



TEMA 9

Prevención de recaídas y otros enfoques

psicoterapéuticos o psicosociales en el manejo del alcoholismo

César Pereiro Gómez

INTRODUCCIÓN: EVITAR LAS RECAÍDAS COMO OBJETIVO DEL TRATAMIENTO

La deshabitación es la etapa del tratamiento del alcoholismo, orientada hacia el mantenimiento de la sobriedad. Se compone de una intervención psicosocial asociada a la farmacoterapia específica del alcoholismo. Los objetivos del tratamiento de deshabitación y prevención de recaídas son la extinción de la conducta condicionada de búsqueda y consumo de alcohol, adquisición de conciencia de dependencia, mantener la motivación a lo largo de todo el proceso, reorganización

de las actividades del paciente con búsqueda de alternativas, prevención de recaídas y tratamiento de la psicopatología asociada. En otros apartados de este curso se exponen con detenimiento tanto los fundamentos teóricos en los que se basan la mayor parte de las intervenciones psicosociales como algunas de las estrategias dirigidas a conseguir la deshabitación o minimizar el impacto de las recaídas si estas llegasen a producirse.

Los estudios que desde hace algunas décadas se vienen realizando para valorar la eficacia de los programas de tratamiento en los trastornos adictivos han

demostrado que las tasas de recaídas tras las intervenciones son elevadas. Así, por ejemplo, estudios pioneros realizados con población adulta por Hunt y cols. en 1971, analizando un amplio abanico de terapias y programas de tratamiento con alcohólicos, adictos a la heroína y fumadores, encontraron unas tasas de recaída del 35% y del 58% en periodos de dos semanas y 3 meses respectivamente. Es decir, aproximadamente dos tercios de los individuos que recibían tratamiento para la reducción del consumo de tabaco, alcohol o adicción a la heroína, volvían al consumo de las sustancias en los tres primeros meses después de finalizar el tratamiento. Un porcentaje mucho más pequeño se mantenían abstinentes al cabo de un año. Según este estudio, los índices de abstinencia un año después del tratamiento eran menores del 35% para el consumo de alcohol y del 25% para el tabaco y la heroína.

Es bien sabido que muchos de los sujetos en tratamiento vuelven a consumir en periodos relativamente cortos de tiempo y se habla de los trastornos adictivos como trastornos que tienden a la cronicidad. Como señalaron Miller y cols., una característica central en el tratamiento de las conductas adictivas parece ser la naturaleza crónica de las recaídas. La alta tasa de recaídas es uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas.

El concepto de recaída.

La complejidad para definir el concepto de recaída parece evidente, si tenemos en cuenta los múltiples significados que se le han otorgado a este término. Así en la literatura se presentan distintas definiciones de

recaída, entre las que se considera a esta como:

- Un proceso que gradualmente e insidiosamente lleva a la iniciación del consumo de la sustancia que originó el tratamiento.
- Un evento *discreto* que se define por una caída o una vuelta al consumo de la sustancia.
- La vuelta al consumo de la sustancia con la misma intensidad que en los niveles anteriores al tratamiento.
- El consumo diario de la sustancia durante un determinado periodo temporal.
- Una consecuencia que lleva a la necesidad de iniciar de nuevo el tratamiento.

Marlatt ha establecido una distinción conceptual aceptada por otros muchos autores y distingue entre el consumo puntual de una sustancia (lapso, "desliz" o "caída temporal") entendido como el primer consumo después de un periodo de abstinencia y la recaída, que supondría el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no los niveles de la línea base anterior al tratamiento.

Los lapsos pueden ser consumos esporádicos de una sustancia o episodios de consumo intenso durante algunos días. Constituyen un obstáculo o retroceso en el intento que una persona hace para cambiar o modificar una conducta concreta. La recaída supondría desde esta perspectiva el uso continuado de la sustancia después de ese desliz inicial y se entendería como el resultado de una dinámica que se va desarrollando a lo largo del tiempo, de un modo gradual. La transición entre un consumo puntual y el retorno a la adicción dependerá de una serie de procesos en los que intervienen múltiples variables. Se ha demostrado que los



lapsos no necesariamente conducen a un uso compulsivo e incontrolado. Es más, para algunos autores, este tipo de contactos con la sustancia motivo de tratamiento pueden constituir experiencias de aprendizaje positivas.

Son diversos los modelos que tratan de explicar las recaídas en el consumo de sustancias y también las estrategias que pueden proporcionar ayuda para evitarlas. De ahora en adelante se presentan algunas de esos modelos de intervención terapéutica desde el ámbito psicológico/psicosocial, partiendo de la evidencia científica, que han demostrado la consecución de resultados positivos en el curso evolutivo de los trastornos por consumo de alcohol u otras drogas.

ALGUNAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS QUE HAN MOSTRADO EFICACIA EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Numerosos estudios han documentado la eficacia de las terapias psicológicas conductuales a largo plazo (combinadas o no con apoyo farmacológico) en el tratamiento del alcoholismo. En concreto, algunas de las terapias que en la actualidad cuentan con mayor soporte empírico son la aproximación de reforzamiento comunitario (CRA), el entrenamiento en habilidades sociales, la prevención de recaídas (PR) y la terapia conductual familiar y de pareja. Con los matices que en algunos casos se mencionarán, se podrían considerar tratamientos bien establecidos. Además, estos programas coinciden en ser también los que ofrecen una

mejor relación coste/ beneficio. En varias revisiones sobre el tema publicadas en los últimos años (ver bibliografía recomendada) y de las que se extraen algunos comentarios en el contenido de este tema, se describen algunas de las características de estas intervenciones y sus resultados.

Aproximación de reforzamiento comunitario (ARC)

El programa conductual que cuenta con mejor soporte empírico es la Aproximación de Reforzamiento Comunitario (*community reinforcement approach*). Se trata de un programa pionero en el tratamiento de alcohólicos severos mediante métodos operantes, que tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional. Este programa se aplica en grupo o individualmente y tanto con pacientes externos como hospitalizados. La ARC incluye los siguientes componentes:

1. Uso del disulfiram, facilitado por una persona cercana al paciente, junto con el empleo de técnicas operantes para reforzar la adhesión.
2. Entrenamiento en habilidades de comunicación, incluyendo terapia conductual familiar y de pareja: se entrena a familiares y amigos para que promuevan actividades sociales reforzantes para el alcohólico. La intoxicación conlleva la pérdida de estos reforzadores.
3. Establecimiento de un *club social abstemio*. El club ofrece actividades sociales a los pacientes. Además, a las personas sin trabajo se les instruye en habilidades de búsqueda de empleo.
4. Actividades recreativas no relacionadas con el alcohol.

5. Entrenamiento para enfrentarse a las urgencias y deseos de beber, y para resistir la presión social.

La ARC posee un fuerte soporte empírico obtenido a través de investigaciones bien controladas. Además, un punto importante a favor de su superioridad de la sobre otros procedimientos es que hasta el momento todos los estudios encaminados a comprobar su eficacia han obtenido resultados positivos.

Entrenamiento en habilidades sociales.

El entrenamiento en habilidades sociales es otro procedimiento cognitivo-conductual de amplio espectro que cuenta con gran arraigo en el tratamiento del alcoholismo. En la literatura anglosajona se ha acuñado la denominación de *coping social skills training (CSST)* para referirse a este procedimiento. El planteamiento que subyace en el entrenamiento en habilidades sociales es que las deficiencias en ciertas habilidades interpersonales pueden dificultar a las personas con problemas de bebida un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social para beber, por lo que estos programas emplean un conjunto de técnicas dirigidas a incrementar tales habilidades de afrontamiento.

Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen: habilidades interpersonales, afrontamiento de estados cognitivo emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de uso de sustancias.

La evidencia científica de la eficacia de los componentes terapéuticos esenciales del CSST es extensa, los

resultados de la mayoría de los estudios han encontrado que el entrenamiento en habilidades sociales es consistentemente más efectivo que el tratamiento *tradicional* del alcoholismo en lo que se refiere a la disminución de la conducta de beber y a la mejoría de un rango amplio de conductas asociadas al exceso de bebida, por lo que se le puede otorgar la categoría de tratamiento bien establecido.

Prevención de recaídas

Los programas cognitivo-conductuales (fundamentalmente basados en el entrenamiento de habilidades) y, en particular, el modelo de prevención de recaídas (PR) de Marlatt y Gordon (1985), se pueden considerar hoy en día tratamientos de primera elección.

La PR es un paquete de tratamiento que incluye diferentes técnicas cognitivo conductuales:

- Identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída.
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo.
- Autorregistro y análisis funcional del uso de drogas.
- Estrategias para afrontar el *craving* y los pensamientos asociados al uso de sustancias.
- Afrontamiento de las caídas o consumos aislados (lapsos).
- Entrenamiento en solución de problemas.

Aunque se trata de un procedimiento de intervención originariamente bien estructurado, con fases y componentes bien diferenciados, se debe reconocer que en la mayoría de los estudios no se ha aplicado de forma



sistemática, sino que, más bien, se ha utilizado como un método general de afrontamiento de las recaídas en el consumo de drogas.

Marlatt y Gordon (1985) establecen el programa de prevención de recaídas (PR) como un conjunto de conocimientos y técnicas de modificación de conducta dirigidas a fomentar el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento necesarias para el tratamiento de la dependencia de sustancias tóxicas. Puede decirse que PR es un programa de autocontrol que combina técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, intervenciones cognitivas y promoción de cambios del estilo de vida.

Este tipo de tratamiento es útil para reducir la gravedad de las recaídas e intensifica la durabilidad de los efectos, y es de especial utilidad en dependencias graves. Este enfoque puede ser utilizado en bebedores problemáticos, pero también en ludopatía, en fumadores y en abusadores o dependientes de otras drogas ilegales.

Los objetivos generales del programa son:

- Proporcionar un modelo a los pacientes con el que puedan comprender y analizar su problema de drogodependencia.
- Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercarlos al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente.
- Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de recaída.
- Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que esta se produzca.
- Aumentar la percepción de autoeficacia.

El terapeuta que lleva a cabo este tipo de intervención debe tener claros una serie de conceptos relacionados con la prevención de recaídas:

1. **Recaída.** La recaída debe entenderse como una vuelta al patrón de conducta previo al cambio, es decir, como una vuelta al consumo previo al inicio de la abstinencia. También podemos entenderla como un fallo en el logro de las metas propuestas por el individuo durante un periodo de tiempo determinado. La diferencia entre consumo ocasional y recaída radica en que en el consumo ocasional el sujeto ha utilizado una estrategia adecuada para enfrentarse al consumo y lo ha conseguido, mientras que en la recaída se ha retrocedido hasta consumos iniciales por la utilización de una estrategia poco adecuada. Por consumo ocasional se entiende cualquier consumo que no lleva aparejada la vuelta al patrón de consumo anterior.
2. **Situación de alto riesgo (SAR).** esta puede definirse como cualquier situación que amenaza la autoeficacia del individuo (en cuanto a consumir o no) e incrementa el riesgo potencial de recaída. Aunque las SAR son específicas de cada sujeto, puede decirse que dichas situaciones se agrupan en dos categorías: intrapersonales (estados emocionales negativos o positivos) e interpersonales (conflictos o situaciones caracterizadas por la existencia de presión social).
3. **Respuesta de afrontamiento.** Se trata de afrontar las situaciones de riesgo de forma adecuada para la prevención de la recaída, y dependen del tipo de situación: intrapersonal (identificar las razones por las que uno se siente "deprimido", pensar en positivo,

observando lo que hacen otros, pensar en “aspectos positivos” de uno mismo), interpersonal (alejarse de la situación de riesgo, cambiar de táctica con determinadas personas, ser más asertivo) o social (evitar lugares de riesgo, llevar tus planes adelante a pesar de los inconvenientes, encontrar buenas excusas, pedir ayuda a los amigos). El afrontamiento es un elemento clave en el modelo de PR. Junto al cambio de estilo y a la concienciación, constituyen una tríada de PR.

4. Autoeficiencia. Los estudios realizados en conductas adictivas han demostrado que las expectativas de eficacia y la seguridad ante al afrontamiento de situaciones de alto riesgo suelen ser predictivas de las recaídas. No obstante, la valoración inicial de las expectativas de autoeficacia ha probado que estas no son relevantes para la planificación del tratamiento, ya que cuando disminuye la percepción de autoeficacia aumentan las expectativas de éxito. De hecho, cuando el alcohólico realiza conductas de acercamiento al alcohol, cree que va a “poder controlarlo”.
5. Efecto de violación de la abstinencia (EVA). Es un patrón de pensamiento que aparece tras el consumo de la droga. Aunque hay autores que plantean que este efecto es fruto del intenso deseo (manifestaciones fisiológicas) de beber que se produce tras la primera copa, Marlatt y Gordon dicen que se debe más a una creencia o a la existencia de expectativas del tipo *profecía auto-cumplida* que a mecanismos fisiológicos subyacentes.

Cuando el alcohólico vuelve a beber tras un periodo de abstinencia, aparece el llamado conflicto disonante.

Este conflicto surge de la creencia individual de que “controla” y del sentimiento de culpa por haber consumido. Ante este conflicto, algunos enfermos con trastornos adictivos continúan consumiendo para disminuir dicha disonancia.

Marlatt y Gordon han propuesto un modelo en el que se describe un proceso por el cual se puede llegar (de forma encubierta) a situaciones de alto riesgo. Según dicho modelo, a esas situaciones se les llama situaciones de alto riesgo. El desequilibrio del estilo de vida aparece como la fuente principal en el proceso de recaída. Este desequilibrio aparece cuando en la vida del individuo hay muchas situaciones en las que se actúa por presión externa (“debería”) y pocas actividades placenteras (“quiero”). Esta autodeprivación de actividades placenteras produce un incremento del estrés, lo que se asocia a un aumento de los deseos de consumo y de la impulsividad relacionada con ese consumo. Debido a ello, se produce una minimización de las consecuencias negativas y un acercamiento a la situación de alto riesgo, con aumento de las posibilidades de recaída. En este acercamiento se van tomando decisiones que aparentemente son irrelevantes, pero que un observador externo podría identificar como de riesgo (“preparar la recaída”).

A la hora de aplicar el modelo, se deben emplear las siguientes estrategias:

- Valoración de la conducta alcohólica.
- Aumento del *insight*.
- Entrenamiento en técnicas conductuales como relajación, asertividad y exposición a estímulos que aumenten su deseo para tratar el síndrome de abstinencia condicionado.



- Entrenamiento en diferentes estrategias cognitivas, tales como reestructuración cognitiva para modificar los errores asociados al efecto de violación de la abstinencia o a las decisiones aparentemente irrelevantes.

Programa terapéutico de PR:

Se realiza habitualmente en forma grupal, si bien el contenido se puede trabajar en sesiones individualizadas de terapia. Habitualmente se ofrecen un número de sesiones fijas, en torno a 10, y en cada una de ellas pueden utilizarse distintas técnicas, tales como el “torbellino de ideas”, la relajación, el juego de roles, etc. Cada sesión tiene unos objetivos predefinidos tal como se muestra a continuación.

SESIÓN 1

Explicar el esquema de antecedentes-conducta-consecuencias del consumo.

- Describir los efectos positivos y negativos, a corto y largo plazo, del consumo.
- Explicar en qué consiste el balance decisional de la conducta.

SESIÓN 2

- Proporcionar un conocimiento básico sobre la ansiedad y las formas de afrontarla.
- Identificar los diferentes componentes de la ansiedad: cognitivos, físicos y conductuales.
- Describir las diferentes formas de afrontar los componentes de la ansiedad.

SESIÓN 3

- Definir las situaciones de alto riesgo y cómo enfrentarse a ellas.

- Conceptualizar lo que son las situaciones de alto riesgo.
- Identificar, en cada caso, las situaciones de alto riesgo por orden de importancia.
- Revisar cómo se han enfrentado a este tipo de situaciones en el pasado y explicar otras alternativas.

SESIÓN 4

- Reconocer los principales errores de pensamiento.
- Describir cómo se realizan los procesos de pensamiento.
- Describir los pensamientos irracionales y los tipos más frecuentes.
- Identificar las formas por las que se aumenta la objetividad, especialmente en situaciones sociales.

SESIÓN 5

- Describir las principales trampas psicológicas en el proceso terapéutico.
- Qué es el efecto de violación de la abstinencia y cómo ocurre.
- Qué son las decisiones aparentemente irrelevantes y cómo pueden descubrirse.

SESIÓN 6

- Importancia de la asertividad para rechazar una copa.
- Qué es la asertividad. Identificar los componentes de una conducta asertiva: pensamientos, sentimientos, conductas.
- Cómo utilizar la asertividad para rechazar una copa.
- Identificar situaciones en las que sean necesarias dotes extra de asertividad.
- Escenificar situaciones en las que se rechace una copa.

SESIÓN 7

- Aumentar el conocimiento en “toma de decisiones” y en resolución de problemas.
- Explicar los procesos que están involucrados en la toma de decisiones y en la resolución de problemas. Describir un balance decisional.
- Identificar los propios patrones de toma de decisiones y de resolución de problemas.
- Enseñar nuevas habilidades para resolver problemas.

SESIÓN 8

- Aprender en qué consiste el estilo de vida y las consecuencias del mismo sobre el consumo de alcohol.

SESIÓN 9

- Aprender a reconocer los componentes de la “depresión” y cómo afrontarlos.
- Explicar qué es la “depresión” y sus componentes cognitivos, físicos y conductuales.
- Identificar situaciones en las que se sientan “deprimidos”.
- Explicar formas de afrontar las situaciones en las que te sientes “deprimido”.

SESIÓN 10

- Identificar estados emocionales que pueden llevar al consumo o a la recaída.
- Ayudarles a que utilicen las estrategias aprendidas en el programa para afrontar situaciones de riesgo.
- Reforzar la utilización de lo aprendido en el programa.
- Conocer la opinión del grupo sobre el programa.
- Evaluación individual del programa de prevención de recaídas.

En la actualidad, se dispone de suficiente evidencia empírica que certifica la eficacia de la PR en el tratamiento del alcoholismo, en comparación con el no tratamiento, con el control placebo o con el consejo médico tradicional. Asimismo, varios estudios meta-analíticos recientes sitúan la PR como tratamiento psicológico de elección para el alcoholismo. En cuanto al formato del tratamiento, los diferentes estudios muestran que las diferencias entre las modalidades individuales y de grupo no alcanzan diferencias significativas. Resulta de interés destacar también que estudios recientes que comparan la PR con terapia motivacional y el programa de los doce pasos, muestran una mayor eficiencia de los programas de PR, sobre todo con los pacientes de peor pronóstico (alcoholismo severo, psicopatología asociada y escaso apoyo social).

Terapias centradas en la familia.

Se ha considerado la Terapia Familiar y de Pareja como uno de los avances más destacados del área de la psicoterapia del alcoholismo. La familia es el escenario en el que se presentan los problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias a lo largo de todos los momentos evolutivos de sus miembros. De este modo, las dinámicas familiares pueden apoyar y mantener los comportamientos desadaptados de uso de alcohol por lo que, hacer frente a la unidad familiar en su conjunto es más productivo que centrarse de forma aislada en la conducta individual del sujeto.

Las intervenciones psicosocioterapéuticas en las familias con problemas relacionados con el alcohol y otras sustancias han ido modificando su metodología,



desde el modelo sistémico a la incorporación de estrategias cognitivo-conductuales o de otras procedencias, llevando a un cambio terminológico, que ha permitido que en la actualidad se hable de tratamientos basados en la familia (TBF).

A pesar de las limitaciones metodológicas encontradas para evaluarlos, se ha demostrado que los abordajes familiares consiguen aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el consumo de alcohol y otras sustancias postratamiento, mejorar el funcionamiento familiar y mejorar la normalización de los pacientes en su incorporación social.

Terapias psicodinámicas

Las terapias psicodinámicas estudian los efectos de las experiencias pasadas, como determinantes en modular pautas de conducta, crear síntomas sobre las causas inconscientes de la conducta, el conflicto, la relación entre el paciente y el terapeuta, así como en determinar las defensas y estilos interpersonales de percepción que se vuelven repetitivos e interfieren con la salud mental.

La base de pruebas de los tratamientos basados en terapias psicodinámicas es heterogénea, no se han encontrado estudios controlados aleatorios, ni estudios con muestras homogéneas. Existen algunos estudios que apoyan la eficacia a corto plazo para algunos trastornos específicos pero desde el enfoque de la práctica basada en la evidencia en las revisiones publicadas no se ha encontrado evidencia suficiente como para apoyar la terapia psicodinámica como una terapia de

primera línea adecuada para las personas con problemas de dependencia de alcohol.

LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

Aunque no forman parte de las intervenciones psicológicas profesionales, por su interés, incluimos en este capítulo unas pequeñas referencias a los denominados grupos de autoayuda que gozan de una importante tradición histórica en relación con el alcoholismo y además están también muy implantados en distintos países, el nuestro entre ellos.

El grupo de autoayuda es una específica modalidad de organización social, con la que se reúnen regularmente para hablar, escucharse y trabajar alrededor de un mismo tema personas que se consideran pares, por compartir una particular situación de vida.

Se denominan grupos de autoayuda, siendo el término original en inglés *self-help groups*. Para determinar los Grupos de Autoayuda, es necesario definir los conceptos, elementos y características que hacen posible el establecimiento de estos, concebidos como un espacio de sostén social y trabajo en equipo, que pueda hacer posible que al menos algunos de sus integrantes trabajen alrededor de una serie de problemas que consideran comunes y con ello poder abordar al menos en parte el conflicto subjetivo y psicosocial que representan.

Los grupos de autoayuda son procesos que surgen en múltiples circunstancias, por las necesidades

sociales y subjetivas que distintas personas intentan afrontar. En cada caso tienen herencias históricas y culturales diversas. Un ejemplo paradigmático lo constituyen los grupos que surgieron en torno al desarrollo de la epidemia de sida que tuvo lugar a finales de los años noventa.

Suelen vivirse como algo importante, simplemente como un espacio social y de apoyo, función que frecuentemente impresiona cumplir sin dificultad. La seguridad de que todos los participantes tienen el mismo problema se vive de forma reconfortante. De igual manera, el que los integrantes puedan sentirse aceptados, incluso valorados por otros y en la mayoría de los casos, ese espacio sirve de sostén ya que en el grupo de autoayuda encuentran literalmente una familia.

En lo que tiene que ver con el alcoholismo, los grupos de autoayuda son asociaciones de individuos que comparten el problema de la dependencia del alcohol. Este tipo de asociaciones, muy extendido en nuestro país, se caracteriza por proporcionar un apoyo crítico a los pacientes en proceso de recuperación.

Las características de los grupos de autoayuda son: experiencias comunes a los integrantes, la prestación de ayuda mutua, la constitución de unas creencias, la fuerza de voluntad colectiva y la construcción de metas compartidas.

Los grupos de autoayuda, o más exactamente de *ayuda mutua*, como organizaciones dedicadas a ayudar a personas con problemas de alcoholismo tal y como lo entendemos en nuestros días, proceden de un

movimiento cristiano fundado por el Dr. Buchman en 1921 y denominado *A First Century Christian Fellowship*. Sus raíces estaban en el Movimiento por la Templanza del siglo XIX caracterizado por sus creencias religiosas sobre el pecado y la salvación, un movimiento social contra el consumo de bebidas alcohólicas que criticaba el consumo excesivo y promovía la abstinencia total impulsando la promulgación de leyes contra el alcohol. En los Estados Unidos hacia finales del siglo XVIII se formaron en el estado de Nueva York asociaciones por la templanza inspiradas por la idea de que el alcohol produce daño físico y psicológico. La Sociedad Norteamericana por la Templanza (*American Temperance Society*) se creó en 1826 y prosperó muy rápidamente debido al renovado interés que el país sentía por la moralidad y la religión. En doce años llegó a tener 8.000 agrupaciones locales y más de un millón y medio de miembros. El movimiento alcanzó su auge con la ratificación de la enmienda XVIII a la Constitución en referencia a la Ley Volstead, más conocida como *la Ley Seca*, que prohibía la venta, importación y fabricación de alcohol. Irónicamente la prohibición terminó por convencer al público de que prohibir el alcohol por completo producía más males sociales que los que curaba. Bill Wilson, una persona con problemas por el alcohol, junto con el Dr. Smith, formaron en 1935 en Ohio un nuevo grupo, relacionado en su origen con el movimiento de la templanza, al que llamaron Alcohólicos Anónimos (AA.AA.), cristiano pero aconfesional. Ambos escribieron un libro conocido como *The Big Book*, donde se define el alcoholismo como un síntoma de un problema subyacente incurable y por ello se propone un tratamiento orientado a la abstinencia permanente.



AA.AA., como organización libre, no profesional y con profundas raíces religiosas, desarrolló un programa propio de atención a los alcohólicos denominado el Programa de los Doce Pasos cuyos fundamentos se describen a continuación:

1. Admitimos que somos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se han vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior puede devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios del modo como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hacemos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estamos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos libere de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos libere de nuestros defectos.
8. Hacemos una lista de todas aquellas personas a quienes hemos ofendido y estamos dispuestos a reparar el daño que les hemos causado.
9. Reparamos directamente a cuantos nos es posible el daño causado, excepto si el hacerlo implica perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente

que nos deje conocer su voluntad para con nosotros y nos de la fortaleza para cumplirla.

12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

El programa de AA.AA. considera que el egocentrismo es la enfermedad espiritual que subyace al alcoholismo. No pretende ser una explicación científica, es sólo una perspectiva que la organización considera útil para lograr la abstinencia. El proceso de trabajar los pasos está destinado a sustituir el egocentrismo por una creciente conciencia moral, una voluntad de sacrificio y una acción constructiva desinteresada. Esto se conoce como un despertar espiritual o una experiencia religiosa.

El programa de los doce pasos se acompaña de un código de funcionamiento interno conocido como las Doce Tradiciones en las que se defiende la unidad del grupo por encima de cualquier otro objetivo y donde se reconoce a Dios como autoridad fundamental. Rechazan el carácter profesional de la asociación aunque admiten contribuciones en este sentido y se proponen como tarea principal llevar su mensaje a otros alcohólicos.

Bajo estas reglas fundamentales el programa de los doce pasos se desarrolla a través de reuniones cerradas para miembros del grupo y otras abiertas a familiares y personas cercanas a la asociación. Las cerradas adoptan un formato pseudoterapéutico y en ellas uno o dos oradores cuentan sus historias relacionadas con el alcohol.

La confidencialidad no es una obligación legal para los miembros de AA.AA. Los recién llegados tienen además asignado un tutor o patrocinador, miembro con más experiencia que guía al aspirante a través del programa. Los nuevos miembros en los programas de doce pasos son alentados a asegurar una relación con al menos un patrocinador. Completar los doce pasos implica ser competente para patrocinar a los recién llegados en su recuperación.

El modelo de los Doce Pasos ha suscitado críticas a lo largo del tiempo. Para algunos autores el Programa de AA.AA. es heredero de la filosofía del *Counter-Enlightenment* (Contra-ilustración) (Humphreys y Kaskutas, 1995), término utilizado en referencia a una corriente de pensamiento originada en la Alemania de finales del XVIII y principios del siglo XIX muy extendida en los Estados Unidos, contra el racionalismo, el universalismo y el empirismo comúnmente asociados con otro movimiento surgido previamente en Europa y defensor de la racionalidad y de la ciencia: La Ilustración. Otras críticas en la misma dirección apuntan a un modo de organización demasiado estricto con difusión de ideas dogmáticas y excesiva dependencia del grupo, donde la religión supone un obstáculo para la ciencia perjudicando a muchos alcohólicos que necesitan un tratamiento distinto (Cain, 1963).

También dentro de los que podemos denominar grupos de autoayuda están las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados (AR) y Ex-Alcohólicos que se desarrollaron en nuestro país a partir de principios de los años sesenta. La primera asociación se denominó La Cruz de Oro y se constituyó en Bilbao. Después apareció en Madrid la Asociación de Ex-Alcohólicos, y luego fue incrementándose

la cantidad de grupos hasta la actualidad. Desde entonces, han recibido distintas denominaciones (Alcohólicos Rehabilitados, Asociación de Ex-Alcohólicos, Alcohólicos en Abstinencia), agrupadas la mayoría de ellos en la Federación de Alcohólicos Rehabilitados Españoles (FARE). El principal motivo de su creación fue el vacío asistencial y la falta de recursos en nuestro país para el tratamiento del alcoholismo, que ya iba adquiriendo una prevalencia digna de alarma social. Actualmente constituyen la primera organización no gubernamental que trata las drogodependencias, con más de 250 grupos y asociaciones en todo el Estado español. El objetivo principal de estas asociaciones es el de reforzar la abstinencia basándose en la autoestima, la satisfacción personal, la participación en la comunidad y el trabajo, prestándose ayuda y apoyo mutuo entre los miembros del grupo. Los participantes son responsables del grupo y lo controlan, por lo que, si hay profesionales, su papel es secundario en el funcionamiento de la asociación, limitándose al asesoramiento de la misma. Tienen un líder, que debe estar rehabilitado de su dependencia del alcohol y debe poseer conocimientos y/o experiencia. La financiación es interna y se mantiene mediante la aportación de los miembros del grupo.

Las asociaciones de alcohólicos rehabilitados no suelen tener un programa establecido. El personal que lo pone en marcha suele ser voluntario, aunque puede contar también con profesionales remunerados. En cuanto al funcionamiento, todos los miembros se conocen por nombres y apellidos. La asistencia es gratuita, y cuando deciden su incorporación a la asociación en ocasiones han de pagar una mínima cuota. Se trata de un grupo abierto, con una duración de 90 a 120 minutos por sesión. Se resaltan las consecuencias positivas de la abstinencia y las



negativas del consumo. No hay tiempo determinado para prolongar o dejar de acudir a los grupos.

Existen diferencias importantes entre los grupos de autoayuda que siguen el modelo de Ex-Alcohólicos/AR y los AA.AA., aunque en ambos casos se mantiene en común la intención de dejar de beber, como condición para entrar en ellos, y el ofrecimiento de herramientas para mantener la sobriedad, así como un apoyo mutuo entre participantes. La concepción del alcoholismo difiere, siendo moralizante e intransigente con la farmacología en AA.AA. y medicalizada en Ex-Alcohólicos/AR. De este modo, mientras que la relación de AA.AA. con el sistema sanitario suele ser escasa, con las otras asociaciones es mucho más fluida, contando con la colaboración de profesionales de la salud. En AA.AA. se busca un apoyo espiritual en Dios para encontrar la salida al problema del alcoholismo, mientras que en AR se pone el énfasis en la ayuda de un líder rehabilitado y con experiencia en la recuperación de este tipo de problemas. El programa en AA.AA. sigue unos determinados pasos (comentados anteriormente), no estando establecido, y es más abierto en Ex-Alcohólicos/AR. El anonimato se mantiene en AA.AA., a diferencia de AR.

LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

Para finalizar este tema dedicado a las intervenciones psicológicas y psicosociales nos referiremos a las reducción de riesgos y daños, que ha tenido un gran desarrollo en lo relativo a minimizar los problemas derivados del consumo de drogas ilegales, aunque menos en lo que atañe al consumo de alcohol.

La *harm reduction* en su término original hace referencia a una determinada política de drogas y está vinculada inexorablemente a la expansión de la epidemia del VIH durante la década de los 80. Se basa en la aplicación de principios y estrategias dirigidas a minimizar las consecuencias perjudiciales del uso de drogas propiciando cambios sobre las conductas de riesgo. Se impulsa en Europa (Inglaterra y Holanda) y en Australia pero se extiende por todo el mundo aunque su implantación queda muy condicionada a las políticas previas de cada país en materia de drogas. En los Estados Unidos surge como una alternativa de Salud Pública a modelos morales (guerra contra las drogas) o médicos (la adicción definida como una enfermedad). Marlatt (1998) lo ve como un punto intermedio entre esos dos modelos opuestos que han predominado tradicionalmente en la política de drogas de Norteamérica y en la filosofía del tratamiento de las adicciones. Para algunos de los representantes del movimiento los fundamentos de la reducción de daños se encuentran en el modelo sanitario científico y tienen raíces en el humanitarismo y el libertarismo, por ello contrasta con la teoría de la abstinencia que se arraiga más en el modelo punitivo de aplicación de la ley, al mismo tiempo que en un paternalismo médico y religioso.

Estrategias y principios de la reducción del daño

La Coalición de Reducción del Daño define una serie de principios y estrategias de actuación orientadas a reducir las consecuencias negativas del uso de drogas mediante la incorporación de métodos que incluyen el uso con riesgos menores, el uso controlado y la abstinencia. Las estrategias para la reducción del daño están

dirigidas a los usuarios de drogas según sus necesidades focalizando las intervenciones en las condiciones del uso de drogas y siguiendo estos principios:

- Reconoce que el uso lícito e ilícito de drogas forma parte de nuestro mundo, y resuelve ocuparse de minimizar los efectos perjudiciales, y no a limitarse a condenarlos o ignorarlos.
- No intenta minimizar ni ignorar el daño y peligro asociado con el uso lícito e ilícito de las drogas.
- Reconoce que las realidades de la pobreza, clase social, racismo, aislamiento social, traumas del pasado, discriminación basada en las preferencias sexuales y otras injusticias sociales, afectan la vulnerabilidad de las personas con respecto al daño relacionado con el uso de las drogas y la capacidad personal para manejar eficazmente ese daño.
- Entiende que el uso de drogas es un fenómeno complejo, que abarca desde el abuso grave hasta la abstinencia total, y reconoce que algunas formas de usar las drogas son claramente más saludables que otras.
- Establece como criterio para implementar intervenciones y emprender políticas exitosas, la calidad de vida y el bienestar del individuo y de la comunidad, y no necesariamente el abandono del uso de drogas.
- Garantiza que los usuarios y aquellos que tienen una historia de uso de drogas tengan una verdadera voz en la creación de programas y políticas relacionadas con ello.
- Afirma a los usuarios mismos como agentes principales para la reducción del daño relacionado con el uso de drogas e intenta estimular a los usuarios para que compartan la información y se apoyen en estrategias específicas para sus condiciones actuales de uso.

- Invoca una prestación de servicios y recursos libre de críticas y de coerción para los usuarios y las comunidades en las que residen, con el objetivo de ayudarlos a reducir los efectos perjudiciales del uso de drogas.

Este tipo de planteamiento está muy alejado del Programa de los Doce Pasos de AA.AA. Sin embargo el modelo de reducción de daños no niega sino que reconoce y define con precisión y evidencia empírica las patologías, algunas de ellas muy graves, y no sólo biomédicas sino también sociales que pueden derivarse del consumo de drogas o más específicamente del modo de consumo y dirige sus intervenciones hacia el cambio de esos modos de uso. Pero sobre todo, la filosofía que subyace al modelo otorga a la persona la capacidad de decidir si desea o no un cambio y en qué dirección planificarlo. Los iguales en este modelo no son controladores del mantenimiento de la abstinencia, sino agentes de salud y los profesionales tienen el cometido de crear las condiciones necesarias para que el cambio se produzca en la dirección esperada. El continuo de la reducción de riesgos y daños vinculados al uso de drogas no excluye la abstinencia: no iniciar o abandonar definitivamente el consumo de drogas está contemplado tanto en objetivos universales de prevención primaria como en los procesos terapéuticos de intervención y rehabilitación de drogodependencias, pero ni es el único logro a considerar ni el más oportuno según el momento y las circunstancias de cada persona en particular. Por el contrario, cambiar un uso problemático por otro que proporcione mayor calidad de vida y mejore la salud, aunque sólo sea un poco, es un objetivo constante, firme y esencial al proceso de tratamiento. 🍷



BIBLIOGRAFÍA

- Alcoholismo. Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica SOCIDROGALCOHOL. Guardia Serecigni J, Jiménez-Arriero MA, Pascual F, Flórez G, Contel M. Barcelona; 2007.
- Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas. Luengo A, Romero E, Gómez Fragueta JA. A Coruña: Editorial Compostela, S.A; 2001.
- Carreras Alabau A. Intervenciones en el Consumo de Alcohol: De los Grupos de Autoayuda a la Regulación de la Propia Conducta. ¿Métodos Complementarios o Antagónicos?. Clínica Contemporánea. 2011; 2 (3): 249-69.
- Cuadrado Callejo P. Viejos y nuevos tratamientos en la dependencia alcohólica. Psiquiatría Pública. 1998; 10 (6).
- Pascual F, Guardia Serecigni J, Pereiro C, Bobes J, Coordinadores. Guía de Intervención en el Trastorno por Consumo de Alcohol. SOCIDROGALCOHOL 2013. En prensa.
- Guardia Serecigni J, Pascual F, editores. Monografía sobre Alcoholismo. Barcelona: SOCIDROGALCOHOL; 2012.
- Valladolid GR, Martínez Gras I, Ponce Alfaro G, Quinto R, Barba RJ, Jiménez-Arriero MA. Integración de los grupos de autoayuda para familiares en un programa público de tratamiento del alcoholismo. Adicciones: Revista de socidrogalcohol. 2013; 25 (1), p. 37-44.
- Secades Villa R, Fernández Hermida JR. Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Psicothema. 2001. 13 (3): 365-80.