de este fenómeno en los miembros de AA, este estudio decidió iniciar su exploración considerando su propia perspectiva. Con soporte en los resultados obtenidos del análisis de contenido a las narrativas acerca de lo que piensan o hacen ante la experiencia que presumiblemente refleja *craving*, es decir, la “obsesión mental de beber”, se procedió a la identificación de todas las respuestas ofrecidas al suceso. Con esta información se redactaron oraciones sencillas, haciendo un total de 45 reactivos, cuyas opciones de respuesta son afirmativas o negativas, por sugerencia de los mismos miembros de AA, y se codificaron como 1 y 0 respectivamente. Después, los reactivos fueron sometidos a un análisis de confiabilidad para conocer su consistencia interna. Con este análisis se encontró que los 45 reactivos lograron una correlación ítem-total mayor de 0.30, obteniéndose una $K_r = .86$, lo cual sugirió buena confiabilidad de los reactivos (Kline, 1993).

Una vez confirmada su relevancia, se llevó a cabo un análisis multivariado de Conglomerados en Dos fases o Bietápica, cuyo resultado pretende agrupar sujetos con características similares respecto al afrontamiento. Debido a que no existe evidencia para probar la presencia de un número determinado de formas de afrontamiento a la “obsesión mental de beber”, se procedió a probar diferentes soluciones, siendo elegida la de cinco conglomerados como la que mejor explica los tipos de afrontamiento (o conglomerados), utilizados por los AA de nuestra muestra (N=192) ante dicha experiencia.

En la gráfica 1, se puede observar la distribución de los conglomerados, los cuales fueron denominados “negación a la obsesión mental de beber” identificado en el 9.4% de los alcohólicos (conglomerado 1), “emocional/pasivo” en el 24% (conglomerado 2), “evasivo/pasivo” en el 18.2% (conglomerado 3), “evasivo/activo” en el 28% (conglomerado 4), y 4) “revalorativo” identificado en el 19.3% de los miembros de AA de este estudio (conglomerado 5).

Gráfica 1. Distribución de los conglomerados (N=192)



Por otra parte, para establecer las características de cada uno de los conglomerados o su conformación, se procedió al análisis de los porcentajes más altos en cada una de las preguntas que describen la forma de hacer frente a la “obsesión mental de beber”. En la figura 1, se observan las frecuencias con que se distribuyeron las respuestas positivas y negativas en cada uno de los reactivos de acuerdo con la agrupación en los conglomerados, y de donde se obtuvieron sus principales características. Como puede advertirse en la misma figura, el conglomerado 4 es el que concentró a la mayoría de la población, seguido de los conglomerados 2, 3, 5 y 1, por lo que su descripción se ofrece siguiendo este orden.

En general, el análisis de la información obtenida demostró que el conglomerado 4 integrado por la mayoría de los miembros de AA de la muestra (28%), aparece en primer lugar. Dicho conglomerado se caracterizó por 20 reactivos que hacen referencia a situaciones de evasión, pero en donde se manifiesta una búsqueda de solución a través de una conducta activa, aunque con cierta emocionalidad, por ejemplo, evadir situaciones donde se despierta la obsesión de beber, pero recurrir al padrino u otras personas y platicar lo que sucedió, asistir con mayor frecuencia a las reuniones de AA, leer su literatura, recurrir a la fe o pedir a un Poder Superior libere del pensamiento de beber, o pensar en

daños provocados por el alcoholismo, por lo que se denominó *evasivo/activo*. En general, los reactivos que alcanzaron las mayores proporciones para caracterizar el conglomerado incluyen: A1, A11, A12, A14, A15, A16, A18, A19, A2, A20, A27, A28, A3, A30, A36, A5, A6, A7 y A9 .

En segundo lugar aparece el conglomerado 2, integrado por el 24% de la muestra. Tres reactivos lo caracterizaron, los cuales hacen clara referencia a emociones negativas y no hacer nada, por ejemplo, enojarse por sentir la “obsesión mental de beber”, pero no comunicarlo por temor a la crítica de los otros, por lo que se nombró *emocional/pasivo*. Los reactivos incluyen: A26, A31 y A33.

En tercer lugar aparece el conglomerado 5, el cual, integró el 19.3% de los miembros de AA de la muestra. Este conglomerado se caracterizó por ocho reactivos que hacen alusión a recuerdos de la época de bebedor, su comparación con la sensación actual de estar en abstinencia, y la percepción de un compromiso con la sociedad, familia y con los mismos grupos de AA, por lo que se denominó *revalorativo*. Los reactivos que lo caracterizaron incluyeron: A34, A37, A38, A39, A4, A40 y A45.

En cuarto lugar se presentó el conglomerado 3, integrado por 18.2% de los AA de la muestra; 13 reactivos lo conformaron, los cuales hicieron referencia a evadir situaciones donde se despierta la obsesión de beber y/o situaciones que implican, de alguna manera, inercia y en donde también se puede intuir cierta emocionalidad, por ejemplo, huir de la situación o lugar, pero irse a dormir o encerrarse y evitar a la gente, o dejar que pase por sí sola la sensación, sentir que era más feliz cuando se bebía, o sentir tristeza por la probabilidad de volver a beber. Con base en esta información el conglomerado fue denominado *evasivo/pasivo*. Los reactivos que lo caracterizaron incluyeron: A10, A13, A17, A21, A22, A23, A24, A25, A29, A32, A41, A43 y A8

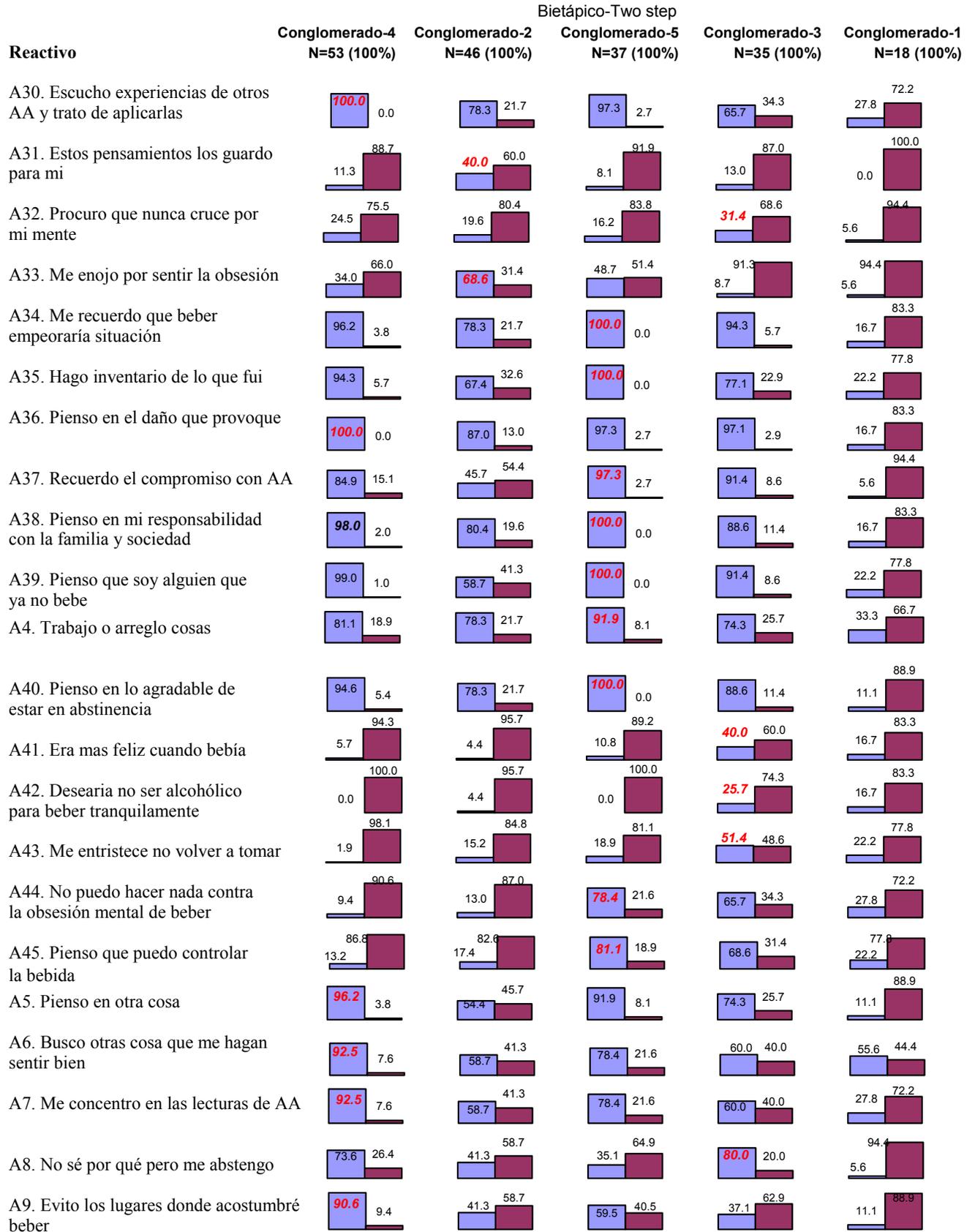
En último lugar aparece el conglomerado 1, integrado por 9.4% de los miembros de AA de la muestra, caracterizándose por poseer las frecuencias más altas en la respuesta negativa a la mayoría de las diversas formas de enfrentar la obsesión de beber, por ejemplo, mencionan no enojarse por sentir la sensación, no recordar lo malo de ser bebedor o el daño provocado a otros, no evitar situaciones o lugares de riesgo de consumo, etcétera. Con base en esto el conglomerado se denominó “*negación a la obsesión mental de beber*” .

Figura 1.

Respuesta (sí/no) de afrontamiento ante la "obsesión mental de beber"



Continuación....



En general, los resultados del conglomerado de dos fases, sugiere que ante la experiencia de la “obsesión mental de beber” los miembros de AA de este estudio, evitan situaciones de riesgo y buscan una solución directa, evitan las situaciones pero se retraen, se molestan y no hacen nada, recuerdan y comparan su vida anterior, y no aceptan tener el problema, por lo que puede pensarse que el afrontamiento al *craving*, en términos de “obsesión mental de beber”, está enmarcado por aspectos cognitivos e instrumentales o emocionales. Sin embargo, más que una revisión exhaustiva de las formas de afrontar, es conveniente reiterar que este estudio se enfocó a probar el posible efecto que, en dichas formas de afrontamiento, tiene la afiliación con los grupos de AA. Con este y otros propósitos se llevó a cabo un análisis en donde se incluyen ambas variables.

AFILIACIÓN CON AA, “OBSESIÓN MENTAL DE BEBER” Y FORMAS DE AFRONTAMIENTO

Con apoyo en la información obtenida acerca de la forma de afrontamiento a la “obsesión mental de beber”, y con el fin de cumplir el objetivo de conocer el impacto de la afiliación a los grupos de AA en las formas de afrontar, se llevó a cabo un análisis que integra ambas variables. En concreto, se procedió a establecer la interacción que guardan las formas de afrontamiento con la variable grado de afiliación, cuya conformación se describió con anterioridad. No obstante, ante la posibilidad de que la intensidad de *craving* influya en el ejercicio de su afrontamiento (Abrams, 2000), en la exploración de la interacción AA-afrontamiento, se decidió integrar la variable niveles de “obsesión mental de beber”. Para la exploración de la interacción entre estas tres variables se utilizó el análisis para segmentación de AID’s (Detección Automática de Interacciones).

De manera breve, el algoritmo de segmentación de AID’s asume que la población representa una agrupación heterogénea con respecto al criterio de la variable dependiente que es categórica, después, la segmenta en grupos exhaustivos y mutuamente excluyentes con base en la selección de las mejores variables predictoras. El análisis inicia por dividir la población en dos o más grupos, según detecte la variable predictora más significativa; para ello, AID’s utiliza pruebas chi cuadrada y selecciona el valor de significancia más pequeño. A continuación dicotomiza cada subgrupo y continúa el proceso de segmentación hasta no

encontrar los criterios de selección (valor p no significativo). Si el predictor tiene más de dos categorías AID's los compara y colapsa en el mismo grupo, de tal manera que resulte homogéneo con respecto a la variable dependiente y luego, automáticamente ajusta el valor (*Corrección de Bonferroni*) del nivel de significancia estadística para probar su comportamiento predictor (Magidson, 1992).

En este estudio, con el objetivo de conocer si el grado de afiliación con AA y la intensidad de la experiencia “obsesión mental de beber”, bajo el término *craving* (utilizado para resumir la expresión) afectan la forma de afrontarla, se procedió a identificar predictores, a través de la solución ofrecida por el algoritmo de segmentación AID's. Los resultados que a continuación se exponen se presentan para cada una de los grupos de afrontamiento obtenidos del análisis de conglomerados de dos fases.

GRUPO DE AFRONTAMIENTO *EVASIVO/ACTIVO*: INTERACCIÓN CON NIVELES DE *CRAVING* Y AFILIACIÓN A AA

En lo que toca a la interacción entre forma de afrontar de manera evasivo/activa la experiencia de *craving*, considerando niveles de intensidad y grado de afiliación con AA, el análisis de AID's arrojó la siguiente información. Como se observa en la figura 2, el nodo 0 que refiere a la variable categórica de pertenencia (N=53) y no pertenencia (N=138) al grupo de afrontamiento *evasivo/activo*, fue subdividido por el AID's utilizando las variables que mejor definen a los grupos. Aquí, el árbol de decisión seleccionó automáticamente la interacción entre los campos “quintil de *craving*” y “quintil de afiliación”, siendo detectado este último campo como la variable que alcanzó el criterio estadístico para la primera subdivisión. Cabe señalar que los dos campos estaban clasificados en rangos que denotan muy baja a muy alta, tanto de afiliación con AA como de *craving* (codificados de 1 a 5 respectivamente), sin embargo, no fueron identificados probablemente por la baja proporción de respuestas por lo que el AID's los colapsó.

En general, el resultado final del AID's acerca de la interacción entre las tres variables muestra cinco segmentos o prototipos finales: El segmento 1 representado por el nodo 7, indica que de 62 miembros de AA evaluados, 40.3% se encuentran en la categoría “pertenecen” al grupo de afrontamiento *evasivo/activo*, los cuales pueden describirse como

individuos cuyo quintil de *craving* se localiza en valores 3 y 4, y su quintil de afiliación en valores de 2 o más, es decir, muestran *craving* moderado o alto y afiliación con AA que varía de baja a muy alta.

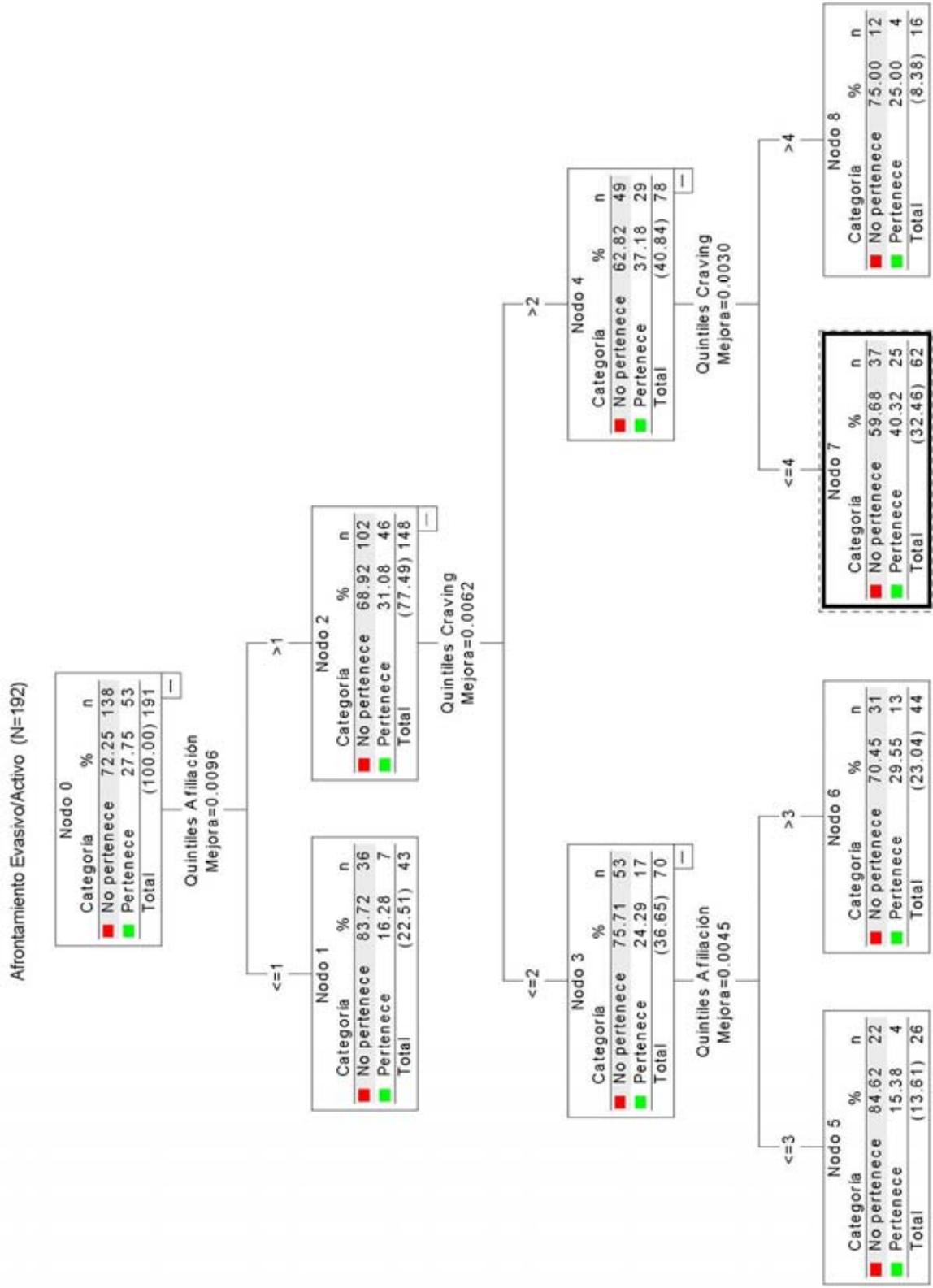
El segmento 2, constituido por el nodo 6, determinó que de 44 miembros de AA, 30% “pertenecen” al grupo de afrontamiento en cuestión, y presentan un quintil de afiliación con valores 4 y 5, y un quintil de *craving* con valor 2 o menos, es decir, su afiliación con AA es alta o muy alta, mientras su *craving* es bajo.

El segmento 3, representado por el nodo 1, indica que de 43 miembros de AA, 16.3% se encuentran en la categoría “pertenecen” al grupo de afrontamiento *evasivo/activo* y muestran el menor nivel de afiliación con los grupos de AA.

El segmento 4, referido por el nodo 5, sugiere que de 26 individuos, 15.4% pertenecen al grupo de afrontamiento *evasivo/activo*, mostrando un quintil de afiliación con valores de 2 y 3 y un quintil de *craving* con valor de 2 o menos (afiliación baja o moderada y *craving* bajo).

El último segmento, referido por el nodo 8, indicó que de 16 miembros de AA, 25% pertenecen al grupo de afrontamiento *tratado*, presentan afiliación con los grupos de AA que varía de baja a muy alta y muestran el valor máximo de *craving*.

Figura 2. Afrontamiento Evasivo/Activo: interacción con grados de afiliación a AA y niveles de *craving*



GRUPO DE AFRONTAMIENTO *EMOCIONAL/PASIVO*: INTERACCIÓN CON NIVELES DE *CRAVING* Y AFILIACIÓN A AA

En cuanto a la interacción entre el afrontamiento que hace referencia a estados emocionales o de inercia cuando aparece la sensación de *craving*, su intensidad y grado de afiliación con AA, el análisis de AID's arrojó la siguiente información. Como se observa en la figura 3, el nodo 0 que refiere a la variable categórica de pertenencia (N=46) y no pertenencia (N=145) al grupo de afrontamiento denominado *emocional/pasivo*, fue subdividido por el AID's utilizando las variables que mejor definen a los grupos. Aquí, el árbol de decisión seleccionó automáticamente la interacción y encontró que el campo “*craving*” alcanzaba el criterio estadístico para la primera subdivisión, la cual se conformó por dos elementos: *craving* con el valor mínimo y *craving* con valores diversos. En suma, el resultado final del AID's mostró 7 segmentos o prototipos finales:

El segmento 1 está representado por el nodo 11, el cual indica que de 65 miembros de AA evaluados, casi la tercera parte (28%) se encuentran en la categoría “pertenecen” al grupo de afrontamiento *emocional/pasivo*. Estos AA pueden describirse como individuos cuyo *craving* varía de bajo a alto (valor 2 a 4) y su afiliación con AA de moderada a muy baja (valor 3 o menos).

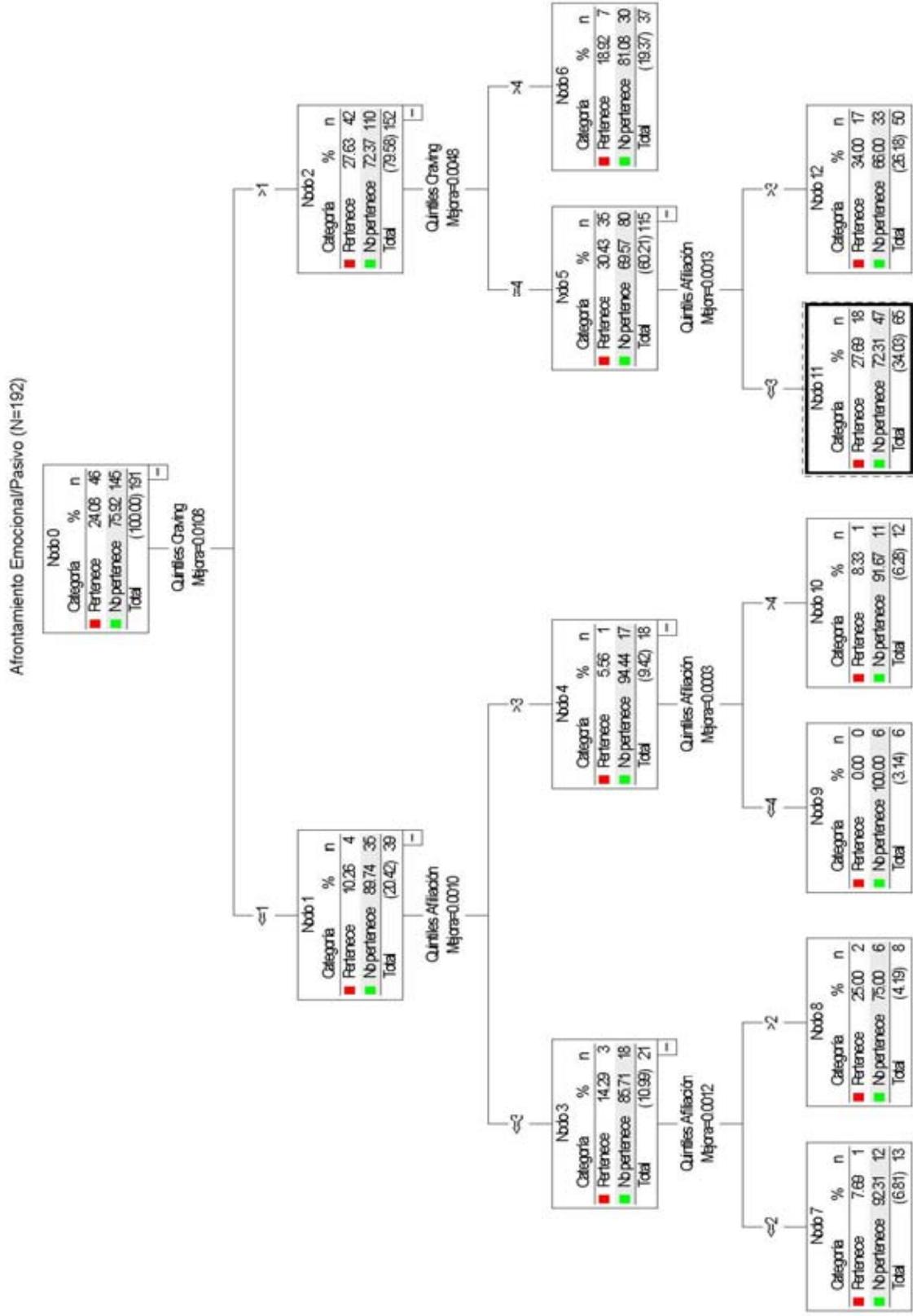
El segmento 2 está constituido por el nodo 12, e indicó que de 50 miembros de AA, 34% pertenecen al grupo de afrontamiento *emocional/pasivo*, presentando un quintil de afiliación con valor 4 y 5 y un quintil de *craving* con valor 2 a 4 (afiliación alta o muy alta y *craving* bajo a alto).

El segmento 3, referido por el nodo 6, sugiere que de 37 sujetos, 19% “pertenecen” al grupo de afrontamiento *emocional/pasivo*, mostrando el máximo valor del quintil de *craving*.

Los segmentos 4 al 7, representados por los nodos 7 al 10 (respectivamente), en su conjunto, concentraron al 20.4% de los sujetos evaluados, evidenciando que de 39 miembros de AA, 90% caen en la categoría de “no pertenencia” al grupo de afrontamiento *emocional/pasivo*, mostrándose como individuos cuyo valor de *craving* es el más bajo. En lo que toca al grado de afiliación con AA, para este grupo el AID's encontró cuatro posibles formas. La primera, representada por el nodo 7 (segmento 4), indica que 92% de 13 sujetos evaluados, presentan una afiliación con AA muy baja o baja; la segunda,

representada por el nodo 10, sugiere que 11 de 12 miembros de AA, muestran el máximo grado de afiliación (segmento 5); la tercera y cuarta forma de afiliación, representadas por los nodos 8 y 9 (segmentos 6 y 7), sugieren que seis de ocho sujetos evaluados mantienen una afiliación moderada, y en seis de seis la afiliación es alta.

Figura 3. Afrontamiento Emocional/Pasivo: interacción con grados de afiliación a AA y niveles de *craving*



GRUPO DE AFRONTAMIENTO *REVALORATIVO*: INTERACCIÓN CON NIVELES DE *CRAVING* Y AFILIACIÓN A AA

En el análisis acerca de la interacción entre afrontamiento *revalorativo*, niveles de *craving* y grado de afiliación con AA, el AID's arrojó la siguiente información. Como se observa en la figura 4, el nodo 0 que refiere a la variable categórica de pertenencia (N=37) y no pertenencia (N=154) al grupo de afrontamiento *revalorativo*, fue subdividido por el AID's utilizando las variables que mejor definen a los grupos. En este análisis, el árbol de decisión seleccionó automáticamente la interacción, indicando que el campo "*craving*" alcanzaba el criterio estadístico para la primera subdivisión, la cual se conformó por dos elementos: *craving* con el valor muy bajo o bajo y *craving* con valor moderado a muy alto. En general, el resultado final del AID's mostró cinco segmentos o prototipos finales:

El segmento 1, representado por el nodo 7, indica que de 64 individuos, 14% se encuentran en la categoría "pertenecen" al grupo de afrontamiento *revalorativo*, los cuales pueden describirse como individuos cuyo *craving* es moderado a muy alto (valor 3 o más), y su afiliación con AA muy baja a moderada (valor 3 o menos).

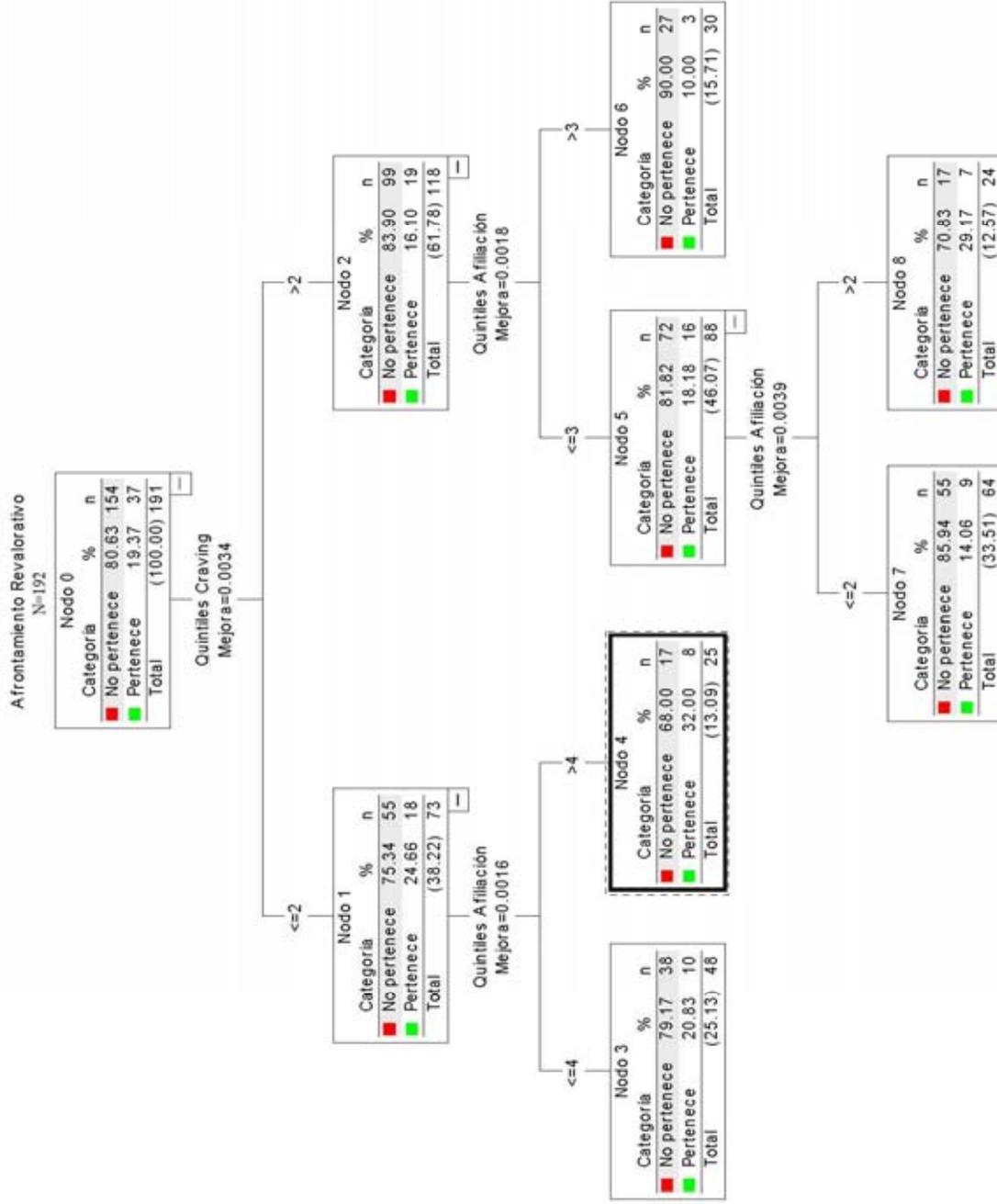
El segmento 2, caracterizado por el nodo 3, determinó que de 48 miembros de AA, 21% pertenecen al grupo de afrontamiento *revalorativo*, los cuales presentan valores muy diversos en el campo de afiliación (valor 4 o menos) y *craving* bajo a muy bajo.

El segmento 3, representado por el nodo 6, indicó que de 30 miembros de AA, 10% se encuentran en la categoría "pertenecen" al grupo de afrontamiento en cuestión, mostrando afiliación alta o muy alta con los grupos de AA (valor 4 y 5) y *craving* moderado a muy alto (valor 3 o más).

El segmento 4, constituido por el nodo 4, sugiere que de 25 individuos, 32% "pertenecen" al grupo de afrontamiento *revalorativo*, mostrando el valor máximo de afiliación con AA (valor 5) y *craving* bajo a muy bajo (valor 2 o menos).

El segmento final, compuesto por el nodo 8, indicó que de 24 miembros de AA, alrededor de la tercera parte (29%), pertenecen al grupo de afrontamiento tratado, presentado una afiliación con AA moderada (valor 3) y *craving* moderado a muy alto (valor 3 o más).

Figura 4. Afrontamiento Revalorativo: interacción con grados de afiliación a AA y niveles de *craving*



GRUPO DE AFRONTAMIENTO *EVASIVO/PASIVO*: INTERACCIÓN CON NIVELES DE *CRAVING* Y AFILIACIÓN A AA

Con referencia a la interacción entre afrontamiento denominado *evasivo/pasivo*, la intensidad de *craving* y grado de afiliación con AA, el análisis de AID's arrojó la siguiente información. Como se observa en la figura 5, el nodo 0 que refiere a la variable categórica de pertenencia (N=35) y no pertenencia (N=156) al grupo de afrontamiento *evasivo/pasivo*, fue subdividido por el AID's, identificando al campo que refiere a la intensidad de *craving*, como la variable que alcanzó el criterio estadístico para la primera subdivisión, la cual se conformó en dos nodos. El primero colapsa la variable *craving* con valores muy diversos (muy bajo a alto), y el segundo lo conforma con el máximo valor de *craving* (muy alto). En general, el resultado mostró que la interacción entre las tres variables puede ser explicada por 7 segmentos o prototipos finales:

El segmento 1 está representado por el nodo 8, y sugiere que de 70 miembros de AA evaluados, 14% se encuentran en la categoría “pertenecen” al grupo de afrontamiento *evasivo/pasivo*. Estos miembros de AA pueden describirse como individuos cuyo *craving* es moderado a alto y su afiliación con AA muy baja a alta.

El segmento 2 está constituido por el nodo 7, e indicó que de 51 miembros de AA, 22% pertenecen al grupo de afrontamiento *evasivo/pasivo*, presentando tanto en afiliación y *craving*, un quintil con valor 4 o menos (muy bajo a alto, respectivamente).

El segmento 3, referido por el nodo 11, sugiere que de 21 sujetos, 48% “pertenecen” al grupo de afrontamiento *evasivo/pasivo* y que pueden ser descritos como individuos cuyo *craving* es muy alto y su afiliación con AA muy baja o baja.

El segmento 4, constituido por el nodo 10, sugiere que de 21 individuos evaluados, la mayoría (95%) “no pertenece” al grupo de afrontamiento *evasivo/pasivo*. Estos miembros de AA pueden ser descritos como individuos que si bien se encuentran plenamente afiliados a los grupos de AA (quintil con valor 5), muestran gran variedad en la experiencia *craving* (quintil con valor 2 a 4).

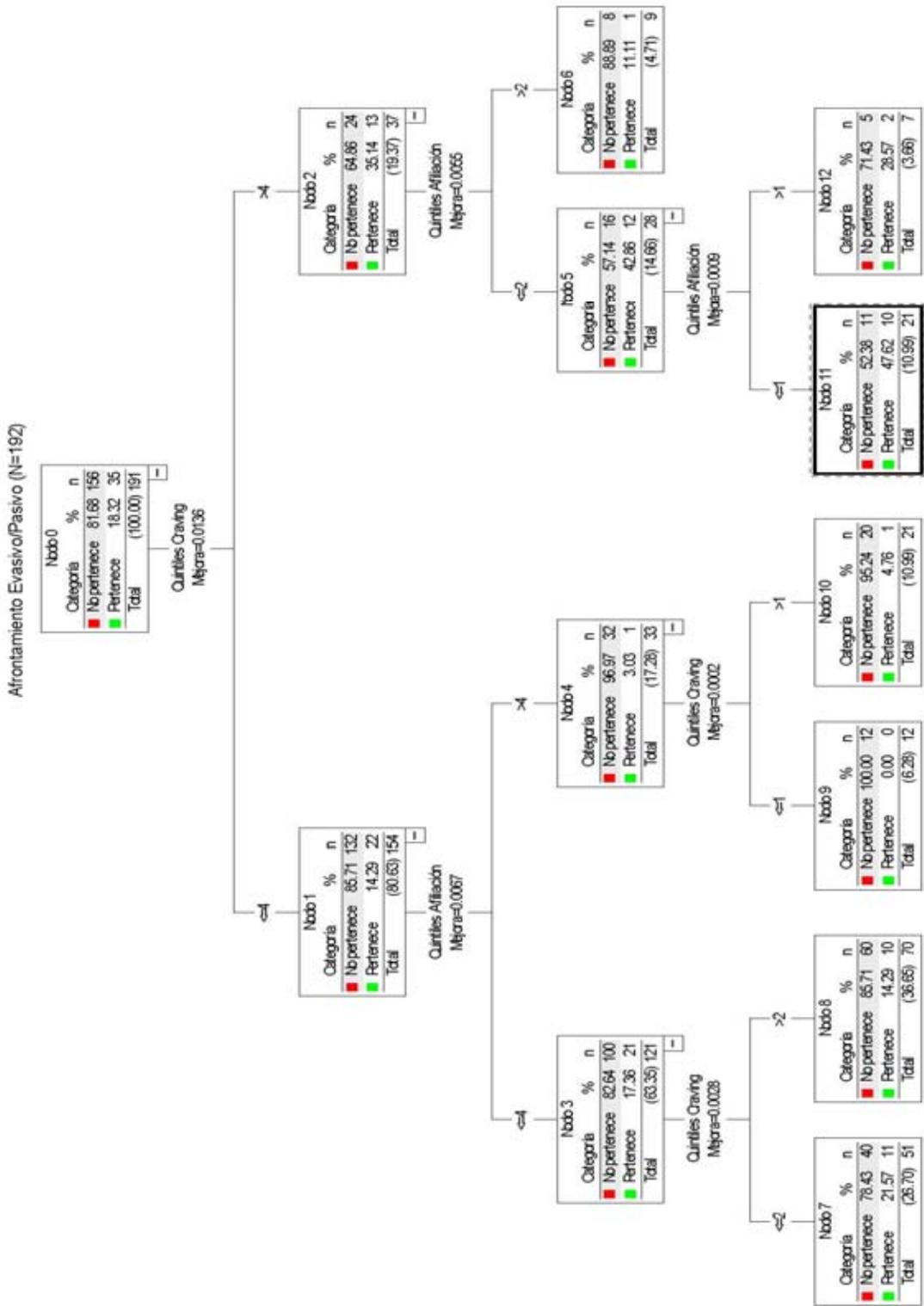
El segmento 5, representado por el nodo 9, sugiere que de 12 miembros de AA evaluados, en su totalidad se encuentra en la categoría “no pertenece” al grupo de

afrontamiento *evasivo/pasivo*, los cuales pueden ser descritos como individuos plenamente afiliados con AA (quintil con valor 5) y cuyo *craving* es el más bajo (quintil con valor 1).

El segmento 6, referido por el nodo 6, en donde se localiza el 5% de los sujetos evaluados, sugiere que la mayoría de ellos (89%) “no pertenecen” al grupo de afrontamiento *evasivo/pasivo*, y pueden ser descritos como individuos que muestran el máximo nivel de *craving* y afiliación con AA de moderada a muy alta.

El último segmento está constituido por el nodo 12, e indicó que de 7 miembros de AA evaluados, 29% pertenecen al grupo de afrontamiento tratado, presentado una afiliación baja con los grupos de AA y el valor máximo de *craving* (quintil de afiliación con valor 2 y *craving* con valor 5).

Figura 5. Afrontamiento Evasivo/Pasivo: interacción con grados de afiliación a AA y niveles de *craving*



GRUPO DE AFRONTAMIENTO *NEGACIÓN A LA “OBSESIÓN MENTAL DE BEBER”*: INTERACCIÓN CON NIVELES DE *CRAVING* Y AFILIACIÓN A AA

Con respecto a la interacción entre afrontamiento denominado *negación a la “obsesión mental de beber”*, niveles de *craving* y grado de afiliación con AA, se debe mencionar que la proporción de individuos que caen en esta categoría de afrontamiento es baja, esto es, sólo 9% de la población de los miembros de AA de la muestra la niegan; pese a ello, el AID’s logró identificar algunos aspectos que los caracterizan.

En general, como se observa en la figura 6, el nodo 0 que refiere a la variable de pertenencia (N=17) o no pertenencia (N=174) al grupo de afrontamiento *negación*, fue subdividido por el AID’s utilizando las variables que mejor definen a los grupos. Aquí, el árbol de decisión detectó al campo *craving* como la variable que alcanzó el criterio estadístico para la primera subdivisión, la cual dio origen a dos elementos: *craving* muy bajo, y *craving* bajo a muy alto. En suma, el resultado mostró que la interacción entre las tres variables puede ser explicada por 5 segmentos o prototipos finales:

El segmento 1, representado por el nodo 7, indica que de 92 miembros de AA, sólo 3% usa la táctica de *negación* para hacer frente la “obsesión mental de beber” o *craving*. Dichos miembros de AA pueden describirse como individuos cuyo quintil de afiliación se localiza en valores 2 a 4 y su quintil de *craving* en valor 2 o más (afiliación baja a alta y *craving* bajo a muy alto).

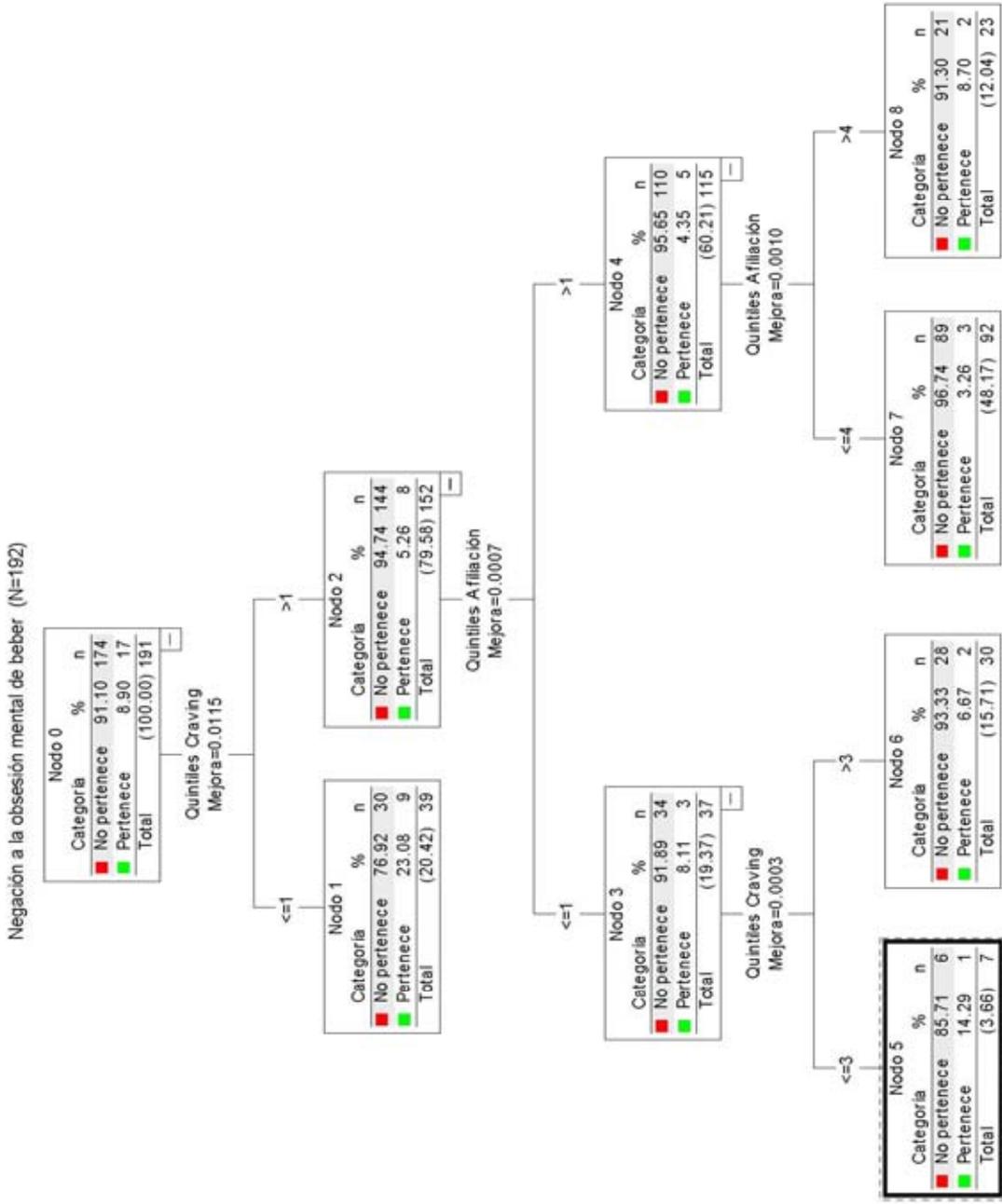
El segmento 2, constituido por el nodo 1, determinó que de 39 miembros de AA, 23% “pertenecen” al grupo de afrontamiento en cuestión, con el menor valor en el quintil de *craving* (muy bajo).

El segmento 3, representado por el nodo 6, estableció que de 30 miembros de AA, 7% “pertenecen” al grupo de afrontamiento de *negación*, cuyo *craving* es alto o muy alto, y muy baja afiliación con AA.

El segmento 4, referido por el nodo 8, sugiere que de 23 miembros de AA evaluados, sólo dos individuos pertenecen al grupo de afrontamiento en cuestión, los cuales pueden describirse como individuos plenamente afiliados con AA (quintil con valor 5) y *craving* inespecífico (bajo a muy alto).

El último segmento es referido por el nodo 5, el cual indicó que de siete miembros de AA evaluados, sólo uno de ellos es el que niega el problema, mostrando un quintil de afiliación con el valor más bajo y un quintil de *craving* con valor 2 a 3 (muy baja afiliación y *craving* bajo a moderado).

Figura 6. Afrontamiento Negación a la Obsesión Mental de Beber: interacción con grados de afiliación a AA y niveles de craving



LA RECAÍDA: GRUPOS DE AFRONTAMIENTO, NIVELES DE *CRAVING* Y AFILIACIÓN A AA

Por último, con el objeto de conocer si los cinco grupos de afrontamiento a la experiencia de *craving* u “obsesión mental de beber” y sus niveles de intensidad, así como el grado afiliación con AA afectan la recaída en miembros de AA, principal propósito de este estudio, se procedió a establecer la interacción entre las cuatro variables utilizando el análisis de AID’s. Los resultados obtenidos de dicha interacción se muestran a continuación.

Como puede observarse en la figura 7, el nodo 0 que refiere a la variable dependiente “pertenencia” (N= 49) o “no pertenencia” (N= 143) a la variable recaída, fue subdividido por el AID’s utilizando las variables que mejor definen a los grupos. En este análisis el árbol de decisión seleccionó automáticamente la interacción entre los campos afiliación, *craving* y tres grupos de afrontamiento, el *revalorativo*, el *emocional/pasivo* y el que refiere *negación a la obsesión mental de beber*, detectándose al campo *craving* como la variable que alcanzó el criterio estadístico para la primera subdivisión. De manera similar a los anteriores análisis, el AID’s lo colapsó en dos grupos que implican: quintil de *craving* con valor 3 o menos (muy bajo y moderado) (nodo 1), y quintil de *craving* con valor 4 y 5 (alto y muy alto) (nodo 2).

Con referencia al primer grupo, caracterizado por el nodo 1, el campo quintil de afiliación alcanzó el criterio estadístico para una segunda subdivisión. En este campo se contemplaron dos grupos colapsados en afiliación con valor 2 o menos (muy baja o baja) (nodo 3) y afiliación con valor 3 o más (moderada a muy alta) (nodo 4). Asimismo, al crecer el árbol, el AID’s determinó que el campo afrontamiento negación, para el nodo 3, y afrontamiento emocional/pasivo, para el nodo 4, cumplían los criterios estadísticos para una última subdivisión.

Respecto al segundo grupo, caracterizado por el nodo 2, el campo afrontamiento revalorativo alcanzó el criterio estadístico para una segunda subdivisión. Este campo refiere la “pertenencia” (nodo 6) y “no pertenencia” (nodo 5) a dicho grupo de afrontamiento. Al crecer el árbol el AID’s encontró que en ambas categorías, el quintil de afiliación cumplía los criterios estadísticos para la última subdivisión.

En general, el resultado terminal del AID's sobre la interacción entre afrontamiento *revalorativo*, *emocional/pasivo* y *negación*, intensidad de *craving* y grado de afiliación con AA, mostró los siguientes 8 segmentos o prototipos finales:

El segmento 1, representado por el nodo 10 que concentra al 34% de los sujetos de la muestra total, indica que de los sujetos evaluados, los que han mantenido total abstinencia desde su ingreso a AA o por 10 años o más, en su gran mayoría, “no pertenecen” al grupo de afrontamiento *emocional/pasivo* (89% de no recaídos vs. 11% de los recaídos; N=66). No obstante, tanto recaídos como no recaídos, pueden describirse como individuos cuyo quintil de *craving* se ubica en valores 3 o menos y su quintil de afiliación en valores de 3 o más (*craving* moderado a bajo y afiliación moderada a muy alta).

El segmento 2, representado por el nodo 11 y conformado por el 29% de los sujetos de la muestra total, determinó que de los sujetos evaluados, más personas del grupo de recaídos que del grupo de no recaídos, son más probables a “no pertenecer” al grupo de afrontamiento *revalorativo* (55% de recaídos vs. 45% de no recaídos; N=55), los cuales se caracterizan por mostrar afiliación con los grupos de AA muy baja a moderada, y *craving* alto o muy alto.

El segmento 3 se forma por el nodo 7, el cual concentra al 11% de los sujetos de la muestra total. Dicho segmento sugiere que de 22 miembros de AA, aquéllos que han permanecido en total abstinencia tienen 6 veces más probabilidad de “no pertenecer” al grupo de afrontamiento *negación a la obsesión mental de beber*, que sus contrapartes (86% de los no recaídos vs. 14% de los recaídos). No obstante, ambos grupos pueden describirse como individuos cuya afiliación con AA es muy baja o baja (quintil con valor 2 o menos), y *craving* moderado a muy bajo (quintil con valor 3 o menos).

El segmento 4 es referido por el nodo 9, donde se localiza el 11% de los miembros de AA de la muestra total. Este segmento indica que de 21 sujetos evaluados, todos ellos caen en la categoría de “no recaídos” y “pertenecen” al grupo de afrontamiento *emocional/pasivo*, los cuales pueden describirse como individuos afiliados con AA de manera moderada a muy alta (quintil con valor 3 o más), y *craving* moderado a muy bajo (quintil con valor 3 o menos).

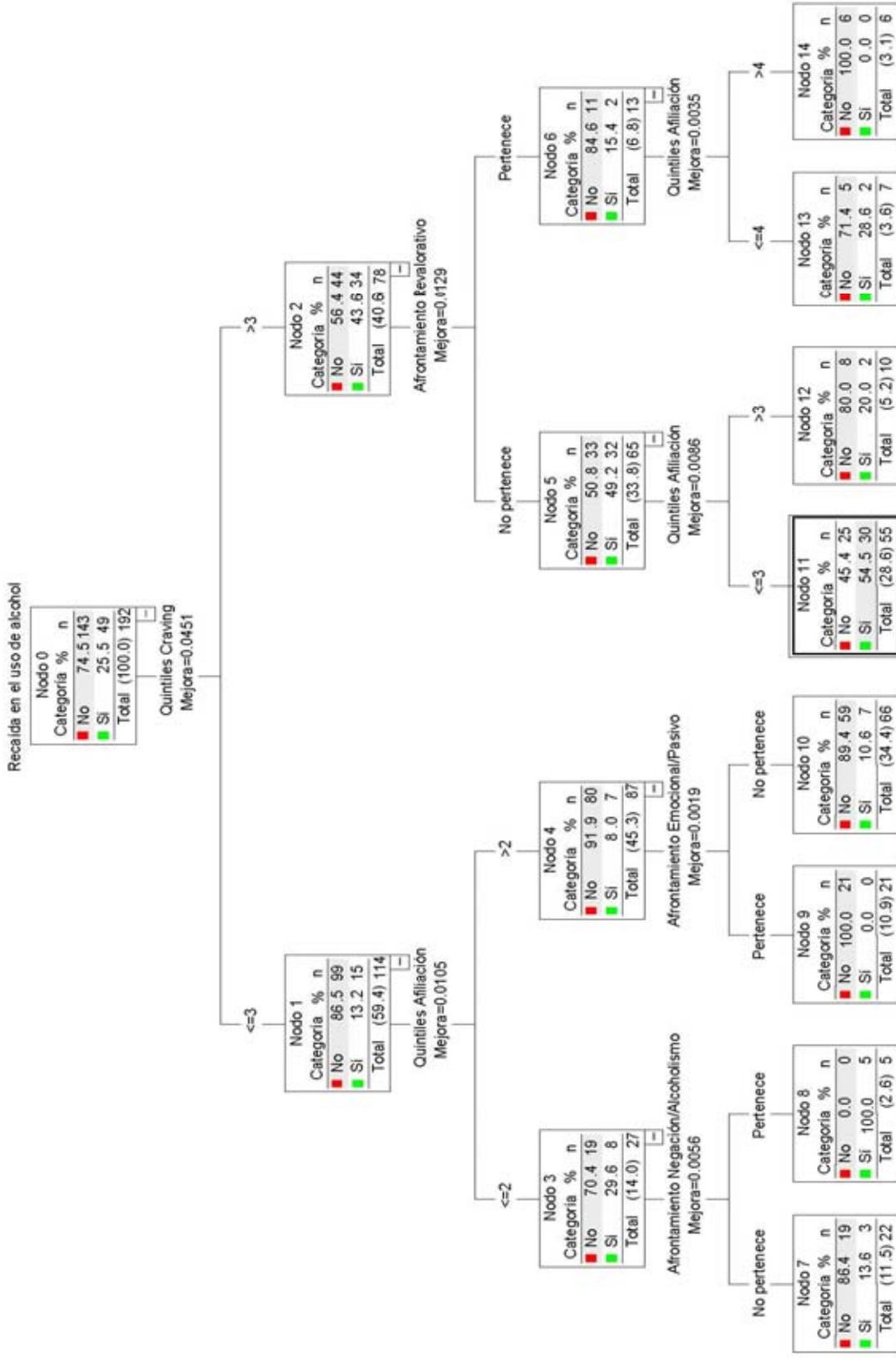
El segmento 5, representado por el nodo 12 y conformado por 5% de los miembros de AA de la muestra total indicó que, de 10 individuos que “no pertenecen” al grupo de afrontamiento *revalorativo*, 80% se ha mantenido en total abstinencia y 20% han recaído en consumo, caracterizándose por ostentar alto o muy alto, tanto *craving* como afiliación con AA.

El segmento 6, representado por el nodo 13 concentra al 4% de la muestra total. Dicho segmento sugiere que de los sujetos evaluados, más personas del grupo de no recaídos que del grupo de recaídos, son más probables a “pertenecer” al grupo de afrontamiento *revalorativo* (71% de no recaídos vs. 26% de recaídos), los cuales se caracterizan por mostrar una afiliación con AA muy variable (quintil con valor 4 o menos), y *craving* alto o muy alto.

El segmento 7, referido por el nodo 14, que concentra al 3.1% de los miembros de AA de la muestra total, sugiere que los sujetos evaluados caen en su totalidad en la categoría de no recaídos, “pertenecen” al grupo de afrontamiento *revalorativo* y presentan los valores máximo de *craving* y afiliación con AA (quintil 5, respectivamente).

El segmento final está representado por el nodo 8 y constituido por el 3% de los sujetos de la muestra total. Dicho segmento sugiere que los sujetos evaluados, en su mayoría caen en la categoría de recaídos, “pertenecen” al grupo de afrontamiento *negación a la obsesión mental de beber*, presentan una afiliación muy baja o baja con los grupos de AA y *craving* moderado a muy bajo.

Figura 7. La recaída: interacción con niveles de *craving*, estrategias para afrontarlo y grado de afiliación con AA



DISCUSIÓN

Por medio de la comparación de alcohólicos miembros de AA que han (N=49) y no han recaído en el consumo (N=143), esta segunda fase de investigación tuvo como principal propósito conocer si el grado de afiliación con AA y niveles de la experiencia “obsesión mental de beber” (*craving*) aunadas a las formas de afrontamiento, afectan la recaída en el uso de alcohol. Para lograr este fin se diseñaron formas de medición para cada una de las variables, se establecieron los indicadores que conformaron la propuesta de gradación de las variables afiliación y “obsesión mental de beber”, se reconocieron las formas específicas de afrontamiento a esta experiencia y las características con que los miembros de AA recaen en el consumo de alcohol. En este contexto a continuación se presenta la interpretación de los resultados obtenidos de cada uno de los objetivos propuestos por la segunda fase de investigación.

CARACTERÍSTICAS DE LA RECAÍDA EN MIEMBROS DE AA

Como se mencionó en el marco teórico de este trabajo, el fenómeno de la recaída en el uso de alcohol después de periodos de abstinencia es un tema de gran importancia para la mayoría de tratamientos, y para los AA no es la excepción. Por ejemplo, los AA para explicar el por qué de la vuelta a beber se apoya en el concepto de enfermedad y su filosofía enfatiza la situación de pérdida de control sobre el consumo e imposibilidad de recuperarlo (AA, 1976); enfoca su atención en la evitación de una primera copa, ya que si se consume espera imposibilidad de detenerse sino hasta la embriaguez, con posibilidad de continuarse en el consumo por tiempo indefinido. No obstante, el patrón de consumo adquirido o el tiempo en que se permanece consumiendo rara vez ha sido medido (Ogborne, 1993). En respuesta, este estudio propuso como primer objetivo precisar las características de la recaída con la finalidad de delimitar y/o definir el fenómeno en la muestra de este estudio, además de contextualizar el suceso al que se habrá de referir en lo sucesivo, esto es, la intensidad con que se recae.

Al analizar los resultados es interesante observar que la recaída ocurrió, con mayor frecuencia, después de cuatro a seis meses de abstinencia, aconteciendo por lo general en

una sola ocasión, pero caracterizándose por haberse iniciado con un consumo fuerte, incontrolado, continuo y motivado por la ingesta de una copa. Después de esa copa, alrededor de la tercera parte continuó bebiendo durante todo el día, consumiendo altas cantidades de alcohol (incluso litros), llegando a la embriaguez y en ocasiones utilizaron de manera combinada drogas y alcohol. Después de ese día, algunos mencionaron extender el consumo en un promedio de tres meses, no obstante, otros más, señalaron haberlo reinstalado durante años, quizá con el mismo patrón de consumo incontrolado. A partir de estos hallazgos es posible asumir que la recaída en los miembros de AA de esta muestra, fue resultado de beber en exceso en un día de uso que condujo al consumo continuado, coincidiendo con la definición de recaída propuesta por Annis y Davis (1988), Armor *et al.* (1978), Donovan (1996), Donovan y Chaney (1985) y Jellinek (1960). Además, en el evento, con claridad se manifestó la pérdida de control e incapacidad de detenerse (compulsión) después de haber ingerido pocas cantidades de alcohol. Como se ha mencionado, la recaída asociada con la pérdida de control o compulsión de uso, después de la ingesta de mínimas dosis de alcohol, probablemente es el reflejo de uno de los mecanismos del *craving* (Jellinek *et al.*, 1955; Ludwig *et al.*, 1974). En los AA de este estudio, la cantidad de alcohol utilizado y continuar bebiendo a partir de una primera copa, sugiere ese comportamiento (Bohn *et al.*, 1995).

Con independencia de lo anterior, resulta interesante mencionar que los meses de abstinencia antes de volver a beber, señalados por el mayor número los miembros de AA, coincide con el tiempo estimado por la investigación como el de mayor probabilidad para la aparición de la recaída después de tratamiento al alcoholismo (Brown, Seragian, Tremblay, Annis, 2002; Marlatt, Gordon, 1985). No obstante, llama la atención que en una proporción similar, se mencionen lapsos mucho mayores, en ocasiones llegando a suceder después de 10 años o más de haber permanecido en total abstinencia. Este hallazgo coincide con investigaciones anteriores que determinan que no hay un periodo específico o de mayor riesgo para el acontecimiento de la recaída (Vaillant, Milofsky, 1982), ajustándose a la hipótesis que sustenta al alcoholismo como una condición crónica de recaídas (Annis, 1986) que, como otras enfermedades crónicas (hipertensión o diabetes), requiere de supervisión constante y/o tratamiento prolongado (O'Brien, McLellan, 1996). Ante esta evidencia, la asistencia constante y de por vida a las reuniones promovidas por la

literatura de AA quedaría justificada para muchos de estos alcohólicos; sin embargo, la sola asistencia sin involucrarse en sus actividades, no garantiza un resultado satisfactorio. Diferentes estudios demuestran que cuando la asistencia es esporádica o no hay un total involucramiento en las actividades de AA (afiliación), el pronóstico de recuperación tiende a disminuir (Bohnicke, Orensteen, 1950; Boscarino, 1980; Cadwell, Cutter, 1998; Fiorentine, Hillhouse, 2000; Humphreys *et al.*, 1997; McLatchie, Lomp, 1988), por tanto se esperaría que los miembros de AA recaídos mostraran esta dinámica. Esto fue confirmado por este estudio y se discutirá en mayor detalle a continuación.

MEDICIÓN DE AFILIACIÓN CON AA, SU GRADACIÓN, Y DIFERENCIAS ENTRE MIEMBROS DE AA RECAÍDOS VS. NO RECAÍDOS

Antes que nada, es importante recapitular la importancia que tiene la identificación de los indicadores de afiliación con AA. Como se mencionó en la parte teórica de este trabajo, es un constructo complejo que no sólo se circunscribe a la frecuencia de asistencia o el tiempo de permanencia, sino incluye una amplia variedad de experiencias (cogniciones) y actividades (Humpheys *et al.*, 1998; Kelly *et al.*, 2004; Pagano *et al.*, 2004).

Este estudio a través de integrar los criterios apreciados por los miembros de AA (que participaron en la primera fase del estudio) y los resaltados por otras investigaciones (por ejemplo, Snow *et al.*, 1994, Tonigan *et al.*, 1996a), consideró que las variables historia del problema del alcoholismo (edad de inicio, frecuencia, cantidad, años de consumo o ingreso a tratamiento), severidad de la dependencia, tiempo de pertenecer a AA, frecuencia de asistir a las reuniones, participación en actividades de servicio y tiempo dedicado a éste, el hecho de no sólo estar siendo apadrinado sino funcionar como un padrino, el ejercicio de los 12 pasos y la frecuencia con que todo ello se realiza, incluyendo el componente “despertar espiritual”, podían ser importantes y/o adecuados indicadores para valorar la afiliación con AA. No obstante, con la intención de ampliar el concepto en forma adicional se exploró el beneficio del número de veces de asistir a las reuniones, ocasiones de recurrir al padrino y leer la literatura de AA, todo ello en el último mes, lo cual también se ha

contemplado como parte de los componentes de la afiliación con AA (Humphreys *et al.*, 1998; Morgenstern *et al.*, 2003; Tonigan *et al.*, 1996b).

De acuerdo con los análisis obtenidos de toda la gama de conductas, creencias y actividades consideradas, sólo las variables que refieren al tiempo de pertenecer a AA, la frecuencia de asistencia a las reuniones, poseer el rol de “padrino”, tener un servicio y tiempo dedicado a éste, práctica de los pasos y la periodicidad de su ejercicio, en especial los relacionados con la creencia en un Poder Superior (pasos 6, 7 y 11), repasar su experiencia alcohólica (pasos 4 y 5) y enmendar daños a terceros provocados por el consumo de alcohol (pasos 8 y 9), así como el componente de *despertar espiritual*, mostraron capacidad para diferenciar al grupo de AA recaídos de los no recaídos. A partir de estas diferencias se puede suponer que tales variables son los indicadores que intervienen en la adecuada explicación de la participación exitosa o no, en la muestra de AA de este estudio.

Aquí, es interesante destacar que la variable estar apadrinado (tener un padrino) no logró diferenciar a los recaídos de los no recaídos. Este hallazgo fue inesperado pero no significa que carezca de importancia o no tenga una importante función en la recuperación del alcohólico y/o afiliación a AA. De hecho, coincidiendo con observaciones de Nowiski (1993), la mayoría de los miembros de AA (recaídos o no recaídos) tenían un padrino en el momento de la entrevista. Apoyarse en esta figura es una actividad ampliamente recomendada por AA y es fundamental para obtener guía y motivación para lograr y mantener la abstinencia (AA, 1992, 2001; Humphreys, Noke, 1997), y anteriores estudios han demostrado su importante función (Kaskutas *et al.*, 2003); por lo que aunque no se encontraron diferencias entre recaídos y no recaídos, la elevada frecuencia con que ambos grupos mencionaron el “apadrinamiento” impide descartarla como una actividad importante, aunque con la intención de no mezclar la información se decidió no adicionarla a la variable “afiliación”.

Por otra parte, los indicadores anteriores aunque se mostraron de forma separada, esto no significó que se apreciaran como mutuamente excluyentes o no relacionados, sino por el contrario, este estudio coincide con Tonigan *et al.* (1996a, b), Humphreys *et al.* (1998) y Cloud *et al.* (2004) en tanto que, ya sea simultánea o de manera interactiva, pueden contribuir a la identificación del grado de afiliación con AA. Por consiguiente un

paso posterior fue su agrupamiento. Como se mencionó en el apartado de resultados, el puntaje total obtenido de la sumatoria de las variables que resultaron significativas, trabajado en quintiles (muy baja, baja, moderada, alta y muy alta) fue el procedimiento efectuado. Esta categorización quizá es simple, no obstante, los análisis realizados evidenciaron que, de manera conjunta, tienen una importante influencia en la abstinencia vs. la recaída.

En general, el análisis de dichos indicadores por separado, ya indicaban cierta tendencia en las respuestas relacionadas con la menor participación en las actividades de AA, en el grupo de AA que recayeron en el consumo. En cada indicador los AA recaídos mostraron las menores frecuencias. Cuando se combinaron conforme a la categorización establecida, los índices de afiliación variaron de manera significativa entre AA recaídos vs. no recaídos, y como se esperaba, los mayores índices de afiliación se localizaron en los alcohólicos no recaídos, mientras los índices menores se encontraron en sus contrapartes. En su conjunto, estos datos apoyan hallazgos de estudios anteriores que determinan que alcanzar largos periodos de abstinencia se relaciona con un mayor involucramiento en las actividades de AA (Downey *et al.*, 2001; Humphreys *et al.*, 1998; Montgomery *et al.*, 1995; Moss, Moss, 2004), mientras bajos niveles se asocian con su decremento (Cadwell, Cutter, 1998).

Por otra parte, algunas investigaciones han señalado que los beneficios de la frecuente participación a AA no depende del número de reuniones a las que se asiste (en los últimos días o semanas) (Moss, Moss, 2004) y que la severidad de la dependencia aunque es un factor importante para atraer a las personas alcohólicas a AA (Tonigan *et al.*, 1996b), no necesariamente facilita una participación exitosa (Emrick, 1987; Harris, Best, Gossop, Marshall, Man, Manning, Strang, 2003) o un resultado positivo (McCrary, Noel, Abrams, Stout, Nelson, Hay, 1986). Los datos obtenidos en la presente investigación apoyan los supuestos anteriores, dado que las variables que aluden al grado de la severidad de la dependencia y a la participación en AA evaluada en periodos cortos (último mes), no diferenciaron a los miembros de AA recaídos de los no recaídos, haciendo suponer que no afectan el pronóstico de los alcohólicos de esta muestra y/o el grado de adherencia a los grupos (afiliación).

En general y a la luz de los hallazgos obtenidos, es posible que los alcohólicos decididos a participar de manera más activa en los grupos de AA y por mayor tiempo, obtengan un resultado más favorable, a diferencia de los que asisten pero no desean estar activamente involucrados. De manera adicional, es posible suponer que cuando el alcohólico se ha mantenido en total abstinencia, ha aceptado plenamente los aspectos cognitivos y conductuales del programa de los Doce Pasos y que tal aceptación se asocia con el desarrollo de un compromiso, ya sea con los grupos de AA o con la abstinencia (Downey *et al.*, 2001), pero no así para el alcohólico que ha vuelto a beber.

Cabe mencionar la importancia del compromiso, ya que la fuerza del compromiso suele ser de gran ayuda para actuar de manera efectiva ante situaciones estresantes, mientras su ausencia puede restringir la elección de adecuadas alternativas, intensificando con ello la percepción o respuestas de estrés (DiClemente *et al.*, 2001; Marlatt, Gordon, 1985). Como se mencionó en el marco teórico de este trabajo, en los alcohólicos el estrés con frecuencia produce el fenómeno de *craving* y éste se presume es lo que conduce a la recaída (Sinha, 2001); por tanto, es posible que en los alcohólicos menos comprometidos con AA las respuestas al estrés sean intensas y, por consiguiente, más susceptibles a la sensación de *craving* que da origen a la recaída. De hecho, clarificar la influencia del *craving* (en términos de la obsesión mental de beber) en la recaída, se constituyó como otro de los objetivos de este estudio y de lo que se hablará a continuación.

FORMA DE MEDICIÓN PARA LA VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE “OBSESIÓN MENTAL DE BEBER” (CRAVING), NIVELES DE LA EXPERIENCIA Y DIFERENCIAS ENTRE AA RECAÍDOS Y NO RECAÍDOS

A manera de introducción a la discusión acerca del *craving*, es importante reiterar que debido a la coincidencia entre la experiencia “obsesión mental de beber” de la que nos hablaron los AA de la primera fase del estudio, con la definición y/o manifestación de *craving* propuesta por Modell *et al.* (1992) y Anton *et al.* (1995), este estudio la evalúa siguiendo esta línea de pensamiento. Como pudo observarse en la sección de resultados, se diseñó un instrumento que hace especial referencia al área de la obsesividad de pensamientos relacionados con el alcohol, establecida por los cuestionarios OCDS y

YHBOC-hd (Modell *et al.*, 1992, Anton *et al.*, 1995). En este estudio se consideraron algunos de los reactivos utilizados por tales cuestionarios, pero se modificaron de acuerdo con las descripciones ofrecidas por los AA. Por ejemplo, además de considerar cuatro de los reactivos utilizados por los cuestionarios arriba mencionados que se refieren a la distracción de actividades, estrés provocado, el esfuerzo para resistir y el éxito logrado para detener los pensamientos obsesivos de alcohol, se añade la pregunta ¿durante el antojo de alcohol se le ha despertado la obsesión mental de beber?, porque para los miembros de AA el antojo se percibe como un estímulo que despierta una sensación más intensa. De hecho, este reactivo sugiere información interesante. Parece indicar que los AA no confinan su interés a la sensación del antojo (tal vez, representación de un leve deseo o tentación de beber), sino al despertar de una obsesión, lo cual alude a cierto grado de severidad o deseo extremo, como es manifestado por Kozlowski y Wilkinson (1987), Robinson y Berridge (1993) y Sayette *et al.* (2000). Además, pese a la imposibilidad de determinar la situación inductora de tal antojo, es fácil suponer que el alcohólico se ha confrontado con algún estímulo disparador y que quizá por el aprendizaje asociado a los efectos placenteros del alcohol (tal vez condicionado), el deseo tiende a intensificarse (Baker *et al.*, 1987; Ludwing, Wikler, 1974). Adicional a estas preguntas se añadieron dos reactivos que hacen alusión a la frecuencia y tiempo de duración de la “obsesión mental de beber”

En general, los valores significativos reflejados en la estructura factorial y sus correspondientes pesos factoriales, así como la varianza explicada, indicaron que los seis reactivos podían conformarse como una escala válida y confiable. Además, el análisis de componentes principales los agrupó en un solo factor, sugiriendo que la experiencia “obsesión mental de beber” es unidimensional. En suma, la información obtenida lleva a suponer que el cuestionario es una forma confiable de medir la “obsesión mental de beber” de la que nos habla AA y, hasta donde se sabe, sería la primera demostración acerca de la posibilidad de tocar algunos componentes cognitivos del fenómeno *craving* y su medición, utilizando un término específico, y capaz de diferenciar a alcohólicos recaídos de los no recaídos.

Con referencia a los resultados obtenidos de la escala, estos indican que la “obsesión mental de beber” es una experiencia más frecuente, duradera, estresante, interfiere más en las actividades cotidianas, requiere de mayor esfuerzo para resistirse, se

ha tenido poco éxito en ello y se ha despertado con mayor facilidad después de sentir un antojo de alcohol, en los miembros de AA recaídos que en sus contrapartes. En cada reactivo, los AA recaídos mostraron una clara tendencia a situarse en los puntajes más altos, sugiriendo que, en ellos, la experiencia se intensifica al exponerse a estímulos relacionados (tal vez condicionados) al consumo, adquiriendo características obsesivas.

Estos hallazgos llevan a deducir que en un número mayor de AA recaídos que de no recaídos, cuando experimentan un antojo de alcohol (posiblemente inducido por señales específicas), al intentar evitar o disminuir la “obsesión mental de beber” que se despierta, ésta se incrementa, dando origen a una persistente preocupación, distrayéndolos de sus actividades y confinándolos a realizar esfuerzos infructuosos por combatirla. Por tanto es factible que conlleve algún tipo de emoción aversiva, y que ésta se ligue a pensamientos intrusivos experimentados como estresantes por su dificultad de control, lo cual al ser más recurrente en los AA recaídos permite suponer que, eventualmente, puede ser responsable de la vuelta a beber de manera compulsiva e incontrolada después de abstenerse del alcohol durante meses e incluso años, tal como se indica en diversas hipótesis de *craving* (Anton, 1996; Anton *et al.*, 1996; McKay, Maisto, O’Farrell, 1996).

Aquí, lo que resulta interesante destacar es que la mayor parte de los miembros de AA de este estudio (recaídos y no recaídos) mencionaran que la “obsesión mental de beber” tiene una duración de sólo segundos, haciendo fácil suponerla como relativamente transitoria, sin requerir de grandes esfuerzos para disminuirla o controlarla, lo cual coincide con otros estudios de *craving* (Monti, Rohosenow, Rubonis, Niaura, Sirota, Colby, Abrams, 1993a; Shiffman, Paty, Gnys, Kassel, Hickcox, 1996). No obstante, el hecho que un mayor número de AA recaídos que de no recaídos muestren mayor dificultad para evitar o detenerla, y que esto pueda vincularse con un mayor grado de malestar (Modell *et al.*, 1992), permite pensar que en los AA recaídos, los esfuerzos por controlarla contribuyen paradójicamente a su incremento, llevando al alcohólico de un nivel bajo a uno muy intenso como es argumentado por Abrams (2000) y por ende, haya quebrantando la decisión de no beber.

El puntaje obtenido de la sumatoria de los reactivos y distribuido en quintiles que expresaron niveles muy bajos, bajos, moderados, altos a muy altos, parece comprobar dicha posibilidad. De acuerdo con los análisis realizados, con mayor frecuencia, los niveles altos

y muy altos de la “obsesión mental de beber” se localizaron en los alcohólicos recaídos (70%), mientras los bajos y muy bajos se ubicaron en sus contrapartes (23%), apoyando, de alguna manera, la hipótesis que afirma que la mayor intensidad de *craving* hace más probable la recaída, mientras su opuesto incide en la abstinencia (Abrams, 2000).

No obstante, un porcentaje importante de los miembros de AA que han mantenido total abstinencia presentan la “obsesión mental de beber” en sus niveles altos y muy altos, por tanto es posible que no siempre percibir altos grados de la experiencia conduzcan a la recaída, como se ha hipotetizado ocurre con el *craving* (Tiffany, Carter, 1998; Shiffman *et al.*, 1996). Empero, esto no necesariamente contradice el hallazgo anterior, ya que basándose en la hipótesis de Abrams (2000) se puede pensar que los alcohólicos no recaídos, para resistir la obsesión de beber, movilizan ciertas habilidades de afrontamiento (con presunción adquiridas a través de la intensa participación en AA), quizá haciéndola menos invasiva y perturbadora, por ende, se esperaría que ante la experiencia se ejecuten tácticas que resultaron efectivas. Los datos de esta investigación comprueban este supuesto y de lo que se hablará más adelante, empero, debido a la falta de información sobre el afrontamiento a la “obsesión mental de beber”, se hizo imprescindible primero reconocer cuáles son las estrategias utilizadas, por lo que a continuación se discuten los hallazgos obtenidos acerca de esta variable.

MEDICIÓN DEL AFRONTAMIENTO A LA “OBSESIÓN MENTAL DE BEBER” (*CRAVING*) Y FORMAS DE AFRONTARLA EN MIEMBROS DE AA

Por lo que toca a la manera de afrontar la “obsesión mental de beber” (*craving*), se utilizaron las narrativas acerca de lo que los mismos miembros de AA piensan o hacen ante esto, con la intención de identificar ejemplos representativos de diversas y potenciales respuestas. Basándose en esos ejemplos se elaboró un instrumento de medición, el cual en esencia es empírico, conformándose por 45 reactivos dicotómicos que demostraron poseer buena confiabilidad interna ($K_r = .86$). Dado su carácter empírico, se utilizó un análisis multivariado de Conglomerado de Dos Fases o Bietápico para identificar categorías que pudieran establecer su fundamento teórico. Con este análisis se identificaron los siguientes cinco grupos de afrontamiento o conglomerados:

a) El primero se denominó *evasivo/activo*, dado que si bien encierra una conducta de escape, refleja intentos de toma de decisiones, por ejemplo, huir de la situación, pero hacer algo que la persona considere adecuado tal como ocuparse en algo, o buscar apoyo ya sea en los grupos de AA, en la religión o en un Poder Superior. Esta táctica estaría enfocada a la solución del problema por medio de tomar acciones, correspondiendo a un estilo conductual o de acción directa, empero, en los esfuerzos realizados por escapar de la situación se entremezclan dos técnicas: 1) búsqueda de apoyo instrumental, es decir, para obtener consejo o algún tipo de información, y 2) búsqueda de apoyo emocional, es decir, para obtener soporte moral o comprensión a través de la religión. Es importante mencionar que aunque la búsqueda de apoyo por estos dos motivos son conceptualmente distintos, en la práctica se ha demostrado que pueden coexistir (por ejemplo, Aldwin y Revenson, 1987), por tanto no es casual que en este estudio se conformaran en uno solo. Con esta base es posible suponer que, para evadir las situaciones de riesgo donde se despierta la “obsesión mental de beber”, algunos miembros de AA después de buscar información o apoyarse en aspectos religiosos (por ejemplo, platicar con Dios), sienten la necesidad de hacer algo constructivo para solucionar los efectos (físicos o emocionales) provocados por dicha experiencia.

b) La segunda forma para afrontar la “obsesión mental de beber” se denominó *emocional/pasiva*, ya que hace referencia a estados emocionales desagradables y en donde se omite toda acción, por ejemplo, enojarse cuando se experimenta, pero no comunicarlo por temor a la crítica de los otros AA o conservar los pensamientos para sí mismo. La táctica corresponde a lo que la literatura describe como un tipo de afrontamiento enfocado en las emociones (Lazarus, Folkman, 1986), predominante en las personas que sienten al estresor como algo que debe soportarse o como un suceso irremediable (incontrolable) (Rodríguez-Marín, 1995), pero que en este estudio parece complicarse con la imposibilidad de comunicación. La investigación a este respecto ha determinado que cuando el afrontamiento se centra en el manejo de las emociones y se combina con la dificultad de desahogo, aumenta los niveles de estrés e impide esfuerzos de afrontamiento más activo, haciendo más probable la utilización del alcohol como un medio de adaptación (Felton, Revenson, Hinrichsen, 1984). Por tanto, la táctica identificada adquirió gran importancia para este estudio, porque se esperaba que los miembros de AA que la utilizan pertenezcan

al grupo de recaídos; un hecho que no fue comprobado en este trabajo y lo cual se discute más adelante.

c) La tercera forma para afrontar la “obsesión mental de beber” se refiere a tratar la experiencia mediante cogniciones, como pensamientos sobre consecuencias negativas de beber, recuerdos negativos acerca del consumo y la percepción de un compromiso con la sociedad, familia y con los mismos grupos de AA, por lo que se denominó *revalorativa*. Esta táctica, en términos de Lazarus y Folkman (1986), más que hacer frente al estresor cumple con el objetivo de manejar las emociones, correspondiendo a un tipo de afrontamiento enfocado a las emociones. En este estilo de afrontamiento se esperaría que las personas no limitasen sus esfuerzos a reducir los efectos del estrés (distrés), sino a reinterpretar la situación de forma positiva, de tal forma que no resultara problemática (evaluación cognitiva secundaria) (Rodríguez-Marín, 1995). Esto, de acuerdo con la literatura, podría motivar de manera interna al individuo a continuar (o reasumir) con las acciones dirigidas a la solución de problemas (Lazarus, Folkman, 1986). En general, esta táctica sugiere que para solucionar los efectos estresantes de la “obsesión mental de beber”, algunos miembros de AA piensan, analizan o sopesan las consecuencias de beber, quizá comparen lo agradable de estar en abstinencia y se esfuercen por hacer cosas para mantener una visión optimista acerca de su futuro (como abstemios).

d) La cuarta forma de afrontar la “obsesión mental de beber” remitió a una conducta *evasiva/pasiva*. En general, la táctica indicó un comportamiento de escape a la situación, pero relacionado con actividades que sugieren una conducta de fuga y cierta emocionalidad. Por ejemplo, huir de la situación o lugar en donde se despierta la “obsesión mental de beber”, pero irse a dormir o encerrarse y evitar a la gente, o bien, dejar que pase por sí sola la sensación, sentir que era más feliz cuando se bebía, o sentir tristeza por la probabilidad de volver a beber. En esta forma de afrontamiento, se pueden intuir diversas tácticas dirigidas al manejo de las emociones, empero, con claridad estaría enfocado a distanciarse de manera conductual o mental de la experiencia “obsesión mental de beber”. De acuerdo con Rodríguez-Marín (1995), implicaría eludir, minimizar o restar importancia a la situación problema; para este investigador, la táctica algunas veces puede tener un resultado positivo; sin embargo, según sus explicaciones muchas veces es difícil de sostener, y en la medida que no puede sostenerse, no sólo podría fallar para disminuir el

distrés sino incrementarlo. Por tanto, se esperaría que no resulte del todo efectiva para los miembros de AA, en cuanto al afrontamiento a la “obsesión mental de beber”, tal y como se demostró en este estudio y se hará referencia más adelante.

e) La última táctica para afrontar la “obsesión mental de beber” fue considerada como una *negación* a la experiencia, dado que en la mayoría de las ocasiones los miembros de AA mencionan no enojarse por sentirla, no recordar lo malo de ser bebedor o el daño provocado a otros, no evitar situaciones o lugares de riesgo de consumo, etcétera, sugiriendo con esto conductas de negación. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), la negación también forma parte de los esfuerzos para afrontar situaciones evaluadas como estresantes. Esta táctica, sin embargo, es objeto de controversia, ya que puede implicar tanto consecuencias favorables como desfavorables. Wilson (1981) sostiene que la negación puede contener el potencial necesario para disminuir los efectos del estrés; pero también se ha argumentado puede provocar problemas adicionales, ya que el estresor podría ser ignorado dando paso a perturbaciones adicionales con un costo emocional difícil de eliminar, o inhibiendo el afrontamiento que finalmente debería producirse (Lazarus, Folkman, 1986; Matthews, Siegel, Kuller, Thompson, Varat, 1983). Los datos de este estudio demuestran la posibilidad de tener efectos negativos y positivos, no obstante, el hallazgo se discute en otro apartado.

En general y a manera de resumen, la clasificación acerca de las formas de afrontar la “obsesión mental de beber” identificadas en este trabajo, aunque todavía son exploratorias, permiten un primer acercamiento a la comprensión del comportamiento mostrado por algunos miembros de AA. Las tácticas parecen tener propiedades funcionales y no funcionales del afrontamiento a dicha experiencia, por lo que podrían proyectarse como importantes indicadores del pronóstico de recuperación en los miembros de AA de esta muestra. Sin embargo, como Magura *et al.* (2003) señalan, la variable que parece mediar las conductas de afrontamiento es el grado con que el alcohólico participa en AA. Pese a esto, no se encontraron trabajos de investigación que apoyaran tal supuesto. Con base en la casi total ausencia de trabajos empíricos acerca de ello, este estudio analizó como variables dependientes cada una de las formas de afrontamiento anteriormente descritas para facilitar la comprensión del vínculo que guardan con el grado de afiliación a AA. Además y debido a que, en teoría, el *craving* puede ser matizado por la forma de

afrontamiento utilizada por el alcohólico (Litman *et al.*, 1977; Marlatt, Gordon, 1985; Miller *et al.*, 1996; Niaura, 2000; Sinha, 2001), al análisis se adicionó la variable referente a la gradación de la “obsesión mental de beber” con la finalidad de explicitar la eficiencia de las tácticas de afrontamiento utilizadas por los miembros de AA de este estudio. Dentro de este contexto a continuación se comentan y discuten los resultados obtenidos.

GRADO DE AFILIACIÓN CON AA Y SU RELACIÓN CON FORMAS DE AFRONTAMIENTO A LA “OBSESIÓN MENTAL DE BEBER” Y NIVELES DE LA EXPERIENCIA

En el apartado anterior se describieron con detalle, las formas de afrontar la “obsesión mental de beber”. Esta sección responde al interés de cumplir con el objetivo de conocer su interacción con los niveles de esa experiencia y el grado de afiliación con AA, todo esto sustentado en el análisis del AID’s. Como pudo observarse en el apartado de resultados, aunque existe una relación estadísticamente significativa entre grados de afiliación e intensidad de la experiencia “obsesión mental de beber” (*craving*) con las cinco maneras identificadas para su afrontamiento, son múltiples y variadas las formas en que interactúan, llegando a identificarse hasta siete prototipos. Una explicación es que debido a que el árbol de decisión del AID’s fue un procedimiento automático, resultó bastante robusto y originó nodos con muy pocos registros; no obstante, la revisión exhaustiva de la mayor cantidad posible de divisiones evidenció aquellas oportunidades de encontrar más información sobre la asociación entre las tres variables (Magidson, 1992). A manera de simplificar la discusión, el análisis se limitará a los puntos más sobresalientes del análisis del AID’s (donde se agrupó a la mayor proporción de miembros de AA). Con esta base fue interesante observar lo siguiente:

1) Cuando los miembros de AA tienen más probabilidad de pertenecer a los grupos de afrontamiento *evasivo/activo* y *revalorativo* presentan baja “obsesión mental de beber” y alta afiliación con AA, 2) cuando son más probables de pertenecer al grupo de afrontamiento *evasivo/pasivo*, presentan una relación en sentido opuesto, esto es, alta “obsesión mental de beber” y muy baja afiliación con AA, 3) cuando tienen mayor probabilidad de pertenecer al grupo de afrontamiento *negación a la “obsesión mental de*

beber”, presentan los más bajos niveles de la experiencia, empero, no reunió los criterios estadísticos para una partición que la vinculara con la variable afiliación a AA, sugiriendo que es independiente de ésta, y 4) cuando tienen mayor probabilidad de pertenecer al grupo de afrontamiento *emocional/pasivo*, de manera sorpresiva presentan alta o muy alta afiliación con AA, aunque los niveles de la “obsesión mental de beber” son poco claros (bajos a altos).

Los datos en su conjunto sugieren que el grado de afiliación con AA y las cinco formas de afrontar son variables que podrían estar causalmente relacionadas, y también mutuamente asociadas con la tercera variable referente a los niveles de la “obsesión mental de beber”, pero con patrones de asociación claramente diferentes. Como pudo observarse en la síntesis anterior, las tácticas *evasiva/activa*, *revalorativa* y *de negación* tuvieron la característica común de relacionarse con los más bajos puntajes de la experiencia “obsesión mental de beber”, empero sólo las dos primeras se vincularon con el mayor grado de afiliación con AA.

Lo anterior lleva a suponer que los alcohólicos que participan de manera más activa e intensa en las labores de AA, incrementan o desarrollan habilidades de afrontamiento dirigidas a la solución del problema (evitan situaciones de consumo y buscan apoyo instrumental o emocional) y/o cognitivas (piensan en las consecuencias de beber), y que éstas resultan muy exitosas para resistir y superar los pensamientos obsesivos de alcohol (*craving*). El hallazgo de alguna manera coincide con apreciaciones de Magura *et al.* (2003) y Morgenstern *et al.* (1997), en la medida que un mayor grado de involucramiento en AA, facilita o aumenta estrategias para afrontar de forma eficaz el *craving*, o sus efectos psicofisiológicos.

Por otra parte, presentar conductas de negación ante la “obsesión mental de beber”, también se mostró como un estilo de afrontamiento efectivo para reducir o extinguir sus efectos concomitantes, por lo que concordando con argumentos teóricos, parece tener un potencial para aliviar el malestar producido (Wilson, 1981). Sin embargo, de acuerdo con hipótesis de Lazarus y Folkman (1986), esta táctica conlleva grandes riesgos pues aunque resulte efectiva, apropiada y tenga éxito en determinados aspectos de una situación estresante, también puede ser reflejo de una conducta de rechazo o distorsión de la realidad, que inhabilita el adecuado reconocimiento del problema (se ignora), socavando el

afrontamiento que debería ocurrir; por tanto, no resultó sorprendente encontrarla relacionada con la recaída. Este hallazgo se discute posteriormente.

Continuando con el análisis de la información sintetizada, es interesante observar que la forma de afrontar de manera *evasiva/pasiva* la “obsesión mental de beber”, muestra una interacción en sentido opuesto a las tácticas *evasiva/activa y revalorativa*, esto es, se asocia con los máximos niveles de la experiencia y con el menor grado de afiliación con AA. Este hallazgo sugiere que no estar suficientemente involucrado en AA, contribuye de manera significativa a la utilización de formas de afrontar que pueden resultar inapropiadas para reducir los efectos de la “obsesión mental de beber”. En general, el resultado indica que huir de la situación inductora de esa experiencia, sin utilizar estrategias alternativas y además no dar importancia a las emociones producidas (dejar que pase por sí sola), no sólo facilita los pensamientos obsesivos de alcohol, sino tiende a exacerbarlos. Esto coincide con los supuestos teóricos de Lazarus y Folkman (1986) y Rodríguez-Marín (1995), en la medida que la táctica de restar importancia o tratar de no pensar en un problema, no sólo ayuda a disminuir el distrés sino puede incrementarlo. En otras palabras, con probabilidad el alcohólico desarrolló una incesante preocupación por los pensamientos y su lucha por evitarlos fue a través de su distanciamiento (mental o conductual); no obstante, los esfuerzos por distanciarse pudieron debilitarse paulatinamente debido a la lucha por disminuirlos o controlarlos, causando problemas adicionales y haciendo aún más difícil su manejo, potenciando la aparición del *craving* obsesivo del que hablan los investigadores Anton *et al.* (1996) y Robinson y Berridge (1993).

Con base en la evidencia anterior es posible conjeturar que la táctica *evasiva/pasiva* es una forma mal-adaptativa de afrontar la “obsesión mental de beber” y dada la probabilidad de asociarse al menor grado de afiliación con AA, es razonable suponer que la falta de participación en AA impide la identificación de opciones más apropiadas. Además, el hecho de encontrar que los menos expuestos a AA también sean los menos equipados para afrontar con éxito la sensación, ayuda a confirmar que cuando no hay una participación activa el resultado satisfactorio muchas veces encontrado en AA tiende a disminuir (Cadwell, Cutter, 1998; Downey *et al.*, 2001; Humphreys *et al.*, 1997; McLatchie, Lomp, 1988).

Por último, es interesante observar que experimentar emociones negativas ante la “obsesión mental de beber” aunadas a su falta de comunicación (táctica *emocional/pasiva*) muestra patrones muy ambiguos al relacionarse con mayor frecuencia, con altos grados de afiliación a AA y con niveles muy variables de la experiencia (bajos o altos). Este hallazgo es intrigante y sugiere que los miembros de AA con mayor grado de afiliación, aún observan pensamientos relacionados con el alcohol y, sean leves o intensos, causan enojo, pero debido a su estatus (quizá sean personas distinguidas en AA) no lo comunican. En teoría, dicha táctica no es efectiva, ya que podría elevar los niveles de estrés y potenciar el uso del alcohol (Felton *et al.*, 1984). Sin embargo, en este estudio no se encontró relacionada con la recaída en algunos AA que la utilizan, lo que resultó sorprendente. Adelantando, pudiera ser el caso que el afrontamiento *emocional/pasivo* ante la “obsesión mental de beber”, más allá de tener la cualidad de mal-adaptativa, esté reflejando un proceso que puede involucrar una táctica raramente discutida en la literatura del estrés conocida como “aceptar y seguir adelante”, la cual implica la observación de pensamientos de manera relajada, distanciada o pasiva que, de acuerdo con Kavanagh, Andrade y May (2004), muchas veces permite terminar o prevenir pensamientos intrusivos relacionados al deseo de beber.

Resumiendo, los resultados indican que los intentos por resistir y sobreponerse a la “obsesión mental de beber”, como lo sugieren otros estudios realizados en el área del *craving*, por ejemplo, Miller *et al.* (1996) y Niaura (2000), se ven matizados por la calidad de la participación en AA; puede pensarse que a mayor involucramiento mayor probabilidad de conseguir adecuadas formas de afrontamiento, mientras una escasa participación puede producir respuestas insatisfactorias, aunque, pudieron notarse situaciones que no son muy claras como la táctica *emocional/pasiva*.

Con independencia de esto último, es posible argumentar que las distintas formas de afrontar la “obsesión mental de beber” coinciden con la literatura, en el sentido de suponer los esfuerzos que la persona hace para evitar un estresor o aminorar sus efectos (Lazarus, Folkman, 1986). Los esfuerzos pueden ser cognitivos, conductuales e incluso emocionales, observándose que el afrontamiento a la “obsesión mental de beber” parece involucrar todos esos aspectos. Se sabe que el tipo de afrontamiento utilizado por el alcohólico ante una situación que signifique riesgo de consumir, eleva o disminuye la probabilidad de recaída

(Cooper *et al.*, 1988; Litman *et al.*, 1984; Miller *et al.*, 1996), por tanto, el último objetivo de este trabajo se enfocó en establecer con mayor claridad si las tácticas identificadas influyen en dicho suceso considerando, en forma paralela, la relación que la afiliación con AA y los niveles de la “obsesión mental de beber” pudieran tener. Los resultados obtenidos se comentan y discuten a continuación.

LA RECAÍDA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE AFILIACIÓN CON AA, NIVELES DE “OBSESIÓN MENTAL DE BEBER” (*CRAVING*) Y DISTINTAS FORMAS DE AFRONTARLA

Con la finalidad de integrar la información hasta aquí obtenida es oportuno recordar el último objetivo de la segunda fase del estudio: conocer si las variables grado de afiliación con AA, niveles de la “obsesión mental de beber” y las cinco formas de afrontarla influyen en la recaída en el uso de alcohol, tomando en consideración diferencias entre los miembros de AA que han y no han recaído. El algoritmo del AID’s fue utilizado para entender la mejor manera en que las cuatro variables se relacionan.

En general, es interesante observar que dicha relación se encontró en específico para las tácticas de afrontamientos *emocional/pasiva*, *revalorativa* y *conductas de negación*. Como se pudo observar en la sección de resultados, la forma en que dichas variables interactúan con la no recaída vs. recaída en el uso de alcohol es múltiple y diversa, no obstante, tomando en cuenta los puntos más sobresalientes del análisis del AID’s es interesante observar tres circunstancias:

En primer lugar se pudo observar que la mayoría de los AA no recaídos tienen menos probabilidad de “pertenecer” al grupo de afrontamiento *emocional/pasivo*, empero, cuando “pertenecen”, en su mayoría, también se ubican como no recaídos, mostrándose en ambos grupos afiliación a AA con una tendencia a ser muy alta y niveles de la experiencia “obsesión mental de beber” con la tendencia opuesta (muy bajos).

Parte de este hallazgo sugiere que la afiliación con AA de moderada a muy alta y bajos niveles de la “obsesión mental de beber” son variables que podrían estar causalmente relacionadas y, ambas, mutuamente asociadas con la mayor probabilidad de mantener total abstinencia, en un número importante de miembros de AA que no afrontan la “obsesión

mental de beber” de manera *emocional/pasiva*. Con esta base, puede pensarse que la combinación entre moderada-alta afiliación con AA y bajos niveles de la “obsesión mental de beber” deriva en importantes beneficios para los miembros de AA de este estudio, en donde la estrategia en cuestión parece no jugar cualquier función. No hay investigación empírica que sustente este descubrimiento, pero parte de este resultado pueden compararse con otros estudios, que aunque se realizan en otros regímenes de tratamiento involucran los principios del programa de AA. Por ejemplo, Brown *et al.* (2002) en un estudio acerca de un programa de intervención de 12 pasos, determinaron que la reducción de la tentación e impulso de utilizar drogas (*craving*) se asocia con un resultado favorable, lo cual encontraron relacionado a la frecuencia de asistencia y mayor adherencia a los principios y conductas del programa de los Doce Pasos.

Por otra parte, en forma paralela, un hallazgo producido y que llama la atención es que enojarse aunado a la no comunicación como táctica de afrontar la “obsesión mental de beber”, si bien, no juega un papel significativo en muchos de los miembros de AA no recaídos, para algunos de éstos, al parecer resulta efectiva. No es posible conocer cómo estos miembros de AA interpretaron los reactivos que conformaron el conglomerado *emocional/pasivo* y aunque es difícil especular por qué se asoció con la tendencia a baja “obsesión mental de beber”, moderada-alta afiliación con AA y el hecho de no recaer en el consumo de alcohol, como ya se mencionó, parte de las razones podrían estar relacionadas con la posibilidad de representar una forma de adaptación especial, que involucra la observación de pensamientos de manera relajada, distanciada o pasiva, que pueden permitir la pronta terminación o disminución de los pensamientos intrusivos relacionados al deseo de beber (Kavanagh *et al.*, 2004). Mantener la calma a través de la aceptación de situaciones incontrolables y postergar el deseo de beber “sólo por hoy” son parte de los principios básicos de AA (AA, 1976, 1992, 2001), por tanto, su constante aplicación pudo ofrecer la oportunidad de inhibir o interrumpir el deseo de beber.

La naturaleza transitoria de los pensamientos obsesivos del alcohol también puede ser parte de la explicación. Algunos investigadores determinan que el tiempo de duración del *craving* es muy corto y, aunque sea intenso, si es resistido, disminuye y desaparece, en especial en los individuos que muestran una respuesta inicial a señales relacionadas con el alcohol (salivación) y se han expuesto a sucesivas sesiones terapéuticas (Monti,

Rohosenow, Rubonis, Niaura, Sirota, Colby, Goddard, Abrams, 1993b). Adicionalmente, Abrams (2000) considera que la baja intensidad de *craving* es fácil de resistir y no hay necesidad de utilizar respuestas específicas de afrontamiento. Con esta base, es permisible suponer que en algunos miembros de AA con mayor aleccionamiento en los principios de AA, al percibir la “obsesión mental de beber”, en lugar de insistir en evitarla o suprimirla, la observen y acepten, y quizá con su repetición llegue a convertirse en un pensamiento fugaz o transitorio que no amerita mayores esfuerzos de afrontamiento y por ende, no se percibe como importante su comunicación. Esto permanece a nivel de un supuesto, obviamente se requiere de mayor investigación para ofrecer una explicación más completa acerca de la relación entre la táctica *emocional/pasiva* y la no recaída, empero, sugiere la existencia de un método de afrontamiento que la investigación relaciona con la práctica de la meditación y reflexión (Kavanagh *et al.*, 2004). Ambas formas son promovidas por los 12 pasos, por lo que no se descarta una potencial influencia en la forma de afrontar en un subgrupo especial de miembros de AA de la muestra.

Por otra parte, y como un segundo hallazgo del análisis del AID’s se pudo observar lo siguiente: cuando los miembros de AA presentan una afiliación a AA con tendencia a ser muy baja, “no pertenecen” al grupo de afrontamiento *revalorativo* y muestran el máximo valor de la “obsesión mental de beber”, tienen mayor probabilidad de recaer en el consumo de alcohol; empero, cuando “pertenecen” a dicho grupo de afrontamiento, tienen mayor probabilidad de pertenecer a la categoría de no recaídos, los cuales, si bien reportan el valor más alto de la “obsesión mental de beber”, en su mayoría presentan el máximo valor de afiliación a AA.

Estos resultados sugieren que no siempre altos grados de la “obsesión mental de beber” inducen la recaída, siempre y cuando el alcohólico posea y/o ejecute adecuadas formas de afrontamiento, tal como ha sido señalado por Abrams (2000) en sus hipótesis acerca del *craving*. Como contraparte, si tales estrategias faltan, la “obsesión mental de beber” en su forma más intensa incrementa la probabilidad de la recaída, coincidiendo con estudios anteriores enfocados en el *craving* (Litman *et al.*, 1977; Shiffman 2000). Asimismo, una y otra circunstancia se encuentran asociadas con el grado de afiliación a AA; los menos afiliados son más probables a no recurrir a la táctica *revalorativa*, mientras

los más involucrados con probabilidad la utilizan con constancia, lo cual se encontró asociado de manera inversa con la recaída.

Resaltando una dirección positiva, los datos sugieren que pensar en las consecuencias negativas de beber (por ejemplo, beber empeoraría mi situación) o en los beneficios de mantener la abstinencia (por ejemplo, percibir lo agradable de la abstinencia o asumirse como no bebedor), así como apreciar un compromiso con la sociedad, familia y con los mismos grupos de AA, cuando se activan son métodos eficaces para reducir, o al menos resistir, los pensamientos intrusivos relacionados con el alcohol (“obsesión mental de beber”) que, al ocurrir en forma paralela a la más intensa participación en AA disminuye la probabilidad de recaída. Esto indica que la táctica está asociada con la fuerza del compromiso adquirido con AA, haciendo razonable suponer que la profundidad con que se adquirió dicho compromiso ayudó a desarrollar la estrategia de afrontamiento *revalorativa* y que ésta es efectiva para disminuir la “obsesión mental de beber” y evitar la recaída.

En una dirección opuesta, pero no incompatible, se encontró un vínculo entre la recaída con la tendencia a muy baja afiliación con AA, intensa “obsesión mental de beber” y la no utilización de la táctica *revalorativa* ante esa experiencia. Con claridad estos datos confirman que en los miembros de AA menos participativos, el pronóstico de recuperación disminuye. Como se ha mencionado, la falta de compromiso puede restringir la elección de adecuadas opciones de afrontamiento (Folkman, 1984; Lazarus, Folkman, 1986) y con ello, intensificar la percepción o las respuestas de estrés (DiClemente *et al.*, 2001; Marlatt, Gordon, 1985). Por tanto, no es sorprendente que en los alcohólicos menos comprometidos con AA la “obsesión mental de beber” sea intensa o muy estresante. Además, se sabe que si la condición de estrés es muy intensa se requiere de un gran esfuerzo de adaptación y si no lo hay o es deficiente, en el individuo que intenta la abstinencia la probabilidad de beber se incrementa (Rohsenow, Monti, 1999). Basándose en este supuesto, puede conjeturarse que al no estar lo suficientemente involucrados o comprometidos en las tareas de AA (por ejemplo, no tener un servicio o no dedicarle suficiente tiempo, y no practicar o espaciar la práctica de los pasos 4, 6-11), algunos de los miembros de AA, no alcanzaron a percibir un balance entre los costos/beneficios de beber o no beber, consumieron una primera copa y el efecto estimulante de ésta intensificó el deseo de más alcohol, conduciéndolos a perder el control en la cantidad consumida (Ludwig, Stark, 1974; Ludwig, Wikler, 1974) y a

continuar bebiendo por meses o años. En síntesis, podría asumirse que en ciertos miembros de AA, cuando apareció la “obsesión mental de beber” y no hubo un examen de los motivos por los que bebió o por los que abandonó el consumo, se incrementó la probabilidad de que la experiencia adquiriera niveles intensos y se produjera la recaída.

Por último, como un tercer hallazgo del análisis del AID's es interesante observar lo siguiente: la mayoría del grupo de AA no recaídos tienen más probabilidad de “no pertenecer” al grupo de afrontamiento *negación a la “obsesión mental de beber”*, muestran una afiliación a AA, así como los niveles de dicha experiencia con una tendencia a ser muy bajos; empero, cuando “pertenecen” a este grupo de afrontamiento, en su mayoría, caen en la categoría de recaídos, mostrando idénticas características de afiliación y “obsesión mental de beber” de aquéllos AA que se han mantenido en total abstinencia. Estos resultados sugieren que más allá del grado de afiliación con AA o niveles de la experiencia obsesión mental beber, presentar conductas de negación ante esta experiencia es lo que pudo haber ocasionado la recaída en algunos de los miembros de AA.

Aunque es muy reducido el número de AA que cayeron en esta categoría, la información permite apoyar la idea de que negar una condición de estrés es una forma mal adaptativa de afrontar (Lazarus, Folkman, 1986; Matthews *et al.*, 1983). Además, al considerar la asociación que guarda con la tendencia a percibir muy bajos niveles de la “obsesión mental de beber”, proporciona elementos para pensar que pudo implicar la desestimación del peligro o el daño real de la experiencia, inhibiendo el afrontamiento que finalmente debería producirse para prevenir la recaída. No obstante, es admisible preguntarse si el descenso se debió a la táctica de negar su potencial amenaza o alejar el grado de malestar producido o bien, simplemente, no hubo conexión con la sensación, ya que esto implicaría dos circunstancias: 1) que el procesamiento de la información referida a la amenaza no fuera impedida por completo, esto es, hubo cierto esfuerzo por manejar la situación, por ejemplo, alejar el pensamiento ignorándolo, aunque no resultó efectivo (Lazarus, Folkman, 1986), ó 2) que refleje una actitud defensiva sobre el consumo, es decir, que sea un total rechazo a la realidad de su problema de alcoholismo y que la atención aún se encuentre enfocada en el deseo de beber, ya sea a un nivel conciente o inconsciente (Verheul *et al.*, 1999).

De cualquier forma, los resultados sugieren que los miembros de AA que presentan conductas de negación ante la experiencia “obsesión mental de beber”, muestran baja afiliación con AA y han recaído en el consumo de alcohol, quizá mantienen serias dudas acerca de los beneficios ofrecidos por AA (Cloud *et al.*, 2004; Moss, Moss, 2004), o no se encuentran suficientemente motivados para cambiar (DiClemente *et al.*, 2001); tal vez encuentren difícil la aceptación del programa o tengan problemas para su aplicación y por ende, espacien su asistencia a las reuniones con mayor frecuencia que otro tipo de AA, limiten su participación en actividades de servicio o no interactúen con los otros alcohólicos o lo hagan de manera muy escasa (por ejemplo, no se apadrinen o no expongan su historia en tribuna), y como resultado estén demorando iniciar su proceso de recuperación. De hecho, AA reconoce la implicación de la negación en el proceso de recuperación del alcoholismo, y con frecuencia señala que el programa puede no funcionar para el alcohólico que no está convencido de abandonar el consumo (AA, 1992, 2001), lo cual parece confirmarse por los datos obtenidos por el análisis del AID's. Con base en esta información, podría ser importante alertar a los miembros de AA de los potenciales efectos de la negación, no sólo a la “obsesión mental de beber”, sino a cualquiera de las variables que impidan el reconocimiento del problema del alcoholismo.

En síntesis y de acuerdo con estos resultados, aparentemente las tres tácticas de afrontamiento muestran capacidad para interactuar con niveles de la “obsesión mental de beber” y grados de participación en AA, aunque sólo la táctica de afrontamiento *revalorativa* pudo diferenciar con mayor claridad a los miembros de AA recaídos de los no recaídos. No obstante, los datos obtenidos ofrecen interesante información. En general, al parecer los miembros de AA de este estudio, de manera predominante, no estilan conductas de negación o enojarse y no comunicar la “obsesión mental de beber”; sin embargo, algunos las llevan a cabo y presentan mayor o menor probabilidad de recaída dependiendo de la táctica. Por ejemplo, el efecto de las conductas de negación a la “obsesión mental de beber” aparece como más desfavorable al asociarse directamente con la recaída, mientras que enojarse y no comunicar la sensación parece tener un comportamiento menos desfavorable al asociarse con el mantenimiento de la abstinencia, aunque esto último sólo puede suponerse para un subgrupo especial de AA que presenta los mayores grados de afiliación con AA, y requiriere de mayor estudio y verificación.

Por último, los hallazgos indican que los pensamientos acerca de las consecuencias de beber y recordar los beneficios de permanecer en abstinencia (táctica *revalorativa*) tiene un papel primordial en los AA de este estudio, ya que recaer o no recaer en el consumo de alcohol parece depender de su implementación, en especial si la “obsesión mental de beber” es la más intensa. Es interesante notar que este tipo de pensamientos se cree tienen una importante función en los grupos psicoterapéuticos profesionales (Litman *et al.*, 1979; Monti *et al.*, 1993b; Rohosenow, Monti, Rubonis, Gulliver, Colby, Binkoff, Abrams, 2001) y se ha documentado su asociación con la total abstinencia (Rohsenow *et al.*, 2001), por lo que encontrarlos asociados con los AA no recaídos, apoyan la creciente especulación de que AA comparte el proceso de cambio común de otros tratamientos más formales, a pesar de las diferencias a nivel teórico entre éstos (Diclemente, Prochaska, 1998; Magura *et al.*, 2003). Asimismo, la táctica *revalorativa* al encontrarse efectiva y asociada con altos niveles de afiliación con AA, de alguna manera permite apoyar los resultados de otros estudios, en tanto que la fuerza de participación en AA es un importante indicador de respuestas positivas en el proceso de recuperación del alcohólico (Emrick *et al.*, 1993; Fiorentine, 1999; Fiorentine, Hillhouse, 2000; Humphreys *et al.*, 1998; Montgomery, *et al.*, 1995; Tonigan, *et al.*, 1996b).

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

Conocer los factores asociados a la recaída después de tratamiento o intentos por abandonar el consumo, continúa siendo de gran interés para los clínicos e investigadores en el área de las adicciones. La presente investigación propuso los temas de afiliación con AA, *craving* (utilizando el término con que el mismo alcohólico lo identifica) y su afrontamiento, con el propósito de conocer su eventual influencia en la recaída en el uso de alcohol para el caso específico de los miembros de AA. En nuestro país se sabe poco acerca de esos temas por lo que este trabajo es una aportación en su investigación.

En general, a manera de conclusión, los resultados de esta investigación sugieren lo siguiente:

a) Los miembros de AA que conformaron este estudio, parecen comprender el significado de *craving* y la asociación que guarda con la adicción al alcohol. Ellos describieron reacciones físicas o emocionales evocadas en contextos y situaciones específicas de consumo (apareadas al alcohol) que motivaron la ingesta de una copa y con esto la pérdida de control, lo cual concuerda de manera descriptiva con la literatura de *craving*.

b) Para identificar reacciones físicas o conductas que la literatura ha asociado con el *craving*, los miembros de AA de este estudio utilizaron el término “obsesión mental de beber”. En específico, la expresión se empleó para: 1) hablar de la pérdida de control en el consumo después de ingerir pocas cantidades de alcohol, 2) registrar que la exposición a situaciones relacionadas con el consumo provocaba fuertes reacciones físicas o emocionales, y 3) percibir que era una “idea fija y atormentadora de alcohol” asociada con la intención de beber que inquietaba o producía malestar. Todo esto concordó con la hipótesis que sostiene que el *craving* puede reflejar aspectos obsesivos y compulsivos del consumo (Modell *et al.*, 1992; Anton *et al.*, 1996); lo que a su vez, sustentó la ventaja de utilizar/adaptar instrumentos previamente diseñados para su medición (el OCDS y el Y-Bocs-hd).

c) En referencia a la escala diseñada para valorar la “obsesión mental de beber”, ésta contempló los aspectos cognitivos del *craving* (obsesividad y estrés). La escala pudo diferenciar miembros de AA no recaídos de los recaídos, ya que dicha “obsesión mental de beber” fue más frecuente, duradera, estresante, interfirió más en las actividades cotidianas, requirió de mayor esfuerzo para resistirse pero sin éxito y tendió a intensificarse después de sentir un leve deseo de beber (antojo por el alcohol), en los miembros de AA recaídos que en los no recaídos.

d) En cuanto a los niveles de la “obsesión mental de beber”, aunque con mayor frecuencia fueron los miembros de AA recaídos los que se situaron en el nivel más alto (quintil cinco), en ocasiones los AA no recaídos también se ubicaron en esta categoría. Esto coincidió con otros estudios en el sentido de que la mayor intensidad del *craving* no siempre provoca la recaída. No obstante, los mayores grados de afiliación con AA asociados con las tácticas de afrontamiento que resultaron efectivas para disminuir el estrés producido, parecieron incidir de manera importante en la explicación del mantenimiento de la abstinencia a pesar del máximo puntaje de la “obsesión mental de beber”. Esto concordó con el hecho de que el alcohólico mejora su pronóstico, si ante un intenso deseo de beber moviliza sus recursos de afrontamiento.

e) Referente a la afiliación con AA, en los miembros de AA de este estudio, los indicadores fueron: tiempo de pertenecer a la agrupación, frecuencia de asistencia a las reuniones, poseer el rol de “padrino”, tener un servicio y tiempo dedicado a éste, práctica de los pasos, la periodicidad de su ejercicio y el *despertar espiritual*. Se encontró que ya sea de manera independiente o en conjunto (gradación de la afiliación), los mayores índices se localizaron en los alcohólicos no recaídos, mientras los índices menores se encontraron en sus contrapartes.

f) En cuanto a las formas de afrontar la “obsesión mental de beber”, los miembros de AA refirieron conductas como evitar situaciones de riesgo pero buscando una solución (afrontamiento *evasivo/activo*), sólo huir de la situación (afrontamiento *evasivo/pasivo*), percibir emociones negativas (por ejemplo, enojarse) pero sin comunicar la sensación (afrontamiento *emocional/pasivo*), recordar y comparar su vida anterior como alcohólico activo (afrontamiento *revalorativo*) y no aceptar tener el problema (afrontamiento de *negación*); siendo las conductas *evasiva/activa* y *revalorativa* las respuestas de

afrontamiento más exitosas para reducir la “obsesión mental de beber” (estrés producido), lo que a su vez se asoció con los mayores grados de afiliación a AA.

g) Por último, en cuanto a la recaída en el consumo de alcohol, los análisis del AID’s señalan que el grado de afiliación a AA, los niveles de la “obsesión mental de beber” y afrontarla de forma *evasiva/pasiva, revalorativa y con negación*, son variables que podrían estar causal y mutuamente asociadas con el mantenimiento de la abstinencia vs. la recaída en los miembros de AA que participaron en este estudio. La forma en que dichas variables interactúan no es lineal. No obstante, se pudo identificar que los mejores predictores de la recaída fueron: menores índices de afiliación a AA, mayores niveles de la “obsesión mental de beber” y no ejercer el afrontamiento *revalorativo* cuando esta sensación alcanza altos niveles.

En suma y con base en todo lo dicho, la respuesta a la pregunta central de investigación de si el grado de afiliación con AA, niveles de *craving* y la forma de afrontarlo afecta la recaída en los miembros de AA, es afirmativa. Además, los hallazgos sugieren que el suceso físico y mental que según la literatura de AA obliga a sus miembros a continuar bebiendo, puede ser un reflejo de los aspectos cognitivos e incontrolables del *craving* (obsesividad de pensamientos relacionados con el alcohol y compulsividad del consumo), identificado por los AA de este estudio con el término “obsesión mental de beber”; cuyo reconocimiento quizá hizo más probable el aprendizaje o práctica de ciertas tácticas de afrontamiento efectivas que disminuyeron el riesgo de recaída. El aprendizaje en gran medida se debió a la forma de participación en AA; por lo que similar a otros estudios, nos lleva a resaltar que los alcohólicos que aceptan y permanecen activos en AA (desarrollan un compromiso) obtienen los mejores resultados (Downey *et al.*, 2001; Humphreys *et al.*, 1998). En forma particular, los hallazgos de este estudio llevan a suponer que la efectividad de AA para disminuir o contener la sensación de *craving* u “obsesión mental de beber” que induce la recaída, está en función del grado de participación o compromiso que logre desarrollar el alcohólico dentro de esta agrupación. No obstante, queda la siguiente interrogante, ¿qué motiva a los alcohólicos a comprometerse en las actividades de AA? ¿Pueden los motivos estar relacionados con la disposición al cambio? ¿Pueden relacionarse con las dimensiones espirituales del programa? Estudios adicionales serían importantes para dar la respuesta a estas interrogantes.

El presente estudio ofrece un panorama general acerca de la recaída en el uso de alcohol en alcohólicos que asisten a los grupos de AA tradicionales o de hora y media y que han mantenido la abstinencia por lo menos tres meses. No obstante, se deben considerar ciertas limitaciones. Primero, los datos están basados en la participación voluntaria (“buena voluntad”) y, por tanto sujetos a sesgos. La muestra se inclinó hacia los AA que han logrado mantener total abstinencia (74.5%) y, en consecuencia, los índices de recaída parecerían bajos (25.5%). Sin embargo, los datos coinciden con los argumentos de AA, al afirmar que más del 75% de sus miembros pueden permanecer en total abstinencia cuando logran adherirse plenamente a los grupos (AA, 2001). Segundo, la muestra de recaídos probablemente es un subgrupo de éstos. Se sabe que gran parte de los alcohólicos que ingresan a AA abandonan la reuniones (50%) con alta probabilidad de continuar o reasumir la conducta de consumo (Fiorentine, Hillhose, 2003); empero, el principio de anonimato imposibilita su seguimiento. Es muy probable que la mayoría de los AA que se consideraron como recaídos no se mantengan como tales, pero las diferencias encontradas con sus contrapartes permitieron conocer algunas de las áreas relacionadas con la recaída. Tercero, la muestra de mujeres es pequeña (cinco mujeres recaídas) limitando la capacidad para detectar los efectos de las variables consideradas en este estudio, según el sexo del alcohólico. La exploración de los efectos de AA sobre la conducta de consumo podría estar incompleta sin tales análisis, por lo que una recomendación para futuras investigaciones es ampliar la muestra en este sentido, para considerar las interacciones observadas. Además, aunque se sabe que el programa de AA puede beneficiar tanto a hombres como a mujeres, estudios de género en AA son escasos, por lo que sería importante examinar las variables de este estudio en mujeres, de tal forma que se conocieran las semejanzas o diferencias que por género pudieran existir.

Por otro lado, con el apremio de reconocer y ubicar los conceptos de *craving*, su afrontamiento y los aspectos que pudieran dar cuenta de la afiliación con AA, este estudio se inició desde una perspectiva descriptiva. El punto básico fue, además de aportar un lenguaje apropiado a los AA, sustentar la elaboración y construcción de instrumentos de medición requeridos que, a su vez, permitieran obtener resultados científicamente válidos. Los instrumentos desarrollados contaron con características psicométricas adecuadas y/o se apreciaron como de gran importancia dada la coincidencia entre el enfoque teórico y

empírico; aunque por tratarse de propuestas originales éstos tendrán que ser estudiados con mayor profundidad. De hecho, a la luz de los hallazgos de este estudio, existen áreas que tienen que mejorar en cuanto a su medición, por lo que me parece importante que investigación futura aborde los siguientes aspectos:

1. En lo referente a la afiliación con AA se debe mencionar que debido a los diversos rangos de calificación de las variables consideradas para su medición (en ocasiones es dicotómica, en otras ordinal y en otras continua acopladas de acuerdo a la posibilidad de la respuesta, por ejemplo, tener o no un “servicio” o un padrino, veces de asistir a las reuniones o tiempo de pertenecer a la agrupación –años, meses, días), dificultó su estructuración como escala, por lo que una recomendación es unificar los criterios de respuesta, por ejemplo, temporalidad o respuestas tipo Likert, para tener la posibilidad de construirla como tal. Esto sería importante porque permitiría conocer con mayor exactitud si los aspectos considerados en este estudio como indicadores de la afiliación con AA se pueden ubicar en dimensiones o no, esto es, si todos ellos son parte de un solo fenómeno (Humphreys *et al.* 1998) o son independientes entre sí, como argumentan Tonigan *et al.* (1996b).

2. En cuanto a los datos arrojados por el análisis de Conglomerados de dos Fases acerca de la forma de hacer frente a la “obsesión mental de beber”, éstos proporcionaron información importante e incorporaron referentes teóricos que reflejan el sistema de variables de afrontamiento que la literatura describe como aspectos importantes para lograr una conducta de adaptación ante un acontecimiento estresante. No obstante, debido a que los hallazgos son un primer acercamiento a la forma de afrontar esa experiencia particular, la información debe considerarse como preliminar y requiere de escrutinio adicional.

3. Con referencia específica a la experiencia “obsesión mental de beber”, los resultados obtenidos son por demás interesantes, ya que remiten a los aspectos cognitivos (obsesivos) del *craving* que pueden inducir la recaída y proporcionan alguna evidencia acerca del acontecer en respuesta a señales o estímulos relacionados (apareados) con el uso de alcohol. Por tanto, reconocer con mayor precisión la tipología de esas señales o estímulos podría ser importante en futuros estudios, ya que proporcionaría información acerca de los escenarios y características de las circunstancias particulares que pueden iniciar la “obsesión mental de beber”; esto podría ser de gran ayuda para los AA porque facilitaría la identificación de las

situaciones de riesgo o las reacciones que pudieran estar asociadas con dicha experiencia. Ciertamente, un mayor reconocimiento de esas circunstancias podría incrementar la posibilidad de utilizar recursos de afrontamiento que disminuyan el riesgo de recaída.

4. Por último, como se mencionó en el apartado anterior, cuando ocurre la recaída en los AA, ésta alcanza niveles muy severos y se caracteriza por la pérdida de control en el consumo e incapacidad para detenerse después de un trago de alcohol (compulsión), lo que la investigación ha identificado como el reflejo de uno de los mecanismos de *craving*. A este respecto, aunque se mostró cierta evidencia acerca de la compulsividad del consumo (cantidad de alcohol consumido después de una copa), no fue posible determinar de manera directa el vínculo que existe con el término “obsesión mental de beber”; sin embargo, los comentarios realizados por los miembros de AA, sugieren que pueden identificarla como un evento asociado con la incapacidad de controlar el consumo y por ende con la recaída.

Los aspectos compulsivos del consumo asociados con el término “obsesión mental de beber” no pueden analizarse únicamente con las narrativas ofrecidas por los AA sino que requieren de métodos más precisos, empero, la existencia de esa posibilidad abre un campo interesante para futura investigación. Además, como se mencionó en la introducción de este trabajo, si el alcohólico puede hablar en sus propios términos acerca de la sensación de *craving* hace más probable el aprendizaje de estrategias adecuadas para su afrontamiento, disminuyendo el riesgo de recaída (Abrams, 2000). Por tanto, reconocer o monitorear estados internos relacionados con el consumo problemático tal como la incapacidad de control, utilizando el término “obsesión mental de beber” es una aproximación prometedora en la prevención de recaídas en los AA.

Una cuestión fundamental en el área del alcoholismo es responder por qué la gente bebe en exceso y por qué después de haber abandonado el consumo retorna a éste. Dado que los efectos del alcohol son variados e impactan de manera distinta a las personas, contestar a esas preguntas no es tarea fácil, ya que involucran una multiplicidad de factores asociados. Por ejemplo, en la parte introductoria de este trabajo se fundamentó a la recaída como un suceso que puede caracterizarse por presentar diferentes etiología con distintas manifestaciones implicando diferencias individuales en el ámbito psicológico, biológico y social; esto sugiere que el tema no es un área bien delimitada. Pese a ello, en el área de las adicciones algunas teorías la explican como parte de la pérdida de control sobre el

consumo, lo cual es disparado cuando el alcohólico en abstinencia cae víctima de un intenso *craving*. Algunos teóricos acentúan la importancia de este concepto en la ocurrencia de la recaída, aunque también ha sido cuestionada esa importancia. Este trabajo no reconcilia los diferentes puntos de vista, ya que recaer y mantener la abstinencia pudo asociarse con los más altos índices de un suceso que pudo referir los aspectos obsesivos del *craving*. No obstante, lo más importante de este trabajo es evidenciar que los alcohólicos que asisten a los grupos de AA pueden percibir o reconocer el fenómeno con sus propios términos y asociarlo como uno de los principales problemas que ponen en riesgo la abstinencia, aún después de prolongados periodos de abstinencia (años). Además, la posibilidad de que el *craving* u “obsesión mental de beber” en su mayor intensidad no siempre provoque la recaída, confirma el axioma de que percibir un problema es crucial para responder ante este (Lazarus y Folkman, 1986); empero, al parecer en el caso del *craving*, para que la respuesta resulte efectiva una condición necesaria es involucrarse plenamente en las actividades de AA.

A manera de resumen, puede decirse que en los miembros de AA de este estudio, la recaída definida como el uso de cualquier cantidad de alcohol después de permanecer en abstinencia por lo menos tres meses, se debió a una variedad de factores que incluyen: “obsesión mental de beber” que fue difícil de controlar, falta de incorporación a un servicio o practicar las instrucciones recomendadas en los 12 pasos, fallas para cambiar un estilo de vida que puede ser interpretado como el *despertar espiritual*, negar el problema de la “obsesión mental de beber”, no recordar tiempos pasados del alcoholismo activo o no apreciar los beneficios de estar en abstinencia. Dicha recaída en ocasiones pudo significar el retorno a beber exceso por meses o años, pero no siempre fue así; es probable que en algunos AA recaídos el consumo se diera por periodos cortos. No obstante, para el alcohólico que practica el programa de AA el hecho de volver a beber podría tratarse o vislumbrarse como una señal de que hay áreas en su recuperación que aún requieren trabajarse. Con las precauciones y limitaciones propias de un estudio inicial, se espera que este trabajo sea una aportación para el reconocimiento de dichas áreas.

Resta comentar que aunque AA puede no funcionar o cubrir las necesidades de toda persona alcohólica, su accesibilidad y bajo costo hace de esta agrupación un servicio que merece reconocimiento especial, en el terreno económico. No obstante, si se considera que

los alcohólicos en AA se caracterizan por mostrar niveles altos de dependencia y que los resultados más favorables generalmente son para los más participativos hace que, independiente de lo económico, AA merezca reconocimiento especial en tanto que demuestra que la recuperación del alcoholismo es activa no pasiva, como lo han sugerido teóricos como Marlatt y Gordon (1985).

La investigación en AA es compleja debido entre otras razones al principio del anonimato, la variabilidad de las reuniones y los aspectos socio demográficos de sus integrantes; sin embargo, sin duda ofrece la oportunidad de avanzar en la comprensión acerca del por qué y cómo sucede la recuperación o no del alcoholismo fuera de los escenarios de tratamiento formal (McCrary, Miller, 1993). Por tanto, los esfuerzos de investigación deben de continuar para que el personal de salud, investigadores y educadores en prevención del alcoholismo de nuestro país amplíen su conocimiento acerca de esta agrupación. Una mejor comprensión de los factores terapéuticos potenciales propios del programa de AA o los beneficios de la participación activa podrían contribuir a fomentar no sólo la asistencia a las juntas (como regularmente se hace), sino el pleno involucramiento en las actividades recomendadas. Además, conocer apropiadamente a AA, también podría vencer los prejuicios o creencias erróneas que, tanto los cuidadores de la salud como los propios alcohólicos, pudieran tener acerca de estos grupos. Los efectos podrían reflejarse en la disminución de los costos de salud que implica la atención del alcoholismo y sus problemas asociados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AA. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. (1992). *El libro Grande*. México.
- AA. World Services (1976). *Alcoholics Anonymous*, (3rd ed), New York: Author
- AA. World Services (2001). *Alcoholics Anonymous*, (3rd ed), New York: Author
- Abrams, D. B. (2000). Transdisciplinary concepts and measures of craving: Commentary and future directions. *Addictions*, 95(Suppl. 2), S237-S246.
- Aldwin, C. M. & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 237-248.
- Alibrandi, L. A. (1985). The folk psychotherapy of Alcoholics Anonymous. In Zinberg S., Wallace, J., Blume, B. (Eds.). *Practical Approaches to alcoholism psychotherapy*, New York: Plenum.
- Alford, G. S. (1980). Alcoholics Anonymous: an empirical outcome study. *Addictive Behaviors*. 5, 359-370.
- Alford, G. S., Koehler, R.A. & Leonard, J. (1991). Alcoholics Anonymous-Narcotics Anonymous model inpatient treatment of chemically dependent adolescents: a two-year outcome study. *Journal of Studies on Alcohol*. 52(2), 118-126.
- Allen, J. P. (2000). Measuring treatment process variables in Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(3), 227-230.
- Annis, H. M. (1986). A relapse prevention models for treatment of alcoholics. In Miller, W., Heather, N. (Eds.). *Treating Addictive Behaviors* (pp. 407-421). New York: Plenum Publishing Corporation.
- Annis, H. M. & Davis, C. S. (1988). Relapse prevention. *Handbook of alcoholism Treatment Approaches*. New York: Pergamon Press, INC.
- Anton R. F. (1996). Neurobehavioral basis for the pharmacotherapy of alcoholism: Current and future directions. *Alcohol & Alcoholism*, 31, 43-53.
- Anton, R. F. (1999). What is Craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research and Health*, 23(3), 165-173.
- Anton, R. F. (2000). Obsessive-compulsive aspects of craving: Development of the obsessive compulsive drinking scale. *Addiction*, 95(Suppl. 2), S211-S217.
- Anton, R. F. & Drobos, D. J. (1998). Clinical measurement of craving in addiction. *Psychiatric Annals*, 28, 553-560.
- Anton, R. F., Moak, D. H. & Latham, P. K. (1995). The obsessive compulsive drinking scale: A self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behaviour. *Clinical and Experimental Research*, 19, 92-99.
- Anton, R. F., Moak, D. H. & Latham, P. K. (1996). The obsessive compulsive drinking scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. *Archives of General Psychiatry*, 53, 225-231.
- Arminen, I. (1991). "Outline for comparative analyses of AA life stories: a research note". *Contemporary Drug Problems/Fall*, 499-523.
- Armor, D., Polich, J. & Stambul, H. (1978). *Alcoholism and Treatment*. New York: Wiley.

- Babor, T., Cooney, N. L. & Lauerman, R. J. (1987). The dependence Syndrome Concept as a psychological theory of relapse behaviour: An empirical evaluation of alcoholic and opiate addicts. *British Journal of Addiction*, 82, 393-405.
- Baker, T. B., Morse, E. & Sherman, J. E. (1987). The motivation to use drugs: A psychobiological analysis of urges. In Rivers P. C. (Ed.). *Nebraska Symposium on Motivation: Alcohol Use and Abuse* (pp. 257-323). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Bandura, A. (1969). *Social Learning theory*. Prentice-Hall, INC.
- Bean, M. (1975). Alcoholics Anonymous: Chapter 1: principles and methods. *Psychiatric Annals*, 5, 7-21.
- Beresford, T. (1991). The nosology of alcoholism research. *Health World. Health & Research* (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), 15(4), 260-265.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2000). Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative survey on treatment utilisation of natural recovery, *Addiction*, 100, 405.
- Bohn, M. J., Krahn, D. D. & Staehler, B. A. (1995). Development and initial validation of a measure of drinking urges in abstinent alcoholics. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 19, 600-606.
- Bohinc, E. & Orenstein, A. C. (1950). *An evaluation of the services and program of the Minneapolis chapter of Alcoholics Anonymous*. Master's Thesis. University of Minnesota.
- Boscarino, J. (1980). Factors related to "stable" and "unstable" affiliation with Alcoholics Anonymous. *International Journal of Addiction*, 15, 839-848.
- Brown, T. G., Seraganian, P., Tremblay, J. & Annis, H. (2002). Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-Step aftercare programs for substance abuser. *Addiction*, 97, 677-689.
- Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E. & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
- Burman, S. (1994). The disease concept of alcoholism: Its impact on women's treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(2), 121-126.
- Buydens-Branchey, L., Branchey, M., Fergeson, P., Hudson, J. & McKernin, C. (1997). Hormonal psychological and alcohol craving changes after m-cholophenylpiperazine administration in alcoholics. *Clinical and Experimental Research*, 21, 220-227.
- Cadwell, P. E. & Cutter, H. S. (1998). Alcoholics Anonymous affiliation during early recovery. *Journal substance Abuse Treatment*, 15, 221-228.
- Campillo, C., Díaz, R. & Romero, M. (1987). La Prevención del alcoholismo y los problemas relacionados con el Alcohol. *Psiquiatría*, 3(3), 179-191.
- Carroll, S. (1993). Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 297-301.
- Catalano, R. F., Hawkins, J. D., Wells, E. A., Miller, J. & Brewer, D. D. (1990-91). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risk for relapse and promising approaches for relapse prevention. *The International Journal of the Addictions*, 25(9), 1085-1099.
- Chappel, J. N. (1992). Effective use of Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous in treating patients. *Psychiatric Annals*, 22(8), 409-418.

- Cloninger, C. R., Bohman, M. & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry*, 38(8), 861-868.
- Cloud R. N., Ziegler C. H. & Blondell, R. D. (2004). What is Alcoholics Anonymous affiliation? *Substance Use & Misuse*, 39(7), 1117-1136.
- Condelli, W. S. & De Leon, G. (1993) Fixed and dynamic predictors of retention in therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(1), 11-16.
- Coonors, G. J., Maisto, S. A. & Donovan, D. M. (1996). Conceptualisations of relapse: Summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91(Suppl.), S5-S13.
- Cook, C. H. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99, 539-551.
- Cooney, N. L., Baker, L. H., Pomerleau, O. F. & Josephy, B. (1984). Salivation to drinking cues in alcohol abuser: toward the validation of a psychological measure of craving. *Addictive Behaviors*, 9, 91-94.
- Cooney, N. L., Litt, M. D., Morse, P. A., Bauer, L. O. & Gaupp, L. (1997). Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity and relapse in treated alcoholic men. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 243-250.
- Cooper, M. L., Russell, M. & George, W. H. (1988). Coping expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 218-230.
- Cottler, L. B. (1993). Comparing DSM-R and ICD-10 substance use disorders. *Addiction*, 88(Suppl.), 689-696.
- Crape, B., Latkin, C., Laris, A., Knowlton, A. (2002). The effects of sponsorship in 12-step treatment of injection drug users. *Drug & Alcohol Dependence*, 65, 291-301.
- De la Fuente, R. & Medina-Mora, M. E. (1992). El abuso del alcohol y el alcoholismo. En: Las Adicciones en México y Problemas Relacionados. *Capítulo del libro en preparación "La Salud Mental en México"*. Documento interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J., Zweben, A., Morrel, T. & Lee, R. E. (2001). Motivation hypothesis causal chain analysis. En: Logabaug, R., Wirtz, P.W. (Eds). *Project MATH Hypotheses: Results and Causal Chain Analyses*, Bethesda MD (pp. 206-222). National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- DiClemente, C.C. & Prochaska, J. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical modes of change: stages of change and addictive behaviors. In Miller, WR., Heather, N. (Eds). *Addictive Behaviors* (pp. 3-24). NY: Plenum Press.
- Donovan, M. E. (1984). A sociological analysis of commitment generation in Alcoholics Anonymous. *British Journal of Addictions*, 79, 411-418.
- Donovan, D. M. (1996). Marlatt's classification of relapse precipitants: is the emperor still wearing clothes? *Addiction*, 91(Suppl.), S131-S137.
- Donovan, D. M. & Chaney, E. F. (1985). Alcoholic relapse prevention and intervention: models and methods. In Marlatt, GA., Gordon, JR. (Eds). *Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviour* (pp. 351-416), New York: Guilford Press.
- Downey, L. Rosengren, D.B. & Donovan D. M. (2001). Sources of motivation for abstinence: A replication analysis of the reasons for quitting questionnaire. *Addiction Behavior*, 26(1), 79-89.
- Drobes, D. J. & Thomas, S. E. (1999). Assessing craving for alcohol. *Alcohol Research & Health*, 23(3), 179-186.

- Drummond, D. C. (2000). What does cue-reactivity have to offer clinical research? *Addictions*, 95(Suppl. 2), S129-S144.
- Drummond, D. C. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, 96, 33-46.
- Drummond, D. C. & Glautier, S. (1994). A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 809-817.
- Drummond, D. C., Litten, R. Z., Lowman, C. & Hunt, W. A. (2000). Craving research: Future directions. *Addiction*, 95(Suppl. 2), S247-S255.
- Dustin, A. P., Plante, T. G., Sherman, A. & Stump, J. E. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 19, 347-354.
- Emrick, C.D. (1987). Alcoholics Anonymous: Affiliation processes and effectiveness as treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 11, 416-423.
- Emrick C. D., Tonigan J. S., Montgomery H. A. & Little L. (1993) Alcoholics Anonymous: What is currently know? In McCrady B.S. & Miller W.R. (Eds). *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives* (pp 41-76). New Brunswick : Rutgers Center on Alcohol Studies.
- Erickson, C. K. (1992). A pharmacologist's opinion alcoholism: the disease debate needs to stop. *Alcohol & Alcoholism*, 27, 325-328.
- Felton, B. J., Reverson, T. A. & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, 18, 889-898.
- Fiorentine, R. (1999). After drug treatment: Are 12-step programs effective in maintaining abstinence? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 93-116.
- Fiorentine, R., & Hillhouse, M. P. (2000). Drug treatment and 12-step programs participation: the additive effects of integrated recovery activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 65-74.
- Fiorentine, R. & Hillhouse, M. (2003). Why extensive participation in treatment and twelve-step programs is associated with the cessation of addictive behaviors: An application of the Addicted-Self Model of recovery. *Journal of Addictive Diseases*, 22, 35-55.
- Flannery, B., Roberts, A., Cooney, N., Swifft, R., Anton, R. & Rohsenow, D. (2001). The role of craving in alcohol use, dependence and treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 299-308.
- Fleming, R., Baum, A. & Singer, J.E. (1984). Toward an integrative approach to the study of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 939-949.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping process: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
- Forcehimes, A. A. (2004). De Profundis: Spiritual transformation in Alcoholics Anonymous. *Journal of Clinical Psychology*, 60(5), 503-517.
- Gabhainn, S. (2003). Assessing sobriety and successful membership of Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Use*, 8, 55-61.

- Geerlings, P. & Lesch, O.M. (1999). Introduction: craving and relapse in alcoholism: neurobio-psychosocial understanding. *Alcohol & Alcoholism*, 34(2), 195-196.
- Gilbert, F. S. (1991). Development of a "steps questionnaire". *Journal Studies on Alcohol*, 52(4), 353-360.
- Goldsmith, J. (1998). The clinical management of craving: what do empirical studies teach us? *Psychiatric Annals*, 28, 587-600.
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.
- Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Moller, N., Hermansen, L., Winokur, G. & Buze, S. B. (1974). Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 31(2), 164-169.
- Gorski, T. T. & Miller, M. (1979). *Counselling for Relapse Prevention*. Hazel Creste, Chicago, IL: Alcoholism Systems Associates.
- Gorski, T.T., Miller, M. (1986). *Staying sober: A guide for relapse prevention*. Independence, MO: Herald House/Independence.
- Gorsuch, R. L. (1993). Assessing spiritual variables in Alcoholics Anonymous research. In McCrady, B. S. & Miller, W. R. (Eds). *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives* (pp. 301-318). Rutgers Center for Alcohol Studies.
- Gorsuch, R. L. (1995). Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal Social Issues*, 51, 65-85.
- Gossop, M., Harris J., Best, D., Man, L-H., Manning, V., Marshall, J. & Strang, J. (2003). Is attendance at Alcoholics Anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. *Alcohol: Alcohol*, 38(5), 421-426.
- Grace, A. (2000). The tonic/phasic model of dopamine system regulation and its implications for understanding alcohol and psychostimulant craving. *Addiction*, 95(Suppl. 2), S119-S128.
- Harris, J., Best, D., Gossop, M., Marshall, J., Man, L.H., Manning, V. & Strang, J. (2003). Prior Alcoholics Anonymous (AA) affiliation and the acceptability of the twelve steps to patients entering UK statutory addiction treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 257-261.
- Hawkins, J. A. & Catalano, R. F. (1985). Aftercare in drug abuse treatment. *The International Journal of the Addictions*, 20(5), 917-945.
- Heather, N. & Stallard, A. (1989) Does the Marlatt model underestimate the importance of conditioned craving relapse process? In Gossop, M. (Ed.). *Relapsed and Addictive Behaviour* (pp. 180-208), London: Routledge.
- Herrmann, M. J., Geir Weijers, H., Wiesbeck, G. A., Aranda, D., Böning, J., & Fallgatter, A. J. (2000). Event-related potentials and cue-reactivity in alcoholism. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 24(11), 1724-1729.
- Hodgson, R., Rankin, H. & Stockwell, T. (1979). Alcohol dependence and priming effect. *Behaviour Research & Therapy*, 17, 379-387.
- Humphreys, K., Kaskutas, L. A. & Weisner, C. (1998). The Alcoholics Anonymous affiliation scale: Development, reliability, and norms for diverse treated and untreated populations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(5), 974-978.
- Humphreys, K., Moos, R.H. & Cohen, C. (1997). Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *Journal Studies on Alcohol*, 58, 231-238.

- Humphreys, K., Moos, R. & Finney, J. (1995). Two pathways out of drinking problems in professional treatment. *Addictive Behaviors*, 20(4), 427-441.
- Humphreys, K. & Noke, J. M. (1997). The influence of post treatment mutual help groups participation on the friendship network of substance abuse patient. *American Journal of Community Psychology*, 25, 1-16.
- Jarusiewicz, B. (2000). Spirituality and addiction: relationship to recovery and relapse. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 99-110.
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease of Alcoholism*. Highland Park, NJ: Hillhouse Press.
- Jellinek, E. M., Isbell, H., Lundquist, G., Tiebout, H. M., Duchene, H., Maredones, J. & Macleod, L. D. (1955). The "craving" for alcohol. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 16, 34-66.
- Kammeier, M. L., & Anderson, P. O. (1976). *Two years later: Posttreatment participation in a AA by 1970 Hazelden patients*. Paper presented at the annual meeting of alcohol and drugs problems association of North America. New Orleans.
- Kaplan, R. F., Cooney, N. L., Baker, L. H., Gillespie, R. A., Meyer, R. E. & Pomerleau, O. F. (1985). Reactivity to alcohol-related cues: Physiological and subjective responses in alcoholics and nonproblem drinkers. *Journal of Studies on alcohol*, 46(4), 267-272.
- Kaskutas, L. (1998). The social model approach to substance abuse recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 5-6.
- Kaskutas, L. A., Turk, N., Bond, J. & Weisner, C. (2003). The role of religion, spirituality and Alcoholics Anonymous in sustained sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21, 1-16.
- Kassel, J. D. & Shiffman, S. (1992). What can hunger teach us about drug craving? A comparative analysis of the two constructs. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 14, 141-167.
- Kassel, J. D. & Wagner, E. F. (1993). Processes of change in alcoholics anonymous a review of possible mechanism. *Psychotherapy*, 30(2), 222-234.
- Kavanagh, D. J., Andrade, J. & May, J. (2004). Beating the urge: implications of research into substance-related desires. *Addictive Behaviors*, 29, 1359-1372.
- Keller, M. & Doria, J. (1991). On defining alcoholism. Health World. *Health & Research (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)*, 15(4), 253-259.
- Kelly, J. F., Myers, M. G. & Brown, S. A. (2000). A multi-variate process model of adolescent 12-step attendance and substance use outcome following inpatient treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(4), 376-389.
- Kerr, N. (1889). *Inebriety: its aetiology, pathology, treatment and jurisprudence*. London: HK Lewis.
- Khantzian, E. J. & Mack, J. E. (1994). How AA works and why its important for clinicians to understand. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 77-92.
- Kline, P. (1993). *The Handbook of psychological testing*. London: Routledge.
- Koob, G. F. & Le Moal, M. (1997). Drug abuse: Hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, 278(3), 52-57.
- Kozlowski, L.T., Mann, R. E., Wilkinson, D. A. & Poulos, C. X. (1989). "Cravings" are ambiguous: ask about urges or desire. *Addictive Behavior*, 14, 443-445.
- Kozlowski, L. T. & Wilkinson, D. A. (1997). Use and Misuse of the concept of craving by alcohol, tobacco and drug researches. *British Journal of Addiction*, 82, 31-36.

- Kranzler, H. R., Mulgrew, C. L., Modesto-Lowe, V. & Burleson, J. A. (1999). Validity of the obsessive compulsive drinking scale (OCDS): Does craving predict drinking behavior? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(1), 108-114.
- Kripestanpel, P. (1988) Genetic Alcoholism and risk of relapse. In Daley, D. (Ed). *Relapse: conceptual, research, and clinical perspective*. New York: Haworth Press.
- Kurtz, E. (2002). Alcoholics Anonymous and the Disease Concept of Alcoholism. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 20(3/4), 5-40.
- Kurtz, E. & Ketchman, K. (1992). *The Spirituality of Imperfection: Storytelling and Journey to Wholeness*. New York, Bantam Book.
- Latack, J.C. & Havlovik, S. J. (1992). Coping with job stress: a conceptual evaluation framework for coping measures. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 479-508.
- Laurent, J., Catanzaro, S. J. & Kuenzi Callan, M. (1997). Stress, alcohol-related expectancies and coping preferences: A replication with adolescents of the Cooper et al. (1992) model. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 644-651.
- Lazarus, A.A. (1965). Towards the understanding and effective treatment of alcoholism. *South African Medical Journal*, 39, 736-741.
- Lazarus, R. S. (1974). Cognitive and coping process in emotion. In Weiner, B. (Ed.) *Cognitive views of human motivation* (pp. 21-32). New York: Academic Press.
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S., Averill, J.R. & Opton, E.M. (1970). Toward a cognitive theory of emotions. In Arnold, M. (Ed). *Feelings and Emotions* (pp. 207-232). New York: Academic Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lê, A. D., Quan, B., Juzytch, W., Fletcher, P. J., Joharchi, N., & Sasam, Y. (1998). Reinstatement of alcohol-seeking by priming injections of alcohol and exposure to stress in rats. *Psychopharmacology*, 135, 169-174.
- Lettsom, J. C. (1787). Some remarks on the effects of lignum quassiae amare. *Memories of the Medical Society of London*, 1, 128-165.
- Levin, H. G. (1984). The alcohol problem in America: from temperance to alcoholism. *British Journal of Addictions*, 79, 109-119.
- Litleton, J. (1995). Acomprostate in alcohol dependence: how does it work? *Addiction*, 90, 1179-1188.
- Litman, G.K. (1974). Stress, affect and craving in alcoholics. *Quarterly Journal Studies on Alcohol*, 35, 131-146.
- Litman, G. K., Eiser, J. R., Rawson, N. & Oppenheim, A. N. (1977) Towards a typology of relapse: a preliminary report. *Drug and Alcohol Dependence*, 2, 157-162.
- Litman, G. K., Eiser, J. R., Rawson, N. & Oppenheim, A. N. (1979). Differences in relapse precipitant and coping behaviour between alcohol relapses and survivors. *Behaviour Research & Therapy*, 17(2), 89-94.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., Peleg, M. & Jackson, P. (1984). The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. *British Journal of Addictions*, 79(3), 283-291.
- Litt, M. D., Cooney, N. L., Kadden, R. M. & Gaupp, L. (1990). Reactivity to alcohol cues and induced moods in alcoholics. *Addictive Behaviors*, 15, 137-146.

- Litt, M. D., Cooney, N. L. & Morse, P. (2000). Reactivity to alcohol-related stimuli in laboratory and in the field: Predictions of craving in treated alcoholics. *Addictions*, 95(6), 889-900.
- Llorente, J. M., Fernández, C. & Gutiérrez, M. (2000). Prediction of relapse among heroin users treated in spanish therapeutic communities: A comparison of different models. *Substance Use and Misuse*, 35(11), 1537-1550.
- Lowman, C., Hunt, W. A., Litten, R. Z. & Drummond D. C. (2000). Research perspectives on alcohol craving: an overview. *Addictions*, 95(Suppl. 2), S45-S54.
- Ludwing, A. M. & Stark, L. H. (1974). Alcohol craving. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 890-905.
- Ludwing, A. M. & Wikler, A. (1974). "Craving" and relapse to drink. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 108-130.
- Ludwing, A. M., Wikler, A. & Stark, L. H. (1974). The first drink: Psychobiological aspects of craving. *Archives of General psychiatry*, 30, 539-547.
- Magidson, J. (1992). The CHAID approach to segmentation modeling: Chi-squared Automatic Interaction Detection. *Handbook of Marketing Statistical Innovation Inc.*
- Magura, S., Knight, E. L., Vogel, H. S., Mahmmod, D., Laudet, A. B. & Rosenblum, A. (2003). Mediators of effectiveness in dual-focus self-help groups. *The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, 29, 301-322.
- Marlatt, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: a cognitive-behavioral analysis. In Nathan, P. E., Marlatt, G. A. & Loberg, T. (Eds). *Alcoholism: New Directions in Behavioral Research and Treatment* (pp. 271-314). New York, Plenum Press.
- Marlatt, A. G. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In Marlatt, G. & Gordon, J. R. (Eds.) *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, A. G. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91(Suppl.), S37-S49.
- Marlatt, A. G. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford press.
- Masserman, J. H. & Yumm, S. (1946). An analysis of the influence of alcohol experimental neurosis in cats. *Psychosomatic Medicine*, 8.
- Mattews, K. A., Siegel, J. M., Kuller, L. H., Thompson, M. & Varat, M. (1983). Determinants of decisions to seek medical treatment by patients with acute myocardial infarction symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1144-1156.
- Mayan, M. J. (2001). *An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals*. International Institute for Qualitative Methodology. University of Alberta, Canada.
- McCrary, B. S. (1994). Alcoholics Anonymous and behavior therapy: Can habits be treated as diseases? Can diseases be treated as habits?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1159-1166.
- McCrary, B. S., Noel, N. E., Abrams, D. B., Stout, R. L., Nelson & H.F., Hay, W. M. (1986). Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 459-467.

- McCrary, B. S., Epstein, E.E. & Hirsch, L. S. (1996). Issues in the implementation of a randomized clinical trial that includes Alcoholics Anonymous: Studying AA-related behavior, during treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 604-612.
- McCrary, B. S., Miller, N. W. (1993). The importance of research on Alcoholics Anonymous. In McCrary, B. S., & Miller, N. W. (Eds.). *Research on Alcoholics Anonymous: opportunities and alternatives* (pp. 3-11). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- McKay, J. R., Alterman, A. I., McLellan, A. T. & Snider, E. C. (1994). Treatment goals, continuity of care, and outcome in a day hospital substance abuse rehabilitation program. *American Journal of Psychiatry*, 151, 254-259.
- McKay, J. R., Maisto, S. A. & O'Farrell, T. J. (1996). Alcoholics' perceptions of factors in the onset and termination of relapses and the maintenance of abstinence: results from a 30-month follow-up. *Psychology Addictive Behaviors*, 10, 167-180.
- McLatchie, B. H. & Lomp, K. G. (1988). Alcoholics Anonymous affiliation and treatment outcome among a clinical sample of problem drinkers. *Drug Alcohol Abuse*, 14(3), 309-324.
- Miller, W. R. (1990). Spirituality: the silent dimension in addiction research. *Drug and Alcohol Review*, 9, 259-266.
- Miller, W. R. (1996). What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction*, 91(Suppl.), S15-S27.
- Miller, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other problems. *Addiction*, 93, 979-990.
- Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D. & Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol* 53, 249-261.
- Miller, W. R. & Kurtz, E. (1994). Models of alcoholism used in treatment: Contrasting AA and other perspectives with which it is often confused. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 159-166.
- Miller, W. R. & Sanchez-Craig, M. (1996). How to have a high success rate in treatment: advice for evaluators of alcoholism programs, *Addiction*, 91, 779-785.
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J. & Toningan, J. S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addictions*, 91(Suppl.), S155-S171.
- Modell, J. C., Glaser, F. B., Cyr, L. & Mountz, J. M. (1992). Obsessive and compulsive characteristics of craving for alcohol abuse and dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(2), 272-274.
- Monti, P. M., Binkoff, J. A., Abrams, D. B., Zwick, W. R., Nirenberg, T. D. & Liepman, M. R. (1987). Reactivity of alcoholics and nonalcoholics to drinking cues. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 122-126.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J. & Hutchison, K. E. (2000). Toward bridging the gap between biological, psychobiological and psychosocial models of alcohol craving. *Addiction*, 95(Suppl.), S229-S236.
- Monti, P. M., Rohosenow, D. J., Rubonis, A., Niaura, R., Sirota, A., Colby, S. & Abrams, D. B. (1993a). Cues reactivity: effects of detoxification and extended exposure. *Journal Studies on Alcohol*, 54(2), 235-245.
- Monti, P. M., Rohosenow, D. J., Rubonis, A., Niaura, R., Sirota, A., Colby, S., Goddard, P. & Abrams, D. B. (1993b). Cues exposure with coping skills treatment for male

- alcoholics: a preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1011-1019.
- Montgomery, H. A., Miller, W. R., & Toningan, J. S. (1995). Does Alcoholics Anonymous involvement predict treatment outcome? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(4), 241-246.
- Moos R.H. & Moos B.S. (2004). Long-term influence of duration and frequency of participation in Alcoholics Anonymous on individuals with alcohol use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 81-90.
- Moreland, R. L. & Levine, J. M. (1989). Newcomers and oldtimers in small groups. In P. Paulus (Ed). *Psychology of group influence* (pp. 143-186). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Morgenstern, J., Bux, DA., Labouvie, E., Morgan, T., Blanchard, K. & Muench, F. (2003). Examining mechanisms of action in 12-step community outpatient treatment.. *Drug and Alcohol Dependence*, 72, 237-247.
- Morgenstern, J., Labouvie, E., McCrady, B. S., Kahler, C. W. & Frey, R. M. (1997). Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: A study of its therapeutic effects and mechanisms of action. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 65(5), 768-777.
- Morjaria, A. & Orford, J (2002). The role of religion and spirituality in recovery from drink problems: a qualitative study of Alcoholics Anonymous members and South Asian men. *Addiction Research & Theory*, 10(3), 225-256.
- Morse, J. M. & Field, P. A.. (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mossberg, D., Lijljeberg, P. & Borg, S. (1985). Clinical condition in alcoholics during long-term abstinence: A descriptive, longitudinal treatment study. *Alcohol*, 2, 551-553.
- Murphy, S. A. (1993). Coping strategies of abstainers from alcohol up to three years post-treatment. *IMAGE*, 25(1), 29-35.
- NIAAA. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1989). *Alcohol Alert*, 6 (PH 277), 1-4.
- NIAAA. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (October 2001). *Alcohol Alert*, 54, 1-4.
- Niaura, R. (2000). Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction*, (Suppl. 2), S155-S163.
- Niaura, R., Rohsenow, D. J., Binkoff, J. A., Monti, P. M., Pedraza, M. & Abrams, D. B. (1988). Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal Abnormal Psychology*, 97, 133-152.
- Nowinski, J. (1993). Questioning the answers: research and the AA traditions. In McCrady, BS., Miller, WR. (Eds). *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives* (pp. 27-39). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Oakes, K. E., Allen, J. P. & Ciarrochi, J. W. (2000). Spirituality, religious problem-solving, and sobriety in Alcoholics Anonymous. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 37-50.
- O'Brien, C. P., McLellan, A. T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 347, 237-240.
- Oetting, E. R. (1993). Orthogonal cultural identification: Theoretical links between cultural identification and substance abuse. In De la Rosa, M., Andrados, J. (Eds.). *Drug abuse among minority youth: advances in research and methodology* (pp. 32-56). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Ogborne, A. C. (1993). Assessing the effectiveness of Alcoholics Anonymous in the community: meeting the challenges. In McCrady, B.S., Miller, W.R. (Eds). *Research on Alcoholics Anonymous: opportunities and alternatives* (pp. 339-355). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Chang, G., Schottenfeld, R. S., Meyer, R. E., & Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 881-887.
- Orford, J. & Edwards, G. (1977). Alcoholism: a comparison of treatment and advice with a study of influence of marriage. *Maudsley Monographs No. 26*. New York: Oxford University Press.
- Owen, P. L., Slaymaker, V., Tonigan, J. S., McCrady, B. S., Epstein, E. E., Kaskutas, L. A., Humphreys, K. & Miller, W. (2003). Participation in Alcoholics Anonymous: Intended and unintended change mechanisms. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, *27*(3), 524-532.
- Pagano, M. E., Friend, K. B., Tonigan, S. & Stout, R. (2004). Helping other alcoholics in Alcoholics Anonymous and drinking outcomes: Findings from project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol*, *65*, 766-773.
- Payne, T. J., Rychtarik, R. G., Rappaport, N. B., Smith, P. O., Etscheidt, M., Brown, T.A. & Johnson, C. A. (1992). Reactivity to alcohol-relevant beverage and imaginal cues in alcoholics, *Addictive Behaviors*, *17*, 209-217.
- Peele, S. (1990). Research issues in assessing addiction treatment efficacy: How cost effective are Alcoholics Anonymous and private treatment centers? *Drug and Alcohol Dependence*, *25*(2), 179-182.
- Peele, S. (1992). Alcoholism, politics, and bureaucracy: The consensus against controlled-drinking therapy in America. *Addictive Behaviors*, *17*, 49-61.
- Plinius Maior Society. (1994). Guidelines on evaluation of treatment of alcohol dependence. *Alcoholism. Journal on Alcoholism and Related Addictions*, *30*, 39-40.
- Potgieter, A., Deckers, F. & Geerlings, P. (1999). Craving and relapse measurement in alcoholism. *Alcohol & Alcoholism*, *34*(2), 254-260.
- Poulos, C. X., Hinson, R. E. & Siegel, S. (1981). The role of pavlovian processes in drug tolerance and dependence: Implication for treatment. *Addictive Behaviours*, *6*, 205-212.
- Raistrick, D., Echeverría, L. & Ayala, H. (1998). Breve escala sobre dependencia al alcohol (BEDA). En Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (Eds). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber* (pp. 105-110). Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rankin, H., Hodgson, R. & Stockwell, T. (1979). The concept of craving and its measurement. *Behaviour Research and Therapy*, *17*, 389-396.
- Rankin, H., Hodgson, R. & Stockwell, T. (1983). Cue exposure and response prevention with alcoholics: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *21*, 435-446.
- Rehm, J. (1993). Don't think: Believe and act! The derivation from philosophical pragmatism of the principles of Alcoholics Anonymous. *Addiction Research*, *1*, 109-118.
- Roberts, J. S, Anton, R. F, Latham, P. K. & Moak, D. H. (1999). Factor structure and predictive validity of the obsessive-compulsive drinking scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *23*, 1484-1491.

- Robinson, T. E. & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitisation theory of addiction. *Brain Research Review*, 18, 247-291.
- Robinson, T. E. & Berridge, K. C. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: An incentive-sensitization view. *Addiction*, 95(Suppl. 2), 91-118.
- Robinson, T. E. & Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25-53.
- Rodríguez- Marín, J., López-Roing, S. & Pastor, M. A. (1990). Estrategias de afrontamiento de la enfermedad. En Barriaga, S., León, J. M., Martínez, M. F. & Jiménez, I.F (Eds). *Psicología de la salud: aportaciones desde la psicología social* (pp. 159-196). Sevilla: Sedal.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Roelofs, S. M. & Dikkenberg, G. M. (1987). Hyperventilation and anxiety: Alcohol withdrawal symptoms decreasing with prolonged abstinence. *Alcohol*, 4, 215-220.
- Rogers, R.L. & McMillin, C.S. (1989). *Don't help: A positive guide to working with the alcoholic*. New York, N.Y: Bantam Books.
- Rohsenow, D. J. & Monti, P. M. (1999). Does urge to drink predict relapse after treatment? *Alcohol Research & Health*, 23(3), 225-232.
- Rohosenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A.V., Gulliver, S. B., Colby, S. M, Binkoff, J. A. & Abrams, D. B. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skill training for alcohol dependence: 6 and 12 month outcomes. *Addiction*, 96, 1161-1174.
- Rommetveit, R. (1955). *Social Norms and Roles*. Mineapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Room, R. & Greenfield, T. (1993). Alcoholics Anonymous, other 12-step movements and psychotherapy in the US population, 1990. *Addiction* 88(4), 555-562.
- Rosovsky, H. (1998). Alcohólicos Anónimos. En Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. (Ed.). *Beber de tierra generosa. Ciencias de las bebidas alcohólicas en México* (pp. 221-233). México: FISAC.
- Rosovsky, H. (2004). Los grupos de ayuda mutua en la recuperación del alcoholismo. *Cuadernos FISAC*, 1, 47-58.
- Rosovsky, H. & Leyva, G. (1990). Movimiento de Alcohólicos Anónimos en México. *Anales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Sayette, M. A., Shiffman, S., Tiffany, S. T., Niaura, R. S., Martin, C. S. & Shadel, W. G. (2000). The measurement of drug craving. *Addictions*, 95(Suppl. 2), S189-S210.
- Schachter, S. & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social and psychological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 63, 379-399.
- Schuckit, M. A., Nathan, P. E., Helzer, J. E., Goodwin, D. W. & Crowley, T. M. (1991) Evolution's of the DSM Diagnostic Criteria for Alcoholism. *Health World. Health & Research (NIAAA)*, 15, 253-259.
- Sheeren, M. (1988). The relationship between relapse and involvement in Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 49(1), 104-106.
- Shiffman, S. (2000). Comments on craving. *Addictions*, 95(Suppl. 2), S171-S175.
- Shiffman, S., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel, J. D., Hickcox, M. (1996). First lapses to smoking: within subjects analysis of real time reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 366-379.
- Skinner, H. A. & Allen, B. (1982). Alcohol dependence syndrome: measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(3), 199-209.

- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, *158*, 343-359.
- Sinha, R. & O'Malley, S. S. (1999). Craving for alcohol: Findings from the clinic and the laboratory. *Alcohol & Alcoholism*, *34*(2), 223-230.
- Snow, M.G., Prochaska, J.O. & Rossi, J.S. (1994). Process of change in Alcoholics Anonymous: Maintenance factors in long-term sobriety. *Journal Studies on Alcohol*, *55*(3), 362-371.
- Stewart, J., De Wit, H. & Eikelboom, R. (1984). Role of unconditioned drug effects in the self-administration of opiates and stimulants. *Psychological Review*, *91*, 251-268.
- Stockwell, T. (1991). Experimental analogues of loss of control: A review of human drinking studies. In Heather, N., Miller, W. R. & Greeley, J. (Eds.). *Self-control and the addictive behaviours* (pp. 180-197). Macmillan Publishing.
- Stockwell, T. R., Hodgson, R. J., Rankin, H. J. & Taylor, C. (1982). Alcohol dependence, beliefs and the priming effect. *Behaviour Research and Therapy*, *20*, 513-522.
- Stone, A. A. & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal Personality and Social Psychology*, *46*(4), 892-906.
- Thurston, A. H., Alfano, A. M. & Nerviano, V. J. (1987). The efficacy of AA attendance for aftercare of inpatient alcoholics: Some follow-up data. *International Journal of Addiction*, *22*, 33-49.
- Tiffany, S.T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic processes. *Psychological Review*, *97*, 147-168.
- Tiffany, S. T. (1995). Potential functions of classical conditioning in drug addiction. In Drummond, D. C., Tiffany, S. T., Glautier, S. & Remington, B. (Eds.) *Addictive behavior: Cue exposure, theory and practice* (pp. 47-71). Chichester: John Wiley & Sons.
- Tiffany, S. T. (1999). Cognitive concepts of craving. *Alcohol Research & health*, *23*(3), 215-224.
- Tiffany, S. T., Carter, B. L. (1998). Is craving the source of compulsive drug use? *Journal of Psychopharmacology*, *12*, 23-30.
- Tiffany, S. T., Carter, B. L. & Singleton, E. G. (2000). Challenges in the manipulation, assessment and interpretation of craving relevant variables. *Addiction*, *95*(suppl 2), S177-S187.
- Tonigan, J. S., Connors, G. J. & Miller, W. R. (1996a). The Alcoholics Anonymous Involvement (AAI) scale: Reliability and norms. *Psychology of Addictive Behaviors*, *10*(2), 75-80.
- Tonigan, J.S., Miller, W.R., Juárez, P. & Villanueva, M. (2002). Utilisation of AA by Hispanic and non-Hispanic white clients receiving outpatient alcohol treatment. *Journal Studies on Alcohol*, *63*, 215-218.
- Tonigan, J. S., Toscova, R. & Miller, W. (1996b). Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: Sample and study characteristics moderate findings. *Journal of Studies on Alcohol*, *57*(1), 65-72.
- Trice, H. M. (1959). The affiliation motive and readiness to join Alcoholics Anonymous. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, *20*, 313-320.
- Trotter, R. & Medina-Mora, M. E. (2000). Qualitative methods. In World Health Organisation (Ed.). *Guide to drug abuse epidemiology* (pp. 93-123). Ginebra: World Health Organisation.

- Tucker, J. A., Vuchinick, R. E & Gladsjo, J. A. (1991). Environmental influences on relapse in substance use disorders. *Addiction*, 25(7A, 8A), 1017-1050.
- Tucker, J.A. (2001). Resolving problems associated with alcohol and drug misuse: understanding relations between addictive behavior change and the use of services. *Substance Use and Misuse*, 36, 1501-1518.
- Tuite, D. R. & Luiten, J.W. (1986). Research into addiction and extension. *International Journal of Addictions*, 21, 287-323.
- Vaillant, G. & Milofsky, E. (1982). Natural history of male alcoholism. *Archives General of Psychiatry*, 39, 127-133.
- Verheul, R., Van Der Brink, W. & Geerlings, P. (1999). A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol & Alcoholism*, 34(2), 197-222.
- West, R. (2001, January). Theories of addiction, *Addiction*, 96, special issue.
- White, J. M, Wampler, R. S & Fischer, J. L. (2001). Indicators of spiritual development in recovery from alcohol and other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 19, 19-36.
- Wikler, A. (1948). Recent progress in research on the neurophysiological basis of morphine addiction. *American Journal of Psychiatry*, 105, 328-338.
- Wilson, J. F. (1981). Behavioral preparation for surgery: benefit or harm? *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 79-102.
- Wise, R. A. (1988). The neurobiology of craving: Implications for the understanding and treatment of addiction. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 118-132.
- Witmer, J. M. & Sweeney, T. J. (1992). A holistic model for wellness and prevention over the life span. *Journal of Counseling and Development*, 71(2), 140-148.

APÉNDICE 1

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA A MIEMBROS DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

DATOS PERSONALES

Objetivo: obtener información sociodemográfica del entrevistado como edad, sexo, estado civil y ocupación.

PARTICIPACIÓN EN ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA)

Objetivo: obtener información acerca de los motivos que impulsan a ingresar y permanecer en AA y, en paralelo, indagar los aspectos del programa de AA percibidos como de mayor importancia para la recuperación del alcohólico. El procedimiento para su realización es el planteamiento de las siguientes preguntas:

Podría platicarme acerca de su experiencia en AA, por ejemplo....

- ¿Cómo fue su primer contacto con AA?
- ¿Por qué decide ingresar a los AA?
- ¿Cuánto tiempo ha pertenecido a los AA?
- A excepción de aceptar que se tiene problemas con la bebida ¿qué se necesita para ser miembro de AA?
- ¿Usted qué hizo, o bien, cómo o cuándo sintió que formaba parte de AA?
- Desde su punto de vista y de lo que ofrece el programa de AA para recuperarse del alcoholismo, ¿cuáles son los aspectos que resultan de mayor utilidad para el alcohólico que desea dejar de beber? ¿Cuáles son las de menor utilidad? ¿por qué piensa esto?
- Para Usted, ¿qué tipo de experiencias dentro de AA, le han sido de mayor utilidad para dejar de beber? ¿Qué tipo de experiencias le motivan o motivaron a permanecer en AA?

- Usted, ¿con qué frecuencia práctica el programa de los 12 pasos? ¿Podría mencionar en qué situaciones pone en práctica el programa? ¿Qué tan fácil o difícil encuentra o encontró hacer cada uno de los pasos?
- La espiritualidad es difícil de definir porque puede significar diferentes cosas para diferentes personas. Para usted, ¿qué es la espiritualidad? ¿de qué manera interviene en la recuperación del alcohólico? ¿por qué piensa esto?
- Para un miembro de AA, ¿qué tan importante es la espiritualidad, la oración o el contacto diario con el Poder Superior? ¿por qué?

PATRÓN DE CONSUMO ANTES DEL INGRESO A AA Y EXPERIENCIA DE RECAÍDAS

Objetivo: obtener información específica acerca del uso problemático de alcohol anterior al ingreso a AA, así como indagar la experiencia de recaídas. El procedimiento para su reconocimiento es el planteamiento de las siguientes preguntas:

Haciendo un poco de historia podría platicarme...

- ¿Cómo fue que se inició en el consumo de alcohol?
- ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez el alcohol?
- ¿Cómo era su forma de beber en su etapa de alcoholismo activo?
- ¿Por cuánto tiempo fue bebedor?
- ¿En qué tipo de situaciones bebía alcohol de manera problemática (perder control en la cantidad consumida)? ¿cuáles eran los motivos que le llevaban a consumir alcohol de ésta manera?
- Poco antes de ingresar a AA, ¿cómo o en qué cantidades bebía?
- ¿Cuál es el último periodo en que bebió?

- ¿Actualmente consume alcohol o lo ha consumido después de ingresar a AA?
 - Si la respuesta fue positiva, ¿podría describir con mayor detalle qué fue lo que desencadenó su último consumo? Por ejemplo, en donde se encontraba, qué estaba ocurriendo en su vida en ese momento, qué es lo que estaba sintiendo y pensando en esa ocasión.
 - Si la respuesta fue negativa, ¿hace cuánto tiempo que no bebe?, ¿podría mencionar qué es lo que usted hizo o hace, para evitar el uso de alcohol?
- ¿Qué es lo que llevaría a una persona, que ha decidido abandonar la bebida, a volver a beber? A un miembro de AA, ¿qué es lo que le llevaría a volver a beber?

LA EXPERIENCIA DE *CRAVING* Y LO QUE SE PIENSA O HACE EN ESA SITUACIÓN

Objetivo: obtener información acerca de incidentes específicos, por ejemplo, situaciones potenciales de consumo de alcohol, y los comportamientos, sensaciones, estados emocionales o reacciones físicas (*craving*) que pueden desencadenar; además de explorar lo que el alcohólico piensa de esa circunstancia y las acciones que realiza. El procedimiento para su realización es el planteamiento de las siguientes preguntas:

La recuperación del alcoholismo es toda una tarea.....

- Para usted ¿qué tan fácil o difícil le ha resultado dejar de beber? ¿por qué?
- ¿Por qué cree que la gente bebe? ¿Esas razones podrían ser las mismas por las que usted bebió? ¿por qué?
- ¿Qué era lo que le gustaba de ser bebedor?
- ¿Cuándo y en qué sitios le gustaba tomar tragos? ¿Recuerda los pensamientos, emociones o sensaciones que experimentaba antes de dar inicio al consumo?

- En la actualidad y al estar en alguna situación similar a la del pasado, en donde por lo regular bebió, ¿le produce algún tipo de reacción en el organismo? ¿podría describirla?
- Caminar o estar en los lugares en donde hay bebida (incluso anuncios publicitarios) o en los lugares en donde acostumbrada a beber, ¿le produce algún tipo de emoción? ¿se siente nervioso, inquieto o agitado? ¿por qué cree que suceda esto? Podría señalar ¿qué es lo que pensó o piensa, hizo o hace ante esa emoción?
- ¿Hay, o ha habido lugares o situaciones en donde se siente nervioso, inquieto o agitado y le aparece la idea de beber? ¿por qué cree que suceda esto?
- En usted, oler, ver (anuncios de alcohol) o estar en situaciones en donde la gente parece feliz bebiendo, ¿produce algún tipo de reacción o emoción? ¿Podría describir una situación, la más reciente, en donde se presentó esa reacción o emoción? ¿Podría describir lo que sintió, pensó o hizo en esa ocasión?
- En la actualidad, ¿qué es lo que regularmente hace en una situación en donde el alcohol está presente, ya sea en su mente o en el ambiente?

Nota: después de la constante mención del término “idea fija y atormentadora de alcohol u obsesión mental de beber”, se emplea la siguiente pregunta:

- ¿Podría recordar lo que Usted hizo o hace en situaciones en donde sintió el deseo de beber o experimentó la “obsesión mental de beber”?

A finalizar la entrevista se agradece la participación y en casos que lo solicitaron, se proporcionó información acerca de las instituciones que atienden el problema del alcoholismo.

APÉNDICE 2

ÁREAS QUE CONFORMAN EL CUESTIONARIO

1. Datos sociodemográficos. Se compone de cinco preguntas que exploran sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

2. Características de consumo anteriores al ingreso a AA. Se conforma por siete preguntas que indagan historia de alcoholismo anterior al ingreso a AA. Las preguntas incluyen edad de inicio en el consumo, frecuencia de consumo (con cinco opciones de respuesta que varían de diario a una vez al año), tipo bebida y cantidad que acostumbraba a beber, tiempo que permaneció en el consumo y el ingreso a algún tratamiento como consecuencia del uso de alcohol.

3. Afiliación a los grupos de AA. Se conforma por un conjunto de creencias y conductas identificadas por la literatura y en las narrativas de los AA como parte importante de la integración (afiliación) a AA, tales como:

Asistencia, la cual se mide con dos preguntas que exploran tiempo de pertenencia a AA y frecuencia de asistencia a las reuniones. La frecuencia se mide con cuatro opciones de respuesta (siempre, casi siempre, por temporadas y casi nunca).

El Apadrinamiento, medido por medio de tres preguntas dicotómicas que incluyen: tener un padrino o estar apadrinando a otros AA (ser padrino), así como las veces que se ha recurrido a la figura del padrino, en el último mes.

El Servicio, medido con dos preguntas que exploran la práctica de servicio medido de manera dicotómica, y el tiempo que se le ha dedicado en el último mes.

Lectura de la literatura de AA, evaluada con una pregunta que indaga su práctica en el último mes, con tres opciones de respuesta (frecuente, ocasional y casi nunca).

Los Doce Pasos, evaluados por medio de una sola pregunta que indaga práctica y periodicidad con que se practican cada uno de los pasos. La pregunta se diseñó con un formato que hace alusión al hecho de practicar, o no cada uno de los 12 pasos y, posteriormente, en el mismo formato, se solicita señalar la frecuencia con que lo hacen

(último mes, último año, hace más de un año y nunca). La variable se califica en una escala de 1 a 4, siendo que a mayor puntuación mayor frecuencia de práctica. Asimismo, dado que la experiencia “*despertar espiritual*” se cree puede resultar de la práctica de todos los pasos se incluye una pregunta que, de manera dicotómica, explora su manifestación.

4. Recaída en el uso de alcohol. Se conformó por 11 preguntas cerradas y abiertas que exploran los eventos como número de veces que ha recaído, fecha de la última recaída, cantidad y tipo de bebida consumida el día de la última recaída, explorando en forma paralela, la experiencia de pérdida de control y borrachera, tiempo que permaneció bebiendo posterior a ese día y el uso de sustancias diferentes al alcohol, así como el tiempo en que mantuvo la abstinencia antes de recaer en el consumo.

5. El *craving* de alcohol u “obsesión mental de beber”. Se conforma por una serie de preguntas adaptadas de instrumentos OCDS y Y-Bocs-hd, y sustentadas en los comentarios de los propios AA. Las preguntas pueden ser descritas de la siguiente manera:

A. El antojo por el alcohol. Se consideró preguntar sobre el “antojo” como parte de una estrategia introducir el tema de la “obsesión mental de beber” (*craving*), dado que según la información obtenida por las entrevistas a los AA, es sólo un estímulo que la evoca. Las opciones de respuesta consideran su ocurrencia en la última semana, último mes y hace más de un año.

B. Antojo versus “obsesión mental de beber”. Para conocer si el “antojo” es una sensación diferente de la experiencia “obsesión mental de beber” se realizó la pregunta ¿durante ese antojo se le ha “despertado la obsesión mental de beber”? La pregunta se midió con cuatro opciones de respuesta que varían de nunca, a veces, frecuentemente y siempre.

C. Intensidad de la “obsesión mental de beber”. Para su valoración se consideraron dos preguntas que indagan el tiempo que perdura la experiencia con cuatro opciones de respuesta (nunca pienso en esto, segundos, minutos y horas) y frecuencia de aparición, también con cuatro opciones de respuesta (cero veces, una o dos veces al día, más de ocho veces al día y no pasa más de una hora sin la sensación). En ambas preguntas, las opciones

de respuesta se califican de 1 a 4 respectivamente, indicando que a mayor puntuación mayor intensidad y mayor frecuencia de aparición.

D. Malestar provocado por la “obsesión mental de beber” (obsesividad de pensamientos). Para su evaluación se incluyeron cuatro preguntas adaptadas directamente de los cuestionarios OCDS y el Y-Bocs-hd, pero modificadas de acuerdo con las recomendaciones de los miembros de AA. Con estas preguntas se intenta averiguar si la “obsesión mental de beber” es potencialmente perjudicial o peligrosa, interfiere con las actividades del individuo y causa estrés. Todas las preguntas tienen cuatro opciones de respuesta codificadas de 1 a 4 respectivamente, cubriendo el rango de menor a mayor interferencia y estrés producido.

6. Afrontamiento a la “obsesión mental de beber”. Para su evaluación se utilizaron todas las respuestas ofrecidas por las narrativas acerca de lo que piensan o hacen los mismos alcohólicos ante la experiencia “obsesión mental de beber”, las cuales resultaron en un total de 45 reactivos medidos de manera dicotómica.

7. Severidad de la dependencia. Se utilizó el Cuestionario Breve de la Dependencia al Alcohol (BEDA) en su versión en español (Raistrick et al., 1998) con el propósito de identificar el grado de la severidad de la dependencia. El instrumento consta de 15 reactivos que se contestan en una escala de cuatro punto (nunca, a veces, frecuentemente y siempre), calificados de 0 a 3, respectivamente. La forma de interpretación es como sigue: la sumatoria de 1 a 9 puntos indica dependencia baja, la sumatoria de 10 a 19 puntos dependencia moderada o media, y la sumatoria de 20 o más puntos indica dependencia severa. La escala puede medir un amplio rango del síndrome de dependencia delineado por Edwards y Gross (1976) en alcohólicos que están y no están en tratamiento (Raistrick et al., 1998).

APÉNDICE 3

EL CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN

Este cuestionario se está aplicando como parte de una investigación sobre asuntos relacionados al problema del alcoholismo. Las preguntas que se hacen a continuación tienen que ver con datos generales como edad, sexo, escolaridad, ocupación, etcétera. Otras están relacionadas con anteriores hábitos de consumo, participación y práctica en las diferentes actividades de AA y algunas más sobre la obsesión mental de beber y lo que algunos miembros de AA hacen o piensan cuando se percibe.

Para nosotros es muy valioso conocer su opinión y su experiencia personal, por lo que es muy importante que procure contestar a todas las preguntas de la forma más honesta y cuidadosa. Toda la información que nos proporcione será completamente anónima, confidencial y no habrá forma alguna de identificar a las personas que respondan el cuestionario (respetando así el anonimato).

INSTRUCCIONES

Considere que sólo nos interesa conocer su experiencia personal, por lo tanto no existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor lea con atención y responda a las preguntas desde su propio punto de vista o experiencia.

En cada pregunta busque la respuesta que resulte más adecuada a su caso particular y márkela con una cruz o un círculo. En la mayoría de las preguntas deberá escoger sólo una opción de respuesta, sin embargo, hay otras en las que podrá elegir más de una, en cada caso se le indicará antes de que conteste.

En algunas preguntas tendrá que escribir su respuesta completa. Recuerde que debe leer con atención las preguntas antes de contestarlas, por favor trate de contestar a todas las preguntas. En caso de que tenga alguna duda, pregunte con toda confianza a la persona que le entregó el cuestionario.

SECCIÓN 1

1. Usted es? () Hombre
() Mujer

2.- Cuántos años tiene?

3.- De las siguientes opciones marque con una "X" la que mejor describa su situación

- () Tengo pareja e hijo (s)
- () No tengo pareja ni tengo hijos
- () Tengo hijos, pero no pareja
- () Tengo una pareja, pero no hijos
- () Tuve una pareja, pero ya no la tengo

4.- A partir del 1° de primaria, ¿cuántos años estudió?

5.- ¿Cuál es su ocupación? _____

SECCIÓN 2

EN ESTA SECCIÓN NOS GUSTARÍA CONOCER ALGUNOS DATOS SOBRE LA FORMA EN QUE BEBIÓ.

6.- ¿Qué edad tenía cuando usted empezó a beber?

7.- ¿Durante cuánto tiempo fue bebedor?

8.- Antes de ingresar a AA, ¿qué tan seguido bebía usted cualquier tipo de bebida?

- () Todos los días
- () Casi todos los días
- () 1 a 2 veces a la semana
- () Una o más veces al mes
- () Una o más veces al año

9.- En esta pregunta deseamos conocer la cantidad y tipo de bebida que usted acostumbraba a beber cada vez que se **emborrachaba**. Por favor anote la cantidad en número de copas o número de botellas de la bebida que más acostumbraba beber.

- NÚMERO
- a. Cervezas medianas....._____ (botellas o latas)
 - b. Caguamas....._____ (botellas)
 - c. Pulque....._____ (jarros)
 - d. Destilados (brandy, tequila, etc)....._____ (copas o vasos)
 - e. Alcohol del 96°....._____ (copas o vasos)
 - f. Vino de mesa....._____ (copas o vasos)
 - g. Botellas de brandy, vodka, tequila, etc. _____ Tamaño _____ (ejem, 1/4, ½, ¾, 1lt, etc)
- número

10 ¿Cuánto tiempo tiene sin beber? _____

11.- ¿Estuvo en algún tratamiento como consecuencia de su forma de beber? () Sí () No

SECCIÓN 3

AHORA NOS INTERESA CONOCER ALGUNOS DATOS DE USTED COMO MIEMBRO DE AA.
Por favor trate de marcar sólo una opción de respuesta en cada pregunta

12.- ¿Desde cuándo asiste a Alcohólicos Anónimos? (fecha de ingreso)

13.- Desde que está en AA, ¿con qué regularidad ha asistido a las juntas?

- () Siempre
- () Casi siempre
- () Por temporadas
- () Casi nunca

	No	Sí
14.- ¿Actualmente, tiene padrino?		
15.- ¿Ha actuado o actúa como padrino?		
16.- ¿Ha tenido o tiene algún servicio?		

17.- En caso de que usted tenga padrino, ¿cuántas veces ha recurrido a él en los últimos 30 días?

18.- En caso de que tener un servicio, aproximadamente ¿cuántas horas le dedica?

19.- ¿Ha experimentado un despertar espiritual desde que está participando en AA? () Sí
() No

20.- ¿Cuáles son los pasos que usted ha trabajado? Por favor, marque con una "X" todos los pasos en los que haya trabajado y en la columna siguiente indique qué tan seguido ha trabajado esos pasos.

	En los últimos 30 días	En el último año	Hace más de un año	Nunca
___ He trabajado en el 1er paso.....				
___ He trabajado en el 2° paso.....				
___ He trabajado en el 3° paso.....				
___ He trabajado en el 4° paso.....				
___ He trabajado en el 5° paso.....				
___ He trabajado en el 6° paso.....				
___ He trabajado en el 7° paso.....				
___ He trabajado en el 8° paso.....				
___ He trabajado en el 9° paso.....				
___ He trabajado en el 10° paso.....				
___ He trabajado en el 11° paso.....				
___ He trabajado en el 12° paso.....				

21.- Durante el tiempo que ha pertenecido a AA, ¿ha sufrido alguna recaída? Sí
 No (pase a la sección 4)

22.- En caso de que su respuesta sea afirmativa, por favor anote el número de veces que ha recaído. (veces)

23.- ¿En qué fecha fue la recaída? (considere su última experiencia) _____

24.- ¿Cuál fue el tiempo que duró sin beber antes de recaer? (considere su última experiencia)

RECORDANDO EL DÍA DE LA RECAÍDA...

25.- ¿Después de tomar la primera copa, estuvo bebiendo durante todo el día? Sí No

26.- ¿Perdió el control en su manera de beber? Sí No

27.- ¿Bebió hasta la embriaguez? Sí No

28.- ¿Cuánto alcohol consumió en ese día? _____

29.- ¿Qué tipo de bebida utilizó? _____

30.- ¿Consumió algún tipo de droga? No Sí ¿De qué tipo? _____

31.- ¿Después de ese día continuó bebiendo? No Sí ¿por cuánto tiempo? _____

SECCIÓN 4

A continuación se presentan una serie de situaciones que comúnmente viven las personas con problemas de alcoholismo y que están tratando de recuperarse en AA, para que nos indique su experiencia particular. Por favor marque con una "X" la opción de respuesta que mejor aplique a su caso.

Las respuestas son estrictamente confidenciales

32.- Desde que asiste a AA, ¿cuándo fue la última vez que sintió el antojo por la bebida?

- En la última semana
- En el último mes
- Hace más de un año

33.- Durante el antojo, ¿ha sentido que la obsesión mental de beber se vuelve a despertar?

- Nunca
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

34.- En usted, ¿con qué frecuencia se le despierta la obsesión mental de beber?

- Nunca, 0 veces
- De vez en cuando, 1 a 2 veces al día
- Frecuentemente, esto es, más de 8 veces en un día
- Por lo regular no pasa más de una hora sin que no tenga la obsesión mental de beber

35.- En caso de presentarse la obsesión mental de beber, ¿cuánto tiempo le dura esa sensación?

- Nunca pienso en esto
- Segundos
- Varios minutos
- Una hora o más

36.- ¿La obsesión mental de beber, dificulta o lo distrae de su actividad social o laboral? ¿Hay algo que no pueda hacer debido a esa situación?

En mí esas situaciones...

- Nunca interfieren y puedo trabajar y relacionarme normalmente
- Interfieren levemente con mi trabajo o en mis relaciones sociales, pero mi actividad general no se ve afectada
- Dificultan mis actividades en el trabajo y en mis relaciones sociales
- Dificulta severamente mi desempeño social y laboral

37.- **Cuándo aparece la obsesión mental de beber, ¿le produce malestar?**

- Ninguno
- En mí si existen esas situaciones, pero no me molestan
- Esas situaciones me provocan molestia, pero puedo manejarlas
- En mí esas situaciones son constantes y me producen gran malestar

38.- **¿Qué tanto esfuerzo hace para resistir la obsesión mental de beber?**

- No necesito resistirme a la obsesión mental de beber, porque nunca se me presenta
- Cuando aparece la obsesión de beber, hago un esfuerzo y siempre resisto
- Todo el tiempo trato de resistir a la obsesión mental de beber
- No he podido resistir a la obsesión mental de beber

39.- **¿Qué tanto éxito ha tenido en detener la obsesión mental de beber?**

- He logrado superar completamente la obsesión mental de beber
- Frecuentemente soy capaz de detener la obsesión mental de beber con esfuerzo y concentración
- He tenido éxito para detener la obsesión mental de beber, pero con mucha dificultad
- No he sido capaz de superar la obsesión mental de beber

40.- **Basándose en lo que señaló ¿de qué manera podría resumir su experiencia?**

- Nunca pienso en el alcohol y nunca siento el deseo de beber
- Momentáneamente pienso en el alcohol y fugazmente siento el deseo de beber
- Algunas veces pienso en el alcohol y algunas veces he sentido el deseo de beber
- Casi todo el tiempo pienso en el alcohol y que tengo el deseo de beber
- Siempre pienso en el alcohol, pero no tengo el deseo de beber

SECCIÓN 5

En esta parte del cuestionario se presentan algunas conductas que pueden ser utilizadas por algunos miembros de AA, para hacer frente a la obsesión mental de beber o al deseo de beber. Después de leerlas con cuidado, por favor indique **SÍ** ó **NO**, usted utiliza (o utilizó) esas conductas para detener la obsesión mental de beber. Por favor trate de responder a cada pregunta marcando con una "x" en el cuadro correspondiente.

Las respuestas son estrictamente confidenciales

PARA HACER FRENTE A LA OBSESIÓN MENTAL DE BEBER, YO....	SÍ	NO
1. Practico el primer paso del programa de AA		
2. Asisto con mayor frecuencia a mis juntas		
3. Expongo el pensamiento de beber en tribuna		
4. Me pongo a trabajar o arreglar cosas		
5. Borro de mi mente a la bebida y pienso en otra cosa		
6. Busco otras cosas que me hagan sentir bien		
7. Me concentro en las lecturas de AA		
8. No sé porque, pero me abstengo		
9. Evito acercarme a los lugares en donde acostumbraba beber		
10. Me encierro y por algún tiempo evito a la gente		
11. Abandono el lugar en donde se me despierta la obsesión de beber		
12. Bebo cualquier tipo de líquido que no contenga alcohol (p.e. agua o refresco)		
13. Evito generar fantasías sobre la bebida		
14. Evito escuchar las canciones que yo oía cuando bebía		
15. Evito asistir a reuniones en donde sé que hay alcohol		
16. Evito a la gente con quien yo acostumbraba beber		
17. Generalmente prefiero irme a dormir		
18. Mi fe me ayuda a no pensar en la bebida		
19. Le pido a Dios que me libere del pensamiento de beber		
20. Reflexiono, medito y hago oración		
21. He permitido que me venza la obsesión mental de beber		
22. Desearía poder seguir bebiendo		
23. Me doy cuenta que aún tengo problemas con el alcohol		
24. Evito hacer cualquier cosa, hasta que se me pasa la sensación		
25. Dejo que pase por sí sola la sensación		
26. No hablo de mi deseo de beber, por temor a la crítica de otros AA		
27. No le doy importancia al pensamiento		
28. Busco a mi padrino para platicar sobre lo que me pasa		
29. Me causa tristeza el pensar que yo aún tengo la probabilidad de volver a beber		

Continuación... PARA HACER FRENTE A LA OBSESIÓN MENTAL DE BEBER ALCOHOL, YO....	SÍ	NO
30. Escucho las experiencias de los otros AA que han pasado por la misma experiencia, y trato de aplicármelas		
31. Estos pensamientos los guardo sólo para mi		
32. Procuo que nunca cruce por mi mente la obsesión de beber		
33. Me enojo por sentir la obsesión mental de beber y de algún modo lo expreso		
34. Me aseguro de recordarme que el beber empeoraría mi situación		
35. Hago un inventario de lo que fui siendo bebedor		
36. Pienso en el daño que provoqué a otros, cuando fui bebedor		
37. Esos momentos me hacen recordar que tengo un compromiso con los AA y que no debo beber		
38. Pienso en mi responsabilidad con la familia, la sociedad y hacia mí mismo		
39. Pienso que ahora soy una persona que ya no bebe		
40. Pienso en lo agradable que me resulta estar en abstinencia		
41. Me doy cuenta que yo era más feliz cuando bebía		
42. Desearía no ser un alcohólico para poder beber con tranquilidad		
43. Me entristece saber que yo ya no podré volver a tomar		
44. Siento que no puedo hacer nada al respecto de la obsesión mental de beber		
45. Pienso que yo ya puedo controlar la bebida		

SECCIÓN 6

En este apartado se cubre una amplia variedad de situaciones que se relacionan al consumo de alcohol. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho en su significado exacto.

Considerando sus pasados hábitos de consumo (alcoholismo activo), por favor trate de contestar cada pregunta marcando con una "X" la opción más adecuada a la situación que vivió. Si tiene alguna duda, pregunte al entrevistador.

	Nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Casi siempre
1. ¿Tenía dificultades para dejar de pensar en beber?	0	1	2	3
2. ¿Era más importante emborracharse que su próxima comida?	0	1	2	3
3. ¿Organizaba su día de acuerdo a cuándo y dónde podía beber?	0	1	2	3
4. ¿Bebía por la tarde, mañana y noche?	0	1	2	3
5. ¿Bebía por el efecto del alcohol sin importar qué bebida tomaba?	0	1	2	3
6. ¿Bebía la cantidad que deseaba sin importar lo que tenía que hacer al otro día?	0	1	2	3
7. ¿Bebía en exceso aún sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?	0	1	2	3
8. ¿Sabía que una vez que empezaba no podría dejar de hacerlo?	0	1	2	3
9. ¿Trataba de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?	0	1	2	3
10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, sentía la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?	0	1	2	3
11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, se despertaba con temblor en las manos?	0	1	2	3
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad se despertaba y vomitaba?	0	1	2	3
13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, evitaba a la gente?	0	1	2	3
14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso, veía cosas que lo asustaban, aún cuando después se daba cuenta que eran imaginarias?	0	1	2	3
15. ¿Salía a tomar y al otro día olvidaba lo que ocurrió la noche anterior?	0	1	2	3
16. ¿Bebía por más de un día seguido?	0	1	2	3

SUS RESPUESTAS SON MUY IMPORTANTES, POR LO QUE POR FAVOR
VERIFIQUE QUE NO HAYA DEJADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR Y
CUANDO TERMINE PUEDE ENTREGARLO A LA PERSONA QUE SE LO DIO

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN