

# **Análisis de valores personales en un grupo de alcohólicos rehabilitados**



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

**Fecha de Defensa: 20 de Septiembre de 2012**

**Alumno: D. Diego García Cuadrado**

**Director: D. Jesús Gil-Roales Nieto**

# Introducción

---

Desde la perspectiva analítico funcional, se sostiene que el eje fundamental del trabajo terapéutico debe de fundamentarse en el trabajo con los valores personales del paciente, clarificando dichos valores y aprendiendo a comportarse en dirección a ellos. Este estudio pretende medir cuales son los valores centrales de un grupo de usuarios de un centro de tratamiento ambulatorio para la desintoxicación del alcohol, y analizar la evolución de dichos valores relacionándolos con diversas variables –tiempo en tratamiento, existencia de un trastorno de evitación, creencias culturales respecto al alcohol, tipo de tratamiento seguido...

El trabajo, además, pretende realizar un breve recorrido sobre la historia del alcohol en España, que facilitará la comprensión de la llamada “cultura mediterránea del alcohol” y de el tipo de sujeto habitual que nos encontramos en los centros, además de un repaso por los principales marcos teóricos que, desde la psicología y la psiquiatría, han ahondado en este campo.

## Perspectiva histórica del consumo de alcohol

---

*“Ningún poema puede disfrutar de larga vida si ha sido escrito por bebedores de agua”*

*Refran Popular Romano.*

### **Primeros consumos y descubrimiento de la fermentación**

Para comprender las creencias asociadas a el consumo de alcohol, no solo nos basta con el análisis de las tipologías de consumo, la sustancia, la patología asociada... sinó que habremos de realizar un análisis de en que contextos se ha dado históricamente el alcohol, y de la carga de valor que a lo largo de la historia se le ha dado a la sustancia. Muchas de las falsas creencias acerca del consumo –por ejemplo su ficticia capacidad “nutritiva”, el hecho de considerarse “bebida de dioses”...- se generan durante la historia con más o menos fortuna y ajuste a la realidad, creando un complejo entramado

cultural que sobrevivirá durante milenios, y que es –bajo mi humilde opinión– fundamental para comprender los problemas actuales de la población alcohólica.

La mayoría de los expertos (Rosenstingl, R. 1978; Freixa, Soler y cols, 1987; Freixa, 1996; Cuevas y Sanchis, 2000) coinciden en que las primeras bebidas alcohólicas surgieron de manera accidental. Podemos decir casi sin lugar a equivocarnos (Pascual Pastor, F. 2000) que la primera bebida de la humanidad fue la conocida como “aguamiel”, una bebida alcohólica producida por la fermentación de un puñado de miel que alguien dejó olvidada durante un tiempo a los avatares climatológicos, hasta que las levaduras hicieron fermentar sus hidratos de carbono. Podríamos enmarcar este descubrimiento en el neolítico-mesolítico, es decir, hace aproximadamente unos 10.000-8.000 años.

Aparentemente, la experiencia de consumo de estos primeros bebedores hubo de ser realmente positiva, ya que sabemos que desde aquel primer momento el proceso se continuó realizando de manera voluntaria. Suponemos que la excitación que aquella primera ingesta les generó, llevo a que durante mucho tiempo siguieran fabricándose estos aguamieles a base de miel, dátiles o savias fermentadas. No es de extrañar que los procesos de embriaguez los hicieran creer que de alguna manera, la bebida los ponía en contacto con “dioses o espíritus”. Una fenómeno que se ha dado a lo largo de todas las culturas primitivas que consumían sustancias capaces de alterar la conciencia del individuo de modo tan significativo.

Pero fue en Armenia, hace unos 6000 años, donde mediante procesos de selección la uva comenzó a tener un sabor más dulce, con lo que concluyó el proceso de fabricación de nuevos **vinos**. Estos vinos solían tener un sabor fuerte y avinagrado por la presencia de ciertos ácidos orgánicos, además de un contenido de alcohol relativamente bajo. En este caso, la embriaguez era “excepcional”.

El crecimiento urbano conllevó una serie de problemas de salud, entre los cuales quizás el más importante (y el que mayor número de víctimas produjo hasta el siglo XIX) fueron las infecciones causadas por el mal saneamiento y tratamiento de las aguas. En este caso, era mucho más “sano” beber vino que beber agua, por lo cual el consumo de bebidas se incremento llegando a ser utilizado como medidas frente al cólera y la

disentería. Hoy sabemos que realmente no era un remedio eficaz contra este tipo de enfermedades, pero probablemente sus efectos anestésicos si que lo fueran para paliar la sintomatología.

Paralelamente a la “invención” del vino en Armenia, las culturas Mesopotámicas y Egipcias se valían de los valiosos deltas –Tigris, Eufrates y Nilo- para cultivar diversos cereales, el camino hacia el descubrimiento de la transformación del almidón de dichos cereales en una bebida alcohólica era solo cuestión de tiempo.

Sabemos que hace unos 5000 años los egipcios y babilonios bebían cerveza de cebada de manera habitual. Aunque algunos hallazgos –tablillas mesopotámicas que al parecer contienen la receta de la cerveza- podrían incluso adelantar la invención de dicha bebida en mil años más.

El consumo de cerveza se popularizó rápidamente. Los tebanos celebraban la noche de Amon –en la que el omnipotente Dios saldría de su morada en Karnac para pasar una noche junto a su esposa Mut- repartiendo miles de litros de cerveza, cuyo consumo garantizaría a priori una buena cosecha cerealística en el nuevo año.

Hace apenas unos años, un bioarqueólogo de la Universidad de Barcelona pudo certificar que unas tinajas encontradas en Aitona (Lleida) habrían contenido cervezas aproximadamente en el Siglo XII a.c. siendo estos los restos europeos más antiguos de cerveza, y colocando a nuestro país como pionero en la fabricación, envasado y consumo de este líquido en occidente, incluso anterior al consumo de vino. Estos y otros descubrimientos nos hacen suponer que el Mediterráneo fue la primera vía comercial de alcohol entre fenicios, griegos y romanos, y España una de sus entradas (y porqué no productoras) clave.

Un descubrimiento curioso –que no deja de tener su cierta gracia- es el de unas tablillas egipcias en las que se explicaba “como trasladar a un afectado por beber demasiado a fin de aminorar las consecuencias de la intoxicación”. La cerveza se servía abundantemente en festines y rituales religiosos, no solo en búsqueda de su contenido nutritivo –mucho mayor en aquel entonces que ahora, debido a lo imperfecto de la

filtración entre otros aspectos- sinó también buscando los efectos enteogénicos de este “alimento de los dioses”.

Las reseñas más antiguas sobre el vino, se encuentran curiosamente en el antiguo testamento, atribuyendo a Noe su invención, justo tras el diluvio (al parecer, además, siendo esta una de las primeras tareas que llevó a cabo)

*“Noe se dedico a la labranza y plantó una viña. Bebió del vino, se embriagó y quedo desnudo en medio de su tienda...” (Genesis, 9. 18)*

Otros ejemplo de la importancia ritual del vino (ya en nuestra cultura cristiana), se da en el pasaje de las bodas de Canaan, este ya en el nuevo testamento (San Juan, 2. 1-9) donde Jesus convierte el agua en vino o en la última cena, donde Jesús dice que el vino es “su sangre” (San Mateo 26, 26-28)

Antes de proseguir nuestra mirada a el desarrollo de la “cultura del alcohol” en occidente, sería bueno recordar que paralelamente las culturas chinas andaban descubriendo el mismo proceso –fermentación de cereales- para crear la primera cerveza de la que se tiene constancia en ese país, a la que llamaban “zythos”. A pesar de esto, aparentemente el alcohol no tuvo el mismo tirón en oriente que en occidente, posiblemente –o al menos esta es la teoría más establecida- porque aproximadamente la mitad de la población asiática carece de aldehído deshidrogenasa, lo que hace que el consumo de alcohol produzca sensaciones aversivas, generando un autentico “efecto antabus” (se explicará más adelante en la parte de tratamiento farmacológico)

## **La “Deificación” del Alcohol**

A pesar de que el alcohol ya era ampliamente usado desde hacía más de 3000 años en rituales religiosos como ya apunte anteriormente, el verdadero origen de nuestra concepción del alcohol comienza en nuestras culturas germinales, a saber, los romanos y los griegos, que pasaron de considerarla simplemente como una “bebida o alimento espirituoso” para entenderla casi como un Dios en si mismo mediante los caracteres de Dionisos y Baco. Este Dios era conocido precisamente por su juventud y su desenfado.

Era el dios de la vid, del delirio, de la danza, del éxtasis y de la fiesta. Los romanos lo entendían como un “liberador de prejuicios y penas”

En este momento, podemos encontrar –a modo de curiosidad histórica- el inicio de la asociación entre las aceitunas como aperitivo acompañadas de una copa de “Mulsum” o vino con miel, dando lugar a la primera “tapa” generalizada conocida en la historia.

## La destilación

A partir de los Siglos XI y XII comienzan a aparecer en España las primeras bebidas destiladas, a raíz de la introducción del alambique por los árabes. La más famosa de estas bebidas es el aqua-ardens o aguardiente, que ha llegado a nuestros días, y que durante muchos años fue considerada como una auténtica panacea en la medicina y la farmacopea.

No obstante, la palabra Al Kohl, significa “la esencia básica de un material”, aunque el vocablo a llegado a nuestros días reducido únicamente a su acepción más común.

## Del Siglo XVI al XXI. La generación de una “cultura del alcohol” moderna.

Aunque siempre se había considerado que el vino, la cerveza y ciertas bebidas destiladas habrían de tener efecto medicinales, es a partir del S.XV cuando comienza realmente un corpus de estudio médico y farmacológico –con ciertas observaciones además sobre el cambio de carácter que provocaba- con la sustancia, a excepción de las hechas por Dioscórides más de 1000 años antes.

En el año 1500 se publica en España “Liber de arte destillandi”, en el que se dice que el alcohol “*Da buen color a la persona, cura la calvicie, mata a los piojos y a las pulgas... también proporciona coraje y le induce a desarrollar una buena memoria*” (Cuevas y Sanchis, 2000). Vemos aquí una de las primeras descripciones de las modificaciones conductuales que el alcohol propiciaba, no sin cierto error por parte del autor.

Andres Laguna, en su revisión del Dioscórides en 1570, habla de manera precisa de los males (y de los bienes) que el consumo del alcohol genera en la conducta y el

organismo, siendo quizás uno de los primeros ilustrados en definirlos y desarrollarlos, Laguna desarrolla varios aspectos que son muy interesantes a la hora de compararlos con los procesos psico-sociales que hoy conocemos concomitantes con el abuso de dicha sustancia. A saber:

*“Si ponemos en una justa balanza todos los inconvenientes y males que consigo acarrea el vino y en otra los provechos que dél se sacan, sin duda conoceremos ser sin comparación aquellos mucho más graves y perniciosos que estotros útiles al linaje humano...Porque cierto que no puede venir mayor daño, desventura ni desastre a un nacido que andarse todo cayendo, hablar cien mil desconciertos y desatinos, descubrir su secreto a quien no se le pide, encenderse en un fuego voluntario y dejarse ir a rienda suelta tras todo género de lujuria, y por decir, en suma, perder juntamente la razón y el sentido, los cuales inconvenientes..... suelen acarrear a los hombres tomándose demasiado el licuor de la cepa”*

Llama la atención un dato que hasta hace poco apenas hemos podido contrastar y que Laguna ya apuntaba, y es que los niños que crecen en ambientes donde los progenitores tengan una problemática con la bebida o esta existe en gran cantidad y muy normalizada, suelen tener más probabilidad que otros de desarrollar la misma adicción

*“...hay que instituir en virtud y preservar la corrupción de sus propios hijos (de aquel que cultivaba la vid, se entiende) los cuales se crían tan viciosos que son mucho más infelices y de peor condición y suerte que los mismos esclavos. Porque a gran pena son nacidos los cuitadillos cuando ya se dan a lamer las copas (...) pues por la mayor parte son engendrados por padres beodos o vinolentos y concebidos de madres borrachas” (Dioscorides, edición de Laguna, 1570)*

(Lo mas reconfortante es que Laguna ya intuía que los contextos tenían una gran importancia en el desarrollo de determinadas conductas)

Por primera vez, pensadores y científicos comienzan a advertir a la población general de los graves problemas asociados con el alcohol, incluso el mismo Shakespeare describe las consecuencias negativas de la bebida en una conversación entre Macduff y el portero en su inmortal obra “Macbeth”

Es curioso que, a pesar de las duras palabras de Laguna, los españoles fueran conocidos en el XVI y el XVII precisamente por su sobriedad. Rochefort (1672) dice de los españoles que *“son sobrios en la comida y en la bebida, se emborrachan rara vez, así que es una gran injuria entre ellos llamar a alguien borracho”*

La realidad, es que todos estos avisos cayeron en saco roto, y la tendencia de consumo fue incrementándose con el correr de los lustros, convirtiéndose del XVII al XIX en una suerte de panacea considerada excelente como anestésico, tónico, antianémico, digestivo etc... Hasta que en el Siglo XIX se comenzara a investigar su poder adictógeno a la vez que se comenzaran a descubrir los microorganismos, los antiinfecciosos y los procesos de potabilización del agua. (Hemos de recordar que el alcohol se consumía en sustitución al agua por ser este menos peligroso en lo tocante a infecciones y problemática asociada)

La primera investigación que conocemos a gran escala sobre alcohol la realizó Rush en 1785 para la Unión (Hoy EEUU) y de ella extrapolaron diversos datos que dan lugar al comienzo de la investigación de la conducta asociada al consumo abusivo de alcohol. Rush determinó que había 4000 muertes al año por alcohol (en una población de 6.000.000 de habitantes). A su vez describió una serie de problemas causados por la ingesta excesiva, como pudieran ser la dependencia, cirrosis, ictericia, pancreatitis, impotencia, agresividad criminal, embrutecimiento y lesiones cerebrales permanentes.

Rush, fue el primero en recomendar oficialmente al congreso *“fuertes gravámenes adecuados a una restricción eficaz en el uso inmoderado de toda clase de licores”* Por suerte para su amor propio, no tuvo que vivir los complicados tiempos de la ley seca, donde –paradójicamente- el crimen aumentó de manera considerable alrededor del tejido empresarial ilegal que se creó para asegurar las existencias de alcohol en los EEUU.

En España, el verdadero consumo problemático a gran escala –Algunos autores la tachan de “epidemia”- comienza con la revolución industrial y todo lo que el nuevo patrón modernista trajo consigo. (La deshumanización y el desarrollo antiecológico, por ejemplo)



Y no es hasta 1940, cuando podemos encontrar una corriente continua de investigaciones y se crean las condiciones necesarias para poder catalogarlo como “enfermedad” (pasaremos a discutir esto más adelante) a través de lo que se conoce como el síndrome de dependencia.

En los últimos decenios, la investigación ha acabado con todos los mitos del alcohol, aunque aun existe un alto porcentaje de la población –muy desinformada al respecto en este tema- que sigue valorando el alcohol como un factor positivo de salud, favorable para la digestión, el sueño, el sexo, el amor, el placer o la fuerza, como explica el eminente alcoholólogo español Alonso-Fernández (Alonso-Fernández, F. 1998) “De todas estas actividades, la única facilitada por el alcohol es el sueño, pero ello siempre que se beba en una cantidad suficiente para caer en un estado próximo al coma anestésico, porque en otro caso una cantidad moderada de bebida suele determinar insomnio.

El hecho de plasmar todos estos datos tiene un sentido para nuestro objetivo final. El consumo de alcohol no es una “moda” nueva ni de efectos desconocidos. La humanidad lleva miles de años usando el alcohol con fines muy diversos y de manera muy extendida y generalizada. Esto ha terminado por generar una potente “cultura del alcohol” (especialmente en los países occidentales) por la cual la sustancia y su consumo se cargan de creencias más o menos erróneas que en ningún modo van a facilitar la desintoxicación y posterior rehabilitación de los pacientes alcohólicos. Es frecuente aun escuchar en los grupos y en terapia afirmaciones como que “El alcohol alimenta”, “El alcohol quita el frío”, “El alcohol es una medicina” etc... que tomadas de manera literal actúan como poderosas justificaciones que dificultan el tratamiento.

La bebida alcohólica, muy al contrario, no cuenta en la actualidad con ninguna indicación terapéutica. En el apartado dedicado al tratamiento, pasaremos a examinar dichas cuestiones con mayor detenimiento.

# El Alcoholismo

---

*“Con una copa crezco, con dos me siento un gigante, con tres... me siento ilimitado”  
William Faulkner.*

El alcohol es una sustancia que ha convivido con nosotros durante los últimos 100 siglos, y al menos en los últimos 40 su consumo ha sido masivo y generalizado en casi todas las culturas excepto en las que, por motivos religiosos, su prohibición la ha convertido en una sustancia que se consume residualmente en la población o en las que, como es el caso de la población china, existen diversos hándicaps biológicos que impiden o dificultan la ingesta.

Lo amplio y difundido del consumo, sumado a el sinfín de formas diferentes de presentación –desde cervezas o vinos hasta bebidas destiladas, llegando algunas a los 60 y 80ª de alcohol- y a la heterogeneidad en los patrones de consumo y en los propios consumidores, ha complicado enormemente la posibilidad de tipificar los consumos bajo parámetros precisos y ordenados.

Además, el estudio sobre las bases del alcoholismo requiere de un conocimiento multidisciplinar. Las variables implicadas –así como los efectos asociados- son múltiples y por lo general de carácter complejo. La gran mayoría de los estudios a gran escala respecto a tratamientos (P.ej Miller y Hester, 1986; Holder y Parker, 1992) consideran que la intervención ha de ser en todo caso multidisciplinar, y los actores implicados en los tratamientos habrían de ser (en el orden de aparición más usual):

El médico de atención primaria (Babor y cols, 1986), servicios de urgencia y hospitales generales (Chick y cols, 1985), servicios de psiquiatría (De Silva y cols, 1992) asociaciones y grupos especializados (WHO, 1993) y por supuesto, psicólogos y asistentes sociales (Gual, A. 2002) dando lugar por tanto a una intervención que habría de realizarse desde un pretendido modelo “bio-psico-social” (Gual, A. 2002) y un enfoque polidimensional (Freixa, 1996)

La complejidad de dicho abordaje, ha generado todo un campo de estudios agrupados bajo un mismo término que se ha popularizado, la alcoholología, definida por Pierre Fouquet como “la disciplina consagrada al tratamiento de todo lo que tenga alguna

relación o referencia con el alcohol etílico (producción, almacenaje, distribución, consumo –con especial aproximación a las implicaciones de este último- estudio de sus causas, consecuencias, sea a nivel colectivo, estatal e interestatal). A su vez, estudiar los aspectos sociales, económicos y jurídicos, sea a nivel individual: psicológico, espiritual y somático. Esta disciplina autónoma emplea todas las técnicas y conocimientos de las principales ciencias humanas, con especial atención a la sociología, la economía, el derecho, la medicina y la psicología, intentando en la evolución dinámica de todas ellas deducir sus propias leyes”. (Fouquet, P., 1967, 1990)

No es intención de este trabajo extenderse tanto –existen para ello un sinfín de manuales de alcoholología muy completos- así que me ceñiré a describir las diferentes clasificaciones que la patología ha recibido a lo largo de la historia, para, a continuación, entrar en detalle en como las distintas filosofías dentro de la psicología han abordado este tipo de intervención. Pero es fundamental tener claro, por lo tanto, que la intervención en pacientes alcohólicos ha de atender siempre a un modelo integrativo (Institute of Medicine, 1990) ya que:

1. No es probable que pueda identificarse un único factor etiológico para todas las variantes de la enfermedad.
2. Es factible identificar un conjunto de factores que interactúan para producir problemas relacionados con el uso del alcohol.
3. El abuso de alcohol es el resultado de diferentes interacciones por parte de distintos factores etiológicos en diferentes individuos.
4. Aunque un tratamiento puede ser más efectivo con un adecuado conocimiento de la etiología de la enfermedad, también puede serlo en ausencia de este conocimiento.

Para comprender el concepto de alcoholismo, habremos de atender a diversas fuentes y enumerar una serie de conceptos previos que son importantes y específicos de la disciplina.

Una de las formas más habituales de screening o diagnóstico rápido es atendiendo a las UBEs o Unidades de Bebida Estandar. Es una forma rápida y práctica de recoger los gramos de alcohol consumidos. Una UBE es igual a 10 gramos de alcohol puro, (Un

litro de vino tiene unas 10 UBEs, un litro de cerveza 5, y una copa 2) se considera un consumo de riesgo más de 4 UBEs diarias en hombres y más de 2.4 UBEs en mujeres (Rubio y Santo Domingo, 2000). El estudio epidemiológico ECA (Epidemiologic Catchment Area) realizado en EEUU utilizó como criterio de bebedor excesivo la ingesta de 7 o más UBEs diarias durante dos semanas o 7 o más UBEs un día a la semana durante 3 meses.

Pero a la hora de tratar realmente el problema del alcoholismo, hemos de atender a criterios más clínicos para entender de que estamos hablando, precisamente por lo diverso de las manifestaciones de esta patología. Para esto, suelen usarse criterios basados en la clínica, que no dependen tanto de la cantidad o frecuencia, sino de las manifestaciones clínicas que el alcohol ocasiona. Este tipo de criterios son los más aceptados a nivel internacional y son los que sustentan los diagnósticos basados en las clasificaciones DSM y CIE.

Se considera que existe un **consumo problemático**, cuando el individuo ha padecido al menos algún problema relacionado con el alcohol, como conducir bajo los efectos del alcohol, presencia de complicaciones médicas, familiares o conductuales. El sujeto no debe por tanto cumplir criterios de abuso o dependencia.

El **consumo perjudicial** (introducido en CIE-10) (OMS, 1992) intenta clasificar a personas que tienen problemas físicos o psicopatológicos relacionados con el consumo independientemente de la cantidad consumida.

El término **abuso** se acepta en DSM entendido como un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro significativo en las obligaciones personales, o se consume en situaciones de riesgo, o se asocia a problemas legales, o el sujeto continua consumiendo a pesar de las consecuencias sociales que le ocasiona.

Dependencia se define por un grupo de síntomas conductuales y fisiológicos que indican que el sujeto ha perdido el control sobre el uso del alcohol y sigue bebiendo a pesar de las consecuencias adversas. Existen muchas definiciones de dependencia alcohólica, aunque pocas son sencillas y claras dada la heterogeneidad de la enfermedad. El National Council of Alcoholism and Drugs Dependence y la American

Society of Addiction Medicine han definido el alcoholismo como una enfermedad primaria y crónica sobre cuyo desarrollo influyen factores genéticos, psicosociales y ambientales. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal y se caracteriza por un deterioro del control sobre el consumo de alcohol, síntomas de abstinencia, consumo de alcohol a pesar de las consecuencias adversas y distorsiones en la manera de interpretar su ingesta (minimización o negación) pudiendo ser esto síntomas continuos o periódicos (Madden, 1993)

***Criterios de dependencia diagnosticos en DMS-IV y CIE-10***

<b><i>Criterios</i></b>	<b><i>DSM IV</i></b>	<b><i>CIE 10</i></b>
<b>Tolerancia</b> a) Necesidad de aumentar las cantidades b) El efecto disminuye claramente	X	X
<b>Síndrome de Abstinencia</b> a) Síntomas de abstinencia b) Bebe para aliviar la abstinencia	X	X
<b>Pérdida de control</b> a) Esfuerzos para controlar o interrumpir el consumo b) Beber más de lo esperado antes de lo previsto c) Deseo intenso o vivencia de compulsión por beber	X (a y b)	X (b y c)
<b>Negligencia en actividades</b> Reducción de la vida social u ocupacional o recreativa (Abandono de las fuentes de placer o diversiones)	X	X
<b>Seguir bebiendo pese a las consecuencias físicas y psicológicas</b>	X	X
<b>Pasar la mayor parte del tiempo bebiendo o intentando conseguir el alcohol o recuperándose.</b>	X	(incluido en apt. Negligencia)
<b>Numero de criterios y duración para el diagnóstico</b>	Tres o más criterios de los siete en cualquier periodo de tiempo	Tres o más criterios de los seis en cualquier periodo de tiempo
<b>Características</b>	Se distingue entre dependencia con y sin abstinencia	Es posible hacer el diagnóstico de dependencia sin los criterios de tolerancia y de abstinencia

## Tipología de Jellinek (1960)

Es posiblemente la más conocida en el mundo, se delimita en ella el alcoholismo en cinco “especies” nombradas con las primeras letras del alfabeto griego. A pesar de su fama, esta tipología se expresa de una manera arbitraria (Alonso-Fernandez, F. 2002) y es sumamente heterogenea o asistemática. Puesto que varia los rasgos en que varía cada tipo, desde algunos que atienden a la etiología o la función, hasta otros mucho más topográficos.

La tipología Alfa se caracteriza porque la vinculación al alcohol está generada por la pretensión de neutralizar el dolor corporal o emocional producido por una enfermedad subyacente, se le ha llamado también “alcoholismo sintomático” puesto que la entrega al alcohol es un síntoma de otra enfermedad.

El alcoholismo Beta, a diferencia del anterior se distingue por los síntomas del alcoholismo crónico, como la cirrosis, la polineuropatía etc...

El alcoholismo Gamma ya no se basa en la etiología ni la sintomatología, sino en la falta de control, de modo que no puede parar de beber una vez que ha comenzado.

El alcoholismo Delta se centra en la incapacidad de abstenerse del alcohol, lo que le impide estar sin alcohol ni un solo día.

El alcoholismo Épsilon es el alcoholismo periódico, que consiste en entregarse a la bebida en cortos períodos separados entre si por largas temporadas.

## Tipología de Vallejo-Najera (1979)

Distingue dos tipos psicológicos de alcohólicos (Larger y López, 2002) :

Por una parte, individuos con sentimientos de inferioridad e insuficiencia. Con marcadas dificultades para la relación interpersonal, son tímidos y aunque muy

necesitados de afecto y amistades, carecen de habilidad para obtenerlo. Con el alcohol adquieren confianza en sí mismos y bajo sus efectos se sienten capaces de vencer su timidez, su autocrítica y establecer relaciones sociales.

Por otra, individuos totalmente opuestos, campechanos, habladores, muy sociables, simpáticos y activos, habitualmente eufóricos con escasas inhibiciones y autocrítica. Comienzan como bebedores excesivos habituales, sin conciencia de dependencia, que por su mimetismo social, si pertenecen a un grupo o profesión en que se bebe en exceso, siguen la corriente general, sin percatarse de las señales de peligro que les da el comienzo de su alcoholismo, en el que entran pasivamente.

### Tipología Multiaxial de Alonso-Fernandez (2002)

Nombre del tipo	Factor etiológico primordial	Manera de beber	Manifestación de la adicción	Vivencia del alcohol	Recompensa
Bebedor excesivo regular	Ambiente sociocultural	Regular y ordenada	Continua y sostenida	Integración con los otros	Positiva
Bebedor alcoholómano	Personalidad	Irregular con frecuentes embriagueces	Aguda y recurrente	Evasión de la realidad o cambio de mentalidad	Positiva y negativa
Bebedor enfermo psíquico	Trastornos psíquicos	Diversa	Cíclica o fásica	Reducción de los síntomas psicopatológicos	Negativa
Bebedor alcoholizado	Alcohol	Regular e irregular	Continua con exacerpciones	Interrupción de la abstinencia o de sus pródromos	Negativa

Francisco Alonso-Fernández, plantea una tipología multiaxial, que emplea una designación para los tipos realmente descriptiva, las características diferenciales afectan a varios ejes, por lo que podría considerarse Multiaxial, y en tercer lugar, es sistemática, de modo que en los distintos ejes se establece un contraste entre unos tipos y otros.

Esta tipología, muy “cómoda para el terapeuta” (Alto comité sobre alcoholismo de Francia, 1987) se basa como referente al fin en “el modo de instrumentalizar el alcohol”, es decir, la función que el alcohol cumple en cada caso. Es la primera clasificación tipológica que atiende a la función y no tanto a la topografía de la conducta alcohólica. Es importante reseñar que aproximadamente el 70% de los alcohólicos de este país son del tipo alcoholómano puro. Precisamente el que existe generalmente en la

concepción popular, literaria y artística, representado ya por Velazquez o Rivera. (Alonso-Fernandez, F. 2002)

## Tipologías de Cloninger y Babor (1996)

Estas dos tipologías –dos de las más novedosas- se han construido agrupando diversas variables (Rubio y López Muñoz, 1996). Ambas son interesantes en el trabajo que nos ocupa porque dan peso a diversas variables ambientales, tanto es así que el propio Cloninger distingue entre dos tipos, uno al que llama “limitado al ambiente” y otro “limitado al varón”. Asimismo encuentra Cloninger que dos factores de personalidad – búsqueda de la novedad y evitación del daño- tienen mucho que ver con el desarrollo de el trastorno. Podríamos enlazar este descubrimiento directamente con la teoría de ACT, donde la flexibilidad cognitiva y la evitación experiencial juegan dos de los papeles más importantes a la hora de describir este tipo de patología adictiva, como se verá más adelante detenidamente. Los grandes problemas encontrados a esta patología son el gran solapamiento con el trastorno de personalidad antisocial, y la falta de contrastación en países donde los hábitos de consumo no sean los anglosajones. (Rubio y Santo Domingo, 2002)

**Características de la tipología de Cloninger**

<b>Características</b>	<b>Tipo I</b>	<b>Tipo II</b>
Edad de comienzo de problemas por alcohol	>25 años	>25 años
Incapacidad para la abstinencia	Infrecuente	Frecuente
Peleas o problemas legales bajo los efectos	Infrecuente	Frecuente
Pérdida de control sobre la bebida	Frecuente	Infrecuente
Sentimientos de culpa asociados a la dependencia	Frecuentes	Infrecuente
Rasgos de personalidad		
Búsqueda de lo novedoso	Bajo	Alto
Evitación del daño	Alto	Bajo
Dependencia de la recompensa	Alto	Bajo
Niveles de MAO plaquetaria	Sin Alteraciones	Bajos



### Características de la tipología de Babor

<b>Características</b>	<b>Tipo A</b>	<b>Tipo B</b>
Comienzo de los problemas por alcohol	Tardío (>30 años)	Temprano (<30 años)
Factores de riesgo durante la adolescencia	+/-	++
Gravedad de la dependencia	Leve-Moderada	Grave
Alteraciones psicopatológicas	Pocas	Abuso de otras drogas y otros trastornos psíquicos
Consecuencias familiares y laborales.	+	++

# Marcos teóricos de intervención.

---

## Conceptos Previos

El problema del alcohol ha sido tratado desde diferentes perspectivas y en diferentes momentos históricos. Desde la aplicación de legislaciones más o menos acertadas -la ley seca en EEUU, o la “ley sueca” en Suecia son quizás los dos ejemplos más representativos- en casi todos los países del mundo (bien por decisión política o religiosa) para prevenir el alcoholismo, hasta las intervenciones individuales por parte de la psiquiatría, psicología o la medicina. Al hablar de marcos teóricos podría extenderme ad infinitum, así que tratare de contemplar las bases teóricas de las intervenciones orientadas puramente a los aspectos psico-sociales haciendo un alto para analizar las terapias farmacológicas que se usan en el tratamiento, y que, a excepción de los casos en los que el propio paciente la rechace, son de obligado cumplimiento al menos en los primeros estadios de el proceso terapéutico.

Siguiendo los puntos que la ASAM (American Society of addiction medicine) dictó en 1997, habríamos de comprender que un tratamiento debe de incluir, como mínimo, los siguientes elementos:

1. Profesionales cualificados responsables de la atención integral del paciente
2. Sistema de evaluación: Debe incluir el diagnóstico, la determinación de la severidad de la enfermedad y la valoración de los problemas médicos, psiquiátricos, interpersonales y sociales concomitantes
3. Plan de tratamiento: basado tanto en la valoración inicial como en la respuesta al tratamiento que se vaya observando. El tratamiento debe ser instaurado sobre las bases de las prácticas comúnmente aceptadas por los profesionales.
4. Disponibilidad de servicios complementarios: el profesional responsable del plan de tratamiento debe ofrecer al enfermo, y obtener, aquellos otros servicios complementarios que puedan ser requeridos.
5. Continuidad de la asistencia: el programa de tratamiento y los profesionales que se ocupen de la asistencia del enfermo deben ser mantenidos en el tiempo hasta que se produzca una recuperación estable del enfermo.

Existen en la literatura diversos puntos en los que la mayoría de los profesionales, sea cual sea su orientación, están en amplio acuerdo, que vamos a tratar como “conceptos previos”, dichos conceptos son los objetivos de tratamiento, el tratamiento farmacológico, y el tema del “Momento adecuado” para el inicio de la intervención.

## **Objetivos en el tratamiento de alcoholismo**

El objetivo final de este tipo de tratamientos, podría definirse como “Mejorar, mediante medidas terapéuticas, la patología y la adaptación de quien las recibe, dándose por ello un evidente cambio de estilo de vida que en consecuencia mejorará el estado global del paciente (Ventura Meneu, 2000). Para ello, se plantean objetivos a corto plazo, y a medio y largo plazo, que podrían desglosarse en:

### **Objetivos a corto plazo**

- a) Concienciación responsable para el tratamiento
- b) Supresión del consumo de bebidas alcohólicas (abstinencia)
- c) Detener la problemática bio-psico-social
- d) Desarrollo de conductas alternativas al consumo

### **Objetivos a largo plazo**

- a) Aprendizaje en el manejo de la ansiedad y autocontrol
- b) Adquisición de hábitos personales orientados al mantenimiento de la abstinencia
- c) Fomento del desarrollo personal (autonomía) y habilidades sociales
- d) Consolidación de actitudes, valores y hábitos adquiridos, favorables al objetivo general
- e) Facilitar información adecuada para que el paciente conozca qué son, como prevenir y como manejar consumos y recaídas.

## **Sobre el tratamiento farmacológico**

En Europa y en la mayoría de los países industrializados el tratamiento del alcoholismo se ha basado fundamentalmente en la unión entre la psicoterapia individual, los grupos de autoayuda y por supuesto, la medicación, entre la que destacan los interdictores del alcohol.

El comienzo del tratamiento pasa por una desintoxicación, en la que el equipo médico ha de tratar, según el caso particular, bien con benzodiazepinas (Shaw, 1995) el cual es uno de los procesos más habituales y más aceptados, o bien con diferentes compuestos como la carbamacepina (un anticonvulsivante), o agonistas como clonidina. Esta medicación tiene un carácter temporal, ya que lo que pretende es por lo general controlar –en los casos en los que hubiera riesgo de darse delirium tremens- los efectos de la abstinencia. Este primer proceso farmacológico suele completarse con compuestos vitamínicos, ácido fólico... con el fin de intentar suplir las carencias del paciente tan rápido como sea posible y estabilizar los parámetros en valores usuales.

Pero es en la segunda fase, la de Mantenimiento (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) en la que nos encontramos con los fármacos más “problemáticos”, los llamados interdictores, los tres más conocidos son la Naltrexona, el Disulfiram y la Cianamida.

En España, la gran mayoría de los pacientes –a excepción de los que se niegan a recibir dicho tratamiento- siguen al menos en los primeros seis meses un tratamiento de este tipo. La realidad es que diversos estudios muestran que esto no es necesario, y que la hidratación, el correcto aporte nutricional, la reducción de estímulos sensoriales y el apoyo al paciente son suficientes en el 75% de los casos (Shaw et al, 1981; Myric, H., 2000) la investigación ha demostrado que las medidas de tratamiento ambulatorio son muy eficaces, pero no son la panacea (Abbot, 1995)

La gran diferencia entre dichos fármacos es finalmente la forma de administración. Mientras que la cianamida y la naltrexona se toman de manera diaria, disulfiram suele ser un inyectable con una media de entre 2 y 6 meses de efectos (Larger y López, 2002).

Estos fármacos están planteados en un primer momento para ayudar a los pacientes en los primeros meses del tratamiento, actuando como “freno químico” a sus deseos de consumo. Por lo general, dichos fármacos reducen la ansiedad y el deseo de beber, pero además, en combinación con alcohol, provocan una serie de efectos desagradables –en algunos casos pudiendo llegar a ser de carácter grave- que obligan al paciente a dejar lo que esté haciendo (en este caso, beber, claro) y corra raudo al centro de urgencias más próximo. Sorprendentemente, un alto porcentaje de la población en nuestro centro refiere haber “experimentado” en una o más ocasiones si realmente “hacían efecto”.

## Sobre el “momento adecuado” para la intervención

Un componente fundamental de el tratamiento en adicciones es que el paciente ha de estar concienciado de su problema, pero conseguir esto no es una tarea sencilla. El tratamiento no va a ser igual de efectivo si no se cumple dicha premisa, al final, es fundamental que haya por parte de el sujeto una alta motivación facilitadora de la intervención (Cuevas y Sanchís, 2000) reconociendo su problemática, solicitando ayuda sincera, predispuestos hacia conocer su problema y sus soluciones y una implicación activa en la tarea. La investigación ha podido demostrar que en el tratamiento de adicciones se suelen encontrar una serie de “etapas” (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992) que requieren de una técnica distinta por cada una de ellas. Esto forma parte de la teoría de la “Espiral del cambio”, una de las más aceptadas hasta el momento y ampliamente difundida, en la que se conceptualiza el “cambio” como un proceso en espiral de cinco etapas. La mayor limitación de esta teoría es que entiende por cambio la abstinencia total, sin darle importancia a los cambios en actitudes y valores y, al fin, en principios, que será la verdadera condición en la que podríamos decir que existe una “curación”.

A pesar de la gran variedad de corpus teóricos que se han acercado a el problema del tratamiento de la alcoholemia, existen conceptos muy básicos que son ampliamente aceptados, uno de estos es lo que se ha llamado la “cadena terapéutica”, es decir, las fases en las que se puede dividir el tratamiento. Estas fases serían:

<b>FASES DE LA CADENA TERAPÉUTICA</b>	
<b>FASE DE CONTACTO</b> Considerar etapa de cambio Estilo interactivo motivacional	
<b>DESINTOXICACIÓN</b> Actuación farmacológica para prevenir o tratar el Síndrome de Abstinencia Actuación psicológica para la continuidad de la motivación para la abstinencia.	
<b>DESHABITUACIÓN</b>  Estrategias psicoterapéuticas para consolidar la abstinencia Control de factores psicopatológicos, familiares, laborales, económicos etc.	<b>TERAPIA GRUPAL</b>
<b>MANTENIMIENTO</b>  Estabilización de la deshabituación Consolidación de la recuperación total	

## Clasificación de los Modelos de Intervención (Verheul)

Modelo	Agente	Biología	Psicopatología	Entorno
Moral	-	-	++++	-
Farmacológico	++++	-	-	-
Médico	-	+++	+	-
Sintomático	+	-	+++	-
Aprendizaje	+	-	+	+++
Cognitivo	+	-	+++	+
Sociocultural	-	-	-	++++
Biopsicosocial	+	++	++	++

Modelos de intervención en alcoholemia según Verheul (1998) tomado de Gual, A. 2002 en función a los aspectos que requerirían más atención desde cada modelo

## Abordaje Cognitivo-Conductual

### Modelo espiral de las etapas del cambio.

(Prochaska, DiClemente y Norcross)

Para entender como modifican las personas intencionalmente, con o sin tratamiento, sus comportamientos adictivos, Prochaska y DiClemente utilizan las claves de la construcción teórica de etapas y los procesos de cambio. Para estos autores la modificación de los comportamientos adictivos progresaría a través de cinco etapas, a saber, Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. Las etapas no solo tienen porque pasarse una vez, sino que el individuo puede pasar varias veces por ellas, este es el sentido de que presente un modelo en espiral, queriendo señalar que las recaídas no implican un abandono del tratamiento, sino un reciclaje a partir de un estado inferior para actuar de nuevo en pró a “subir” etapas. (Prochaska y Prochaska, 1993)

#### Precontemplación:

La persona aun no tiene intención de cambiar su comportamiento adictivo en un futuro próximo, el problema genera inquietud, malestar o preocupación, pero beber sigue siendo visto como la solución, no como el problema (Tober, 1991). Son los pacientes más resistentes al tratamiento.

### **Contemplación:**

La persona comienza a ser consciente en algún grado de que existe un problema. Comienza a tener conciencia del conflicto entre su conducta de beber y los problemas que de ella se derivan respecto a su salud, sus responsabilidades o su capacidad de control. Piensan en cambiar su problema adictivo, pero todavía no se han comprometido en pasar a la acción. En esta etapa la persona es más consciente de sí misma y de la naturaleza de sus problemas. Es más capaz de reevaluarse, a sí mismo, sus valores y dificultades y los efectos que su comportamiento adictivo producen en su entorno.

### **Preparación:**

Es la etapa en la que se acercan la intención y la conducta. Los sujetos utilizan contracondicionamiento y control del estímulo para empezar a reducir el uso de bebidas alcohólicas, o para controlar las situaciones en las cuales se daba el consumo, por ejemplo, cambiar el uso de bebidas de alta graduación por otras más bajas.

### **Acción:**

Se considera que un individuo está en la etapa de acción cuando ha modificado con éxito su comportamiento adictivo, manteniendo la abstinencia durante seis meses.

### **Mantenimiento:**

Es la etapa de la consolidación de los cambios realizados en la etapa de acción. En ella se trabaja para prevenir una posible recaída. Se extiende desde los seis meses a un periodo indeterminado.

## **Intervención desde la perspectiva Cognitivo-Conductual**

Los modelos que se presentan a continuación, son los más usuales en tratamiento de adicción al alcohol, se han seleccionado los revisados por Pérez-Alvarez y Fernández Hermida (2001) como tratamientos con una mayor eficacia demostrada y mejor establecidos, a excepción de el tratamiento con naltrexona y disulfiram que ya fue abordado anteriormente. En alcohol es frecuente que se realicen diversos tratamientos a

la misma vez, (Normalmente un tratamiento individual, más grupos de autoayuda/terapéuticos y medicación), por lo tanto, hay que tener en cuenta que no son tratamientos únicos, sino que lo más frecuente es encontrarse con todos ellos en algún momento del proceso.

## La Entrevista Motivacional

### (Miller y Rollnick)

La entrevista motivacional aparece por primera vez descrita por Miller (1983) en un artículo de Behavioural Psychotherapy. A posteriori Miller y Rollnick (1991) la definirían como “un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a este a explorar y resolver ambivalencias”.

Más que una técnica, la entrevista motivacional es un estilo interpersonal en el que el terapeuta intenta comprender mediante una escucha reflexiva, el marco de referencia de la persona, aceptando sus ambivalencias y reforzando sus afirmaciones automotivadoras de reconocimiento del problema (Ventura, I. 2000)

Sus principales características son:

- a) La motivación para el cambio parte del sujeto.
- b) Es el paciente el que articula su propia ambivalencia
- c) El estilo del terapeuta es más persuasivo que coercitivo y más de apoyo que de discusión con el cliente. El terapeuta respeta la autonomía del cliente y su libertad de elección. (y sus consecuencias).
- d) El terapeuta no asume un papel autoritario de experto, sino que la relación con el paciente es más bien la de una asociación.

En esta línea motivacional, existen diferentes técnicas que han surgido a raíz de la técnica de Miller y Rollnick, como las **intervenciones motivacionales breves** (para personas con problemas en la bebida no adictos) (Spivak et al, 1994) o la **Terapia de mejora motivacional**, que se realiza en cuatro sesiones y que fue diseñada por el propio Miller para el proyecto MATCH. Las estructuras de estas sesiones son muy interesantes en tanto en cuanto buscan dar feedback al paciente sobre sus propios actos e intentar generar un cambio de valores, orientarlo hacia una acción diferente, muy en línea con lo que postula ACT.



## Terapia cognitivo conductual de habilidades de afrontamiento

La TCCHA no es más que un conjunto de herramientas terapéuticas para el tratamiento de la dependencia alcohólica y de otros desordenes psiquiátricos, cuyo objetivo es tratar al paciente mejorando sus habilidades cognitivas y conductuales, cambiando sus conductas problemáticas. Este modelo conceptúa cualquier tipo de psicopatología, como un proceso no adaptativo de aprendizaje, así, el objetivo central de dicha forma de terapia es diseñar técnicas a través de las cuales las respuestas no adaptativas pueden ser desaprendidas y reemplazadas con conductas adaptativas.

Aunque existen diversas modalidades de TCCHA, todas ellas comparten dos elementos centrales:

- a) Abrazan los principios de la teoría sociocognitiva de Bandura (Bandura, 1986), proclamando un papel central en las habilidades de afrontamiento.
- b) Emplean alguna forma de entrenamiento individual en estrategias de afrontamiento para mejorar los déficits del paciente, tales como instrucciones, modelado, juego de roles y ensayo conductual.

A pesar de su vertiente claramente cognitiva, el TCCHA incorpora elementos como el análisis funcional de conductas siguiendo modelos como el de Kanfer, analizando detalladamente antecedentes y consecuentes, lo que proporciona la base para un plan específico del paciente. La investigación ha mostrado además que esta intervención, sumada a los grupos de autoayuda, muestra una gran efectividad.

Muchos estudios, por otra parte, han demostrado la importancia y la efectividad de los modelos que incorporan una o más personas en el tratamiento de personas con problemas de alcohol, la incorporación de dichas personas y de otros factores ambientales en la TCCHA también puede incrementar el control terapéutico sobre los factores reforzantes que pueden ayudar a un paciente a mantener un estilo de vida libre de alcohol (Martin, 2002)

## **Tratamiento con exposición a estímulos**

Los modelos de condicionamiento clásico de indicadores de alcohol y recaída sugieren que los estímulos ambientales que en el pasado estaban asociados a la bebida pueden generar respuestas condicionadas que pueden jugar un papel importante en la precipitación de una recaída. Existen evidencias (Martín, 2002) que sugieren que las respuestas inducidas por estímulos se asemejan más a respuestas apetitivas condicionadas. Este tratamiento bebe de las teorías del aprendizaje y del aprendizaje social, usando la exposición con el fin de conseguir disminuir la respuesta habitual ante la bebida mediante la habituación hasta una pérdida de la respuesta elicitada.

## **Terapia Cognitivo-Conductual de Pareja**

La terapia de pareja cognitivo conductual (O'Farrell, 1999) trabaja directamente para incrementar los factores de relación que conducen a la abstinencia. El modelo asume que los miembros de la familia pueden recompensar la abstinencia, y que los pacientes alcohólicos con relaciones más felices y cohesionadas y con mejor comunicación tienen un riesgo menor de recaída. Se realizan unas 15-20 sesiones durante 5 o 6 meses. Utilizando una serie de técnicas conductuales, fundamentalmente, la TCP incrementa los sentimientos positivos, actividades en común y la comunicación constructiva, ya que estos son los factores que incrementan la sobriedad.

## **Terapias de Grupo**

Respecto a el tratamiento del alcoholismo, es importante detenerse en este punto. Está ampliamente extendida la creencia de que el tratamiento siempre conlleva terapias grupales, pero esto no es del todo cierto. Aunque la visión depende de los autores, está más o menos definida la línea que diferencia entre los llamados grupos de autoayuda (Cuevas y Sanchís, 2000) y las terapias de grupo propiamente dichas (Martín, 2002).

Aunque existe abundante bibliografía sobre terapias grupales, los estudios no quedan del todo claros, debido a la complicación entre la comparación de terapias individuales y grupales. Aunque los estudios en esta línea apuntan a que los pacientes de psicoterapia

grupal mejoran su grado de compromiso, tienen tasas más altas de abstinencia y mejoran en un número de variables relacionadas con la calidad de vida, mejoran su transición del tratamiento interno al ambulatorio y son más proclives a volver a tratamiento si recaen. Aunque en principio la lista puede parecer sustancia, los estudios que han investigado acerca de los modelos más conocidos de autoayuda (como Alcohólicos Anónimos) apuntan que la acción del grupo genera esas mismas respuestas. (Monras y Gual, 2000)

## **Modelo de reforzamiento comunitario**

### **Meyers y Miller (1999)**

Quizás el modelo más moderno y uno de los más apreciados (al menos en los últimos tiempos) entre los profesionales de la alcoholología sea el de reforzamiento comunitario de Meyers y Miller. Su filosofía es bien sencilla, tratar de reorganizar la vida del paciente para que la abstinencia resulte más reforzante que la bebida.

Mientras que los modelos tradicionales pretendían aumentar el dolor para confrontar a la persona con las consecuencias negativas de sus conductas, esta aproximación simplemente trata de convertir la bebida en algo poco atractivo, mediante la inclusión de terapias aversivas, farmacológicas, o counselling, y se ha demostrado muy poco útil para disminuir la ingesta de alcohol. (Martín, 2002)

El MRC tiene entonces dos objetivos principales, eliminar las consecuencias positivas de la bebida y reforzar positivamente la sobriedad mediante la motivación, análisis de patrones de consumo, entrenamiento de conductas, implicación de familiares...

## **Prevención de recaídas de Marlatt y Gordon**

El modelo de prevención de recaídas propuesto por Marlatt y Gordon (Marlatt y Gordon, 1984) es una de las aportaciones más importantes en la teoría del aprendizaje social referida al campo del alcoholismo.

Marlatt realiza un análisis de los procesos psicológicos que rigen el mantenimiento del cambio conductual en personas con problemas de bebida. Así, el autor genera un

“mediador psicológico” que él llama “El Efecto de la Violación de la Abstinencia” (EVA) que explica por qué un consumo inicial tiene como resultado la pérdida de control subsiguiente. El EVA se fundamenta en los conceptos de la disonancia cognitiva de Festinger, y el de atribución personal de Jones. Los efectos sumatorios de dichas teorías incrementarían la probabilidad de nuevas recaídas y de la pérdida de control.

El objetivo por tanto de el tratamiento propuesto por estos dos autores, consiste en desarrollar en el sujeto habilidades de afrontamiento, restaurar la autoeficacia y crear atribuciones constructivas, intentando que modifique su “locus de control” en esta cuestión específica.

Uno de las aportaciones más importantes de Marlatt, tanto al menos como lo es la propia terapia de prevención, es la descripción de los factores de riesgo para la recaída. Es fundamental trabajar dichos aspectos con los pacientes, para ponerlos sobre aviso y poder entrenar dichas situaciones. Estos factores son:

- a) Sentimientos o emociones negativas persistentes.
- b) Pensamientos negativos
- c) Presiones sociales para tomar alcohol
- d) Problemas de relación con los demás.
- e) Urgencia o deseo de tomar alcohol desencadenado por estímulos o contextos (craving)
- f) Sentimiento o emociones positivas (felicidad extrema, euforia)
- g) Conductas impulsivas
- h) Cambios vitales importantes
- i) Trastornos psiquiátricos.

## **Abordaje Sistémico**

El abordaje sistémico ha tratado de una manera amplia el problema del alcohol, teniendo su colofón en los trabajos de Steinglass, Ablon, Miller y Bennet. Aunque la bibliografía es extensa, diremos que las bases de esta vertiente pasan por entender el

alcoholismo como un problema que hay que tratar actuando sobre los distintos sistemas en que la persona se mueve, pero ante todo y sobre todo, actuando en la dinámica de la familia. La esencia, al fin, es la atención a la organización, es decir, a la relación entre las partes, a una concentración en las relaciones matizadas, antes que en las lineales, y a una consideración de los hechos en el contexto en el cual se dan, y no aislados de su ambiente (Gray y Rizzo, 1969) Como ya apuntamos antes, se ha demostrado que los tratamientos que incluyen a varios miembros de la familia cercana suelen ser mucho más eficaces. *“Podríamos decir que la tesis básica es que el alcoholismo es un estado capaz de convertirse en un principio organizador central, en derredor del cual se estructura la vida de la familia (...) Como su vida se ha organizado en torno del alcoholismo, estas familias tienen una historia única de desarrollo”* (Steinglass et al, 1997)

Diversos estudios (Steinglass, 1981) midieron los niveles de psicopatología en poblaciones de alcohólicos y sus familiares, encontrando que el estrés que acompaña al alcoholismo se extiende por toda la familia, y no únicamente a la persona que bebe o al cónyuge no alcohólico.

Desde la sistémica, se aprecian cinco fases de desarrollo de la familia alcohólica, y los enfoques de terapia familiar pasan por la aplicación de los modelos de Historias de Vida de la Familia aplicados al tratamiento. El número de profesionales de vertiente sistémica en drogodependencias es elevado y es una de las teorías que viene tomando mayor fuerza en este campo.

## **El alcoholismo desde el Contextualismo Funcional.**

Tendremos que hacer una distinción de nuevo al llegar a nuestro ámbito propiamente dicho. Diversos tratamientos ya mencionados (Como el TCCHA, o los modelos de reforzamiento comunitario) incluyen dentro de su elenco de técnicas el análisis funcional de conducta como complemento para conocer en detalle los antecedentes y consecuentes de la conducta alcohólica. Esto no los enmarca en un marco teórico funcionalista, sino que simplemente se usa como técnica sumada a otras técnicas de marcado carácter cognitivo o sistémico.

Desde las teorías que nos atañen –Fundamentalmente FAP y ACT- la bibliografía específica sobre abuso de alcohol no es excesivamente extensa, aunque si que podemos encontrar ciertos recursos que nos hablan de el tratamiento de alcohol en adolescentes (Newring et al, 2010) y en adultos con problemas de sustancias, tanto artículos de caso (Velasco y Quiroga, 2001) como de investigación (Wulfert, 1994; Luciano et al, 2001; Heffner et al, 2003; Luciano et al, 2010)

Pasaré a definir que es la adicción para la perspectiva contextualista-funcional, para entrar en detalle acerca de los dos aspectos que más interesan en este trabajo, que son valores y creencias, en relación con las conductas adictivas.

### **La Adicción desde el Contextualismo Funcional**

Como apunta Luciano “Desde una perspectiva funcional, el comportamiento adictivo, como cualquier otra conducta compleja en el repertorio humano, es explicable como resultado de la combinación de factores de control funcional presentes en un momento dado y que lo son por el cúmulo de interacciones a lo largo de la historia de la persona en cuestión” (Luciano et al, 2010), se sabe desde hace tiempo que las drogas actúan como reforzadores positivos en la conducta (Gil Roales, 1996) y que su uso está estrechamente relacionado con la regulación cognitiva y emocional.

Desde la teoría de marcos relacionales (Hayes, Barnet-Holmes y Roche, 2001) se postulan los conceptos de la transformación de funciones y comportamiento relacional, que implican que ciertos estímulos podrían adquirir las funciones (reforzantes, aversivas, discriminativas, motivacionales) de otros estímulos primarios. Así, la bebida podría adquirir funciones muy reforzantes para los sujetos, modificando de esta manera el valor que se le dá a la sustancia y generando, al llegar al consumo problemático, una pauta de evitación experiencial (Luciano y Hayes, 2001). Este Trastorno de Evitación Experiencial no es sinó un patrón recurrente producido cuando, ante la presencia de malestar o angustia, se trata de solucionar haciendo lo que uno considera correcto (por ejemplo, intentar controlar sus eventos privados), sin embargo, esta solución no es más que el verdadero problema. Un patrón de vida que intenta huir del malestar y del sufrimiento, y que lo único que consigue es expandir el patrón de evitación a otros

aspectos de la vida. En el caso del alcohólico, su manera de evitar el sufrimiento que le causa la bebida es precisamente bebiendo más, con el objetivo de “dejar de pensar”. El sufrimiento vicario que produce el sujeto alcohólico en la familia, fomenta que este desaparezca en búsqueda de nuevos contextos –el bar, el pub- que le sean reforzantes en la conducta de beber, con lo que no hace sino incrementar su patrón de evitación.

Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl (1996) exponen que “la evitación experiencial puede definirse como un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona”

Y precisamente por ello el proceso de evitación experiencial que conduce a la adicción ha de ser obligatoriamente verbal. El alcohol, a diferencia de otras drogas, no solo posee las características reforzantes propias por ser una droga, sino que además cuenta con un amplísimo contexto verbal socio-histórico en el que, como vimos en la breve historia de la sustancia al comienzo de este trabajo, dicho contexto ha tendido a enaltecerlo como medicamento, tonificante, vigorizante sexual, símbolo de masculinidad y virilidad, etc...

Para conseguir alejar al sujeto de dicho fenómeno, ACT propone que es necesario “defusionarlo de los contenidos de su yo”. El proceso de fusión cognitiva dificulta considerablemente que la persona pueda situarse por encima de dichos contenidos y actuar de modo valioso. Así, es posible que “el individuo se fusione con los contenidos derivados de lo que se denomina auto-concepto, sin diferenciarse de ellos mismos. Por ejemplo, al decir «soy incapaz de mantenerme limpio» la sensación de incapacidad no se experimenta como una sensación, como una valoración sobre sí mismo, sino que el individuo se estaría identificando con dicha sensación. La fusión con ese contenido del yo, construido verbalmente, es problemática, ya que la persona responde a ese contenido literalmente, sin distancia del mismo y, por tanto, la acción resultante no necesariamente se ajustaría a lo importante para la persona”. (Luciano et al, 2010)

## Alcohol y Valores

Una de las frases más comunes que escuchamos de los familiares de los pacientes es que sus maridos/padres/hermanos alcohólicos son “malas personas”, “viciosas” y un sinfín de valoraciones tremendamente negativas más. Curiosamente, dicha percepción va modificándose en el tiempo, sin llegar a victimizar al paciente –pues obviamente tiene su responsabilidad sobre la conducta que realiza- pero si mediante la comprensión de el trastorno de manera global.

No es que el paciente alcohólico esté despojado de valores morales -como insinúan a veces su hastiadas esposas- más bien podríamos decir que el alcohol toma tal valor como reforzante que incluso los principios más arraigados –los truismos, las creencias básicas- pueden ser saltados a la ligera bajo los efectos del etanol.

Desde la filosofía contextualista y especialmente desde la Aceptación y Compromiso, la conducta orientada a valores es el “camino hacia la mejora”. “El terapeuta busca generar las condiciones para que el paciente pueda clarificar sus fines y direcciones en la vida en términos de sus acciones (...) igualmente será necesario establecer relaciones entre los valores que el cliente indique y los recorridos que elija para caminar en dirección a ellos”. (Hayes y Luciano, 2001) en este sentido, ACT busca romper las relaciones conducta-conducta (como cuando el alcohólico justifica su beber en presencia del deseo por beber). Tratando de conseguir que los clientes practiquen un control consciente en áreas en las cuales sea efectivo y realce sus vidas, y que practiquen la aceptación en las áreas en las que el control consciente es inefectivo. Es fundamental tener cuidado cuando realizamos esta clarificación, para entender que valores se encuentran mediados por reglas tipo *pliance*, y buscar una decisión más personal del propio individuo.

Cuando se miden los valores en nuestra vertiente, suelen plantearse diferentes áreas, que definiremos más adelante cuando nos toque hablar de los tests usados en este trabajo. Dichas áreas serían:

- a) Matrimonio, parejas, relaciones íntimas
- b) Relaciones Familiares



- c) Amistades, relaciones sociales
- d) Empleo
- e) Educación/formación
- f) Diversión
- g) Espiritualidad
- h) Ciudadanía
- i) Bienestar Físico.

## Alcohol y Creencias

Al comienzo de este trabajo he dedicado unas páginas a recordar la historia cultural del consumo de alcohol en España y Europa, y no sin objetivo. Al hablar de una sustancia con un acervo cultural tan amplio –más de 10.000 años de “culturas alcohólicas”- es fundamental tener en cuenta las valoraciones que de este se han hecho, para poder comprender las que se hacen actualmente..

Aunque las encuestas (como por ejemplo las del Comisionado para la Droga de Andalucía, (Navarro Botella, J. 1999, Junta de Andalucía, 2005) muestran que lenta y progresivamente el número de bebedores abusivos está en descenso, aun continúan siendo un amplio porcentaje de la población (Un nada desdeñable 6.5% en Andalucía)

Si bien es cierto que la cultura del alcohol está cambiando radicalmente, no hemos de olvidar que la mayoría de los pacientes que acuden a nuestro centro son de una edad media superior a los 50 años, y mayormente provenientes de zonas rurales, por lo que es muy habitual que muestren actitudes, creencias o emitan juicios de valor positivos acerca de la sustancia y de sus “propiedades beneficiosas” aunque concluyan que “yo no la puedo tomar”.

Existen diferentes estudios sobre como las creencias erróneas sobre el alcohol afectan al consumo (Londoño Pérez, 2010; Cortes et al, 2011) tanto a la cantidad de bebida como a la pauta de consumo concreta, el único problema es que estos estudios se han realizado en población joven y universitaria, como método de estudio preventivo, y no existen estudios sobre el peso específico de las falsas creencias en relación a la

adherencia a tratamientos en alcoholismo en este tipo de población. Quedando este campo en principio abierto a futuras investigaciones.

Al evaluar las creencias en el alcohol, habremos de tener en cuenta que existirán tanto:

- a) Creencias respecto a sí mismo
- b) Creencias respecto a la sustancia
- c) Creencias respecto a los otros
- d) Creencias respecto al tratamiento

Todas ellas de alguna manera incidirán en el desarrollo del trastorno.

## Métodología

### Que es Prosalud y como funciona

Prosalud es un centro de tratamiento ambulatorio para la atención a las drogodependencias, en un inicio surge como una Asociación de Alcohólicos Rehabilitados, aumentando su foco de actuación en los últimos años a otras adicciones como la cocaína o la heroína. Aun así, un amplio porcentaje de sus usuarios (aproximadamente el 90%) presentan una patología alcohólica, y la intervención está fundamentalmente orientada al tratamiento del alcoholismo.

Nace en 1981 como asociación y en 1987 es reconocido por la consejería de salud, aunque no fue hasta el año 2000 cuando el centro se acredita como centro de tratamiento ambulatorio.

En Prosalud existe un equipo técnico compuesto por un médico psiquiatra, una psicóloga, una trabajadora social y personal voluntario de la asociación, que cumple con las tareas administrativas y de limpieza. Aunque el número de asociados es muy grande (unos 850 actualmente) muchos de los pacientes se encuentran o bien con el alta (que se da a los dos años, con lo cual la asistencia comienza a ser voluntaria) o bien en “estado de recaída” como suele llamarse. La asistencia media de unos 50 pacientes semanales de manera regular, divididos en tres grupos distintos (Lunes, Miércoles y Jueves) durante una hora y media por día, sumado a una visita mensual con la psicóloga y el psiquiatra, de obligado cumplimiento en los primeros seis meses al menos. De estos 50 pacientes solo 2 son mujeres, lo cual impide la creación de un grupo específico de mujeres (el cual existió) y que suele ser lo que recomiendan todos los profesionales, por diferir significativamente –por puros conceptos culturales- la función que el alcohol cumple en hombres y mujeres.

Prosalud pertenece a la federación de asociaciones de alcohólicos rehabilitados de Andalucía, y comparte con esta las funciones fundamentales de este tipo de organizaciones, que se resumen en el informe sobre la situación de las adicciones en Andalucía, del defensor del pueblo andaluz, en 2002.:

- a) Apoyo a la familia
- b) Integración del drogodependiente en los recursos comunes de la sociedad
- c) Apoyo a la creación de nuevos hábitos o recuperación de hábitos perdidos.
- d) Intervención en los momentos de abandono o soledad, donde es necesario el apoyo personal
- e) Apoyo a la desintoxicación ambulatoria
- f) Sensibilizar a la comunidad a través de programas de formación y sensibilización entre los distintos colectivos
- g) Apoyar la coordinación con los centros de tratamiento
- h) Ofrecer una acción muy personal y desburocratizada
- i) Realizar actividades de promoción y fomento del voluntariado.
- j) Actuar como agentes sociales a la hora de detectar necesidades y situaciones difíciles que no siempre llegan a la administración
- k) Complementar y formar parte de la red de atención a drogodependencias.
- l) Atención singularizada a los pacientes.

## **Diseño**

El estudio se realiza como un diseño transversal, donde se mide una sola muestra atendiendo como variable independiente el tiempo de tratamiento y como variables dependientes las puntuaciones de los sujetos en escalas de valores y aceptación y las respuestas de entrevista.

## **Sujetos**

11 Sujetos varones con patología alcohólica de entre 44 y 72 años, diferenciados en función al número de meses que llevan en tratamiento (de 12 a 240) con una media de 43 meses de tratamiento.

## **Observaciones sobre los sujetos**

La mayoría de los sujetos de nuestro centro cumple con un perfil muy específico, debido a la elevada edad media de los asistentes y a las características socio-culturales de la zona del poniente.

Casi todos los sujetos de este estudio se dedican, directa o indirectamente, al sector agrario (agricultores, trabajadores de empresas hortofrutícolas) excepto dos autónomos (con PYMES de pequeño tamaño, una pajarería y una empresa de venta de aire acondicionado)

El nivel socioeconómico es medio-bajo en la mayoría de ellos, suelen ser padres de familia, con una media de 2 hijos. Casados en todos los casos excepto un divorciado. Su nivel cultural suele ser medio, solo uno de los entrevistados tiene estudios superiores, y la mayoría (8 de 11) no tienen finalizados los estudios secundarios.

Todos excepto uno han usado en el primer año de tratamiento algún fármaco específico para dejar de beber alcohol, la mayoría (80%) colme y el resto (20%) Antabus inyectable.

Dos de los sujetos han tenido procesos terapéuticos para la desintoxicación previamente, ambos usaron fármaco+terapia individual de manera privada, pero tuvieron recaídas de 6 y 10 años. El tiempo tan prolongado de la recaída y el poco tiempo que se mantuvieron abstinentes, hace que sea posible tomarlos como pacientes nuevos.

El alcoholismo en mujeres no es tan frecuente, y cuando aparece el pronóstico suele ser más positivo (Cuevas y Sanchís, 2000), es por ello, y por razones puramente pragmáticas, por lo que la muestra está compuesta únicamente de varones.

## **Instrumento**

Entrevista, en la que se toman los siguientes datos:

- a) Edad

- b) Tiempo en abstinencia/tratamiento (y tratamientos previos si procediera)
- c) Tipo de tratamiento (Solo psicoterapia, Antabus, grupos, o combinación de alguna de estas)
- d) N° de recaídas
- e) Creencias sobre la sustancia, el tratamiento, ellos mismos y los otros. (apoyado con un cuestionario Likert)

PVQ: Personal Value Questionary.

AAQ-2: Cuestionario de aceptación/acción

VLQ: Values Living Questionary

Encuesta de opinión sobre valores personales

## Procedimiento

Se procede a un primer cribado, preguntando a los sujetos quienes estarían dispuestos a realizar una serie de pruebas y una entrevista. Se les dice que son para un trabajo de la universidad, que sus datos serán completamente anónimos y que simplemente “hablaremos sobre el alcohol y sobre como lleváis el tratamiento”. En un principio aparecen 21 sujetos voluntarios, de los cuales se terminan eliminando 10, bien porque deciden no continuar, bien porque los resultados de los test no son claros y se invalidan.

A los sujetos se les cita coincidiendo con la hora de terapia grupal, se le realizan 3 sesiones a cada sujeto, una primera sesión en la que se habla sobre su tratamiento, su familia, sus perspectivas etc... intentando generar un clima de confianza, indagando en aspectos fundamentales que podrían llevarnos a pistas sobre los verdaderos valores que son principales en el sujeto, y sobre todo, conociendo su relación con la sustancia, y como esta se ha ido modificando en la evolución del tratamiento. En esa sesión se les explica como son los cuestionarios que tendrán que rellenar en la siguiente semana.

El segundo día se pasan los cuestionarios, en este orden: AAQ-2, VLQ, PVQ. El tiempo aproximado de cumplimentación de estas tres pruebas ha sido aproximadamente de una hora y media, aunque en varios casos el PVQ no termino de ser completado.

En la tercera sesión, se les cuestiona acerca de las falsas creencias sobre la sustancia o el tratamiento, y como esas creencias se han ido modificando con el tiempo. Se les presentan distintas frases (p.Ej. “para ser alcohólico hay que beber más de lo que yo bebía”, “cuando bebo soy más fuerte y enérgico”, “el alcohol mejora mis relaciones sexuales”) y se les pregunta si su opinión se ha modificado significativamente al respecto de esas sentencias mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo), respondiendo dos veces por pregunta (antes y después) Finalmente, el instrumento ha mostrado ciertas debilidades y he observado distintos sesgos de respuesta, además de una alta deseabilidad social. Por tanto, las puntuaciones no se tomarán en cuenta ya que no son significativas.

## Resultados

### AAQ-2. Cuestionario de Aceptación/Acción

El AAQ-2 es una escala autoaplicable tipo Likert que permite medir la evitación experiencial o, por el contrario, la flexibilidad psicológica, dependiendo de la orientación de sus diez reactivos, cada uno con siete opciones de respuesta, que van de “nunca es verdad” (*never*) a “siempre es verdad” (*always*), según las creencias y experiencias de cada evaluado.

Hayes (2005) le atribuye al AAQ-II propiedades más confiables que las del AAQ-I; por ejemplo, un mejor coeficiente de consistencia interna alfa Cronbach (0.85) al contar con reactivos más simples

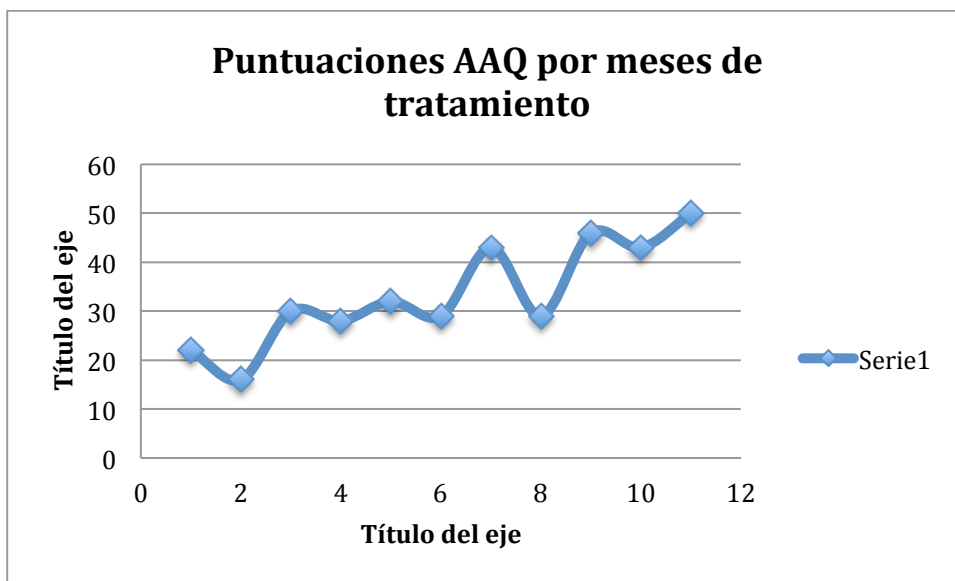
El resultado de el AAQ en nuestra muestra encuentra una clara tendencia que relaciona las puntuaciones con el tiempo transcurrido en abstinencia, siendo que a mayor tiempo en abstinencia (y por lo tanto en tratamiento) menor puntuación en AAQ. La puntuación media aproximada en población normal es de 32 puntos, con una desviación típica cercana a 10, la población clínica tiene por otra parte una media situada en torno a 48, con una desviación típica también de 10. En este estudio la media de puntuaciones del AAQ coincide con la de población normal (Media: 31, 848) encontrándose tan solo 2 sujetos en puntuaciones cercanas o superiores a la “patológica” (Sujeto 9 y 11) que son, curiosamente, dos de los que llevan menos tiempo en tratamiento.

Resultados AAQ por sujeto

	Numero de meses	Puntuación en AAQ
<b>Sujeto 1</b>	<b>240</b>	<b>22</b>
<b>Sujeto 2</b>	216	16
<b>Sujeto 3</b>	132	30
<b>Sujeto 4</b>	48	28
<b>Sujeto 5</b>	48	32
<b>Sujeto 6</b>	48	29



Sujeto 7	24	43
Sujeto 8	24	29
Sujeto 9	15	46
Sujeto 10	12	43
Sujeto 11	12	50



### Escala personal de valores en la vida.

*¿Qué considera que le ha sobrado a su vida?*

*“Nada, podría decir que el alcohol, pero si no hubiese abusado, no me sobraría”*

*Sujeto X.*

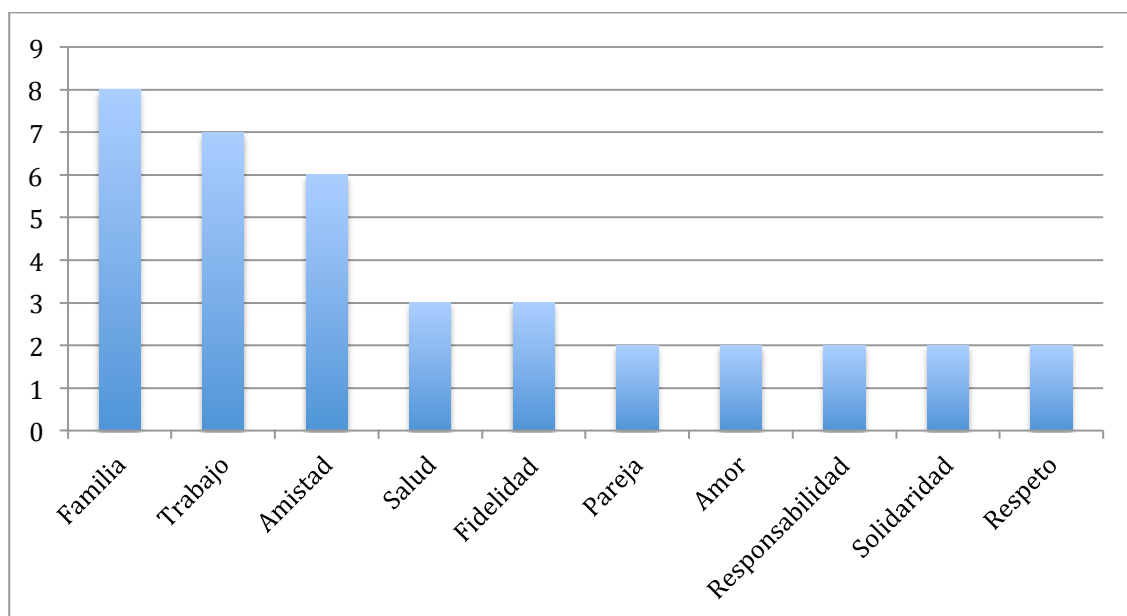
La escala personal de valores en la vida es un instrumento que mide los principales valores de los sujetos, respecto a si mismos y a los diferentes estratos generacionales: jóvenes, adultos y mayores. La evaluación de la escala permite agrupar los valores en cuatro ejes, Valores referidos a interacción (A)(Amor, Amistad...) Universales (D)(Justicia, Libertad...) Referidos a los demás de índole moral (B)(respeto, lealtad...) y Referidos a si mismos (C) (disciplina, salud, felicidad...) a su vez, los mismo valores pueden agruparse en categorías de macrovalores, dichas categorías son Control Egoista, Egocentrismo, Red Social, Amor, Equilibrio-Sabiduria, Hedonismo, Solidaridad,

Bienestar (en adultos y mayores), Dinero/materialismo, “Familismo” Individualismo, Profesión/trabajo, Valores éticos (virtudes), Religión, Tradición, Compromiso y Orden, además de los contravalores.

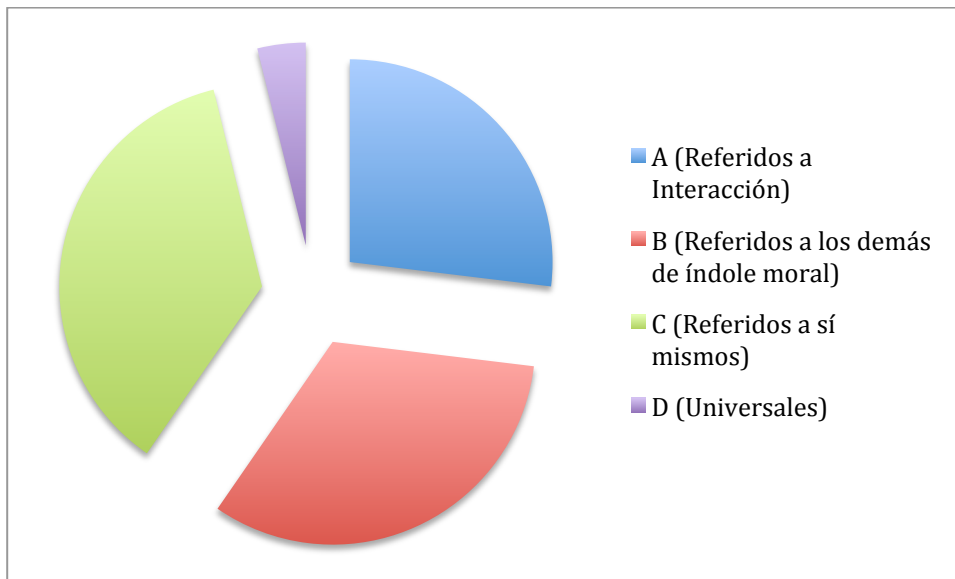
Algunos datos destacables de los resultados en el análisis que nos atañe y que pueden generalizarse a toda la población estudiada son:

No han aparecido en ninguno de los once cuestionarios los valores del eje D (Valores Universales) a excepción del sujeto 3 (que contesto “libertad”, como uno de sus valores principales) y que, puesto en contexto de las respuestas anteriores, más podría ser una súplica que un valor (siempre atendiendo a los datos recogidos en la entrevista) y quizás podría entenderse como un valor referido a si mismo. Aun si la respuesta fuera realmente orientada a el valor universal “libertad”, el hecho de que sea el único valor D que aparece no deja de ser llamativo.

El valor familia (A3) aparece en ocho de los once sujetos en uno de los dos primeros puestos. En las entrevistas los sujetos refieren en todos los casos la importancia de la familia para el tratamiento, de hecho el macrovalor que aparece en más ocasiones es el familismo. (Con aparición de los valores A3, A1.1, A1.2 y A4), implicando solo este macrovalor el 22,64% del total de respuestas.



**Factores más relevantes y número de ocasiones en que aparecen en los once cuestionarios.**



**Valores aparecidos por Eje.**

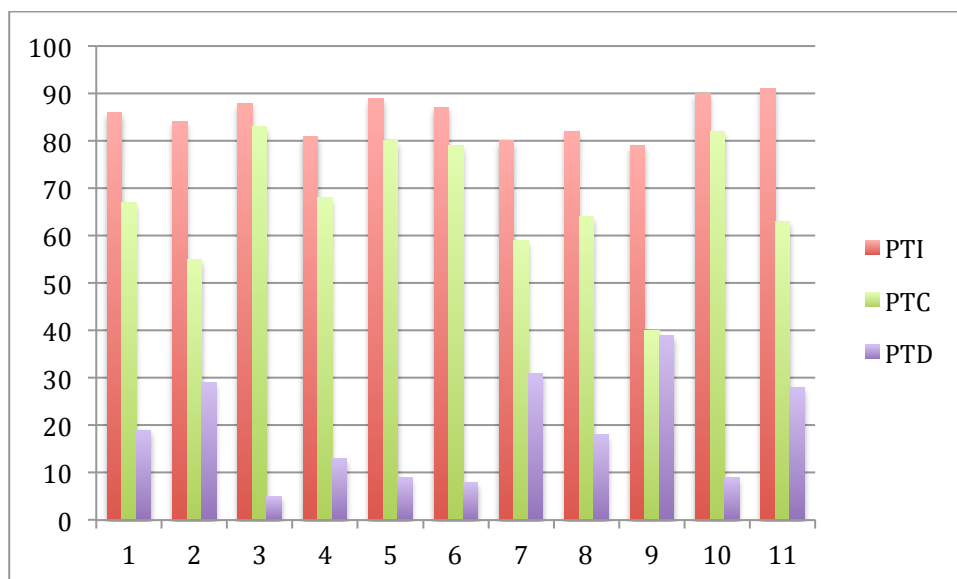
### **Sobre las Escalas PVQ y VLQ y la entrevista.**

Aunque en un comienzo este trabajo iba a trabajar fundamentalmente con las escalas PVQ y VLQ (ambas de medición de valores personales), la aplicación de dichas escalas se ha complicado enormemente. El bajo nivel cultural de los sujetos –algunos con severas deficiencias lectoescritoras- y la cierta ambigüedad de ciertos ítems en dichos cuestionarios, ha hecho más que difícil la aplicación de estos sin sesgarlos excesivamente (en algunos casos requerían ejemplos, metáforas... que podrían sin duda modificar de alguna manera el resultado de dichos tests).

Además, he podido comprobar que existe una alta tendencia a la deseabilidad social en dichos sujetos, mediante la contrastación de los datos que me ofrecían en la entrevista con los datos de cada sujeto que el equipo técnico me facilitaba. Frecuentemente “maquillan” sus vivencias o eventos privados, son excesivamente zalameros a la hora de hablar de las “maravillas” de la terapia de grupo (...) y sus verbalizaciones sobre la sustancia suelen acabar en contradicciones –pueden pasar del “se vive mucho mejor sin

beber, uno encuentra la paz y la felicidad cuando esta limpio” a “algún día me encantaría poder beberme cuatro vinos con mis amigos sin preocuparme” en una misma sesión-

El instrumento VLQ de Wilson (Wilson et al, 2002) mide en una escala tipo Likert del 1 al 10 la importancia de los principales valores (siguiendo el modelo ACT) compara sobre 10 areas de valor la “importancia” con la “consistencia”, es decir, la importancia que es un área para el sújeto, y lo consistente que su conducta es con esa importancia. De aquí se extraen tres puntuaciones, la puntuación total de importancia, la total de consistencia y la total de discrepancia, que son directas. Es decir a la de importancia se le resta la de consistencia, para obtener la de discrepancia.



### **Puntuaciones obtenidas en el VLQ por los sujetos.**

Se pueden observar en las gráficas como parece que las puntuaciones de discrepancia sean mayores conforme menor tiempo de tratamiento se ha recibido y menor tiempo en abstinencia se ha pasado. Al dejar el alcohol y reorientar su vida, posiblemente sean más consistentes con los aspectos a los que más importancia dan, que son esencialmente familia, pareja, hijos y trabajo. Los tres primeros adquieren la calificación de extremadamente importante en todos los cuestionarios y son los ítems que más se aproximan en la medición de consistencia.

El Instrumento PVQ queda invalidado, ya que no todos los sujetos lo contestaron, o en caso de que contestaran mostraron una clara tendencia de respuesta. Uno de los problemas que he encontrado con el PVQ es precisamente que las preguntas se repiten en todos los ámbitos, lo cual hace que los sujetos “automaticen” la respuesta y respondan en todas más o menos las mismas puntuaciones que en las primeras.

## La entrevista

A cada sujeto se le realizó una entrevista personal de 1 hora y media de duración. En ella se indagó acerca de:

### **Datos personales**

*(Edad, estado civil, n° de hijos, edad de los hijos)*

### **Historia de consumo**

Edad de comienzo  
Años de consumo  
Topografía de consumo  
Recaídas (numero, tiempo, causa)  
Historia familiar de consumo

### **Historia clínica**

Tipo de tratamiento (farmacológico, terapia, grupo, o interacción de varios)  
Años de tratamiento  
Otros tratamientos anteriores

### **Preguntas respecto a la sustancia y a tratamiento**

Opinión sobre el tratamiento  
Opinión sobre la sustancia y el consumo  
¿Por qué deja de beber?  
¿En que cree que ha cambiado? ¿Qué ha mejorado? ¿Qué ha empeorado?  
¿Por qué cree que bebía?  
¿Le facilitaba el hecho de beber algún aspecto de la vida?  
¿Dónde encuentra mayor apoyo?

¿Cuáles son sus proyectos a corto y medio plazo?

## Conclusiones

La gran limitación de este trabajo es que el tamaño de la muestra es muy reducido, tanto que sería imposible sacar conclusiones verdaderamente significativas de él. Aun así, si que hay tendencias en los datos, y que, aunque precipitadas, podemos hacer una serie de suposiciones una vez realizado el análisis.

Aparentemente, existe una relación entre el tiempo en abstinencia y tratamiento y las puntuaciones en AAQ2, (A más tiempo en abstinencia, menor puntuación en AAQ-2), aun así, es sorprendente comprobar que solo uno de los sujetos puntuó en el AAQ-2 en niveles que podrían considerarse indicadores de algún tipo de psicopatología. Con lo cual, nos quedaría pensar, o bien que el reducido tamaño muestral nos impide ver con claridad el patrón esperado, o bien que las respuestas están sesgadas. (O bien, que el AAQ-2 por si mismo no sea un predictor tan eficaz de un proceso psicopatológico, lo cual no es del todo descartable, pues si bien aparentemente es un instrumento consistente, tampoco existe un corpus experimental que lo avale al nivel deseado.

Las puntuaciones en el VLQ también parecen señalar que el nivel de discrepancia entre la importancia que tienen para ellos los valores de la vida y la consistencia entre sus acciones y dicha importancia se reduce conforme el tratamiento progresa. No es difícil suponer que, en caso de este tipo de pacientes, no es que sean más consistentes, es que comienzan a *ser conscientes* de la realidad familiar o laboral que les rodea. El alcohol actúa como un potente anestésico para sus conciencias y las situaciones de abandono y maltrato por parte de estos sujetos son referenciadas habitualmente por parte de sus esposas e hijos en consulta y grupos.

En el análisis de valores existe una pregunta específica que plantea ¿Qué cree que le ha faltado en su vida?, las respuestas más habituales son “Amor”, “cariño de los míos” “mejores amigos”, “tiempo libre” “solvencia económica”

Ante la pregunta ¿Qué cree que ha sobrado en su vida? Sorprendentemente, “la droga” no aparece sino igualada a otras respuestas como “malas compañías” o “mi mala cabeza”.

Esto nos hace pensar en un locus de control muy externalizado como una característica común, y este dato podemos entroncarlo con el hecho de que a pesar de que la discrepancia disminuya conforme aumenta el tiempo de tratamiento, no desaparezca, y siga teniendo puntuaciones altas a pesar, incluso, de suponer que han realizado los cuestionarios atendiendo a la deseabilidad social más que a su propia realidad.

En la entrevista se les pregunta abiertamente sobre la sustancia, como ya he apuntado antes, hay un aspecto muy curioso en las verbalizaciones que los sujetos hacen y que ya comenta Luciano (Luciano et al, 2010) apuntándolas como señales de un proceso de fusión cognitiva. Me refiero a las frases como “Soy incapaz de dejarlo para toda la vida”; “Ojala pudiera algún día beber y controlar”, “No puedo creerme que no pueda volver a beber” etc. Estas sentencias muestran un claro patrón de fusión con sus propios pensamientos, los pacientes muestran que no quieren dejar de beber, que el alcohol les sigue encantando y sus efectos y su cultura les apasionan. Es frecuente que en las sesiones grupales haya que reencaminarlos cuando comienzan a hablar de las buenas añadas de vino de sus amigos cultivadores, o de “lo fresquito que estaba un tinto” por ejemplo. Podríamos decir pues, que aunque el AAQ y otros test no muestren indicios de inflexibilidad, o muestren unos valores muy preclaros, realmente es observable que si que existe un proceso importante de evitación experiencial en estos sujetos, y que el alcohol ha sido su instrumento durante todo este tiempo para poder evitar sus eventos –a un alto precio, por otra parte-, y que, a pesar del tiempo en tratamiento, continúan teniendo procesos de fusión con sus contenidos durante largos periodos, en los que siguen refiriendo que “Aunque no echan de menos el alcohol, les gustaría poder beberse una copa y controlar”



## Discusión

El alcohol ha acompañado al hombre desde prácticamente los albores de la humanidad. Y aunque siempre han existido “borrachines”, no ha sido hasta hace prácticamente 50 años que se ha comenzado a considerar como “enfermedad alcohólica” siendo este término uno de los más extendidos y usados.

El hecho de que el alcoholismo se haya transformado en una enfermedad de la noche a la mañana (en este proceso de “invención” de trastornos mentales, parafraseando a D. Marino-Pérez, en el que nos hayamos sumidos) atiende no solo a factores médicos – igualmente podría considerarse como enfermedad específica cualquier otra adicción, pues también generan cambios a nivel bioquímico- sino especialmente a factores económicos y farmacológicos. La mayoría de los libros –al menos en español- que trabajan con el concepto de “enfermedad alcohólica” –incluyendo el excelente manual de Cuevas y Sanchís, referencia en español sobre el tema- están financiados o directamente publicados por empresas como DuPont Pharma, que tienen intereses directos por ser los suministradores de, entre otras, la naltrexona, un tratamiento usado en casi el 100% de los usuarios de recursos públicos o concertados para la desintoxicación del alcoholismo en nuestro país, pero que según diversas investigaciones no necesitaría más del 25% del total (Shaw et al, 1981; Myric, H., 2000)

Con su nueva denominación de “enfermedad alcohólica” y ante la importancia que la sociedad comienza a darle a “las drogas” –durante decenios compartió habitualmente uno de los tres primeros puestos en las encuestas del CIS como uno de los grandes problemas del país, tras el terrorismo y el paro- se genera una política de centros de tratamiento que comienzan a recibir grandes cuantías de ayudas para programas de prevención que usualmente quedan en nada y que, a la vista de las encuestas de el comisionado para la droga de la Junta de Andalucía, no generan el efecto previsto a tenor del gran gasto generado. Los servicios se duplican e incluso se triplican (es posible seguir un tratamiento para alcoholismo desde un CPD, un centro de tratamiento ambulatorio, o el médico de cabecera, sin que necesariamente tenga que existir ningún tipo de coordinación entre ello)

Otro efecto de el nuevo cambio de concepto, es lo que produce. Mientras el alcohólico se había visto siempre como un “vicioso” que era responsable de sus propios actos, ahora la tendencia es a verlo como un “enfermo” que tiene que “curarse”. Así, se produce un efecto Charcot, el psicólogo que ve un enfermo crea un enfermo. Al final, los pacientes están reproduciendo lo que quieren que escuchemos, sus puntuaciones son fantásticas, en los grupos nadie falla, nadie tiene deseos, nadie recuerda el alcohol, la vida de todos ha mejorado en todos los niveles. Pero la realidad es que pocos se mantienen en grupos, y que la gran mayoría termina recayendo.

¿Es realmente productivo enfatizar tanto –en la bibliografía, y por parte de los profesionales en la clínica- el hecho de que el alcoholismo sea una enfermedad? ¿Acaso hay un alcoholismo “estándar”? Ya vimos en las tipologías que hay muy diferentes modos de organizar a los alcohólicos, y los que no se han estudiado (por ejemplo, una tipificación completamente funcional), entonces, si no existe estabilidad en cuanto a la topografía de las conductas, ni en cuanto a las funciones que cumplen ¿Por qué lo agrupamos bajo una misma categoría sindrómica?

Los principios fundamentales de ACT están en su nombre. Aceptación, Compromiso y Acción. Desresponsabilizando al alcohólico de sus actos no vamos a conseguir ni aceptación ni compromiso con sus propios valores, pues damos a entender que no son sus valores los que están mal, sino simplemente “su cuerpo” “su mente” como si estas entidades quedaran fuera de sí mismo. El sujeto deja de ser actor activo en su rehabilitación para ser un ente que contempla los efectos de una terapia, un grupo o una medicación, sin creerse al final muy bien lo que hace. Quizás sería conveniente hacer una revisión crítica de algunas de las principales teorías y terapias que hablan sobre el alcohol, y que relativizan el papel proactivo de los sujetos en beneficio del papel de los fármacos o del apoyo familiar.

Las familias son el gran barco de batalla de este colectivo. Son las familias las que cargan con el mayor peso –inseguridad, desconfianza hacia el sujeto, miedo- en muchos casos encontramos diversas problemáticas muy agravadas por el alcohol, casos de maltrato, o abandono repetido de la pareja o de los hijos, por no mencionar los innumerables problemas económicos debidos fundamentalmente a la falta de control sobre su consumo de sustancias. Sin embargo, y aunque parezca casi insultante teniendo

en cuenta las ingentes sumas de dinero que se gasta en este tipo de programas, no existen apenas recursos para las familias. No existen recursos especiales para sus hijos (terapia individual, refuerzo escolar) ni para sus parejas. Algo que no deja de ser sorprendente si sabemos –como sabemos- que la familia es la clave en el mantenimiento de la abstinencia, y que las intervenciones sistémicas en este campo son las que parecen estar teniendo mejores resultados a largo plazo.

Quizás, y esto no es más que mi opinión, sería conveniente una revisión de al menos dos aspectos del tratamiento en alcohol, uno de ellos, la reducción de los medicamentos –antidepresivos, ansiolíticos y tipo antabus- únicamente a los casos que, bien por recaída múltiple o bien por algún tipo de problema concomitante- lo requieran, y además, desarrollar tratamientos que responsabilicen más al paciente de sus actos, que lo lleven a un proceso de desesperanza creativa, donde sea consciente de su realidad sin poder volver a escapar de ella al entenderse como un sujeto enfermo y, por tanto, necesitado de cuidado y afectado por algo que es independiente y ajeno a él mismo.

## Bibliografía

- Abbot J.A., Quinn D., Knox L., Ambulatory medical detoxification for alcohol. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1995;21 : 549-563
- Babor T.F y cols. Alcohol and Culture, Comparative Perspectives from Europe and America. *Annals of the New York Academy of Sciences*. The New York Academy of Sciences. New York, 1986; 472
- Bandura, A. *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986
- Blanke, H.T, Leonard, K.E. (Eds) *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York: Guilford Press, 1987
- Chick, J., Lloyd, G., Crombie, E. Counselling problema drinkers in medical wards: A controlled study. *British Medical Journal* 1985; 290: 965-967
- Cortés, M.T.; Espejo, B.; Giménez, J.A.; Luque, L.; Gómez, R.; Motos, P. Creencias asociadas al consumo de alcohol entre adolescentes. *Health and Addictions* vol 11, 2. 2011
- Cuevas Badenes, J., Sanchís Fortea, M. *Tratado de alcoholología*. Dupont Pharma. 2000
- De Silva y cols; A two year follow up study of alcohol dependent men rehabilitated at a special unit in a developing country. *British Journal Addiction* 1992; 87: 1409-1414
- Edwards, G. *Alcohol y Salud pública*. Prous Science. 1997
- Fouquet, P. Y cols. *Histoire de l'alcohol*, P.U.F, Paris, 1990
- Gil Roales-Nieto, J. (1996). La adicción como conducta. Variables diferenciadoras y dimensiones de interés. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de las adicciones*: 1-20. Granada: Ediciones Némesis.
- Gual, A. Organización de las estrategias terapéuticas: Modelos de Intervención. En "Monografía Alcohol". *Revista Adicciones* 2002; 1, 405-409
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York, NY: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Heffner, M., Eifert, G.H., Parker, B.T., Hernandez, D.H. y Sperry, J.A. (2003). Valued directions: Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 378-383.
- Holder, H; Parker, R.N. Effect of alcoholism treatment on cirrhosis mortality: a 20 year multivariate time series analysis. *British Journal of Addiction* 1992; 87: 1263-1274
- Larger Brancolini, F., López Montoro, F., *Manual de drogodependencias para profesionales de la salud*. Librería Universitaria Ediciones, Barcelona. 2002.
- Londoño Pérez, C., Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *anales de psicología* vol. 26, no 1 (enero), 27-33 2010
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M., Valdivia-Salas, S., La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 10 (1): 141-165 2010
- Madden J.S., The definition of alcoholism. *Alcohol* 1993; 28: 617-620
- Makela, K., Room, R., Single, R., Sulkunen, P., Walsh, B. *Alcohol, society and the State*. Addiction Research Foundation, Toronto, 1981; 1.
- Marlatt, G.A. y Gordon J.R. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviour change*. New York: Guilford Press. 1984
- Martin, L.J. *Tratamientos psicológicos*. En Gual, A. "Monografía sobre el alcohol". *Revista adicciones* 14(1): 409-419
- Meyers, R.J., y Miller, W.R. Eds. *A Community Reinforcement Approach to Addiction in Treatment*. Cambridge, UK. Cambridge University Press. 1999
- Miller, W.R; Hester, R.K. Matching problema drinkers with optimal treatments. En: *Treating Addictive Behaviors. Processes of change*. Plenum, New York. 1986; 175-205
- Miller W.R. Motivational interviewing with problema drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 1993, 11: 147-172
- Miller, W.R., Rollnick, S., *Motivational interviewing, preparing people to change addictive behaviour*. New York. Guilford Press. 1991.
- Monras, M., y Gual, A. *Attrition in Group Therapy with Alcoholics: A survival Analysis*. *Drug and Alcohol Review*. 19, 2000
- Myric H., Anton R.F., *Clinical Management of alcohol withdrawal*. *CNS Spectrums* 2000; 5(2):22-32
- Navarro Botella, J. *Los Andaluces Ante las Drogas IV*. Junta de Andalucía. 1999
- Newring, R.W. Chauncey, R.P., Kirk, A.B. FAP strategies and ideas for working with adolescents. *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy* 2010, Part 2, 187-203

- O'Farrell, T.J. Behavioural Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse. *Psychiatric times*, vol XV(4), 1999
- Patrón Espinosa, F. La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e investigación en psicología*. 15 (1) 5-19. México. 2010
- Perez Alvarez, M. El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema* 13 (3) 2001
- Rubio Valladolid, G., Santo Domingo Carrasco, J., Guía práctica de intervención en el alcoholismo. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid/Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. 2000
- Rubio G., López Muñoz F., Nuevas tipologías en el alcoholismo. *Anales de psiquiatría* 1996; 12:40-47
- Shaw J.M., Kolesar G.S., Sellers E.M., Kaplan H.L., Sandors P., Development of optimal treatment tactics for alcohol withdrawal. Assessment and effectiveness of supportive care. *J Clin Psychopharmacol*. 1981; 382-387
- Spivak, K., Sanchez-Craig, M., Davila, R., Assisting problema drinkers to change on their own: Effect of specific and non-specific advice. *Addiction* 89 (9), 1994
- Steinglass, P., Bennet, L.A., Wolin, S.J., Reiss, D. La Familia Alcohólica. Ed. Gedisa. Barcelona, 1997
- Tober, G. Helping the pre-contemplator. En Davidson R., Rollinck S. Y MacEwan, I., (eds) *Counselling problema drinkers*. London. Tavistock/Routledge, 1991: 21-28
- Ventura Meneu, I. Psicoterapia del alcoholismo. En *Tratado de alcoholología (Cuevas y Sanchis)* 10:235-271. Dupont Pharma. 2000
- Verheul, R., Van den Brink, W., Ball, S. Substance abuse and personality disorders. En Kranzler, H. Y Rounsaville, B. *Dual diagnosis and treatment*. Marcel Dekker, USA. 1998
- Velasco Díaz, J.A., Quiroga Romero, E., Formulación y solución de un caso de alcoholismo en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema* 13, (1). 2001.
- WHO. Health promotion in the workplace. Alcohol and drug abuse. Repport of an expert committee. WHO, Geneva, 1993
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. E.. The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249-272. 2010
- Wilson, K.G., Luciano, C. *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a valores*. Ediciones Pirámide. 2001
- Wulfert, E. Acceptance in the treatment of alcoholism. A Comparison of Alcoholic Anonymous and Social Learning Theory. En Hayes, S.C; Jacobson, N.S., Follete, V.M., y Dougher, M.J.(eds) *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Reno, Nevada. Context Press. 1994