

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO EN BASE A UN MANUAL
DE AUTOCONTROL EN EL CONSUMO DE ALCOHOL.

TESIS QUE PRESENTA:

MAURICIO G. VAZQUEZ CASTAÑEDA

PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA.

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. ESTELA CORDERO B.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F. SEPTIEMBRE DE 1993.



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

Capítulo 1

INTRODUCCION

ALCOHOLISMO	7
1.1 Antecedentes.....	9
1.2 Definición de Alcoholismo.....	13
1.3 Aspectos Etiológicos del Alcoholismo.....	17
1.4 Tratamiento del Alcoholismo.....	21
1.5 Alcoholicos Anónimos.....	25
1.6 Alcoholismo en México.....	28

Capítulo 2

AUTO-CONTROL

2.1 Antecedentes.....	32
2.2 Definiciones de Auto-Control.....	34
2.3 Procesos de Auto-Control.....	38
2.4 Tratamientos de Auto-Control.....	44
2.5 Entrenamiento Conductual de Auto-Control.....	46

Capítulo 3

METODOLOGIA

3.1 Objetivo.....	55
3.2 Hipótesis.....	55

3.3	Variables.....	56
3.4	Sujetos.....	56
3.5	Escenario.....	57
3.6	Materiales e Instrumentos.....	57
3.7	Diseño Experimental.....	58
3.8	Procedimiento.....	58

Capítulo 4

ANALISIS DE RESULTADOS

4.1	Tratamiento Estadístico.....	63
4.2	Resultados.....	64
4.3	Discusión.....	65
4.4	Conclusiones.....	66

SUGERENCIAS.....66

LIMITACIONES.....67

APORTACIONES.....67

ANEXOS:

A.- MANUAL DE AUTO-CONTROL.

REFERENCIAS DOCUMENTALES.

I N T R O D U C C I O N

El alcoholismo es motivo de preocupación no sólo para aquellos involucrados profesionalmente con la salud pública, sino para la comunidad en su totalidad, pues ha tomado en la actualidad proporciones realmente alarmantes. Desde épocas inmemorables ha existido una gran variedad de costumbres y hábitos de ingestión de alcohol en la historia de la humanidad.

Algunos se relacionan con prácticas religiosas, otros con creencias de atributos medicinales, en ocasiones la ingestión de alcohol es requisito de acontecimientos sociales importantes, etc. Cualesquiera que sean las motivaciones para el consumo de alcohol, hacen pensar en él como una farmacodependencia que causa conflicto emocional, social y económico en nuestra sociedad, cuyo incremento ha sido en los últimos años importante, debido a que alcanza no sólo a la población adulta, sino incluso a la población juvenil.

EL alcoholismo representa un grave problema, no sólo por provocar la desintegración personal en los individuos, sino por las pérdidas económicas originadas por el ausentismo laboral, accidentes relacionados con una ingestión excesiva de alcohol, gastos de rehabilitación, etc.

El alcoholismo, como toda farmacodependencia, presenta facetas multidimensionales, que exigen la atención de todas aquellas personas, profesionales o no, cuyo material de trabajo es el hombre, quienes al unir sus esfuerzos para la comprensión del problema, han permitido que se generalice un cambio de actitud frente al mismo.

A través de los años lo que fundamentalmente fue una toma de postura moralista y enjuiciativa se ha tornado en la actualidad en una actitud más propicia de preocupación y deseo, en especial de ayuda y cooperación para encontrar nuevas soluciones a esta problemática.

El propósito de este trabajo es presentar de manera sencilla la aplicación de un Manual de Auto-Control en el consumo de alcohol, elaborado por Ayala-Peralta (1985)¹, en un proyecto del I.M.P. (Instituto Mexicano de Psiquiatría) para el C.A.A.F. (Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares).

Dicho Manual no pudo ser pilotado, debido a que las instalaciones del C.A.A.F., ubicado en la Col. Morelos, ciudad de México, se dañaron a consecuencia del sismo de 1985.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo será probar la efectividad de la aplicación del Manual de Auto-Control en el consumo de alcohol en una población de trabajadores mexicanos.

CAPITULO 1

ALCOHOLISMO

1.1 Antecedentes.

No es posible pensar que exista una causa única y aislada para que una persona beba en exceso. Por el contrario, hay una multiplicidad de causas, y no sólo actúan varios factores en un momento dado, sino que las causas actuales influyen sobre aquella conducta del beber moldeando factores del pasado. Por lo tanto, sería erróneo interpretar las razones del beber como influencias mutuamente excluyentes, siendo necesario considerar estos factores como interactuantes.

El alcohol como sustancia resultante del proceso de fermentación natural de frutos, aparece desde finales del período de la época mesolítica e inicios del neolítico; que dotó con él al hombre de recipientes para almacenar líquidos azucarados.

El alcohol ha acompañado al hombre a través de la historia; ejemplo de ello, es la colección de tablillas de arcilla halladas en Mesopotamia que datan de los años 3000 a. C., donde se encontró que dice: "Dí pan a los pobres y cerveza a las sedientos", esto era característico de la cultura egipcia.

Al parecer existen datos de que el hombre ha bebido alcohol por lo menos desde hace 5000 años. El alcohol ha sido un acompañante persistente del hombre y seguramente no para su bien, cuando se consume para embriagarse, ya que ingerido en forma responsable y adecuada puede contribuir al deleite y dignidad de algunas actividades del hombre, así como a la convivencia, la alimentación y el reposo (Niño Hurtado, 1984)⁴³, (Luna-Iturbe, 1987)⁴⁴.

En los Estados Unidos durante la época colonial, se consumía ron y cerveza, así como vino y estos se hallaban muy difundidos; en 1700 los franciscanos plantaron los famosos viñedos de California y el consumo de whisky se prohibió en el estado de Pensilvania de 1830 a 1904, para lo cual se dictaron leyes contra el consumo

exagerado de alcohol, mismas que no se respetaron sino hasta que en 1919 se aprobó la ley Volstead y en 1933 se promulgó una nueva ley, para contrarrestar los efectos de la anterior etapa de prohibición y curiosamente en 1934, surgió la Asociación de "AA" Alcohólicos Anónimos.

En cuanto a México, el origen de las bebidas alcohólicas está lleno de leyendas y de mitos; así, se dice que el pulque (jugo fermentado del maguey) fue descubierto por la reina Xóchitly y popularizado por el monarca Totepuch. Sus dioses Omacatl, Tescatzocatl y la diosa del maguey Mayahuel, eran festejados en las festividades religiosas en las épocas de la abundancia y de cosecha pero se moderaban en el consumo del pulque y en la embriaguez, ya que el castigo era la pena de muerte para la persona que fuera encontrada "borracha". Esta pena variaba de acuerdo a las clases sociales y al tamaño del escándalo. "Tratándose de los viejos, el castigo era menos estricto ya que se les permitía la libación en las festividades y en los casos de enfermedad". (Centro de Superación Integral y Humana, PEMEX).

A raíz de la Conquista, por instancias de los conquistadores quienes distribuían el pulque a discreción, los indígenas dejaron de ver al pulque como la bebida de los valientes y sabios convirtiéndolo poco a poco en el licor de los vencidos, pero sobre todo porque dejaron de estar en vigor severas leyes indígenas con las cuales se castigaban a los que bebían en forma desmedida, además los mismos españoles les daban vino a los indígenas a trueque, para ponerlos a trabajar a su servicio, este asunto de la alcoholización indígena llegó a tener tales proporciones, que ocasionó que el Emperador I de España expidiera una ley denominada "Sobre la bebida del pulque usada por los indios de la Nueva España", con el fin de moderar su uso. En tanto que en el México Colonial, la producción y la variedad de bebidas alcohólicas aumentó al amparo de la introducción de nuevos cultivos y nuevos métodos de producción traídos del viejo mundo y sobre todo debido a la expansión de las relaciones mercantiles, pese a que en la época independiente se realizaron intentos para producir a mayor escala e introducir otro tipo de bebidas, el peso de 300 años de dominación colonial no fue fácilmente superado, y no fue sino hasta el "Porfiriato", en donde se consolidan estos intentos de acuerdo con Don Antonio García Cubillas, en 1876, había en México 5700 haciendas en poder de algunos privilegiados que producían diferentes productos, para este entonces la mayoría de las llamadas haciendas de maguey o pulquerías se concentraban en el centro del país, calculándose que una hacienda de este tipo tenía alrededor de 49500 magueyes que producían ixtle y pulque. Estas haciendas fueron de gran importancia en la vida económica y política del país, ya que su producción (pulque) era un elemento de control político y de explotación de los trabajadores.

Por tal motivo tenemos que durante la época del "Porfiriato" se establecen las Cervecerías Cuauhtémoc (1890), Moctezuma (1894), Chihuahua y Sonora (1897), Guadalajara (1900) y la Fábrica de Tequila Sauza, y desde entonces a la fecha, la producción de bebidas alcohólicas ha tenido una gran influencia en la economía del país.

La industria de las bebidas alcohólicas no sólo ha dado origen a otras ramas colaterales, sino que ha sido la base de la formación de poderosos emporios industriales. (Seminario de Análisis)¹⁵. Ya que a partir de los años 60' del siglo XX, ésta industria tuvo gran impulso con la instalación de grandes empresas estadounidenses y europeas que buscaron en México un nuevo campo para sus actividades productivas, la producción de bebidas alcohólicas tuvo un conjunto de altas tasas de crecimiento, sin embargo, dicha expansión no fué homogénea para todo el sistema. Por el contrario, se aprecia una tendencia a la diversificación de productos como el vino, el brandy, el ron, el whisky, el tequila, el vodka, a costa del desplazamiento de bebidas tradicionales que eran fabricadas por mediana y pequeña empresa nacional. La cerveza mexicana no sólo mantuvo el mercado, sino que incluso lo incrementó. (Fundación Investigación Social)²⁰.

Los siguientes datos nos dan un panorama del crecimiento que ha tenido la industria de bebidas alcohólicas en México. En su conjunto su Producto Interno Bruto, (P. I. B.) pasó del 14% al 17% de inversión; "Productos alimenticios, bebidas, tabacos" entre 1970 y 1980 con la consiguiente creación de empleos directos e indirectos. En ésta rama industrial, destaca fundamentalmente el crecimiento de dos productos finos, licores y cervezas, los cuales durante el período de 1970 a 1980 crecieron en una tasa promedio anual de 7.7%, mientras la tasa promedio de ésta rama industrial creció a un ritmo de 5.3%, cabe mencionar que la distribución del capital invertido se concentra en el 3.2% de las empresas de ésta rama, las cuales ocupan el 78% de la mano de obra en 1975 y fabrican el 91% de la producción vitivinícola total del país.

Las empresas que ejercen mayor influencia en la sociedad mexicana son la cervecera y en menor medida la ronera, la tequilera, y los productos de vino y brandys (Márquez Morales A. 1983). Ya que como se mencionó anteriormente, estas empresas realizan inversiones millonarias para la publicidad de sus productos, creando a través de esta propaganda, cambios en la conducta del consumidor.

A pesar de que es innegable la influencia de ésta industria en la economía del país, los efectos del consumo excesivo de las bebidas alcohólicas sobre una sociedad como la nuestra han sido desastrosos, a lo largo de la historia de México se han hecho algunos intentos por parte de los gobiernos en turno para darle solución al problema del alcoholismo. Así tenemos que en 1932, el Presidente Pascual Ortiz Rubio emprendió una campaña contra el alcoholismo; en 1934, el General Manuel Avila Camacho expidió un decreto presidencial convocando a la Ciudad de México a una asamblea contra el vicio, por su parte el Presidente Adolfo López Mateos, dispuso que por el término de 5 años contados a partir del 30 de marzo de 1960, se negaran permisos de apertura para expendios de bebidas embriagantes y se clausuraran aquellos que se establecieran contradiciendo dicha disposición. En tanto que en la parte final de su mandato el Presidente José López Portillo, creó el 31 de marzo de 1981, "el Consejo Nacional Anti-alcohólico", como órgano colegiado idóneo a través de la Secretaría de Salud (anteriormente Secretaría de Salubridad y Asistencia), con el objetivo de que sirviera para coordinar esfuerzos, examinar propuestas y reunir la iniciativa de 12 dependencias gubernamentales y organismos descentralizados.

No obstante, a 5 años de la creación del referido Consejo, no se han visto acciones concretas que lleven a pensar que se está atacando el problema, pero sí hay indicios de cómo va tomando cada día más importancia en nuestra sociedad.

1.2 Definiciones de Alcoholismo.

No se puede abordar el problema del alcoholismo sin referirse a su naturaleza. Muchos autores u organismos han expresado su punto de vista sobre una etiología genética, neurofisiológica o glandular; otros lo ven desde el punto de vista de la dinámica psicoanalítica y el condicionamiento; otros más lo explican desde el punto de vista social, del aprendizaje o de la socialización de los individuos.

Dentro de las definiciones recopiladas en este trabajo, en un primer plano se presenta lo que NO es alcoholismo, ya que en general los médicos toman como tal a las condiciones patológicas por lo que la confusión es a veces insuperable. En primer lugar, no se debe identificar un cuadro clínico de alcoholismo en tanto que es un padecimiento relacionado directamente con el consumo excesivo de alcohol, con las implicaciones a las que suele conducir; puesto que presenta problemas neurológicos, trastornos psiquiátricos, cuadros digestivos, etc.

Por tanto, el alcoholismo no es una etapa de intoxicación aguda, provocada por la ingesta excesiva de la bebida en el curso de unas horas. En estas condiciones, es un "alcoholizado" pero no puede ser un alcohólico verdadero, en otras palabras, alcoholismo no es lo mismo que borrachera (Velazco, F.R. 1981)⁶¹.

Existen muchos que han tratado de definirlo de acuerdo a su formación profesional, ejemplo de ello es:

El Dr. Ford, 1951 dijo: "El alcoholismo es una enfermedad física, psíquica y espiritual".

Platón en su famoso Diálogo "Las Leyes" escribió "EL BEBER VINO, NO ES EN REALIDAD LO MISMO QUE TANTO OTROS BIENES DE LA VIDA, NI BUENO NI MALO EN SI". Lo que importa no es si el individuo bebe, si lo hace o no de manera responsable y esta idea está implícita en el aserto del filósofo.

Durante más de 2 décadas se aceptó en la mayoría de los programas contra esta enfermedad la definición por los expertos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) 1952: "Los alcohólicos son bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol es suficiente

para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico o bien que ya presentan los inicios de tales manifestaciones".

Otra definición que es aceptada por los más destacados especialistas es la que da el Dr. Mark Keller (1958) cit.⁶¹, del Centro de Estudios sobre el alcohol, de la Universidad de Rutgers: "El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo".

Los elementos que contiene esta definición y que al parecer la hacen mejor con respecto a otras son los siguientes:

1. Señala que el alcoholismo es una enfermedad, y coloca al trastorno dentro de los problemas de salud. La etiología, la sintomatología, el diagnóstico, el pronóstico, y el tratamiento y la rehabilitación así como su prevención.
2. Distingue al alcoholismo de la intoxicación alcohólica aguda, al establecer la cronicidad como aspecto básico.
3. Implica que la característica esencial es la ingestión excesiva de alcohol, pese a la desaprobación general, es decir, cierta dependencia lo cual incluye al alcoholismo dentro de las farmacodependencias.
4. Señala la existencia de un daño físico o mental.

Jellineck (1960)²⁵,** ha reunido una extensa bibliografía sobre alcoholismo y clasifica las siguientes definiciones de acuerdo a los criterios que se reproducen a continuación:

Definiciones que destacan al alcoholismo como una enfermedad psicológica.

"El alcoholismo es una enfermedad (interpretada en términos psicodinámicos), y un reflejo condicionado con componentes en un nivel farmacológico". Wexberg, (1949).**

"El alcoholismo pertenece a las enfermedades con estrés deprimente, en sus aspectos psicológicos y fisiológicos". Wilkins, (1956).**

Formulaciones del alcoholismo en términos físicos y fisiopatológicos.

"Una enfermedad química, es un desbalance entre el cerebro delantero y el posterior, el alcohol, al deprimir la función del cerebro anterior, ayuda al escape de la ansiedad. El recurso frecuente a dicho escape establece un reflejo condicionado". Dent, (1941).**

"El alcohol actúa como un sustituto del azúcar en las personas cuyas tensiones emocionales generan hipoglucemia". Bermen, (1938).**

Definición que considera al alcoholismo como un progreso de adicción farmacológica.

"La pérdida del control sobre el uso del alcohol cambio de tolerancia, síndrome de abstinencia y el dejar todos los demás intereses en favor de una preocupación por el uso del alcohol, son todos los criterios de adicción." Pfeffer, (1956).**

Definiciones que hacen referencia a variables Psicosociales.

"La adicción al alcohol es una enfermedad dependiente de un estado psicológico y hecho posible por una variable sociológica de actitudes hacia el beber y por el efecto reductor de tensión del alcohol". Ullman, (1953).**

Gurareb Ibarrolla (1976) cit.⁴¹, define al alcoholismo de una manera aún más extensa que la anterior.

"El alcohólico es aquel bebedor excesivo cuya dependencia hacia al alcohol le produce alteraciones mentales y físicas que interfieren en sus relaciones interpersonales y en sus adecuados funcionamientos sociales y económicos".

A través de la exposición anterior se comprende que es muy difícil, por la complejidad de los factores que integran la génesis y el desarrollo del alcoholismo, llegar a una definición completa y satisfactoria.

Griffith E. (1986)²⁴, dice: "Alcoholismo, en su sentido general, es el daño en la salud de un individuo o en el deterioro de su adaptación social y familiar provocado por el consumo del alcohol, ya sea ese daño agudo o crónico".

Actualmente la definición que se considera aceptable en forma generalizada es la utilizada por Alcohólicos Anónimos la cual dice: "El alcoholismo es una enfermedad crónica y dependiente, progresiva y mortal".

La definición que es acorde a mi punto de vista por la temática del trabajo es la citada por Velasco, F. R. (1981)⁶¹

NOTA: En este punto aclaro que Velasco en su libro no propone una definición personal sino que se anexa a la definición dada por el Dr. Marx Keller ya citada en páginas anteriores y es a la que yo me apegó, la cual dice lo siguiente: "El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que esta socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo". cit.⁶¹

1.3 Aspectos Etiológicos del Alcoholismo.

Los factores etiológicos del alcoholismo son extremadamente complicados, ya que estos factores no han sido delineados.

Actualmente el alcoholismo parece ser un fenómeno complicado relacionado con 3 factores que son: Social, Fisiológico y Psicológico; a pesar de los escasos datos que se tienen de la etiología, numerosos modelos teóricos han sido expuestos para explicar el fenómeno del alcoholismo, pero aquí sólo se enfocarán los tres ya mencionados.

MODELO SOCIOLOGICO: Cahalan, Cisin y Crossley, (1969)⁸; Cahalan y Room (1974) cit⁴, señalaron un número de variables demográficas relacionadas con el uso y el abuso de bebidas alcohólicas.

Generalmente, las tasas altas de abuso están asociadas con niveles socioeconómicos bajos, urbanización y hogares dañados o destrozados. Así mismo, los antecedentes étnicos están también relacionados con la forma de beber. Miller y Eisler, (1974)³⁷, describen tres principales factores relacionados con el abuso del alcohol, ya sea en grupos sociales o grandes culturas.

Estos incluyen la disponibilidad de la droga, el contexto en que ésta es usada y las sanciones impuestas al alcohol en lo que se refiere al abuso del mismo. Siendo una droga legal, el alcohol es fácilmente obtenido en nuestra sociedad, y la totalidad de los métodos coercitivos con los que la sociedad ha tratado de resolver el problema repetidamente, han demostrado tener una mínima influencia en el cambio de comportamiento. Skinner (1971) cit.⁵²

Muchos grupos sociales establecen contextos específicos para el uso del alcohol y sanciones para el abuso. Estas formas de comportamiento son informalmente transmitidas en una cultura a través del proceso de socialización. Se tiende a abusar menos del alcohol cuando las normas para el abuso de éste son definidas estrechamente (cuestiones religiosas), y cuando el castigo social para el abuso es estricto, también hay evidencia para apoyar la noción de que los patrones de beber con abuso son transmitidos dentro de un grupo familiar, por el rol o papel del moldeamiento social. Bandura (1969) cit.⁴

Existe alrededor de las bebidas alcohólicas toda una cultura que conforma las costumbres del consumo y el tipo de bebida que se consume, así como los lugares y modos de ingesta. Estas costumbres están relacionadas con las creencias y los valores de la sociedad. Es indiscutible que cada sociedad impone sus reglas de ingestión determinando las actitudes y conductas que son legítimas y las que no lo son. Si partimos de la base de que existe una cultura en torno a las bebidas alcohólicas, podríamos entonces señalar que la ingesta de alcohol está vinculada a conductas que se aprenden en el grupo social y se manifiestan llegado el momento. (Niño Hurtado, 1984)⁴⁵

Además de estos estudios de sociedades que fomentan una conducta de consumo, existen otros como el de Bales (cit. en Velazco, 1981)⁶¹, que señala las diversas formas en que la organización social influye en la magnitud del problema como por ejemplo: Una sociedad que produce tensiones internas agudas como la culpabilidad, la agresión contenida y los conflictos sociales y cuya actitud hacia el alcohol de aceptarlo de manera utilitaria como reductor de tales tensiones, siempre desarrolla con mayor intensidad el problema del alcoholismo.

En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud O.M.S. (1980), se describe que en ciertos países en donde el consumo del alcohol ha sido tradicional, nuevos segmentos de la población, principalmente las mujeres y los jóvenes, se han venido involucrando cada vez más en el uso y abuso de las bebidas alcohólicas, en algunos casos de estos países los hábitos tradicionales de consumo moderado de alcohol han cedido lugar a nuevos hábitos que generalmente acarrear mayores problemas, como el empleo de bebidas con mayor contenido alcohólico, el aumento del consumo y la aparición de costumbres más independientes de las restricciones tradicionales.

MODELO FISIOLÓGICO: Varias teorías fisiológicas de la etiología del alcoholismo han sido propuestas, pero ninguna hasta la fecha ha sido confirmada de manera satisfactoria. Una de las teorías más tempranas de esta naturaleza fue propuesta por Williams (1964) cit.⁴³ quien postuló que el abuso del alcohol estaba relacionado a una deficiencia nutricional genéticamente determinada, por lo que esta deficiencia conducía a la "necesidad psicológica" del alcohol. Estas hipótesis no han sido comprobadas por evidencia experimental (Lester y Greenberg, 1952; Mardones, 1960).²⁷

Otra teoría acerca del abuso del alcohol es que es una enfermedad hereditaria. Goodwin (1972)²², ha revisado literatura en ésa área y un hallazgo consistente, es que el alcoholismo se pasa de familia en familia, si el individuo tiene un padre o pariente cercano alcohólico, es más probable que abuse del alcohol. Por lo que la forma de beber de los padres del alcohólico pueden influir en estos hechos. (Bandura, 1969) cit⁴

Goodwin, Schlisinger, Moller, Hermansen, Wunskur y Guze (1974) cit.²² en su estudio comparativo de hijos de alcohólicos, concluyeron que los factores medioambientales parecieron contribuir al desarrollo del alcoholismo en hijos de verdaderos alcohólicos.

La evidencia de la teoría hereditaria del alcoholismo está lejos de ser concluida. Es también probable que más que ser un eslabón genético directo, sea indirecto en términos de la predisposición fisiológica. Tomando en cuenta ésto, un individuo con una tolerancia gastrointestinal baja al alcohol, abusará menos de éste, ya que después de 1 ó 2 copas experimentará un leve malestar o náuseas. así mismo es probable que el alcohólico sea inicialmente capaz de tolerar más y, por lo tanto, obtiene menos información negativa. (Niño Hurtado, 1984)⁴³

MODELO PSICOLOGICO: Dentro de este modelo está incluido un alto rango de interpretaciones de la etiología del abuso del alcohol basada en teorías de la personalidad psicodinámicas y psicoanalíticas.

Algunas investigaciones han señalado que las características más comunes y predominantes de los individuos alcohólicos son las siguientes:

Se trata de personas neuróticas e incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, tendientes al aislamiento, dependientes, que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad. Emrick (1974)¹⁶. También se dice que suelen ser sujetos que sufren en la infancia privación emocional y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares; pero la verdad es que todas las características dichas anteriormente, así como experiencias infantiles, pueden darse en los individuos que desarrollen diferentes formas de neurosis e incluso en quienes alcanzan un desarrollo normal de la personalidad. (Niño Hurtado, Op.cit)⁴³.

Mc. Cord y Mc. Cord (1960) cit.⁴⁵ y Emrick (1975)¹⁶, observaron que las teorías psicodinámicas del abuso del alcohol se basan en una combinación de tres supuestos que son:

1. El alcoholismo representa una necesidad de poder y de autonomía.
2. El alcoholismo es el resultado de tendencias inconscientes de autodestrucción, homosexualidad latente o fijación de la etapa oral de desarrollo.
3. El alcoholismo está relacionado con las necesidades de reprimir hostilidad y dependencia.

La evidencia de estas explicaciones está en la actualidad inconclusa, en parte debido a la falta de estudios en los que estos factores son usados para prevenir-predecir el abuso del alcohol además, es probable en aquellas personas que abusan del alcohol que exhiban un comportamiento dependiente. Este puede ser el resultado de su exceso en el beber más que la causa. (Niño Hurtado, op. cit.)⁴⁵.

1.4 Tratamiento del Alcoholismo.

Es conveniente hacer notar que se empleará el término "bebedor problema" para hacer referencia a los individuos, "que experimentaron" y contaban con problemas significativos en su vida relacionados con su ingesta de alcohol (Calahan, 1969)⁸. También emplearemos el término "alcoholismo" para referirnos a aquellos bebedores que presentan problema de incapacidad en el control de su ingesta; es decir, todos los alcohólicos son bebedores, pero no todos los bebedores problema son alcohólicos. (Miller y Caddy, 1977)³⁷

A continuación revisaremos las aproximaciones y consecuentemente los métodos asociados con la meta alternativa de "moderación".

Los métodos de tratamiento, tanto el de orientación hacia la abstinencia como el de orientación hacia la moderación, han hecho contribuciones valiosas en pro de la recuperación de bebedores problema.

Las aproximaciones de tratamiento que se dan como terapia individual:

A) Uso de medicamento en el tratamiento de bebedores problema:

DISULFIRAM.- De todos los agentes químicos que se han usado en el tratamiento del alcoholismo, probablemente el más popular ha sido el del Disulfiram, (nombre comercial ANTABUSE). Accidentalmente, se descubrió que el antabuse produce reacciones violentas displacenteras en los humanos, cuando es combinado con el uso de bebidas alcohólicas. Esta reacción, conocida como reacción de disulfiram-etanol, se caracteriza por la llegada masiva de éste al sistema nervioso autónomo, los síntomas de reacción disulfiram-etanol incluyen: calor, náuseas, vómito, dolor de pecho, disnea, debilidad y dificultad para respirar, y una marcada disminución de la presión arterial. (Amit y Leviant, 1977, Lake et al, 1977, Rosenfeld, 1960)¹

Otro medicamento utilizado para el tratamiento de "bebedores problema" ha sido el Carbimide; en relación a éste Pattison, Sobell y Sobell (1977)³⁶, señalan que el uso de este medicamento provoca una moderación en el consumo de bebidas alcohólicas.

METRONIDAZOL.- (nombre comercial FLAGIL) fue usado inicialmente en 1959 para el tratamiento de infecciones urinarias y vaginales, uno de sus efectos secundarios, es un sabor metálico en la boca y aversión al sabor del alcohol, los estudios controlados del metronidazol han reportado resultados mixtos, la mayoría de los cuales no muestran diferencia entre los efectos de la droga y el placebo en la ayuda de los pacientes para mantener abstinencia. (Goodwin y Reinhard, 1972, Roda y Kellner, 1979)^{22,49}. El metronidazole es una substancia que se emplea para provocar respuestas incompatibles con la ingesta alcohólica. Lo que este medicamento produce es abstinencia de 2 a 5 meses.

PSICOTROPICOS.- Los medicamentos psicotr6picos son aquellos encaminados a influir directamente en el estado emocional del individuo y a aliviar sntoma como la depresi6n y la ansiedad. Los psicotr6picos han sido usados extensamente en el proceso de desintoxicaci6n. Roda y Kellner (1979)⁴⁹, pero aquf se les revisar6 en atenci6n a su uso con bebedores problema en un esfuerzo para reducir o eliminar el abuso del alcohol. El supuesto b6sico aquf es, si ciertos sntomas psiqui6tricos son aliviados, el uso excesivo del alcohol tambi6n ser6 disminuido o suprimido.

TRANQUILIZANTES MENORES.- Despu6s del alcohol, los tranquilizantes menores representan algunas de las drogas de m6s uso y abuso en nuestra sociedad.

Estas drogas han sido prescritas para los alcoh6licos debido a su acci6n ansiol6tica, sin ser tan fuerte como los barbit6ricos y con un riesgo aparentemente menor de adicci6n farmacol6gica. El uso de tranquilizantes y anti-depresivos combinados han dado buenos resultados de un 16% de abstinencia; asf mismo Kissin y cols. (1970) cit.¹¹, sealan que el uso de estos medicamentos producen buenos resultados.

En relaci6n al uso de antipsic6ticos, Fox y Smith (1959)¹⁹, y Lowenstam (1967)³⁰, encontraron un 88% de efectividad. Sin embargo, Buttermorth y Watts (1974)⁸, no encontraron diferencias entre estos tipos de tratamiento. Por lo que entre los tranquilizantes, el clorodiasepoxico, (nombre comercial Libyum), es el m6s com6n. De cualquier manera, las drogas psicop6ticas (psicotr6picas), actualmente siguen siendo de los m6todos de tratamiento m6s comunmente usados para bebedores problema (Pattison 1968)⁴⁵, a pesar de que su efectividad en el tratamiento del alcoholismo no tiene bases cientfificas.

B) Terapias.

TERAPIA AVERSIVA.- Como son aplicadas a problemas de ingesta, las terapias aversivas tratan de interrumpir la conducta de la ingesta, creando aversión o disgusto hacia las bebidas alcohólicas. Estas aproximaciones terapéuticas se basaron inicialmente en los conceptos del condicionamiento pavloviano. (Kantorbuich, 1930). La terapia aversiva generalmente ha sido empleada, aunque no siempre hacia una meta total de abstinencia. (Lovibond y Caddy, 1970)²⁹

El procedimiento de las terapias aversivas es relativamente simple. El estímulo condicionado (en este caso bebida alcohólicas), es asociado repetidamente a un estímulo incondicionado, que es poderosamente displacentero, el efecto deseado es que el estímulo incondicionado ha sido usado como a continuación se señala en la siguiente revisión:

- Terapia Aversiva con Agentes Químicos.
- Aversión Eléctrica.
- Terapia de Aversión Verbal.
- Psicoterapia.

TERAPIAS AVERSIVAS CON AGENTES QUIMICOS.- Drogas que producen náuseas (Voegtlin, Lowere y asoc. Hospital Shadel, Seattle Washington), empezaron a crear la aversión con emetina en 1935 (Voegtlin, 1940) cit.¹². El padecimiento básicamente consiste en una inyección de emetina Hydrochloride, instramuscular, que produce náuseas y vómito, cuando se ingería alcohol. Esto ocurría en 30 minutos aproximadamente y el paciente recibía cinco sesiones de condicionamiento aversivo.

AVERSION ELECTRICA.- Debido a la aversión química desagradable y a las contraindicaciones médicas del uso de emetina, varios investigadores han utilizado los electro-choques como un estímulo incondicionado alternativo.

Los estudios que han usado electro-shock, han variado con respecto a la intensidad y duración del mismo, el paradigma de condicionamiento empleado y el lugar en el que se da el choque, ejemplo: dedos, pies, piernas y cara. La aversión eléctrica no debe ser confundida con la terapia de tipo convulsiva, en la que la corriente es pasada por el cerebro. Los primeros reportes publicados acerca de la aversión eléctrica en alcohólicos, aparecieron en Rusia, 1930 (reportadas por Razran, 1934)¹²

TERAPIA DE AVERSION VERBAL.- Es una técnica que incluye guía verbal, en donde se le pide al paciente que imagine al alcohol y escenas de ingesta, asociándolas con pensamientos displacenteros, generalmente náuseas y vómito; Raymond (1964)⁴⁶, Anant (1968)², afirman que este tratamiento produce buenos resultados en el caso de "alcohólicos".

PSICOTERAPIA.- En relación a este tipo de tratamiento Lynn (1976)³², Zimberg y Cols (1978)⁶⁴, mostraron que sus efectos son buenos. Sin embargo parece haber un consenso de que la terapia intensiva no es un tratamiento seleccionado para alcohólicos. (Ewing, 1974)¹⁷, (Moore 1963 y Schea, 1954)⁴²⁻⁵⁴. Dentro de los tratamientos orientados a lograr la moderación en el consumo de alcohol como objetivo primordial, están aquellos basados en un aproximación psicológica denominada de "aprendizaje social". Bajo esta concepción, el abuso del alcohol y de las drogas no se considera como una enfermedad mental o física, sino como un patrón de comportamiento socialmente adquirido que se mantiene por numerosas señales antecedentes (condicionamiento clásico) y reforzadores consecuentes (condicionamiento operante), que pueden ser de naturaleza fisiológica, sociológica o psicológica.

Factores tales como: reducción de ansiedad, incremento en el reconocimiento social, mejor habilidad para exhibir una mayor variedad de conductas sociales espontáneas o la evitación de síntomas fisiológicos de abstinencia pueden también contribuir al mantenimiento del abuso de estas sustancias (Miller y Eisler, 1977)³⁷

El tratamiento de auto ayuda se basa en la identificación del problema, se han publicado numerosos trabajos sobre auto-ayuda Amit y cols (1977)¹; Mertens (1972); Miller y Muñoz (1976)⁴¹; Miller y Taylor (1980)³⁹; y Miller, Gribskov y Martell (1981)²⁸, encontraron pocas diferencias en cuanto a la efectividad entre la auto-administración y la administración, por un terapeuta, del mismo tratamiento.

En México se desarrolló un programa de tratamiento basado en el método de A.C.C.A. (Auto Control Conductual del Consumo de Alcohol), dirigido a dar servicio a alcohólicos en una zona urbana de la Ciudad de México con altos índices de abuso en el consumo de alcohol (Luna Iturbe, 1987)³¹.

Como resultado de estos esfuerzos, se desarrolló material educativo para propósitos de prevención primaria y un Manual de Auto-Control de Consumo de Alcohol (Ayala-Peralta, 1985)³, como sustento programático para el programa de Servicios del Centro de Atención al Alcohólico y su Familia (C.A.A.F.), ubicado en la Colonia Morelos, Ciudad de México.

1.5 Alcohólicos Anónimos.

Antecedentes.

Alcohólicos Anónimos nace en los años 30, en una época de profunda crisis económica y plagada de conflictos a nivel mundial.

En los Estados Unidos se agudizaron problemas con el desempleo, el crimen organizado y la delincuencia. La inseguridad económica y las fricciones internacionales se reflejan en diversas conductas, tales como el alcoholismo.

En este cuadro es en donde se inician las actividades de un movimiento religioso evangelista "El Grupo Oxford", que se dedicaba a la rehabilitación de alcohólicos. Sus postulados completamente moralistas-religiosos, presionaban a los sujetos para que admitieran su problema e impotencia para resolverlo. Esto sirvió de base para que un ex-alcohólico cuyo nombres sólo se registra como Bill W., comenzara a reclutar alcohólicos con el propósito de rehabilitarlos. Comienza sus trabajos con la lectura del libro "Variedades de la Experiencia Religiosa", de William James.

NOTA: Libro de los acervos de los grupos alcohólicos anónimos U.N.A.M. y del grupo de Ignacio Mariscal.

Según James, las dos actitudes que se pueden adoptar frente a la religiosidad son las de "equilibrio mental" y las de "alma enferma".

La primera manifiesta despreocupación y optimismo.

La segunda manifiesta melancolía y pesimismo.

James considera que la segunda actitud tiene un ámbito más amplio de experiencias, pues son los males los que hacen comprender mejor el significado de la existencia, a lo cual menciona que hay "almas nacidas una vez" y almas que necesitan renacer para alcanzar la unificación característica de la religiosidad. El proceso del doloroso conflicto interior (conversión), se resolverá gradualmente por "lisis" o inesperadamente por crisis.

Basado en estos principios, inicia James su labor con sujetos con problemas de alcoholismo, descubrió que no se podía exigir de todos los sujetos una misma respuesta de experiencias religiosas, y mediante la búsqueda de nuevos miembros, encontró a un sujeto que sólo está registrado como Dr. Bob., con quien a partir de junio de 1953, fundó la Asociación Alcohólicos Anónimos y en 1939 editaron el primer libro de la Asociación, titulado: "Alcohólicos Anónimos", considerado como la "espinas dorsal" de la cual arrancaría toda su literatura.

A pesar de no registrarse fechas, el movimiento se extendió por varias ciudades de Norteamérica, impulsado en parte por las publicaciones aparecidas en diferentes editoriales que versaban sobre los trabajos realizados por la Organización. A partir de entonces, la creación de grupos tomó modalidades diversas según la demanda y las oportunidades que se tenían para atenderlos, actualmente existen grupos A.A. en todo el mundo, que trabajan por mantenerse sobrios y hacer crecer la organización. (Grupo Conservación de A.A. de la U.N.A.M.).

Organización de los Grupos A.A.

Alcohólicos Anónimos ha organizado una serie de servicios para hacer crecer la organización haciéndola más efectiva tanto en sus funciones como para sus integrantes, los que son alcohólicos como los que no lo son.

Cuenta con servicios de:

1. Grupos Locales.
2. Intergrupales u Oficinas de Servicio.
3. Conferencias de Servicio General.
4. El Graprevine.

Grupos Locales.- Su principal objetivo es mantener a los sujetos afiliados en su seno y difundir sus principios a los alcohólicos de su localidad.

Intergrupales u Oficinas de Servicio.- Su principal objetivo es mantener la unión de intereses entre los grupos por medio de boletines de otros grupos, actividades, etc.

Conferencias de Servicio General de A.A., ubicada en Nueva York, informa sobre cuestiones que pueden afectar a A.A., éste es uno de los servicios mundiales nombrado "Voz de A.A." y se efectúa una vez al año.

El Graprevine.- Es una revista internacional de A.A., escrita y editada por sus integrantes.

Dentro de este marco que es A.A., también existen los grupos para familiares de alcohólicos, los cuales se conocen como Al-anon y Al-ateen.

Los tipos de reunión que se tiene son:

- A) CERRADA: Donde sólo acuden los miembros de A.A. para expresar sus dudas.
- B) ABIERTA: En la cual pueden asistir familiares en general de cada miembro de A.A.
- C) PUBLICA: Donde acuden diferentes personalidades como: sacerdotes, profesionistas, médicos, funcionarios en donde se les dá a conocer los hechos y generales del programa de recuperación de Grupos A.A. (Grupo Conservación de la UNAM), (Grupo Ignacio Mariscal A.A., Metro Hidalgo).

1.6 Alcoholismo en México.

El abuso de las bebidas alcohólicas ha sido considerado como un problema de salud en nuestro país, tanto por los graves efectos que tiene sobre el individuo como por las consecuencias sociales que se derivan del mismo.

El criterio de éxito en el tratamiento más ampliamente usado ha sido el de la abstinencia, sin embargo ha surgido una amplia controversia sobre el uso de este criterio como meta única de este tratamiento.

Durante la década de los 70's surgieron programas como una aproximación la cual se orientaba a la moderación como una alternativa para el "bebedor problema".

En México, el alcoholismo constituye, junto con los problemas relacionados al consumo de alcohol, un problema serio de la salud pública (Campillo Serrano, 1984)¹⁰, (De la Fuente, L.R., 1987)¹⁴, tanto por sus consecuencias sociales como por los graves efectos que su consumo excesivo tiene sobre la salud.

De la Fuente (1987)¹¹, señala que los datos de los últimos años indican que el consumo promedio al año se ha visto incrementado (4.72 litros de etanol en la población total, y 8.62 litros en la población mayor de 15 años), de acuerdo a las ventas legales; sin embargo, el consumo real es seguramente más alto si se consideran todas las bebidas y no solamente aquellas sujetas a control, ya que hay indicios de que la magnitud del tráfico ilegal es considerable. (Medina Mora, 1988)¹³.

Para poder comprender mejor la magnitud del problema en nuestro país, es necesario hacer mención de algunas estimaciones que nos señalan que el 5.7% de la población mayor de 20 años padece de alcoholismo, lo que representa a 1.7 millones de alcohólicos. (Bustamante, M.E., 1974)⁵. A pesar de esto muchos bebedores, sin ser alcohólicos, presentan también problemas en su manera de beber, ya que según patrones de consumo, en el caso del mexicano cuando bebe lo hace en grandes cantidades y en un tiempo reducido, llegando con esto a la embriaguez. (Medina Mora, Op.cit.)¹³.

PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA.

La tasa de cirrosis hepática observada en México, es una de las más altas en América Latina y muy cercana a la media de los países europeos.

La cirrosis hepática se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en la población en general, y entre las 3 primeras causas de muerte entre la población masculina de 35 a 54 años de edad (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1981). En 1978, la mortalidad de vida por cirrosis hepática, fue de 19.6 por 100 mil habitantes en la población total. Por el mismo año, la tasas de psicosis alcohólica por 100 mil habitantes, fue de 11.1% (De la Fuente R., 1987)¹⁴

CONSECUENCIAS SOCIALES.

El alcohol ingerido en forma excesiva puede causar, además de los efectos nocivos en la salud, una gran cantidad de problemas familiares, sociales y laborales, así como legales. ejemplo de ello es: los delitos y accidentes de tránsito son problemas que manifiestan una magnitud creciente y que se presentan preferentemente en sujetos con un patrón de ingesta excesiva y ocasional. (Rosowsky H. y De la Fuente J.R., 1988)⁵⁰

En México esta relación entre el abuso del alcohol y los problemas sociales del mismo se manifiestan con las siguientes estimaciones:

El 50% de los actos de violencia, el 35% de los accidentes de tráfico y el 17% de suicidios (Bustamante M.E., 1974)³. Así mismo se reporta que en el 45% de los casos de violación, el violador se encontraba bajo efectos del alcohol.

El alcohol es una de las primeras causas de agresión a los hijos, reportándose en nuestro país que en el 15% de los niños maltratados, el padre era golpeador alcoholizado, (De la Fuente R. 1987)¹⁴. En tanto que las consecuencias del consumo excesivo del alcohol en el medio laboral son múltiples, en el I.M.S.S., se reporta que el 18% de los accidentes de trabajo se relacionan con la ingesta de alcohol (Campillo, Medina Mora, 1978)⁹.

Así mismo se calcula que el alcoholismo es el responsable de la pérdida de 160 mil horas quincenales, y que el 12% de ausentismo es causado por la ingesta del "día anterior" (Méndez y Di Prado, 1982).³⁴

Como puede observarse, el consumo excesivo de alcohol abarca una porción cada vez más alta de la población, a la vez que el impacto de este patrón de abuso se hace sentir en una gran variedad de actitudes de cada comunidad. Este efecto es más devastador en las zonas marginadas que en las grandes urbes; ya que en este tipo de zonas por lo general se carece de los recursos para la atención del bebedor excesivo, así como para la misma familia.

De esta manera, y tomando en cuenta los tipos de tratamiento para el alcoholismo expuestos en el presente capítulo, los cuales no han sido del todo eficientes como se hubiera deseado, en el capítulo siguiente nos abocaremos a tratar un modelo alternativo para el tratamiento del alcoholismo y su problemática de manera general, mediante las Técnicas de Auto-Control.

CAPITULO 2

A U T O - C O N T R O L

2.1 Antecedentes.

La historia del hombre ha sido una constante lucha por controlar lo que le rodea empezando por los fenómenos de la naturaleza, el control de sus semejantes y el control de su propia conducta. El concepto de auto-control no es algo nuevo, pero en lo que a conducta se refiera, expresa la relación funcional entre una ejecución y la variable de la cual es función (Skinner, 1953) cit.³² Así pues, la conducta de un individuo no se mide de manera indiscriminada en cualquier momento o en cualquier lugar, sino que varía de acuerdo a los cambios que se producen en el medio ambiente del organismo.

La conducta de los individuos está determinada por contingencias sociales del grupo al que pertenece, diseñadas para responder a sus necesidades y dar origen a patrones específicos de conducta, diferentes para cada cultura. A este fenómeno se le denomina culturización, y la sociedad lo promueve, a través de instituciones como: escuelas, grupos cívicos, religiosos, etc.

Por otra parte, existe la posibilidad de que el propio individuo sea el agente controlador de su propia conducta, arreglando las condiciones pertinentes para emitir o no cierto tipo de respuestas y dar así lugar a lo que se llama auto-control.

A pesar del gran número de instituciones sociales diseñadas para aculturar a cada uno de sus miembros, las condiciones empleadas para desarrollar sus repertorios de auto-control, al parecer, no son los más eficientes, ya que generalmente se apela a entidades trascendentales como fuerza de voluntad, libre albedrío, etc., para predisponer al individuo a comportarse de manera más aceptable para el grupo.

En la mayoría de los casos, cuando el individuo se encuentra ante un problema de difícil solución, es el momento en el que acude a un profesional de la salud para recibir un asesoramiento más específico, para poder manejar su conducta. Por lo general, la ayuda que se recibe desafortunadamente no parece ser muy efectiva, puesto que parte de las mismas suposiciones trascendentales típicas de la cultura (equilibrio del yo, control mental, etc.).

Sería más adecuado aplicar los métodos de la actividad científica en la investigación de las condiciones que faciliten el desarrollo y mantengan los repertorios de auto-control. Un análisis experimental y funcional de la conducta proporciona las bases para realizar este propósito (Skinner, 1953; Kantor, 1959) cit.³². "Dentro de este marco de referencia el auto-control, se define cuando un individuo manipula las variables que controlan su propia conducta" (Skinner, 1953) cit.³².

El surgimiento del auto-control, como un tópico de investigación conductual, debe ser considerado como un desarrollo significativo y probablemente revolucionario. Es indudable que tanto las teorías conductuales, como las terapias conductuales, han presentado cambios significativos de aquellos primeros intentos en décadas anteriores. No obstante fue hasta 1960, en que la terapia conductual o modificación de la conducta, se llegó a considerar como un punto importante dentro de la psicología.

Bandura (1969) cit.⁴, habla acerca de las generaciones de modificaciones de conducta, una de éstas ha contribuido a la tecnología actual. La suposición prevalente y explícita de los conductistas fue el determinismo ambiental de que las fuerzas que moldean la vida diaria de una persona yacen en el ambiente externo.

No obstante, el desarrollo de una unión cognoscitiva conductual no puede ser solamente atribuida a cambios ocurridos dentro del dominio de una psicología, sino fuera de ésta. Un amplio número de investigadores llevaron a cabo una revolución cognoscitiva verificable (Denver, 1974). De hecho, el debate interminable entre conductistas y humanistas fue básicamente enfocado sobre lo interno contra lo externo, (Watson, 1973).

Con la excepción de que algunos conductistas ortodoxos siguen apoyando al determinismo ambiental estricto, la investigación conductual ha girado hacia el auto-control, el cuál también se encuentra en la posición de un determinismo, aunque éste es recíproco se enfatizan interacciones casuales, complejas y continuas entre el organismo y su ambiente (Bandura, 1969, 1971) cit.⁴,

(Thoresen y Mahoney, 1974)⁵⁸, por lo que se rechaza el organismo humano como producto pasivo de la influencia ambiental considerándolo más bien como un participante activo en su propio desarrollo complejo.

Con el advenimiento del interés conductual en el auto-control a partir del clásico capítulo skinneriano en 1953, comenzó la demanda por definiciones más claras y de un análisis funcional de las influencias controladoras, por lo que el auto-control llega a ser algo que la persona realiza y no algo que sea de su posesión.

Así Thoresen y Mahoney (1974)⁵⁸, sugieren lo siguiente:

"Una persona muestra auto-control, cuando en la relativa ausencia de restricciones externas inmediatas, realiza una conducta cuya previa probabilidad ha sido menos que las probabilidades de las conductas alternativas disponibles".

Por lo que desde el surgimiento de la revolución cognoscitiva el investigador dio relevancia a los procesos de aprendizaje y a la modificación de la conducta. Por lo que se generó entonces una gran variedad de tratamientos conductuales, donde se incluían las operantes encubiertas (Home, 1965) cit.⁴⁸, dando énfasis a las habilidades del sujeto para manejar su propia conducta, por lo que dentro de las técnicas desarrolladas se encuentran las de auto-control, punto fundamental en el cual se desarrolla este trabajo.

2.2 Definiciones de Auto-Control.

El auto-control es analizado desde diversos puntos de vista, aunque la mayoría de los programas que han usado esta técnica, han dependido de las contingencias arregladas por un profesional, así para que una conducta sea auto-controlada es necesario que el sujeto tenga libre acceso a todos los estímulos antecedentes y consecuentes de dicha conducta.

En general el término auto-control ha sido discutido ampliamente dentro de la psicología, sin embargo, no se ha podido llegar a una definición clara y aceptada en el campo psicológico.

Las definiciones actuales son aportaciones de cada autor que ha trabajado en este tema y cuentan con el apoyo único de sus investigaciones. Antes de proceder a la exposición de las diferentes definiciones es necesario entrar a lo que se considera el concepto del self (recordemos que el término en idioma inglés, originalmente estudiado en psicología es self control). El self es lo que se considera como el YO, que para algunos autores es una estructura interna y activa, Skinner (1971)cit.³², considera el self, como "un concepto que representa un sistema de respuestas unificadas funcionalmente". Otras explicaciones dadas dentro del campo del aprendizaje son las de Rotler (1974)cit.⁴⁸, que señala "la dependencia del self sobre situaciones y comportamientos". Dentro de esta campo, también se encuentra la definición expuesta por Cameron (1974)cit.⁴⁸, quien considera el self como "patrones adquiridos de comportamiento".

Por lo tanto es necesario mencionar que el auto-control se establece de acuerdo a dos puntos de vista, que son:

TRADICIONAL Y CONDUCTAL.

TRADICIONAL: Es la concepción de poder que se refiere al rasgo de personalidad, a la fuerza psíquica por la que la persona es capaz de exhibir control sobre su acción misma.

CONDUCTUAL: Propone que la habilidad de auto-control, está fuertemente sujeta a las habilidades de las personas, como serían las discriminaciones de las variables y patrones y/o causas de la conducta que va ser regulada, o sea conocer las variables que la controlan.

Para que se pueda decir que el individuo muestra conductas de auto-control, debe conocer aquellos factores que influyen en su acción y la manera en que lo hacen, lo cual puede alterarles para producir cambios deseables, haciendo del sujeto un científico personal (Mahoney, 1970)cit.³⁸, dentro de las dos divisiones expuestas anteriormente, cabe señalar la definición dada por Freud (1965)¹⁸, la cual menciona que el auto-control se atribuye al

instinto del "ego", por auto-prevención, ya que un desarrollo normal del "ego" lleva al individuo a exhibir auto-control, Freud sostiene que el auto-control es más bien producto del desarrollo de una variable determinada por la experiencia. Por otra parte, tenemos las definiciones que caerían dentro de los siguientes enunciados:

- Goldiamond (1965), define con su fórmula $K-F-b$; (K = Ambiente, F = Función, b = Conducta), propone que el control situacional de la conducta y el arreglo de variables ambientales, es una de las formas en que se dan cambios de conducta, y el acto de ordenar nuestro propio ambiente para facilitar el cambio conductual se considera una manifestación de auto-control.

- Kanfer y Phillips (1970)²⁶, definen: "El autocontrol está definido por la ausencia de muchas contingencias de reforzamiento externo, por la manipulación selectiva de la persona, de su medio ambiente e impedimento de efectos naturales del control externo".

El auto-control eventualmente se presenta en ausencia de un soporte externo.

- Skinner (1953) cit.⁵², define: "Describe el proceso por el cual el organismo puede hacer que el castigo sea menos probable por medio de alterar las variables del cual es función". Skinner se basa en los principios del condicionamiento operante; sin embargo, lo que se sigue considerando como un tema, todavía requiere de una gran cantidad de revisión teórica.

- Golfried y Merbaum (1973) cit.²³, afirman que: "El auto-control puede tomarse como un proceso a través del cual el individuo se convierte en el agente principal al guiar, dirigir y regular aquellas formas de su propia conducta que de manera eventual podrían llevarlo a consecuencias positivas deseadas". Además suponen que el auto-control es una habilidad aprendida a través de

varios contactos sociales y que el repertorio de respuestas auto-controladas afectivas se constituyen gradualmente a través de una experimentación incrementada con un medio ambiente complejo.

Por otro lado, Thoresen y Mahoney (1974)⁵⁸, proponen la siguiente definición al sintetizar los diferentes puntos de vista sobre el auto-control.

"Una persona muestra auto-control cuando en ausencia relativa de presiones externas inmediatas, se compromete con una conducta cuya probabilidad previa ha sido menor que la de aquellas conductas alternativamente disponibles".

Así mismo, existen otras definiciones de auto-control pero enfocadas sólo a la investigación de tipo experimental.

Logan (1972)²⁸, quien es un investigador que ofrece un acercamiento de tipo motivacional al programa de auto-control, sugiere que la respuesta de auto-control, puede ser intrínsecamente premiada a través de un hipotético "drive" de auto-control. El "drive" de auto-control, es un manejo aprendido basado en la asociación de miedo-frustración con falta de auto-control.

El criterio para exhibir auto-control es escoger una alternativa, que incluye un beneficio a largo plazo. Se evita una experiencia mayormente dolorosa en lugar de una experiencia menormente dolorosa en un tiempo inmediato. El auto-control se aplica tanto a humanos como a ratas. El hecho de que la conducta humana sea más compleja que la de la rata, no quiere decir que la primera esté controlada por eventos externos, pero si se sabe que estos eventos ambientales controlan la conducta humana, probablemente ocurren en un intervalo más amplio de tiempo, que aquellos que controlan la conducta de la rata (Logan, 1972)²⁸

2.3 Formación de Procesos de Auto-Control.

Bijou (1979)⁷, comenta que: "las conductas autogeneradas que provienen del "mal" comportamiento, promueven las "buenas" conductas que pueden observarse en términos de eventos observables pasados". Las explicaciones de Bijou, sobre la formación de procesos de Auto-Control, están de acuerdo a los hallazgos de Mahoney y Bandura (1972) cit.⁴, encontrados en un experimento con palomas, sobre las variables y procesos que gobernaban la adquisición y estabilidad de los patrones de autorreforzamiento:

1.- El auto-control se establece por medio del castigo de la conducta transgresiva. La evitación del castigo hace que el sujeto se comporte en la forma requerida y se mantengan estables los patrones de auto-control.

2.- Cuando la transgresión es castigada, inminentemente se aumenta la persistencia del auto-control, esto quiere decir que una vez que las contingencias auto-reguladoras se establecen, se mantienen aún cuando los reforzadores son de libre acceso y pueden consumirse sin consecuencias negativas.

3.- Entre más alto sea el criterio de ejecución, menos durarán las contingencias auto-impuestas. El nivel óptimo de sanciones para mantener las condiciones de conducta dependen de los requisitos de ejecución.

CONDUCTAS CONTROLADAS Y AUTOCONTROLADAS: "Al hablar de auto-control, se entiende que habrá una conducta o respuesta que habrá de ser controlada y, por lo tanto, también existirá la respuesta que la controla y por lo tanto a ésta se denominará respuesta controladora"(Bijou, 1979)⁷

Es de suma importancia distinguir entre las respuestas controladas y las controladoras.

Las respuestas controladas son aquellas que se quieren cambiar, este cambio se logrará con la alteración de las variables ambientales, las acciones realizadas para mantener variables son las respuestas controladoras, y para que estas conductas se mantengan, deben estar reforzadas apropiadamente Bijou (1979)⁷

Debido a que no existe ningún acuerdo entre los investigadores sobre los aspectos concernientes al término auto-control, y para el propósito del presente trabajo, se hará referencia al auto-control con aquella definición dada por Thoresen y Mahoney (1974)⁵⁸, ya citada en la página anterior.

A continuación se describirán algunos de los comportamientos etiquetados como autorregulatorios por diversos autores que han tratado el fenómeno y se mencionaran los puntos principales de sus posiciones: cit.⁵⁸ **

SKINNER (1953):*

1. Restricciones físicas y ayudas físicas.
2. Manipulación de estímulos (incluye la exposición de estímulos auto-manejables).
3. Privación y saciedad.
4. Manipulación de las condiciones emocionales.
5. Estimulación aversiva.
6. Drogas.

7. Condicionamiento operante.
8. Castigo.
9. Aproximación de respuestas incompatibles (hacer alguna otra actividad).
10. Eventos privados.

BANDURA Y WALTERS (1963):*

1. Resistencia a la desviación.
2. Regulación de las recompensas auto-administradas.
3. Retardo del reforzamiento.

FERSTER (1965):*

1. La alteración de la relación conducta-ambiente para reducir las consecuencias adversivas.
2. Ejecuciones para incrementar la eficacia a largo plazo.
3. Alteraciones del ambiente físico.

GOLDIAMOND (1965):*

1. La alteración de las variables ambientales específicas que controlan la propia conducta.
2. Aplicación del análisis funcional de la conducta.

CAUTELA (1969):*

1. Técnicas de inhibición recíproca.
2. Técnicas de instigación.

STWART (1970):*

1. Procedimientos operantes.
2. Procedimientos aversivos.

KANFER (1971):*

1. Respuestas competitivas.
2. Manipulación de las conductas aversivas.
3. Manipulación de las consecuencias de la conducta.
4. Auto-reforzamiento.
5. Principios generales de las técnicas de auto-control.

El auto-control como un tipo de ejecución, se ve controlada por los principios que rigen toda la conducta en general. Por lo que se puede observar, las técnicas que se han desarrollado dentro de este campo, se apoyan en los principios que forman a su vez la tecnología conductual y que han servido a los estudiosos de las ciencias del comportamiento como instrumentos para lograr el conocimiento y el control de la conducta, pretendiendo establecer así un manejo adecuado de las situaciones que determinan su conducta.

Por lo que, si se parte de que la conducta es cualquier respuesta dada por un organismo; y que lo único que provoca una diferencia es que exista una conducta manifiesta para avocarse al tratamiento de estas dos funciones o formas de conducta, entonces los principios generales del auto-control serían:

"Los principios generales del aprendizaje, mismos que son empleados tanto por el instructor como por el sujeto de una manera específica según el problema a ser resuelto" (Thoresen y Mahoney, 1974; Skinner, 1953)^{58,52}

2.4 Técnicas de Auto-Control.

A continuación se describen con detalle algunas de las técnicas de auto-control utilizadas en estudios sobre la modificación de la conducta.

AUTO-OBSERVACION: El auto-control requiere que el individuo conozca los factores que influyen en sus acciones y cómo éstos deben ser manipulados para producir los cambios deseados.

El primer paso de esta dirección requiere que la persona observe y registre su propia conducta, en la auto-observación, la misma persona es el observador y el observado, lo cual implica problemas en la confiabilidad y veracidad de los datos. La auto-observación ha sido utilizada para influenciar el fumar, tomar, comer, control de ticks, estudiar y participación oral en clase, una revisión de la literatura en el área del auto-control, puede revelar un problemas comunes:

La evaluación en la veracidad de los auto-registros, hace que la ausencia de estos datos dificulte la evaluación de los éxitos reportados con técnicas terapéuticas que utilizan los procedimientos de auto-control.

AUTO-REFORZAMIENTO Y AUTO-CASTIGO: Esta estrategia podría ser llamada programación conductual (Mahoney y Thoresen, 1974)⁵⁸, el individuo debe alterar las consecuencias de su conducta más que los estímulos que dan ocasión a su ocurrencia. Las consecuencias que el

individuo manipula pueden ser reforzantes o aversivas. Se puede hablar de auto-aplicación de contingencias de la siguiente manera: auto-reforzamiento positivo y negativo auto-castigo positivo y negativo.

A continuación definiremos cada uno de ellos:

AUTO-REFORZAMIENTO POSITIVO: Es la libre administración de un reforzador disponible contingente a la ejecución de una respuesta de auto-control. Mahoney, Moura, Wade (1973) cit³⁷, utilizaron esta técnica en sujetos obesos, que previamente habían depositado dinero con el experimentador. Los sujetos se auto-reforzaban en cada sesión de peso, recobrando parte del dinero depositado en proporción al peso perdido.

AUTO-REFORZAMIENTO NEGATIVO: Es la eliminación de un estímulo aversivo contingente a la ejecución de una respuesta de Auto-control un ejemplo de ello es el siguiente usando auto-reforzamiento negativo en sujetos obesos de la siguiente manera: se les pidió a los sujetos que almacenaran en su refrigerador paquetes de cebo en relación a sus peso en Kg, y que retiraran una parte del cebo de acuerdo a su peso perdido.

AUTO-CASTIGO POSITIVO: Es quitar libremente un reforzador disponible después de la ejecución de una respuesta indeseable, como sería tirar dinero, dar caridad cada vez que la conducta sea ejecutada.

2.4 Aproximaciones de Tratamiento.

Tradicionalmente una meta singular para el tratamiento del alcoholismo ha sido la compleja y total abstinencia. Esta creencia que sostiene ampliamente que éste es el único propósito práctico del tratamiento, ha sido cuestionada, por décadas. Recientemente evidencias clínicas y experimentales han demostrado que algunos alcohólicos, aún siendo crónicos, pueden ser capaces de moderar sus patrones de ingesta y mantenerlos por períodos largos de tiempo.

Históricamente, debido a la proliferación de la noción de que el abuso del alcohol estaba en función del simple condicionamiento de factores, el tratamiento conductual del alcoholismo había incluido casi exclusivamente el uso de estrategias de condicionamiento aversivo.

En la actualidad, las metas de tratamientos conductuales han empezado a ser más amplias respuestas a:

1. El incremento en los hallazgos de las investigaciones que cuestionan un simple modelo de condicionamiento etiológico.

2. Estudios de evaluaciones controladas que cuestionan la eficacia de los precedimientos aversivos.

Una amplia variedad de estrategias de tratamiento conductual no aversivo es ahora usada para reducir el consumo excesivo de alcohol y para mejorar el funcionamiento social, marital y vocacionales. Se ha puesto énfasis en los patrones de conducta del inicio y mantenimiento que son alternativas e incompatibles con el consumo de alcohol excesivo. Un mayor énfasis de la aproximación conductual es la necesidad de una evaluación cuidadosa de la eficacia del tratamiento. Una variedad de medidas objetivas de las conductas de ingesta, marital, emocional y vocacional, son adquiridas conjuntamente con el tratamiento. Un modelo conductual para el alcoholismo, necesita el uso de una variedad de técnicas, el rango de las mismas actualmente es muy amplio por lo cuál a continuación se mencionaran algunas de ellas;

TECNICAS QUE DISMINUYEN INMEDIADAMENTE LAS PROPIEDADES DE REFORZAMIENTO DEL ALCOHOL:

Estas incluyen asociación aversiva o estímulo displacentero con el patrón de ingesta y con una amplia variedad de factores medio ambientales que provocan la conducta (Stewart, 1970).

TECNICAS DE AUTO-CONTROL O AUTO-GOBIERNO:

Para controlar el impulso y regular el estímulo medio-ambiental asociado con la conducta de acercarse al alcohol.

TECNICAS DESIGNADAS A PROVEER AL ALCOHOLISMO DE CONDUCTAS SOCIALES Y EMOCIONALES INCOMPATIBLES CON EL ABUSO DEL ALCOHOL:

Estas incluyen el aprendizaje de formas alternativas para tratar situaciones de estres, sociales, maritales y vocacionales.

TECNICAS QUE SIRVEN PARA ENSEÑAR A PERSONAS:

Son personas significativas en el medio ambiente (médico, psicologo, trabajador social, etc), y que ayudan a reforzar al sujeto cuando esté sobrio, y a castigar o ignorar el consumo excesivo de alcohol, las metas de tratamiento tienden a ser más flexibles que otras aproximaciones tradicionales. Esto es, la ingesta controlada, mas que la abstinencia es considerada mas aceptable como meta terapéutica (Lovibond y Caddy 1970)²⁹

El concepto de **ingesta moderada** como una meta explicita de tratamiento, fue relativamente ignorado hasta que Lovidond y Caddy (1970)²⁹, publicaron el primer reporte de investigación controlada con un procedimiento de tratamiento orientado a la "moderación". Posteriormente a esta publicación, en los últimos 10 años ha habido una cantidad alentadora de investigaciones que, bien diseñadas y controladas, evalúan la eficacia de una variedad de métodos de tratamiento que intentan producir lo que ha venido a ser llamado "ingesta controlada". (Reinert y Bowen, 1968).

2. Un programa planeado de reforzamiento para inducir antabuse y/o

3. Sistemáticamente, dar permisos o castigos para cambiar el comportamiento. La última y óptima meta, es ir gradualmente reemplazando el control externo y la motivación por el control interno.

Los castigos de conducta que los sujetos pueden utilizar de esta manera son variados (Thoresen y Mahoney, 1974)³⁸

Entrenamiento Conductual de Auto-Control (E.C.A.C.)

Representa una aproximación con orientación educacional para el tratamiento del problema de ingesta (Thoresen y Mahoney, 1974)³⁸ y lo podemos analizar por medio de las siguientes técnicas las cuales se mencionan a continuación:

AUTO-GOBIERNO O AUTO-CONTROL: En esencia consisten de respuestas dadas por el alcohólico para disminuir la probabilidad de beber excesivamente estas no sirven únicamente como alternativas al abuso del alcohol debido a que son usadas ya sea antes o después del tiempo en que la bebida es deseada o cuando se está bebiendo, a lo que, "El auto-control": puede tomarse como un proceso a través del cual el individuo se convierte en el principal agente que guía, dirige y regula aquellas formas de su propia conducta que eventualmente pueden conducir a las propias consecuencias positivas deseadas (Golfried y Merbaum, 1973) cit.²³

MANTENIMIENTO DE CONDUCTAS DE AUTO-CONTROL: Un problema obvio en el área de auto-control se refiere a la forma en que el tratamiento inicia y mantiene estos patrones en el alcohólico.

¿Cómo se desarrolla un auto-control o un auto-gobierno en un individuo que es muy independiente de su medio exterior? esta es una pregunta de relevancia especial ya que el alcohólico supuestamente carece de auto-motivación y de voluntad.

2.5 Entrenamiento Conductual de Auto-Control.

La mayor meta en los tratamientos conductuales para el abuso del alcohol, consiste en enseñar patrones que son incompatibles con la ingesta excesiva. En situaciones que sirven como claves para el abuso de la ingesta, el alcohólico debe de desarrollar respuestas alternativas más apropiadas. Esto es, si a una "parranda" le precede una situación en la cual se siente enojada la persona, pero no expresa este sentimiento apropiadamente, entonces una alternativa al beber podría ser la de responder más abierta y agresivamente. A los alcohólicos se les puede enseñar alternativas para una cadena entera de eventos que no generalmente conducen a una ingesta excesiva (Niño Hurtado, 1974)⁴³

En lugar de socializar con amigos que son fuertes bebedores, por ejemplo, el sujeto podría disminuir la probabilidad de su ingesta evadiendo a estos amigos y socializando con bebedores sociales y/o abstinentes. Estas nuevas formas de respuesta no sólo permiten al individuo evadir la ingesta excesiva, sino también a obtener más satisfacción de una vida sobria con el fin de utilizar más adaptativamente sus habilidades. Esta terapéutica tiene la ventaja adicional de proveer al individuo del control sobre su forma de beber y en su vida en general.

Otras técnicas conductuales, las terapias de aversión y las aproximaciones operantes se basan en un control externo, de tal forma que otras personas le hacen algo al sujeto para alterar su comportamiento en algunos casos, el individuo percibe este control como degradante por lo que tiende a retirarse de las terapias de esta naturaleza. Debido a que la mayor parte de su programa conductual puede ocurrir en la ausencia de otros que lo controlen, el éxito a largo plazo de la terapia depende probablemente del desarrollo del "auto-control".

La falta de motivación de los alcohólicos para cambiar es, por definición, falta de control interno de su conducta. Es por esto que los pasos iniciales del tratamiento deben incluir control externo para iniciar los cambios del comportamiento. Esto puede incluir:

1. Coerción de la ley, de la familia, o del empleo para iniciar el proceso de tratamiento.

Para Thoresen y Mahoney (1974)⁵⁸, "Estos términos son nebulosos y añaden muy poco a nuestra habilidad para predecir y modificar el comportamiento". Más que ser una cualidad que unos tienen y otros no, el auto-control se refiere a la habilidad para distinguir y posteriormente para manipular variables (ya sean estas abiertas o encubiertas), las cuales influyen en el beber excesivo, esta es una habilidad que el individuo puede aprender.

De hecho hay indicios de individuos con problemas de tipo crónico y de conducta que nunca han aprendido tales habilidades y, por tanto, su conducta se determina principalmente por contingencias casuales y su medio ambiente interpersonal y/o físico.

Mientras un número de estrategias de auto-gobierno se ha desarrollado, éstas han dado paso a dos más que son: Control de estímulos y programación conductual (Thoresen y Mahoney, 1974)⁵⁸

A. Control de estímulos: Incluye el arreglo de claves o consecuencias medio ambientales para disminuir la probabilidad e ingesta.

Mertens (1974)³⁵, discute las ventajas del auto-control de un individuo que hace público el hecho de que él ha dicho la afirmación de que, en el caso de llegar a beber, tenga consecuencias sociales negativas.

Kanfer, Cux, Gringer. (1974)²⁶, "Han demostrado experimentalmente que a los individuos les es más fácil esperar el cambio de su conducta cuando hay un convenio o pacto y a la vez las condiciones de éste son hechas públicas".

Los bebedores excesivos de alcohol, pueden también disminuir la probabilidad de beber:

1. Teniendo el vino lejos de ellos o inaccesible.

2. Teniendo actividades específicas, (el proyecto de un trabajo, leer y jugar con los hijos, caminar, etc.) cuando se les antoje la bebida.

3. Rehuendo a las oportunidades donde saben que pueden beber excesivamente.

4. Socializando con abstinentes o bebedores sociales moderados.

Estas condiciones deben leerse tratando de vivenciarlas con las emociones que las acompañen, ésto aumenta el poder de auto-control. "En ocasiones, se les debe recomendar a los pacientes que lean esta lista a horas específicas durante el día, deseen o no beber una copa (Miller Hersen, Gisler, Epstein, Wooben, 1974).

B. Programación Conductual: De acuerdo con Thoresen y Mahoney (1974)³⁸, el concepto de programación conductual, se refiere a que el individuo re-arregla las consecuencias de su propia conducta. Básicamente ésta es similar a las aproximaciones operantes en donde el reforzamiento es de manera contingente a la abstinencia o ingesta moderada y el castigo o retirada del reforzamiento es contingente a la ingesta excesiva. En este sentido, el individuo por sí mismo arregla y se prevee de contingencias, los auto-reforzadores y auto-castigos puede ser encubiertos o abiertos.

Manejo de Contingencias Encubiertas.- Cautela y Uppser (1975) cit.³¹, han ideado un número de estrategias en las cuales los eventos encubiertos pueden arreglarse para seguir a la conducta de ingesta. En seguida se describiran estas:

Sensibilización Encubierta.- Como un tipo de terapia aversiva, es básicamente un procedimiento de auto-castigo. Donde quiera que el alcohólico es confrontado con la oportunidad de beber, se castigará a sí mismo encubiertamente imaginándose experiencias displacenteras tales como vómito y náuseas.

Por otro lado, la evitación exitosa del uso del alcohol puede seguirse con un pensamiento placentero. Este procedimiento conocido como reforzamiento encubierto, es usualmente precedido por una serie de sesiones en las cuales se le pide al paciente que imagine

que se rehusa a tomar una copa y/o escoger una bebida no alcohólica asociando esto con un pasaje placentero también. imaginario. Esta técnica es con frecuencia usada en combinación con la sensibilización encubierta.

Cautela y Kastenbaum (1967) cit.³⁰, enlistaron una variedad de situaciones reforzantes como la siguiente: paisajes agradables imaginarios, especificando al "paciente" cliente de que se trataban.

Otra técnica es la extinción encubierta, la cual está basada en el principio de que, cuando se retiene un reforzamiento dado en la conducta, ésto conduce al decremento en la ocurrencia de la misma. Cautela y Kastenbaum (1967), en este procedimiento se le podría pedir a un alcohólico que se imagine a sí mismo consumiendo repetidamente bebidas alcohólicas y experiencias negativas o sentimientos de intoxicación asociadas a ese consumo.

Mientras que a futuro la eficacia de estas técnicas es garantizada, debido a la naturaleza imaginativa de este proceso, se tiene dificultad en las evaluaciones objetivas, es por eso que el terapeuta debe basarse en los auto-registros del cliente.

Manejo de Contingencias Abiertas.- Un individuo también puede hacer que sigan a su conducta reforzamientos externos o eventos punitivos un excelente análisis paso por paso de las formas en que esto puede ser realizado ha sido presentado por Watson y Tharpe (1972) y consiste en que un sujeto puede enlistar varias de sus actividades favoritas de tal forma que éstas ocurran sólo si él se ha mantenido sobrio por un cierto término de tiempo. El alcohólico también puede arreglar que otros lo refuercen o castiguen según su conducta de ingesta. Con relación al exceso de beber, Miller, Hersen, Eisler, Epstein y Wooten (1974)³⁷, demostraron que la ingesta de los bebedores sociales está asociada con claves altamente específicas: (botellas de alcohol, luz baja).

Pero la ingesta de los alcohólicos está ligada a una variedad de claves no relacionadas con el alcohol, tales como el aislamiento o el aburrimiento. Es por esto que, con el fin de garantizar aumento en el control de la bebida, el individuo alcohólico debe ser aconsejado o advertido de beber únicamente en lugares específicos.

Causas Aversivas Finales.- Las consecuencias aversivas finales tales como malestares, pérdida de familia ó de empleo, desafortunadamente ocurren mucho tiempo después de la ingesta, si fueran consecuencias inmediatas aversivas podrían influir en la disminución de la frecuencia o de la cantidad ingerida.

Un método para usar estos factores como ventaja, es pedirle al paciente que enliste:

1. Aquellas consecuencias aversivas que serán ocasionadas si él continua bebiendo excesivamente.

2. Las consecuencias positivas que resultarían de su abstinencia o ingesta moderada. Se le pide al paciente que describa estas consecuencias en una tarjeta y que las lea para él mismo cuando sienta la necesidad de beber una copa.

Debido a que la iniciación de estos patrones de conducta es más fácil que su mantenimiento, es relativamente fácil determinar las contingencias que influyen en la probabilidad de ingesta o abstinencia de un individuo e instruirlo para que rearregle o controle estas contingencias.

Contratos Escritos.- Estos deberan especificar las consecuencias para las conductas y la manera en que estas serán programadas. en este sentido, el paciente actualmente hace un contrato para sí mismo, lo firma y lo guarda en un lugar accesible. El contrato sirve como clave para comprometerse en una conducta de auto-gobierno. así el paciente podría no sólo registrar los episodios de ingesta y/o el número y la clase de bebida, sino también las ocasiones en que tuvo la oportunidad de premiarse o de castigarse.

El Auto-Registro.- Sirve como un aparato de auto-control, el cual puede disminuir la probabilidad de ingesta excesiva. Así mismo el objetivo es que el individuo maneje más información sobre su problema de ingesta y pueda tener el control sobre ésta.

Como se ha visto, las técnicas de auto-control son programas de tipo terapéutico que consisten en que el paciente establezca cuál es la cantidad del alcohol que puede ingerir en forma óptima. Estas técnicas de auto-control adquieren cada vez más importancia debido a que se aplican a un si número de problemas tales como: tabaquismo, obesidad y alcoholismo.

VENTAJAS: El entrenamiento conductual no requiere de algún equipo especial, puede ser conducido en un cuarto de asesoría o en un salón de clases y no requiere del consumo de bebidas alcohólicas dentro del tratamiento, es por estas razones que el tratamiento conductual tiene aplicabilidad directa en los esfuerzos dirigidos a la prevención del problema de la ingesta (Miller y col., 1977)³⁷⁻³⁸ han desarrollado y descrito un programa amplio de entrenamiento Conductual, que incluye los siguientes elementos:

- a) El establecimiento de la meta, consistente en la determinación de los límites específicos y apropiados para el conocimiento real de los efectos del etanol en el cuerpo.
- b) Auto-registro de consumo de alcohol.
- c) Entrenamiento en el control del consumo de alcohol para alterar la topografía de la conducta de ingesta usando reglas similares a aquellas descritas por Sobell y Sobell (1973)⁵⁶
- d) Entrenamiento de auto-reforzamiento para fortalecer lo adquirido.
- e) Análisis funcional de la conducta de ingesta.
- f) Entrenamiento alternativo, diseñado para enseñar habilidades para hacer frente a situaciones que con anterioridad se presentaron al ingerir alcohol Miller y Mastria (1977)³⁸

Por una variedad de razones, el auto-control puede ser valioso en la prevención de la ingesta. Miller y Caddy (1977) cit.³⁷; Vogler y Caddy (1973)⁶², Esta aproximación es observable en varias etapas de la educación y, por lo tanto, puede enseñarse a las personas que se encuentran en las primeras etapas del desarrollo del problema, sin la necesidad de ser etiquetados. Muchos de los componentes del auto-control, como los auto-registros son actualmente aplicados dentro de un programa de auto-ayuda como el de Alcohólicos Anónimos, Miller (1978)³⁶, Miller y Muñoz (1976)⁴¹

Finalmente concluyó que el auto-control enfocado a la ingesta de alcohol, puede ser aceptable en las primeras etapas del problema, cuando los individuos pueden no ser receptivos a otras aproximaciones que requieren auto-etiquetación como "alcohólicos" o que por consecuencia deseen lograr la abstinencia.

2.6 Descripción del Manual de Auto-Control.

No todos los que tienen problemas con el alcohol quieren dejarlo por completo, probablemente por que aún no manifiestan ningún problema de enfermedad asociado al consumo del alcohol o quizás porque no se han dado cuenta de que han empezado a tener problemas. Sin embargo, en el momento en el que el paciente hace conciencia, es el momento en que podemos dar solución a su problema. Un posible resultado entre otros es reducir y/o controlar la forma de beber, es decir, beber la cantidad de alcohol mínima necesaria para no caer en los límites de la embriaguez. El beber controladamente no es una meta para todos; sin embargo, creemos que muchos de los bebedores problema que no han alcanzado un punto del que ya no pueden regresar, pueden lograr un auto-control en su forma de beber.

El material de este manual puede ayudar a los participantes a decidir una meta de moderación o a descubrir una forma de alcanzarla. Tomando como referencia que ningún material por sí solo puede cambiar la manera o la forma de beber.

En México, a través de un programa conjunto de la Facultad de Psicología de la UNAM y del Instituto Mexicano de Psiquiatría, se desarrolló un programa de tratamiento dirigido a dar servicio a alcohólicos en una zona urbana de la Ciudad con altos índices de abuso en el consumo de alcohol. Como resultado de este esfuerzo Ayala-Peralta (1985)¹, desarrollaron materiales para propósitos de prevención y un manual de auto-control en el consumo del alcohol como sustento programático para el servicio del Centro de Atención al Alcohólico y su Familia (C.A.A.F.).

El manual se utilizaría para su aplicación pero, no fue posible ya que las oficinas que ocupaba el C.A.A.F. en la Col. Morelos, centro de la Ciudad de México, se dañaron debido al sismo de 1985.

Para conocer el índice que corresponde al Manual ver anexo "A".

CAPITULO 3

METODOLOGIA

Planteamiento del problema.

? Sera posible reducir la ingésta de alcohol, mediante la utilizacion de Tecnicas de Auto-Control ?

Objetivo:

Observar la efectividad de la aplicación, de un manual de auto-control en el consumo de alcohol en empleados mexicanos.

Hipotesis:

Ho.- No hay diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de ocurrencia de la conducta (ingésta) antes y después del Tratamiento (Aplicación del manual).

* Ho.¹.-No hay diferencia estadísticamente significativa a cerca del conocimiento del problema del alcoholismo antes y después del Tratamiento (Aplicación del manual).

HI.- Si hay diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de ocurrencia de la conducta (ingésta) antes y después del Tratamiento (Aplicación del manual).

* HI.¹.-Si hay diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de ocurrencia de la conducta (ingésta) antes y después del Tratamiento (Aplicación del manual).

Variables:**Dependiente.-**

- 1.- Las conductas de aprovechamiento las cuales consistirán del número de respuestas correctas en el contenido del curso.
 - 2.- Las conductas evaluadas en convenios y contratos de ingesta de bebidas alcohólicas.
- A.- Pre test--Post-test, de los conocimientos que los participantes tenían con respecto al problema del alcoholismo.

Independiente.-

- 1.-Entrenamiento basado en el Manual de Auto-Control.

Sujetos:

La muestra seleccionada fue de 30 sujetos, de los cuales primero se selecciono a 6 sujetos por medio de un muestreo intencional no probabilístico, posteriormente por requerimiento de validez de la aplicación se anexaron 24 sujetos más, de los cuales estos últimos fueron sujetos voluntarios del grupo Jóvenes Alcohólicos Anónimos. El criterio utilizado fue que asistieran de manera voluntaria, es decir al haber platicado con ellos, los mismos sujetos manifestaron tener problemas con su manera de beber.

Cabe hacer la aclaración que debido, a que se les concentro en el grupo de alcohólicos anónimos no existió la posibilidad de que los datos fueran alterados ya que los integrantes al grupo fueron de nuevo ingreso, y no tenían ningún tipo de contacto con los ya integrantes del mencionado grupo "AA". Las reuniones fueron dentro del grupo pero en una sala muy independiente de los demás.

La muestra con la cual se trabajo fué integrada por 30 personas de aproximadamente de 25 a 30 años, de sexo masculino, con un nivel socioeconómico medio bajo. los cuales manifestaron tener problemas con su manera de beber. La mayoría de los participantes eran bebedores de fin de semana pero no fue raro encontrar los que tomaban a diario o por temporadas, interfiriendo así en su vida laboral y familiar.

Escenario:

La investigación se llevo a cabo en 2 lugares:

1.- Con la muestra de 6 sujetos trabajadores de la Tienda de la U.N.A.M. se trabajo en una aula de 2.5 mts. por 1.50 mts la cuál colinda con el area de Recibo General y la planta de luz, ademas de contar con 15 sillas, un pizarrón y un escritorio.

2.- A los 24 sujetos restantes les fué aplicado en una sala de juntas perteneciente a las instalaciones del grupo de jovenes "AA". La cuál cuenta con 4mts. por 5mts. 25 sillas, un escritorio, 2 cuadros con preceptos de "AA" y demas pertenencias del grupo.

NOTA: Se omiten por razones de anonimato la ubicación del mismo GRUPO JOVENES ALCOHOLICOS "AA".

Materiales e Instrumentos:

El manual de auto-control y formatos del mismo manual, el cual incluye 8 sesiones dentro de las cuales se revisaron y aplicaron distintas herramientas para dotar de habilidades a los participantes. Ejem.: Contratos Conductuales, Técnicas de Relajación, lápices y/o plumas, hojas de registro, y cuestionarios, y materiales en general que se requirieron.

Diseño Experimental:

El tipo de diseño y los resultados fueron utilizados en base a lo siguiente y a la siguiente formula estadística.

**Diseños Antes y Después de un solo Grupo.
(Diseño Pre-Test y Post-Test).**

Este diseño permite la comparación de dos grupos de observaciones; en la primera se realiza una primera medición sobre el grupo, posteriormente se aplicó el Tratamiento y después se lleva a cabo una segunda medición para conocer si el tratamiento surtirá efecto en la conducta de los sujetos. Se espera que con la aplicación del Tratamiento exista diferencia entre las medias de los datos antes y después. De acuerdo con las consideraciones precedentes del diseño antes mencionando este es un procedimiento que no requiere grupo control, ya que son los mismos sujetos los que se miden antes y después del Tratamiento de modo que actúan como su propio control.

Para evaluar los datos numéricamente y que siguen de la aplicación, se recurre a la prueba Ji Cuadrada (X^2) por medio de la cual se puede comparar la diferencia significativa entre las medias de la primera y segunda medición.

PROCEDIMIENTO:

Para poder realizar la aplicación del manual de Auto-Control se requirió de un lapso en tiempo de 1 mes para los 6 primeros sujetos y de 1 a 6 meses para los 24 restantes, para totalizar una muestra de 30 sujetos. La aplicación se dió para el grupo en general. En un momento dado se podría pensar que la posibilidad de cambios en la ingesta se pudo deber a que los 24 sujetos que se concertaron después llegaron directamente al grupo pero se aclara que no pertenecían a "AA", el único requisito para aceptarlos era que los sujetos llegaran manifestando tener problemas con su manera de beber, al reunir a los participantes se les explicaba cual era el tipo de tratamiento y de trabajo que se pretendía hacer a lo que los sujetos participantes accedieron.

Los procedimientos para trabajar en los objetivos del Manual fueron los mismos para todos los sujetos. De una manera general se habló con todos los participantes sobre el contenido del curso, el tiempo que llevaría la aplicación, y las condiciones para poder participar, así como lo que se esperaba de ellos.

Posteriores a todo esto se procedió a dar inicio a la aplicación del mismo:

En la primera sesión se aplicó un pretest y un cuestionario de las características personales en el consumo de alcohol, con la finalidad de determinar si el curso les proporcionaría información ó no con respecto a su problema. las sesiones subsecuentes constaron de diferentes evaluaciones (cuestionarios de aprovechamiento de las sesiones,) y dinámicas las cuales sirvieron para motivar y dar paso a la exposición de las causas, formas, horas, lugares, y motivos que inducen a que las personas beban.

El Manual constó de 8 sesiones con una duración de 1 hora y 10 minutos cada sesión, impartido una vez a la semana; localizándose en las sesiones segunda, tercera, cuarta, y quinta, la información necesaria para esperar el posible cambio en el conocimiento que tenían los participantes con respecto al problema del alcoholismo, en las sesiones sexta, séptima, y octava, se registraban las conductas de los registros de auto-control, así mismo se identificaron los factores que se asocian a dichas conductas por lo cual una vez terminadas las sesiones se procedió a la aplicación del post-test el cual nos sirvió para comparar junto con el pre-test, si existieron cambios ó no cambios en relación al conocimiento que los participantes tenían acerca del problema del alcoholismo.

Presentamos a continuación un Cronograma del Plan de Trabajo

Desarrollado

Plan de Trabajo:

Actividades	Días	Mes
	14-15-16-17-18-19-20	Dic.
1.- Saludo y Presentación.	X	
Intereses.	X	
Cuestionarios.	X	
Contratos.	X	
Asistencias.	X	
Pre-Test.	X	
Llenado Tarjeta Reg.	X X X X X X X	
Ficha Identificación.	X	
	21-22-23-24-25-26-27	Dic.
2.- Pasos del Autoregistro.	X	
Técnicas de Motivación.	X	
Establecimiento límites.	X	
Efectos en el Consumo.	X	
Cuest. Evaluac.	X	
Registro Diario.	X X X X X X X	

	18-19-20-21-22-23-24	Ene.
6.- Como tratar la depresión.	X	
Cuest. Aprovechamiento.	X	
Práctica Grupal sobre Depresión.	X	
Registro Diario.	X X X X X X X	
	25-26-27-28-29-30-31	Ene.
7.- Auto cpto. positivo.	X	
Habilidad de Ser Asertivo.	X	
Habilidad de Relacionarse con otros.	X	
Cuestionario de Aprov. Registro Diario.	X X X X X X X	
	1 -2 -3 -4 -5 -6 -7	Feb.
8.- Habilidad de actuar de otra manera.	X	
Habilidad de recompensarse.	X	
Hablarse inteligentemente	X	
Habilidad de dormir bien.	X	
Post-Test.	X	
Despedida.	X	
Registro Diario.	X X X X X X X	

CAPITULO 4

ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 Tratamiento Estadístico.

Una vez obtenidos los datos se procesaron estadísticamente para comparar los resultados del grupo en el Pre-Test y el Post-Test.

Para el análisis de datos obtenidos se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrada (X^2), con la finalidad de obtener el grado de diferencia entre las aplicaciones (pre-test y post-test), la Chi Cuadrada (X^2), es una prueba de significancia no paramétrica que se utiliza para hacer comparaciones entre dos ó mas muestras y tiene que ver esencialmente con la distinción entre las frecuencias esperadas y las obtenidas. Las frecuencias esperadas (F_e), se refiere a los terminos de la hipótesis nula, de acuerdo con la cuál se espera que la frecuencia relativa (ó proporción), sea la misma de una aplicación a otra, las frecuencia obtenidas se refieren a los resultados que obtenemos realmente al realizar un estudio y por lo tanto puede variar de una aplicación a otra, solo si las diferencias entre las frecuencias esperadas y obtenidas es lo suficientemente grande rechazamos la hipótesis nula y decimos que existe una diferencia poblacional verdadera.

La formula de Chi Cuadrada (X^2), es la siguiente:

$$X^2 = \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

F_o = Frec. Observada
 F_e = Frec. Esperada
 X^2 = Chi Cuadrada

Una vez obtenida la X^2 , se formulo un nivel de significancia de .05 con grados de libertad de $gl = n - 1$, procediendose a lo siguiente.

4.2 RESULTADOS

Del total de las aplicaciones realizadas mediante la utilización de la prueba estadística Chi Cuadrada X^2 se registraron los siguientes resultados: se llevaron a cabo las operaciones estadísticas tales como, media, mediana, moda, varianza, y desviación estándar para obtener las dispersiones entre una y otra aplicación encontrándose los siguientes resultados:

//////	PRE-TEST	POST.TEST	PUNTAJE DE GANANCIA
MEDIA	9.1	9.53	.43
MEDIANA	11	11	0
MODA	12	12	0
VARIANZA	811.2	952	140.8
DESV EST.	28.48	30.85	2.37

$$X^2 = \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e} = \frac{(273-286)^2}{286} = \frac{169}{286} = 0.59$$

$$X^2 = \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e} = \frac{117}{286} = 0.4$$

Con los puntajes ya completos y con un nivel de significancia de 0.05, para una muestra de 30 sujetos, con un valor de grados de libertad de 29 ($gl = n - 1$), obteniéndose un puntaje de 42.56 en la tabla de chí cuadrada (X^2), se concluyo lo siguiente :

$X^2 = .59 > .05$ lo que nos determina que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula a un nivel de .05

El primer valor que se ve en la formula corresponde a lo referente a los conocimientos que tenían los participantes con respecto al problema del alcoholismo, y el segundo puntaje hace referencia a la conducta de los participantes en relación al problema del alcoholismo.

Para lo cual reafirmo que en cuanto a conocimientos si se dieron cambios pero en cuanto a conducta no se dieron .

4.3 DISCUSION .

Creo firmemente que mientras no se tenga un conocimiento adecuado al respecto del problema del alcoholismo, no se podra tener un cambio en la conducta con respecto a este. Por lo que para resolver un problema se tiene que dar información con anticipación tal es el caso de las reuniones públicas que se dan por parte de los grupos de "AA" citado en el Cap. 1 sección 1.5

El poder contar con cursos de esta clase como el desarrollado en esta tesis es de vital importancia ya que su contenido expresado en el Cap. 2 nos ayuda a determinar si el tipo de tratamiento que sea utilizado (2.4), es el mas indicado para poder ayudar a la persona "enferma, o no y así a inducir la coicientización de las personas con respecto a los problemas del alcoholismo y a otros más.

Un punto importante que me gustaria tocar es que en la aplicacion del manual de auto-control se considero el grado de conocimiento que tenían los participantes para determinar la efectividad del mismo (manual), mediante la aplicacion de un pre-test

para valorar que tanto conocían los participantes con respecto al problema del alcoholismo y seguido a esta aplicación una serie de evaluaciones, finalizando con la aplicación de un post-test que era el mismo de la primera parte y por medio del cual se determinaría la efectividad de la aplicación del manual de auto-control.

4.4 CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos concluyo:

Que se acepta la H^1 ya que si existen diferencias significativas entre las aplicaciones antes y después, así como al respecto al grado de conocimiento que tenían los participantes con respecto al problema del alcoholismo

Con respecto a mi objetivo de trabajo e hipótesis, puedo concluir que los resultados estuvieron a favor, con lo que hasta la fecha se tiene sobre el conocimiento del problema del alcoholismo por parte de los participantes pero considero que aun se puede seguir investigando este tipo de problemas y así poder dar mayor énfasis e importancia a este tipo de aplicaciones y otros tipos de apoyo que nos pudieran dar la respuesta para abordar el problema del alcoholismo.

SUGERENCIAS

Con base en los resultados obtenidos se considera pertinente en su tiempo:

- *) Hacer estudios comparativos, con una muestra control y una experimental.
- *) Comparar el curso de Auto-Control contra programas de Rehabilitación dirigidos al alcoholico.
- *) Que se modifiquen algunos apartados del manual, y que el instructor anexe a criterio las sesiones de acuerdo a la población.

Lo que se modificaría según mi punto de vista es:

- El número de sesiones.
- El léxico utilizado en el texto del manual.

*) Que participen mujeres que también tengan problemas de alcoholismo.

LIMITACIONES

Los resultados obtenidos pudieron presentar las siguientes:

- *) La falta de confiabilidad de los informes de las personas con respecto a su problema con la bebida, y los conocimientos que tenían con respecto al alcoholismo
- *) El tamaño de la muestra utilizado no permitió generalizar resultados para otras poblaciones.
- *) No participaron mujeres alcohólicas en la muestra.

APORTACIONES

El curso es un programa que abarca el problema del alcoholismo desde varios puntos de vista, tratando de que el "alcohólico" comprenda su problemática real, en la cual vive, y como resultado de este conocimiento tome las medidas adecuadas para mejorar su estilo de vida.

ANEXO A

I N D I C E

INTRODUCCION

Sesión No. 1

- Objetivos.
- Actividades del Instructor.
- Reunión del grupo.
- Sugerencia # 1 Saludo y Presentación.
- Sugerencia # 2 Presentación de los participantes.
- Sugerencia # 3 Intereses sobre el curso.
- Forma "A" Cuestionario de Características Personales de Consumo de Alcohol.
- Descripción # 1 Explicación sobre la Duración del Curso.
- Descripción # 1a Panorama General del Curso.
- Forma "B" Pretest.
- Pretest Código de Respuestas.
- Instructivo Forma "C" Contrato Institucional.
- Forma "C" Contrato Institucional.
- Forma "D" Información Brindada por el Visitador al Familiar del Participante.
- Sugerencia # 4 Instructivo de llenado de la tarjeta de Registro Diario.
- Forma "E" Tarjeta de Registro Diario.
- Sugerencia # 5 Evaluación de los Elementos de la Tarjeta de Registro Diario.
- Sugerencia # 6 Lista de Asistencia.
- Sugerencia # 7 Ficha de Identificación.
- Forma "F" Cuestionario de Evaluación del Instructor.
- Forma "G" Registro del Contenido de Actividades durante la Sesión.

Sesión No. 2

- Objetivos.
- Actividades del Instructor.
- Sugerencia # 1 Pasos del Autorregistro.
- Descripción # 1 Técnicas de Automotivación.
- Descripción # 2 Efectos Ocasionados por el Consumo de Alcohol.
- Forma # 1 Efectos Ocasionados por el Consumo de Alcohol.
- Tabla # 1 Establecimiento de Límites.
- Tabla # 2 Establecimiento de Límites.
- Descripción # 3 Establecimiento de Límites.
- Forma # 2 Contrato Personal.
- Descripción # 4 Contrato Personal.
- Forma # 3 Resumen del Progreso Semanal.
- Descripción # 5 Resumen del Progreso Semanal.
- Forma # 4 Cuestionario de Evaluación.
- Forma # 4 Código de Respuestas para el Instructor.

Sesión No. 3

- Objetivos.
- Actividades del Instructor.
- Descripción # 1 Pasos para Consumir una copa y Técnicas de Autorreforzamiento.
- Sugerencia # 1 Dramatización "Cómo Rechazar Copas".
- Forma # 1 Lista de Cotejo "Cómo Rechazar Copas".
- Sugerencia # 2 Explicación sobre Imposición de Castigos.
- Sugerencia # 3 Lista de Recompensas y Castigos.
- Sugerencia # 4 Contrato Semanal de Recompensas y Castigos.
- Descripción # 2 Contrato Semanal de Recompensas y Castigos.
- Descripción # 3 Riesgos en la Reducción de la Bebida, Adicción Psicológica y Retirada.
- Sugerencia # 5 Cuestionario de Aprovechamiento de la Sesión # 3.
- Código de Respuestas para el Instructor, Cuestionario de Aprovechamiento.

Sesión No. 4

- Objetivos.
- Actividades del Instructor.
- Sugerencia # 1 Antecedentes Generales para el Control de la Ingesta.
- Sugerencia # 2 Lugares donde Usted Bebe.
- Sugerencia # 3 Gente con la que Usted Bebe.
- Sugerencia # 4 Horas en que Usted Bebe.
- Sugerencia # 5 Sed y Hambre.
- Sugerencia # 6 Factores en Situaciones Especiales.
- Sugerencia # 7 Factores Emocionales.
- Sugerencia # 8 Antecedentes de Ingesta Excesiva Individual.
- Formato # 1 Antecedentes de Ingesta Excesiva Individual.
- Forma # 1 Cuestionario de Aprovechamiento.
- Código de Respuestas Correctas del Cuestionario de Aprovechamiento.

Sesión No. 5

- Objetivos.
- Actividades del Instructor.
- Descripción # 1 Alternativas en lugar de Beber.
- Forma "A" Lista de Situaciones en las que la Gente Bebe.
- Temas.
- Descripción # 2 Lista de Situaciones en las que la Gente Bebe.
- Descripción # 3 Tema "A" La Habilidad de Relajarse.
- Sugerencia # 1 Técnica de Relajación.
- Forma "B" Cuestionario sobre las Técnicas de Relajación.
- Código de Respuestas sobre el Cuestionario de Técnicas de Relajación.

Sesión No. 6

- Objetivos.
- Actividades del Instructor.
- Sugerencia # 1 Tema "B" Cómo Tratar la Depresión.
- Sugerencia # 2 Práctica Grupal, Cómo Tratar la Depresión.
- Forma "A" Cuestionario de Aprovechamiento.
- Código de Respuestas.

Sesión No. 7

- Objetivos.
- Actividades del Instructor.
- Descripción # 1 Inicio de Sesión.
- Sugerencia # 1 Tema "C" Habilidad para Mantener Autoconcepto Positivo.
- Sugerencia # 2 Tema "D" Habilidad de Ser Asertivo.
- Sugerencia # 2a Práctica Grupal Habilidad de Ser Asertivo.
- Lista de Cotejo Tema "D" Habilidad de Ser Asertivo.
- Sugerencia # 3 Tema "E" Habilidad de Relacionarse con Otros.
- Forma "A" Cuestionario de Aprovechamiento.
- Código de Respuestas.

Sesión No. 8

- Objetivos.
- Actividades del Instructor.
- Sugerencia # 1 Tema "F" Habilidad de Actuar de otras Maneras.
- Sugerencia # 2 Role Playing.
- Lista de Cotejo Habilidad de Actuar de Diferentes Maneras.
- Código de Respuestas para el Instructor.
- Sugerencia # 3 Tema "G" Habilidad de Recompensarse Constructivamente.
- Sugerencia # 4 Tema "H" Habilidad de Hablarse Inteligentemente.
- Sugerencia # 5 Tema "I" Habilidad de Dormir Bien.
- Forma "B" Post-test.
- Sugerencia # 6 Despedida.

LLENADO DE LA TARJETA DE REGISTRO DIARIO

Estas tarjetas estan diseñadas para que se anote: la fecha, mes, día, hora, tipo de bebida, cantidad y lugar donde se bebe, nombre (participante), y grupo, haciendo un total de 9 datos. Se entregará 1 tarjeta cada semana para que se reporte el consumo del alcohol.

LISTA DE ASISTENCIA

Por medio de la cual el instructor llevará un control de la puntualidad y presencia de cada uno de los integrantes.

FICHA DE IDENTIFICACION

Esta tiene el propósito de encontrar de manera fácil y accesible al instructor los datos de identificación del participante.

SESION 2

PASOS DEL AUTO-REGISTRO

Considerando que la "retroinformación" es muy importante para que los participantes avancen en el proceso de auto-control, los siguientes pasos serán: Que lleve consigo siempre una tarjeta, lapiz o pluma, registre cada copa antes de dar el primer trago, y use la tarjeta de registro diario para hacer las anotaciones.

TECNICAS DE AUTOMOTIVACION

Es importante que cada participante se de cuenta de sus propias cualidades positivas; como el reconocer que puede hacer bien las cosas con la finalidad de que esto le sirva de apoyo en el curso del tratamiento, ya que el identificar estas cualidades le permitira sentirse más seguro y con ánimo de buscar otras cosas en lugar de beber.

PROGRAMA GENERAL DEL CURSO

SESION 1

Este consta de tres partes y está organizada de la siguiente manera.

Primera: Qué hacer mientras se bebe.

Segunda: Cosas que suceden antes de beber.

Tercera: Cosas que se pueden hacer en lugar de beber.

LA PRIMERA PARTE: Proporcionará las maneras por medio de las cuales se puede trabajar sistemáticamente en la reducción de la ingesta, es decir, las cosas que los participantes pueden hacer mientras beben para así poder disminuir su forma de beber. Ej: dar tragos más espaciados, ponerse un límite de copas para beber, etc.

LA SEGUNDA PARTE: Tratará sobre algunas cosas que suceden antes de beber, o sea, algunas cosas que pueden provocar que la persona beba. Ej: tener hambre y sed, puede beber más en los días de pago, etc.

LA TERCERA PARTE: Examinará o analizará algunas técnicas, a través de las cuales se podrá aprender otras conductas en lugar de beber, o sea qué otras cosas puede hacer en lugar de beber, siendo esto de acuerdo a sus posibilidades. Ej: Si una persona bebe para relajarse, puede aprender la habilidad de relajarse mediante una serie de ejercicios.

P R E T E S T

Este cuestionario será aplicado con la finalidad de que el instructor conozca lo que los participantes saben acerca del contenido del curso de Auto-Control.

CONTRATO INSTITUCIONAL

Con el fin de comprometer a los participantes con las actividades que se consideran necesarias dentro de cada uno de los programas, se elaboró el formato de Contrato Institucional, por medio del cual se les hará saber que éste es un compromiso que están adquiriendo con la Institución y con ellos mismos para los fines y efectos óptimos del curso.

PASOS PARA CONSUMIR UNA COPA Y TECNICAS DE
AUTORREFORZAMIENTO

Tipos de bebidas.

Existen bebidas fuertes (brandy, ron, tequila, etc.), y bebidas suaves (pulque, cerveza, anís, etc.). El fin que perseguimos en controlar el número de sorbos (hacerle rendir), recomendándoles tomar 12 sorbos en cada copa, beber más despacio, poner más hielo en la bebida para que parezca más llena, etc. El rechazar copas es un buen plan pero este fracasará si uno no puede resistir el aceptar la copa que otros le ofrecen diciendo por Ej: "no gracias", "así estoy bien", etc.

DRAMATIZACION "COMO RECHAZAR COPAS"

Tomando en cuenta que las personas aprenden mejor experimentando o ensayando, que discutiendo una técnica se optó por llevar a cabo una dramatización para que los participantes comprendan mejor la técnica de como rechazar copas.

En donde la situación será la siguiente a representar el primero (bebedor excesivo) deberá rechazar el ofrecimiento de las copas de acuerdo a los visto en la sesión, el segundo (persona que ofrece beber), insiste de tal forma hasta convencerlo.

EXPLICACION SOBRE IMPOSICION DE CASTIGOS

Ustedes también pueden ayudarse para tener éxito castigándose si no tuvieran éxito en alcanzar el progreso que se habían ya establecido.

LISTA DE RECOMPENSAS Y CASTIGOS

Tome unos pocos minutos ahora para pensar en algunas recompensas buenas para usted.

- Empiece con las recompensas materiales.

EFFECTOS OCASIONADOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

Generalmente las personas que beben, desconocen los efectos que pudieran tener si no controlan su ingesta; así como la importancia que tiene el hecho de haber comido algo antes de empezar a beber, el peso de cada persona, el sexo, la velocidad con la que se tomen la copa, si el lugar donde se toma es muy agradable, si le acaban de pagar, si peleó con la pareja, etc. todo esto puede influir en que la persona beba más rápido y una mayor cantidad, creándole serios efectos de una manera muy nociva para su salud.

ESTABLECIMIENTO DE LIMITES

El alcohol no es un alimento que nos nutra, sino que está comprobado que dificulta la digestión de los alimentos; tampoco fortifica el cuerpo y menos sirve para evitar las enfermedades en el organismo; ya que con el consumo excesivo del alcohol, se tiende a comer menos y las personas se pueden enfermar con mayor facilidad. Tampoco se le puede considerar un aperitivo puesto que según nuestras investigaciones disminuye el apetito. Por lo que el tomar bebidas fuertes ó suaves, o de cualquier clase, es más recomendable que sean consumidas moderadamente.

CONTRATO PERSONAL

En el cual se están comprometiendo con ellos mismos a respetar lo establecido. Anotarán el número de copas que podrán tomar en el transcurso de una semana, así como el número de copas correspondientes a 1 hora, 2 horas, 3 horas, etc.

RESUMEN DEL PROGRESO SEMANAL

EL proceso de auto-registro es una técnica de observación que nos será básica, entre otras, en el transcurso de nuestro programa de auto-control ya que gracias a esto se podrá llevar un control de la cantidad de bebida consumida cada semana, basándose en las tarjetas de registro.

- . ¿qué cosas podría usted proveerse (darse)?
- . Dinero o tiempo que le causan placer.

SESION 4

ANTECEDENTES GENERALES PARA EL CONSUMO DE SU INGESTA

Al conocer los antecedentes de su ingesta excesiva, es importante se reconozca bajo qué condiciones se presenta, y así tener un mejor control sobre la ingesta y una mayor facilidad de control respecto a la forma de beber, para ello será de utilidad el uso de las tarjetas de registro diario que cada participante llena y entrega la cual contiene: el registro de la hora, el tipo de la bebida, la cantidad y el lugar donde se ha bebido.

LUGARES DONDE USTED BEBE

Con frecuencia sucede que uno adquiere el hábito de beber en exceso en ciertos lugares. Las características particulares del lugar (sonido, luz, etc.), empiezan a ser parte del entorno en el cual estamos lo que induce a la ingesta excesiva. "Si usted empieza a registrar los lugares donde bebe se percatará de que alguno de ellos influye en su ingesta".

GENTE CON LA QUE USTED BEBE

Así como los lugares pueden afectar su ingesta, lo mismo pueden hacer las personas con las que usted bebe. Ciertas compañías pueden provocar que usted beba en exceso, como también existen otro tipo de compañías que le ayudan a tener un buen control de su beber, y puedan llegar a ser una compañía más segura.

HORAS EN LAS QUE USTED BEBE

Otro factor que puede afectar la ingesta es el tiempo. La gente bebe con mayor frecuencia en ciertos días o a ciertas horas del día, fines de semana por la noche, en la quincena, etc.

FACTORES EN SITUACIONES ESPECIALES

Hay muchos otros factores que pueden influenciar en la ingesta. Cada individuo tiene su propio patrón de ingesta, y existen formas de controlar la misma, la cual expresamos con las siguientes sugerencias:

1. Realizar actividades incompatibles con la ingesta con frecuencia reducen su tasa de ingesta. Ej: Bailar, moverse, caminar, etc.
2. Las actividades automáticas o aburridas, particularmente aquellas que incluyen tiempo de espera particularmente se asocian a la ingesta excesiva. Ej: Juegos de cartas, ver la T.V., etc.
3. Las actividades que lo refuerzan a beber copas extras requieren medidas especiales. Ej: ganar un juego.

ANTECEDENTES DE INGESTA EXCESIVA INDIVIDUAL

Es posible enlistar algunos factores situacionales en lugar de aumentar el riesgo de la ingesta excesiva en la mayoría de las personas.

Estos factores generalmente hacen menos probable que la persona controle su consumo de alcohol:

- beber después de trabajar.
- beber con fuertes bebedores.
- beber cuando se tiene sed o hambre.
- beber durante actividades recompensantes.

SESION 5

ALTERNATIVAS EN LUGAR DE BEBER

El propósito de ésta y las siguientes sesiones es el de sugerir formas alternativas de obtener muchos de los efectos que la gente busca a través del alcohol. Nosotros vemos esta alternativa como habilidades personales. O sea como habilidades especiales para enfrentar situaciones que la gente pueda aprender.

Entre más habilidad tenga, mayor rango de habilidades tendrá, para decidir cómo satisfacer sus necesidades. Entre mayor rango de oportunidades tenga, será menos dependiente en cualquier solución y más libre para decidir cómo actuará y sentirá.

SITUACIONES EN LAS QUE LA GENTE BEBE

1. Al final de un día tenso.
2. Cuando está aburrido.
3. Cuando está en una situación social.
4. Cuando se siente triste.
5. Cuando está enfrentando un problema difícil.

LA HABILIDAD DE RELAJARSE

Quizas la razón más común mencionada para beber es la de realmente poder "relajarse". El alcohol en verdad si relaja el cuerpo, como lo hacen otras drogas, como los tranquilizantes. La mayoría de nosotros preferimos estar relajados. Como regla general, los sentimientos de tensión y de ansiedad son displacenteros. La mayoría de las personas realmente no saben como relajarse. Esta no es una habilidad que se enseñe en la casa o en la escuela, cuando menos todavía no.

TECNICA DE RELAJACION

Lo que tiene que ver con el beber es:

Mucha gente bebe para relajarse, sin embargo, existen muchas otras maneras de hacerlo ademas de beber: Si ustedes tienen habilidades para la relajación de tipo muscular o en la yoga, etc., no necesitan del alcohol para relajarse.

Otras formas de relajación son: meditación, oración, masajes, etc.

SESION 6

"COMO TRATAR LA DEPRESION"

Todos estamos sujetos a sentimientos de depresión. Algunas veces únicamente nos sentimos tristes con falta de entusiasmo sin saber por qué. Otras veces se siente uno triste por un desacuerdo, por la pérdida de algún familiar o amigo, por un desengaño, etc.

Estos y más pueden ser algunos de los factores que influyen para que una persona se sienta deprimida.

El cómo piensan algunas personas las cosas también puede afectarlos, cuando una persona está deprimida, se siente con menos deseos de hacer las cosas que hace normalmente cuando está se siente bien.

SESION 7

HABILIDAD DE MANTENER UN AUTO-CONCEPTO POSITIVO

Una de las maneras es la de ir aumentando sus pensamientos positivos y disminuir los de tipo negativo.

Aumentando los pensamientos positivos y premiándose y disminuyendo los de tipo negativo sobre uno mismo y por ende estableciéndose normas.

HABILIDAD DE SER ASERTIVO

ESTA YESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Una persona con la habilidad de ser asertivo no necesita del alcohol para enfrentar sentimientos y situaciones de tipo adverso.

Ser asertivo significa actuar firmemente pero no de una manera agresiva.

HABILIDAD DE RELACIONARSE CON OTROS

Hay cuando menos 4 pasos necesarios para formar nuevas relaciones y cada una requiere de diferentes habilidades personales como:

- A) Buscar personas: buscar situaciones para hablar con personas nuevas.
- B) Encontrar personas: Una vez seleccionando el lugar donde será probable que estén, hacer de ese lugar un punto para ir con frecuencia.
- C) Empezar a conocer: Esto incluye el hacer citas para ver a las personas en otras situaciones.
- D) Aprender de otros: Al inicio de esta sesión, se sugiere que se observen a otras personas que hacen bien lo que ustedes están tratando de aprender.

SESION 8

HABILIDAD DE ACTUAR DE OTRAS MANERAS

Creemos que las personas tienen una marcada habilidad para cambiar, así como una marcada repugnancia para hacerlo.

Aquellos que tienen la habilidad para actuar "COMO SI" tuvieran la libertad de experimentar otras formas de actuar y de sentir buscar cómo se sentiría ser un tipo de persona diferente, son los actores y las actrices. La habilidad de actuar "COMO SI" es la habilidad de salir de un rol de conducta para entrar en otro.

HABILIDAD DE RECOMPENZARSE CONSTRUCTIVAMENTE

Hay 3 pasos básicos para usar la aproximación de autorecompensas.

1. Establezcan sus metas.
2. Llevan a cabo sus programas.
3. Modifiquen sus programas para mejores resultados.

HABILIDAD DE HABLARSE INTELIGENTEMENTE

Ustedes pueden aprender a usar esta auto-habla de manera que les ayude a llevar a cabo sus planes más consistentemente.

Esta es la manera en que la habilidad encaja en sus programas de control de ingesta.

(Se habla silenciosamente con uno mismo).

HABILIDAD DE DORMIR BIEN

La habilidad de no dormir bien, algunas veces éste es causado por un problema médico específico. Este puede estar relacionado con depresión o estrés, cuando el alcohol está incluido, esto comienza a ser más complicado.

El entrenamiento que se da a los participantes es tomando en consideración los puntos que se incluyen en el Manual. En cada una de las sesiones se especifica un punto que corresponde a la descripción de un tema en el cual se hace referencia a una técnica para llevar a cabo el objetivo final.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

- 1.- Amit,Z. and Leviant, D.E. (1977).
Ethanol and Morphine self-administration.
Journal of Studies on alcohol No. 38
- 2.- Anant.S.S. (1968).
The Use of verbal aggression whit an alcoholic.
A case report Behavior Research and Therapy No. 6
- 3.- Ayala,H.E. y Peralta J. (1985).
Modelo de tratamiento Multidisciplinario para el tratamiento de los usuarios del
C.A.A.F.
Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.)
Mexico.
- 4.- Bandura Albert,(1974).
Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad.
Ed. Madrid Alianza.
- 5.-Bustamante M.E. (1974).
El Alcoholismo y sus Consecuencias Sociomédicas.
Gaceta Med. Méx.
- 6.- Butterworth, A.T. and Wuatts,R.D. (1974).
Double-blind Comparasion thirothixene, Trifluoperazine and placebo in chonic
alcoholism.
Psychosomatycs. No 15

7.- Bijou Sidney,(1979).
Modificación de Conducta.
Ed. Trillas México.

8.- Cahalan, D. , Cisin. I.H. and Crosssley H.M. (1969).
American Drinking Practices: A National Study of Drinking Behavior and Attitudes.
Ed. New. Brunswick.

9.- Campillo - Medina Mora,(1978).
Evaluación de Problemas y Programas sobre el Uso
del Alcohol y Drogas.
Ed. Salud Pública de México.

10.- Campillo Serrano, (1984).
El Alcoholismo.
Ed. Colegio Nac. México.

11.-Castellanos Elorza Ma. Elena. (1986).
Estudio Comparativo entre Trabajadores Alcohólicos y
no Alcohólicos dentro de una Empresa.
México. Tesis de Licenciatura.

12.-Cuadros Juárez Dalia. (1983).
Factores Correlacionados al Alcoholismo.
México. Tesis de Licenciatura.

13.-Chatete M. E.(1971).
The Prevention of Alcoholism.
Ed. I.M.P.

14.-De la Fuente R.(1987).
El Alcoholismo y el abuso del alcohol.
Salud Mental, Vol.10, No.4

15.-El Alcoholismo en México, Tomo III. (1983).
Memorias del Seminario de Análisis A.C.
México, D.F.

16.-Emrick, C.D. (1975).
A review of psychologically oriented treatment of alcoholism:
Quart. J. Stud. Alc. No 36

17.-Ewing, J.A. (1974).
Behavioral approaches for problems with alcohol.
Journal of of the Addictions No 9

18.-Freud, 1856 - 1939. (1967).
Obras Completas (1950-1895) V I
Por Luis Ballesteros y De Torres
Ed. Madrid Biblioteca Nva.

19.-Fox.V. and Smith,M.A. (1959).
Evaluation of a chemospsychotherapeutic program for the rehabilitation of alcoholics.
Quart. J. Studu.Alc. No 20

20.-Fundación de Investigación Social, A.C. (1983).
El Alcoholismo en México, Tomo II.

21.-Guerra Guerra A.(1976).
El Alcoholismo en México.
Ed. F.C.T.

22.-Goodwing, D.W. and Reinhard, J. (1972).
Disulfiram like effects of Trichomoacidal drugs:
Quarterly Journal of Studies on Alcohol No 33

23.-Golfried T. y Marvin R.(1978).
Change Thought Self-Control [.]
Ed. Merbaum.

24.-Griffith Edwards.(1986).
Tratamiento de Alcohólicos.
Ed. Trillas.

25.-Jellinek ElvinM (1960).
The Disease concept of alcoholism.
Hill- house Prees-
New Haven Connecticut.

26.-Kanfer. F. (1976).
Principios del Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento.
Ed. Trillas .

27.-Lester. J. K. (1952).
Drugs and Alcohol.
Ed. New York.

- 28.-Logan (1976).
Fundamentos de Aprendizaje y Motivación.
Ed. Trillas México.
- 29.-Lovibond, S.H. and Caddy G.P. (1970).
Self- Regulation and Discriminated aversive conditioning in the modification of
alcoholics drinking behavior.
Behavior therapy.
- 30.-Lowenstam, M.I. (1967).
The effects of mesoridazine .
Journal of Clinical Pharmacology.
- 31.-Luna Iturbe Ana Isabel. (1978).
Revisión del Contenido de las Publicaciones Nacionales sobre alcoholismo en el
Desarrollo de la Psicología Clínica.
México. Tesis de Licenciatura.
- 32.-Lyne, E.J. (1976).
Treatment for alcoholism: Psychotherapy is alive and well.
Journal of Nervous and Mental Disease .No 153
- 33.-Medina Mora M. E. (1988).
Patrones de Consumo de Alcohol en México.
UCLA-Mental Health Research Center.
- 34.-Méndez y Di Prado (1982).
Alcoholismo.
Ed. Cuadernos Casa Chata
CIESAS, México.

- 35.-Mertens,G.C. (1972).
A Behavioral Approach to self-control.
Wilmar State Hospital.
- 36.-Miller W. R. (1978).
Treating the problem drinker.
pp.46,74,86.
Modern Approches University of New México
Ed. Albuquerque New México.
- 37.-Miller. P.M. and Eisler R. (1977).
Assertive behavior of alcoholics.
Behavior therapy No 8
- 38.-Miller and Mastria M.A. (1977).
Alternatives to alcoholics Abuse.
Champary Illinoise.
- 39.-Miller,W.R. and Taylor C.A. (1980).
Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the
tratment of problems drinkers. No 5
- 40.-Miller, W.R., Griskov.C.J. and Martell R.L. (1981).
Effectivness of a self-control manual for problems drinkers.
Journal of the Adictions.
- 41.-Muñoz F. Ricardo, Miller R. Williams. (1976).
How to Control your Drink.
Ed. Alburqueque.

42.-Moore,R.A. (1963).

Who is qualified to the alcoholic.
Quarterly Journal of Studies on alcohol. No 27

43.-Niño Hurtado Concepción Esther. (1983).

Alcoholismo - Tratamiento.
México. Tesis de Licenciatura.

44.-Norville M. Downie - Robert W. Heath. (1986).

Métodos Estadísticos Aplicados.
Ed. Harla, 1986.

45.-Pattison,E.M. (1968).

A Critique of alcoholism tratment qith Special Reference to Abstinence.
Quarterly Journal of Studies on Alcohol.

46.-Raymond, M.J. (1964).

The tratment of addiction by aversion conditioning with apomorphine.
Behavior Research and therapy.

47.- Reyes Duárte Eva Lucia y Medina Escartín Claudia Gabriela. (1987).

Programa Conductual para el familiar del Alcoholic.
México. Tesis de Licenciatura:

48.-Reyes P. Maria de L. (1976).

Efectos de Diferentes Tecnicas sobre la Conducta de Estudio.
Mexico. Tesis de Licenciatura

49.-Roda, R.J., and Kellner.R. (1979).
Drugs tratment in alcoholism.
New York Grune & Stratton.

50.-Rosowsky, H. Y De la Fuente. J.R. (1988).
Problemas Medicos y Sociales vinculados al consumo del alcohol.
U.C.L.A. Spanish Speaking Mental Health Center.

51.-Salud Mental. (1985).
Ed. I.M.P. Vol.8 Art.2.

52.-Skinner B. F. (1971).
Auto-Control en Ciencias y Conducta Humana.
Ed. Fontanella.

53.-Schwartz (1976).
Consiouness and Self-Control.
Ed. Plenum Press Londo.

54.-Shea, J.E. (1954).
Psychosomatyc Therapy and alcoholism.
Quart. Journal of Alc. No 15

55.-Silva Rodriguez Arturo. (1992).
Métodos Cuantitativos en Psicología.
Ed. Trillas México.

- 56.-Sobell,M.B. and Sobell,L.C. (1973).
Alcoholics Trated by individualized behavior therapy:
Behavior researchs and therapy.
- 57.-Thoresen y Mahoney. (1981).
Auto-Control de la Conducta.
Ed. F.C.E.
- 58.-Thoresen y Mahoney. (1974).
Behavioral Self-Control.
New York.
Holt Rinehart.
- 59.-Rafael V. Fernández. (1986).
Alcoholismo Visión Integral.
Ed. Trillas.
- 60.-Velazco F. R. (1986).
Enfermedad Mental y Alcoholismo.
Ed. Trillas.
- 61.-Velazco F. R. (1981).
Esa Enfermendad Llamada Alcoholismo.
Ed. Trillas.
- 62.-Vogler,R.E. and Caddy, G.R. (1973).
Treatment and prevention of alcoholism.
Precceding of the American Psychological Association No 81

63.-William Richard. (1975).
Ocupacional Alcoholism Programs.
Ed. Springfield.

64.-Zimberg, S., Wallace,J., and Blume,S.B. (1978).
Practical Aproaches to Alcoholism Psychotherapy.
New York Plenum.