

## ANÁLISIS CONDUCTUAL DE LOS PROCESOS DE CAMBIO EN ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Roberto Secades Villa  
Marino Pérez Alvarez

Departamento de Psicología.  
UNIVERSIDAD DE OVIEDO

### RESUMEN

*Alcohólicos Anónimos y la Terapia de Conducta son los dos modelos de tratamiento del alcoholismo de mayor implantación en la actualidad. Ambos enfoques se diferencian en aspectos fundamentales, como el concepto y la etiología del alcoholismo, las condiciones necesarias para la recuperación o el significado de las recaídas. Muchos individuos que han acudido a Alcohólicos Anónimos han experimentado cambios significativos en el consumo de alcohol y en otros aspectos de sus vidas y han atribuido estos cambios a su pertenencia a Alcohólicos Anónimos. Se llama la atención sobre la importancia del énfasis en la acción como el aspecto fundamental del posible éxito del programa de los doce pasos. Se distingue el excipiente de los ingredientes activos del programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos. Por último, se señalan y se revisan estos principios activos desde el punto de vista de la terapia de conducta.*

**Palabras clave:** ALCOHOLISMO, ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, TERAPIA DE CONDUCTA, PROCESOS DE CAMBIO.

## SUMMARY

*Alcoholics Anonymous and Behavior Therapy are the two major therapeutic models of alcoholism treatment. There are important differences between these two treatment systems: the nature and etiology of alcoholism, the necessary elements for change, and the significance of relapses. Many people treated with Alcoholics Anonymous therapy have experienced significant changes in drinking behavior and in their lives, and they have attributed these changes to the Alcoholics Anonymous assistance. It is underlined that emphasis on action is the most important aspect of the possible success of the twelve steps program. A distinction is made between the excipient and the active principles of Alcoholics Anonymous program of recovery. Finally, these active principles are review from the point of view of behavior therapy approach.*

**Key words:** ALCOHOLISM, ALCOHOLICS ANONYMOUS, BEHAVIOR THERAPY, CHANGE PROCESSES.

## LOS MODELOS GENERALES DE LA ADICCIÓN

Para organizar los numerosos modelos (a menudo conflictivos entre sí) que existen en el campo de las conductas adictivas, Brickman et al. (1982), en un trabajo ya clásico, propusieron una clasificación de los modelos teóricos existentes en cuatro categorías diferentes. Los autores describen estos cuatro enfoques haciendo referencia a una gran variedad de problemas, pero su análisis ha tenido especial relevancia para entender las aproximaciones o conceptualizaciones de los problemas de adicción.

Esta clasificación se organiza en función de dos aspectos: el desarrollo inicial (etiología) de un trastorno adictivo y los factores asociados al cambio de conducta posterior. Así, se han de plantear dos preguntas de partida: )hasta qué punto un individuo con un problema de adicción puede ser considerado responsable de la aparición y desarrollo inicial del problema? y )hasta qué punto la persona es responsable del cambio de conducta o de la solución del mismo?. Las cuatro categorías emergen de todas las combinaciones posibles de estas dos cuestiones (Tabla 1).

Además, se asume que estos modelos guardan cierta cohesión interna y que cada uno de ellos es, de alguna manera, incompatible con los otros tres.

El *modelo moral* considera que las personas son responsables tanto de la adquisición como de la solución del problema. Por consiguiente, los agentes externos no son necesarios ni para la aparición ni para la ayuda en la solución del mismo. La adicción es un signo de debilidad del carácter, de modo que se empuja a las personas alcohólicas a esforzarse, a ejercitar la «fuerza de voluntad» para recobrar el «buen camino» y superar las faltas o pecados.

El modelo moral se encuentra hoy totalmente en desuso, aunque, durante mucho tiempo, ha sido predominante en el desarrollo de los programas de tratamiento del abuso de alcohol y otras drogas (Maisto y Caddy, 1981), alcanzando su apogeo durante los años de la prohibición en Estados Unidos.

Según el *modelo de la iluminación* o de la ilustración, que surge a finales de la década de los treinta, las personas son consideradas culpables del desarrollo de la adicción, pero no son responsables de su solución. La denominación del modelo se basa en la idea de la necesidad de educar (ilustrar o iluminar) al individuo sobre la verdadera naturaleza de su problema (el individuo debe ver la luz) y, posteriormente, hacer todo lo que sea necesario para solventarlo. Como esta solución no depende de la responsabilidad del sujeto, se requiere la sumisión a determinados controles sociales más o menos estrictos. Por tanto, el cambio sólo es posible cediendo (sometiendo) el control personal a un «poder superior» o entidad colectiva. Brickman et al. (1982) sitúan aquí a los diversos grupos anónimos de autoayuda y citan a Alcohólicos Anónimos (AA) como ejemplo de este modelo. También se situarían en esta categoría las Comunidades Terapéuticas religiosas tradicionales, surgidas a principios de los años sesenta en Estados Unidos, como Synanon o Daytop Village.

AA es el grupo de autoayuda de más larga tradición. Fue fundado en Ohio (Estados Unidos) en 1935 y, en la actualidad, se ha extendido a 150 países, con más de un millón y medio de miembros en todo el mundo, según la propia organización (AA, 1990).

Aunque AA considera al individuo responsable del desarrollo del alcoholismo, a su vez, y paradójicamente, lo achaca a una predisposición genética o «alergia» fuera de su control. En el fondo, AA comparte muchos de los supuestos teóricos del modelo médico tradicional, como, en este caso, en lo que se refiere a la ausencia de responsabilidad del individuo en el origen de la adicción al alcohol. En realidad, AA presenta una filosofía propia,

originada a partir de una fusión entre concepciones moralistas y provenientes del modelo médico de enfermedad (McCrary, Rodríguez y Otero-López, 1998).

El *modelo médico* o modelo de enfermedad surge a finales de los años cuarenta, como alternativa a la orientación culpabilizadora de los modelos moral y de la ilustración. De acuerdo con éste, las personas no son responsables ni del desarrollo ni de la solución del problema. En la práctica, la aplicación más evidente de este modelo es el tratamiento de la adicción como enfermedad física. Se formula la hipótesis de un proceso de enfermedad subyacente, poniendo el acento en la dependencia física y en el presupuesto de que la enfermedad es progresiva. En su extremo, la adicción es vista como resultado de una fuerza o tendencia incontrolada e incontrolable. Así, los médicos pasan a tratar a los alcohólicos, que hasta entonces eran rechazados por depravados morales. De hecho, el único camino para solucionar la enfermedad es el tratamiento administrado por un experto, el médico.

Este modelo propone la abstinencia total como única solución, al considerar el alcoholismo como una enfermedad irreversible.

Un inconveniente de esta teoría es que al sugerir que los sujetos no son responsables del cambio de conducta, resulta difícil explicar cómo y por qué muchas personas pueden beneficiarse de otros tratamientos diferentes o, incluso, superar la adicción sin tratamiento ni ayuda profesional.

Por último, el denominado *modelo compensatorio* mantiene que las personas no son culpables del desarrollo inicial de la adicción, pero sí son responsables de su solución. Su etiología puede incluir factores biológicos, sociales o de aprendizaje, más allá del control individual. Los factores biológicos pueden incrementar la probabilidad de desarrollar una dependencia en un ambiente favorable. Los individuos son capaces de «compensar» los obstáculos y las circunstancias adversas, asumiendo la responsabilidad personal para cambiar su conducta, en solitario o con ayuda de otras personas. Esta múltiple determinación de la adicción ha conformado el denominado Modelo Biopsicosocial. La Terapia de Conducta (TC), incluyendo la Teoría del Aprendizaje Social, estaría situada en esta categoría.

Se debe decir que esta clasificación de Brickman no parece estar fundada en el análisis de los mecanismos que instauran las conductas adictivas (incluida la dependencia alcohólica), por lo que algunas de las categorías resultantes no tienen un adecuado soporte científico. Así, el modelo moral

y de la ilustración tienen su raíz en mecanismos atribucionales idiosincráticos de una cultura o grupo particular, pero no en trabajos de investigación empíricos.

**Tabla 1.- Los modelos generales de la adicción**

|                                          | <b>Responsabilidad del problema</b> | <b>No responsabilidad del problema</b> |
|------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Responsabilidad de la solución</b>    | Modelo moral                        | Modelo compensatorio                   |
| <b>No responsabilidad de la solución</b> | Modelo de la iluminación            | Modelo médico                          |

En este artículo, se analizan los procesos de cambio de AA (de gran implantación en el tratamiento del alcoholismo) desde la perspectiva de la TC. Algunos autores han llamado la atención sobre las similitudes de ambos enfoques (McCrary, 1994; Miller, 1978). Pero, a diferencia de éstos, aquí no se postula la conveniencia de un modelo integrador debido a los supuestos mecanismos comunes, sino que se mantiene la idea de que la supuesta eficacia de AA se debe a la utilización explícita de técnicas de modificación de conducta, que serían los verdaderos principios activos, envueltos, eso sí, en un «recipiente espiritual».

## **PRESUPUESTOS TEÓRICOS DE AA Y DE LA TERAPIA DE CONDUCTA**

El enfoque de AA y la TC son, probablemente, los dos modelos de tratamiento del alcoholismo con mayor implantación en la actualidad. Con independencia de que sus presupuestos teóricos puedan parecer bastante contradictorios, de hecho, la práctica habitual de muchos clínicos es la de aconsejar a sus pacientes que acudan de forma simultánea a las reuniones de AA, ya que la posibilidad de que éstos puedan beneficiarse de la cooperación entre ambas estrategias es una idea muy extendida (O'Farrell y

Langenbucher, 1985). Se sugiere que los terapeutas de conducta no deben olvidarse de las ventajas que ofrece AA y, por extensión, cualquier otro grupo de autoayuda (por ejemplo, el contacto continuo con otros alcohólicos en rehabilitación o el escaso coste de este recurso).

A pesar de las evidentes contradicciones entre ambos modelos, algunos autores sugieren que éstos tienen mucho en común (McCrary, 1994; Miller, 1978) e, incluso, en ocasiones se ha propuesto un posible modelo ecléctico que integre ambos enfoques (McCrary, 1994).

Desde el punto de vista clínico, la TC y AA comparten muchos objetivos, aunque la forma de alcanzarlos pueda ser diferente. Ambos enfoques entienden el proceso de recuperación no sólo como un cambio en los hábitos de consumo de alcohol, sino también como la reorganización global del estilo de vida del individuo (Wulfert, 1994). Es decir, la dependencia alcohólica tendría que ver con otros comportamientos disfuncionales que ocurren dentro de un contexto social que los apoya.

A continuación se enumeran los principales presupuestos teóricos de ambos modelos en cuanto a la etiología y el concepto del alcoholismo, los objetivos terapéuticos, los elementos necesarios para el cambio, el fracaso terapéutico y las expectativas sobre la caída y la recaída, que se recogen esquemáticamente en la tabla 2.

AA define el alcoholismo como una enfermedad progresiva y crónica que nunca puede curarse, aunque sí detenerse. Es decir, el alcohólico nunca puede convertirse en un ex-alcohólico, como mucho, en un alcohólico sobrio (un alcohólico en recuperación).

El alcoholismo se explica como una debilidad emocional (un defecto del carácter) de tipo biológico o natural. Aunque, en esencia, se trata de una enfermedad espiritual, caracterizada por una percepción errónea que hace creer al individuo que es el centro del universo. Además, los alcohólicos son cualitativamente diferentes de las personas no alcohólicas.

La única posibilidad de aliviar el problema es la supeditación a un poder o fuerza superior (Dios) y la participación permanente en AA. Las personas que no se recuperan son aquéllas que no pueden o no quieren entregarse totalmente a este programa. Es decir, el fracaso se explica por una incapacidad natural del individuo.

AA requiere que los individuos que se incorporen a los grupos, tomen responsabilidad de su problema con la bebida, en lugar de culpar al cónyuge, al trabajo o a otras circunstancias. Además, los alcohólicos deben

admitir que el control sobre la bebida está fuera de su alcance y que, por tanto, deben someterse a un control superior (Dios y AA). De forma consistente con esta forma de entender el abuso de la bebida, los alcohólicos que se incorporan a AA son conducidos a tener un fuerte sentimiento de culpabilidad y una gran necesidad de afiliación y de pertenencia a la comunidad.

Gran parte del programa de recuperación va encaminado a incrementar la dependencia hacia un ser superior y a desarrollar un estado espiritual de buena voluntad para aceptar la intervención divina como única forma de cambiar los defectos del carácter.

Al igual que el modelo médico, AA defiende una visión dicotómica del alcoholismo y de la recaída, en donde la abstinencia absoluta es el único objetivo viable. Cualquier uso de la sustancia, aunque sea de forma aislada, supone un fracaso total, una vuelta al estado inicial de enfermedad. Además, la recaída estaría determinada por los mismos factores que explican el inicio de la dependencia.

**Tabla 2.- Comparación de dos modelos de alcoholismo: Alcohólicos Anónimos y Terapia de Conducta**

| Modelos | Concepto de alcoholismo                      | Etiología                                                     | Objetivos del tratamiento                      | Concepto de caída/ recaída                                      |
|---------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| AA      | Enfermedad espiritual crónica e irreversible | Debilidad emocional de carácter natural                       | Abstinencia absoluta y permanente              | Fracaso total. Vuelta a la enfermedad                           |
| TC      | Trastorno conductual aprendido               | Interacción de factores biológicos, sociales y de aprendizaje | Desde la abstinencia hasta el beber controlado | Proceso transitorio y habitual en el transcurso del tratamiento |

Desde las teorías del aprendizaje, se concibe el consumo de alcohol (y la dependencia alcohólica) como un patrón de conducta aprendido, que se rige por las mismas leyes fundamentales (procesos de condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social) que explican la adquisición y el mantenimiento de otras conductas. Además, se enfatiza la idea de que un único factor no es suficiente para explicar el uso o el abuso del alcohol, sino que este comportamiento está determinado por múltiples factores individuales y sociales. En este sentido, la TC se encuentra asumida dentro del modelo biopsicosocial del consumo de alcohol (Marlatt, 1992).

Los programas conductuales para el abordaje de este trastorno se fundamentan en una planificación individualizada del tratamiento (incluyendo los objetivos terapéuticos) y la modificación de la conducta de beber y del estilo de vida, mediante la utilización de las técnicas de modificación de conducta.

El paradigma conductual, en contraste con AA (y con el modelo médico), entiende los procesos de recaída como un continuo y no como una categoría dicotómica. Así, se diferencia el consumo aislado del retorno total a la línea base previa al tratamiento (recaída).

## **SOBRE LA EFICACIA DE AA**

Los programas conductuales han estado sometidos a numerosas investigaciones que han evaluado sus resultados, por lo que sus beneficios cuentan en la actualidad con un amplio y riguroso respaldo científico (Allen y Mattson, 1993; Miller et al., 1995; Tucker, Vuchinich y Downey, 1992), aún reconociendo sus limitaciones.

Con respecto a los resultados de AA, su eficacia está todavía por demostrar, y no porque los intentos hayan sido pocos (existen más de cien trabajos al respecto), sino porque las investigaciones sistemáticas y bien controladas han sido escasas (Emrick et al., 1993; McCrady y Miller, 1993; Miller y Hester, 1986). A pesar de todo, con frecuencia se ha dado por supuesto el gran éxito del programa de AA en el tratamiento del alcoholismo. Ya hace muchos años, Tiebout (1961) llegó a manifestar la necesidad de «rendirse con humildad» ante AA. Quizás es éste el motivo de que el programa de los «doce pasos» sea uno de los enfoques fundamentales en el modelo dominante en Estados Unidos, el denominado «Modelo de Minnesota» (Cook, 1988).

AA posee muchas características que son incompatibles con las condiciones necesarias para una investigación rigurosa (Ogborne, 1993). Una de las dificultades que puede explicar esta ausencia de valoración de AA, es que esta institución fomenta la pertenencia al grupo «de por vida» como condición fundamental para mantenerse abstinentes (McCrary, Rodríguez y Otero-López, 1998). Esto hace que no se tenga definido un comienzo y un final del programa de recuperación, por lo que la participación de un individuo puede extenderse durante un número indefinido de años, resultando difícil delimitar los momentos exactos de línea base, postratamiento y seguimientos y, por tanto, diseñar estudios bien controlados en donde se pueda comparar AA con otras terapias de tiempo limitado.

AA ha publicado algunos informes en los que se ha ofrecido información sobre las tasas de abstinencia de las personas que acuden a sus reuniones. Según uno de estos informes (AA, 1990), el 65% de las personas que llevaban, al menos, un año asistiendo a las reuniones, se mantenían abstinentes. Pero, al mismo tiempo, también se ofrece el dato de que la mayoría de los individuos (cerca del 90%) que acudían a AA abandonaban antes de un año.

En otro de estos informes llevado a cabo durante 1994 en España (AA, 1996), el 62,8% de los entrevistados afirmaban no haber tenido ninguna recaída.

De todos modos, se debe decir que la rigurosidad metodológica de estos documentos elaborados por AA es escasa.

Algunos autores han encontrado resultados favorables de la utilización de AA (Alford, 1980; Hoffman, Harrison y Bellice, 1983; Thurstin, Alfano y Nerviano, 1987). No obstante, se trata de investigaciones que, por varias razones, adolecen de las debidas garantías metodológicas (McCrary, Rodríguez y Otero-López, 1998), por lo que sus resultados deben ser tomados con cautela.

Sólo existen tres estudios que se han realizado con los controles adecuados, en donde se ha comparado AA con la no intervención o con otros tratamientos (Brandsma, Maultsby y Welsh, 1980; Ditman et al., 1967; Walsh et al., 1991). En ninguno de ellos se encontró mayor eficacia de AA con respecto al resto de las condiciones experimentales.

En un reciente metaanálisis realizado por Miller et al. (1995), el enfoque de AA muestra unos resultados muy limitados.

Otros estudios han evaluado programas multimodales en los cuales AA era un componente más. Los resultados del estudio de Kurtz (1979) señala-

ron que los grupos de AA tenían mayor eficacia cuando eran utilizados en combinación con otro tipo de estrategias, dentro de programas multimodales más amplios.

El metaanálisis realizado por Emrick et al. (1993) apuntaba en la misma dirección, ya que mostraba que los efectos globales de AA eran positivos, pero modestos, y que los mejores resultados se obtenían si se asistía antes o al mismo tiempo a un programa de tratamiento profesional.

Como conclusión, y a la vista de los datos recogidos hasta la fecha, no se puede establecer la eficacia definitiva de AA en el tratamiento del consumo abusivo de alcohol, ya que, por el momento, este programa todavía no ha sido sometido a una investigación rigurosa que lo respalde.

## LOS DOCE PASOS DE AA O CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA

Los principios organizacionales internos de AA y las normas básicas de relación con el exterior se exponen en las denominadas «12 tradiciones». En los «12 pasos» se establecen los principios del «cambio espiritual». Los capítulos del cinco al siete del «Libro Grande», el texto básico de AA (AA, 1993), contienen una descripción práctica de cómo llevar a cabo los doce pasos en los que se fundamenta el programa. En este «manual práctico» se instruye a los miembros de AA para que se adhieran secuencialmente al cumplimiento de estos pasos, de acuerdo a las características y a las necesidades particulares.

Las reuniones de grupos son el elemento central del programa de recuperación de AA, pero la variabilidad de estas reuniones hace muy difícil poder establecer un patrón común. En algunas reuniones, uno o varios miembros del grupo exponen sus esfuerzos para superar el problema con el alcohol. Otras giran en torno a temas concretos, que pueden ir desde la forma de resolver un problema personal (por ejemplo, cómo afrontar la ansiedad), hasta asuntos más teóricos o filosóficos (como, qué significa para mí el «Poder Superior»).

Uno de los asuntos o puntos de discusión más frecuente e importante en las reuniones de AA es la lectura de una parte o de la totalidad de alguno de los pasos del programa. Estos pasos son la herramienta indispensable en el proceso de recuperación de cualquier persona que acuda a AA (Tabla 3).

**Tabla 3.- Los doce pasos de Alcohólicos Anónimos**

1. Admitimos que eramos impotentes ante el alcohol; que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo hemos concebido.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente Le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo hemos concebido, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos Pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

## **LAS ESTRATEGIAS DE CAMBIO EN EL PROGRAMA DE AA**

### **Enfasis en la acción**

AA no proclama que los cambios de conducta sean obtenidos por técnicas específicas; pero, de hecho, en el texto básico de AA se sugieren y prescriben técnicas conductuales necesarias para generar cambios concretos de comportamiento. Los doce pasos requieren la participación activa de cada individuo que desee dejar de beber y cambiar de forma de vida. Sin embargo, estos cambios no son súbitos y espectaculares, sino que son de «variedad educacional, porque se desarrollan lentamente durante un periodo de tiempo» (AA, 1993, p.151).

El proceso de introspección comienza con un elemento conductual (cuarto paso), ya que estos cambios han de estar precedidos por una evaluación precisa de la situación personal; es decir, por un inventario personal (escrito) muy exhaustivo de los errores cometidos, considerando determinantes las manifestaciones (conductuales) de dicha situación. Este es un paso fundamental para reconocer y aceptar los defectos y tratar de corregirlos puntualmente.

AA proporciona instrucciones directas a los miembros de los grupos para comprometerles en estos cambios conductuales. Aunque estas prescripciones no guardan el formato riguroso de las técnicas de modificación de conducta, a menudo cuentan con la base empírica esencial. Así, se puede leer que el alcohólico «puede ir a cualquier parte del mundo donde los demás vayan, sin correr peligro, siempre que siga ateniéndose a ciertas reglas sencillas de conducta» (AA, 1993, p. 33), ya que «ha menester acción y más acción. A falta de obras parece la Fe» (AA, 1993, p.84).

El paso doce recoge la meta final de los once pasos anteriores. El resultado es un «despertar espiritual», no accidental, sino el producto del seguimiento de los pasos que le preceden.

### **El significado de la aceptación**

La admisión de la total incapacidad para controlar el alcohol (paso 1) es la condición indispensable para comenzar y avanzar en el proceso de recuperación. La aceptación es el proceso opuesto a la negación que, de hecho, se suele entender como uno de los síntomas de la enfermedad alcohólica. Del mismo modo, en los enfoques más recientes (y radicales) de la TC, en concreto, en la Terapia de Aceptación y Compromiso, la aceptación psicológica es una de las estrategias de cambio más importantes en lo que tiene de manipulación de procesos verbales, de acuerdo con los principios del aprendizaje (Hayes, 1994).

Para AA, la aceptación es sinónimo de reconocimiento de la incapacidad de control sobre el alcohol. Para la TC significa el deseo de afrontar las situaciones difíciles y tolerar los estados afectivos negativos. En realidad, lo que ocurre es que se está haciendo referencia o se está poniendo el énfasis en diferentes aspectos del mismo fenómeno. La aceptación en AA es una forma más pasiva de aceptación, en comparación con la TC. En último caso, supone el reconocimiento o la toma de contacto con la propia experiencia

y la asunción de la responsabilidad personal, lo que implica siempre el primer paso para la acción (Wulfert, 1994). Por el contrario, la no-aceptación reduce la posibilidad de que el individuo ensaye nuevas formas de resolver problemas.

La información es siempre un elemento necesario para propiciar el cambio. Uno de los objetivos de las reuniones es educar a los asistentes sobre el alcohol y los problemas asociados con la bebida. La biblioterapia y el acompañamiento, a través del cual el consejero ofrece, entre otras cosas, información y feedback al recién llegado, son otros recursos importantes para la educación.

El segundo paso enfatiza la imposibilidad de solucionar el problema por uno mismo, así como la necesidad imprescindible de contar con la ayuda de Dios. Davies (1992) llama la atención sobre esta teórica paradoja. Este autor argumenta que la creencia de que sólo un ser superior puede hacer superar el desamparo y la impotencia es, precisamente, lo que ayuda a hacer desaparecer dicha situación. La invocación de un ser externo todopoderoso, capaz de controlar la conducta del alcohólico, moviliza la motivación interna, es decir, incrementa el deseo del individuo de comportarse de forma diferente, de afrontar los problemas sin acudir a la bebida («Dios nos gobierne y nos dirija en la forma sencilla que hemos expuesto» (AA, 1993, p.84).

De otra manera, el concepto de aceptación también es retomado por Prochaska y DiClemente (1982) en el conocido Modelo Transteórico. La aceptación (el reconocimiento del problema) es el proceso fundamental que marca la diferencia entre el estadio de precontemplación y el de contemplación. Los adictos situados en el estadio de precontemplación no se plantean modificar su conducta adictiva, ya que no son conscientes de que dicha conducta representa un problema. No se trata de que no puedan hallar la solución, sino de que no ven el problema. Por el contrario, en el estadio de contemplación, los adictos son conscientes de que existe un problema y empiezan a plantearse la posibilidad de superarlo. Los tres procesos de cambio necesarios para progresar de un estadio a otro giran en torno a la aceptación. El **aumento de la concienciación** consiste en el procesamiento de la información respecto a la conducta adictiva. El proceso de **autorrevelación** supone la valoración afectiva y cognitiva del impacto de la conducta adictiva sobre los valores personales. Por último, la **reevaluación ambiental** se trata de una valoración del efecto de la conducta adictiva sobre las relaciones interpersonales.

Pero, no sólo son estos tres procesos los que se pueden observar en AA, sino que todo su programa se adapta al modelo transteórico, incluyendo el resto de procesos, niveles y estadios de cambio (DiClemente, 1993).

### **Manejo de contingencias/Reforzamiento de la abstinencia**

Hay bastantes ejemplos del uso sistemático del reforzamiento como principio activo de cambio. AA ofrece un potente sistema de apoyo para fortalecer la abstinencia del individuo. Los miembros de AA consiguen la aceptación simplemente manifestando el deseo de dejar de beber. En las reuniones semanales, el grupo ofrece apoyo y refuerza de forma sistemática la abstinencia y los esfuerzos por alcanzarla.

Una de las prácticas tradicionales de AA es la de celebrar los aniversarios para reconocer un número determinado de meses o años de sobriedad de cada uno de los participantes. En estos actos, el protagonista recibe algún tipo de premio simbólico y, sobre todo, la aprobación social, que refuerza la abstinencia de esa persona.

El paso doce se refiere a la labor del acompañamiento, que se describe como un procedimiento de reforzamiento de la abstinencia por medio de la ayuda al compañero alcohólico. Así, se dan instrucciones claras de cómo el acompañante ha de ayudar en todo lo posible al miembro más reciente (hasta llegar a acogerlo en casa), siempre que «el caso sea meritorio», es decir, cuando mantenga un comportamiento honrado y sincero. Una cuestión importante para AA es la de decidir cuándo y cómo debe proporcionarse esta ayuda.

Por último, la implicación de las personas en proceso de recuperación en charlas, reuniones, celebraciones y otros eventos sociales en donde se habla de los problemas que causa el alcohol, contribuye a reforzar el compromiso público de cambio.

### **Control de Estímulos**

Una de las técnicas de autocontrol más importantes es el Control de Estímulos. La función de esta técnica es debilitar la asociación entre los estímulos ambientales y la conducta de beber. Una vez identificado el estímulo o estímulos que provocan o mantienen esta conducta, su eliminación se hace a través de la eliminación del estímulo.

AA sugiere evitar las personas, los lugares y las cosas relacionadas con el alcohol. Hay muchos ejemplos en donde se propone el control estímulos como medio de lograr el cambio de conducta deseado. Así, en el tercer paso se instruye al alcohólico para ejercitarse en un «plan de vigorosa acción» (AA, 1993, p.64), en el cual se requiere, como primera condición, la necesidad de limpiar la propia casa y despojarse de las cosas personales que tengan que ver con el alcohol y que puedan funcionar como estímulos discriminativos para beber.

### **Modelado**

AA considera «el ejemplo» como una de las condiciones más importantes para cambiar. Por eso, se expone a los nuevos participantes a modelos abstemios y envuelven al individuo en un sistema de apoyo que le ayuda a mantener el control sobre la bebida («la experiencia práctica demuestra que nada hay que asegure tanto la inmunidad a la bebida como la labor intensa de acercamiento a otros alcohólicos»). La exposición del modelo ha de ir acompañado de la instrucción verbal, ya que el miembro más veterano ha de explicar al recién llegado y a su familia cómo ha solucionado sus propios problemas con éxito. Así, uno de los procesos más significativos en AA es el acompañamiento, a través del cual una persona que ha realizado progresos importantes en su recuperación, comparte su experiencia y ayuda a un compañero que está intentando alcanzar o mantener la abstinencia. Este acompañante debe estar dispuesto a asesorar y a ayudar en todo momento que se necesite (por ejemplo, si se siente solo, si tiene un fuerte deseo de beber o si ha tenido una recaída). Además, el acompañante es un buen modelo de comportamiento adaptativo, es decir, un «ejemplo de que la fe por sí sola es insuficiente» (AA, 1993, p. 89). Este representa un modelo exitoso de afrontamiento para mantener la abstinencia y para el recién llegado, observar el éxito de otro miembro del grupo con el mismo problema estimula los propios esfuerzos para cambiar.

Por otra parte, el miembro más antiguo conoce muy bien la normativa grupal y ejerce un efecto muy favorable sobre la incorporación de nuevos alcohólicos que desean adherirse al grupo.

### **Desarrollo de conductas alternativas**

Uno de los componentes esenciales de los programas conductuales para dejar de beber es el reforzamiento de las conductas alternativas al consumo

de alcohol, bien mediante el entrenamiento en habilidades sociales o mediante las técnicas de manejo de ansiedad. Del mismo modo, los pasos ocho y nueve del Libro Grande requieren que los miembros de AA examinen y lleven a la acción cambios en sus relaciones familiares e interpersonales para reparar el daño causado. Los miembros de AA han de hacer un listado de personas con las que mantienen algún tipo de conflicto, para resolverlo cuando sea posible. La resolución de estos conflictos causados por la bebida es, de alguna manera, un seguro contra los sentimientos de culpabilidad y las emociones negativas que pudieran provocar una recaída. Estos cambios generales van a tener, por tanto, un efecto positivo sobre la actitud y las expectativas hacia el alcohol, ya que afectan al deseo de beber e incrementan la capacidad de afrontamiento de las posibles situaciones de riesgo.

Otras conductas alternativas que se recomiendan cuando aparezca la tentación de beber son la oración y la meditación, la lectura de la literatura de AA, la asistencia a las reuniones de grupo y la cooperación con otras personas u organismos que trabajen en el ámbito del alcoholismo.

Además, también se recomienda el sosiego y la tranquilidad cada vez que exista una duda o una preocupación que provoque estados de excitación. Las decisiones que se tomen bajo aquellas condiciones van a ser más eficaces.

En definitiva, no se trata sólo de dejar de beber alcohol, sino de modificar el estilo de vida, de adoptar una «nueva actitud frente a la vida» (AA, 1993, p.84).

### **Técnicas cognitivas**

La importancia que para AA tiene el cambio de ciertas actitudes y creencias es muy evidente. Incluso, algunos autores han llamado la atención sobre lo que este modelo tiene de terapia cognitiva en la línea más clásica de Beck y Ellis. En efecto, una observación cercana de los doce pasos revela la importancia sustancial de la modificación de las cogniciones para evitar la recaída. AA entiende que la modificación de estas creencias y expectativas son fundamentales para la recuperación. Incluso se utilizan ciertas etiquetas para identificar patrones de pensamiento que pueden precipitar la recaída y poner en marcha racionalizaciones positivas en el proceso hacia la abstinencia.

Los miembros de AA han de desarrollar un punto de vista alternativo sobre sí mismos, convenciéndose de que padecen una enfermedad incurable y de que están incapacitados para controlar el alcohol.

El paso undécimo, que hace una llamada a la oración y a la meditación, describe de forma precisa un procedimiento de solución de problemas, en donde se instruye al alcohólico sobre cómo tomar decisiones de forma adecuada y encontrar una solución para cada uno de sus problemas. Así, por ejemplo se ha de repasar de forma constructiva el comportamiento que se ha tenido a lo largo del día, pensar en posibles alternativas para actuar mejor y planificar el día siguiente mediante la confrontación de las posibles soluciones, hasta hallar siempre la mejor de ellas. Manteniendo esta forma de proceder durante algún tiempo, llegará a ser un comportamiento automático, al que el individuo se atendrá con poco esfuerzo. Este procedimiento también se utiliza de forma eficaz para analizar y anticipar las situaciones de riesgo.

Del mismo modo, se pone énfasis en otro tipo de respuesta cognitiva de afrontamiento. En el paso diez, se expone un método práctico para evitar los patrones de pensamiento destructivos que conducen a la bebida. En concreto, cuando se experimente un deseo de beber, se orienta a los miembros de AA para sustituir las expectativas positivas sobre la bebida por pensamientos sobre las consecuencias negativas que conlleva un posible consumo de alcohol.

La necesidad de poner en práctica este tipo de estrategias propias del modelo de Prevención de Recaídas es bien conocida en AA. En otro de sus escritos, se puede leer: «No te permitas pensar ni un segundo que es una injusticia que no puedas beber como lo hacen las llamadas personas normales. No te permitas pensar o hablar sobre cualquier placer real o imaginado que alguna vez hayas obtenido bebiendo.... No te permitas pensar que un trago o dos pueden mejorar una mala situación o hacer la vida más fácil. Sustitúyelo por el pensamiento: «un trago lo hará empeorar, un trago significa una borrachera».... Cataloga y re-cataloga el disfrute positivo de estar sobrio. Cultiva una asociación de ideas provechosa: asocia un trago con el comienzo de toda la miseria, la mayor vergüenza y mortificación que nunca hayas conocido» (AA., sin fecha).

### **Los efectos terapéuticos del grupo de autoayuda**

Todos estos procesos de cambio se ven reforzados por los efectos del grupo. El grupo actúa como un elemento estimulante en los procesos de aprendizaje y de la adquisición de conocimientos.

El funcionamiento grupal puede resultar atractivo y, sobre todo, contenedor para pacientes en fases iniciales de tratamiento. Conseguir que el

paciente se adhiera al tratamiento es uno de los requisitos imprescindibles de cualquier programa terapéutico. El grupo tiene la capacidad para combatir la negación, es decir, para promover la aceptación. Observar cómo los demás se sienten y reaccionan, ayuda a los alcohólicos a aceptar más fácilmente su situación. Se ofrece a las personas asistentes la oportunidad de observar y reevaluar los problemas y las conductas desadaptadas, por medio de la retroalimentación del resto de los participantes. Todo esto en un contexto abierto de empatía y ayuda, en donde el individuo se siente confortable hablando de sus problemas.

Las situaciones de grupo son una demostración directa de que son posibles conductas alternativas y ofrecen la oportunidad de comprobar cómo sus miembros pueden afrontar las situaciones con nuevas estrategias. También supone una demostración de cómo comunicar las necesidades y los sentimientos de forma adaptativa. De igual manera escuchar al resto de los alcohólicos exponer sus historias personales es una forma de recordar las consecuencias negativas de la bebida.

Por último, se alientan patrones de conducta más adaptados y se refuerzan a través de la aprobación en grupo y de un estatus más elevado dentro de éste.

Esta reorganización ambiental que supone el grupo de autoayuda es también un procedimiento fundamental en los tratamientos conductuales del alcoholismo. Un claro ejemplo es el conocido Programa de Reforzamiento Comunitario de Hunt y Azrin (1973), en donde, entre otros componentes, se trata de crear un ambiente social favorable que maximiza la probabilidad de reforzamiento contingente de la abstinencia y la retirada de este reforzamiento en el caso de beber alcohol.

## CONCLUSIONES

AA tiene varias cosas importantes que hay que reconocer a su favor. Sin duda, se trata de un programa que cubre una demanda muy amplia en el abordaje de los problemas de alcoholismo. Baste decir que, en la actualidad, existen en España más de 430 grupos implantados en todas las Comunidades Autónomas. Como tal, ha sido y sigue siendo un programa de gran ayuda para muchas personas que padecen este trastorno y, por tanto, se le supone cierta efectividad. En este sentido, los resultados de algunos estudios ofrecen indicios de los beneficios de AA, sobre todo en combinación con un tratamiento profesional.

Otra cosa sería analizar a qué se debe esta efectividad. En primer lugar, el énfasis en la «curación espiritual» puede jugar un papel importante en la ayuda a los afectados por este trastorno, al menos en aquéllos que están dispuestos a aceptar esta creencia en un «Poder Superior» (Wulfert, 1994). Así, la dimensión espiritual de AA puede ser beneficiosa porque ayuda a analizar en perspectiva los problemas relacionados con la bebida. La creencia en un ser superior, benevolente y caritativo, ayuda al individuo a liberarse de actuar de forma compulsiva ante los deseos de beber, a sentirse más relajado y confortado cuando sobreviene el pesimismo y el abatimiento y a afrontar los problemas de forma más adecuada.

Pero, esta curación espiritual puede ser secundaria respecto a acciones conductuales prácticas. Por mucho que se insista y se deposite el poder salvador en la creencia incondicional en Dios, la experimentación práctica es la prueba definitiva. La curación espiritual es sólo el comienzo de un camino que requiere muchos cambios activos, además de la confianza en Dios. En este sentido, se debe llamar la atención sobre la distorsión entre el modelo espiritual/religioso con que se presenta y la práctica conductual en que consiste. Se presenta un trasfondo espiritual, pero, de hecho, el programa consiste en determinadas prácticas conductuales según un modelo clásico, operante y de aprendizaje observacional. Es decir, los cambios específicos se dan en el plano conductual, aunque se insista en el plano espiritual. Ambos enfoques son efectivos porque subyacen mecanismos de cambio comunes, esto es, el incremento del nivel de aceptación y de la motivación para el cambio (Wulfert, 1994). De todos modos, estas estrategias terapéuticas no suponen necesariamente su aplicación tal y como se procede en su contexto conceptual originario (la Terapia de Conducta).

Se puede afirmar, por tanto, que existen muchos principios activos de cambio en el enfoque de AA. Los planteamientos integracionistas que sugieren algunos autores tratan de identificar los elementos comunes y justificar los diferentes enfoques terapéuticos por su adaptación a las necesidades de cada persona. No obstante, no se puede hablar de elementos comunes, sino más bien de la aplicación de técnicas de modificación de conducta en un contexto particular. Por otra parte, la pretensión de establecer elementos comunes parece innecesario para la TC, que dispone de las mejores técnicas para el cambio psicológico (Pérez Alvarez, 1996).

En conclusión, se está en presencia de una terapia cognitivo-conductual (poco sistematizada), rodeada, eso sí, de un artificio espiritual que invoca

la creencia en Dios como condición necesaria y suficiente de la que depende la salvación.

De todos modos, aquí sólo se apuntan cuáles son algunos de estos principios activos que explican los posibles resultados de AA. Pero, se necesitan estudios bien diseñados que investiguen de forma sistemática estas cuestiones. La puerta está abierta y las posibilidades son muchas. Sirvan como muestra las 150 cuestiones o líneas de investigación planteadas en una reciente reunión de 35 expertos, patrocinada por el Servicio Público de Salud de Estados Unidos y descritas en el texto de McCrady y Miller (1993).

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcoholics Anonymous. (sin fecha). *15 Points for an alcoholic to consider when confronted with the urge to take a drink*. London: Alcoholics Anonymous.
- Alcoholics Anonymous. (1990). *Alcoholics Anonymous 1989 membership survey*. New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- Alcohólicos Anónimos (1993). *Alcohólicos Anónimos. Texto Básico*. Madrid: Servicio General de Alcohólicos Anónimos en España.
- Alcohólicos Anónimos. (1996). *Informe-Memoria Alcohólicos Anónimos*. Avilés: Alcohólicos Anónimos en España, OSG.
- Alford, G.S. (1980). Alcoholics Anonymous: An empirical outcome study. *Addictive Behaviors*, 5, 359-370.
- Allen, J.P., y Mattson, M.E. (1993). Strategies for the treatment of alcoholism. En T.R. Giles (ed.), *Handbook of effective psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Brandsma, J.M., Maultsby, M.C. y Welsh, R.J. (1980). *The outpatient treatment of alcoholism: A review and comparative study*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, Jr., J., Coates, D., Colin, E. y Kidder, L. (1982). Model of helping and coping. *American Psychologist*, 37, 368-384.
- Cook, C.C.H. (1988). The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependence: Miracle, method or myth? Part II. Evidence and conclusions. *British Journal of Addiction*, 83, 735-748.
- Davies, J.B. (1992). *The myth of addiction: An application of the psychological theory of attribution to illicit drug use reading*. UK: Harwood Academic Publishers.

- DiClemente, C. (1993). Alcoholics Anonymous and the structure of change. En B.S. McCrady y W.R. Miller (eds.), *Research on Alcoholics Anonymous. Opportunities and alternatives*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Ditman, K.S., Crawford, G.G., Forgy, E.W., Moskowitz, H. y MacAndrew, C. (1967). A controlled experiment on the use of court probation for drunk arrest. *American Journal of Psychiatry*, 124, 160-163.
- Emrick, C., Tonigan, J.S., Montgomery, H. y Little, L. (1993). Alcoholics Anonymous: What is currently known? In B.S. McCrady y W.R. Miller (eds.), *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Hayes, S.C. (1994). Content, context, and the tapes of psychological acceptance. En S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette y M.S. Douguer (eds.), *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Hoffman, N.G., Harrison, P.A. y Bellice, C.A. (1983). Alcoholics Anonymous after treatment: Attendance and abstinence. *International Journal of the Addictions*, 3, 311-318.
- Hunt, G.M. y Azrin, N.H. (1973). «A Community-Reinforcement Approach to alcoholism». *Behavior Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Kurtz, E. (1979). *Not god-history of Alcoholics Anonymous*. Center City, Minnesota: Hazelden Foundation.
- Maisto, S.A. y Caddy, G.R. (1981). Self control and addictive behavior: Present status and prospects. *International Journal of the Addictions*, 16, 109-133.
- Marlatt, G.A. (1992). Substance abuse: Implications of a biopsychosocial model for prevention, treatment, and relapse prevention. En J. Grabowsky y G.R. VandenBos (eds.), *Psychopharmacology: Basic mechanisms and applied intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McCrady, B.S. (1994). Alcoholics Anonymous and Behavior Therapy: Can habits be treated as diseases?. Can diseases be treated as habits?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1159-1166.
- McCrady, B.S. y Miller, W.R. (1993). *Research on Alcoholics Anonymous. Opportunities and alternatives*. New Brunswick, NJ.: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- McCrady, B., Rodríguez Villarino, R. y Otero-López J.M. (1998). *Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Miller, P.M. (1978). Behavior Modification and Alcoholics Anonymous: An unlikely combination. *Behavior Therapy*, 9, 300-301.
- Miller, W.R., Brown, J.M., Simpson, T.L., Handmaker, N.S., Bien, T.H., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K. y Tosigan, J.S. (1995). What Works?. A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R.K.

- Hester y W.R. Miller (eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches*. Needham Heights, MS: Allyn & Bacon.
- Miller, W.R. y Hester, R.K. (1986). The effectiveness of alcoholism treatment. What research reveals. En W.R. Miller y N. Heather (eds.), *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum Press.
- O'Farrel, T.J. y Langenbucher, J.W. (1985). Alcohol abuse. En M. Hersen (ed.), *Practice of inpatient behavior therapy: A clinical guide*. Orlando: G & S., Inc.
- Pérez Alvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Editorial Universitas.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Thurstin, S.T., Alfano, A.M. y Nerviano, V.J. (1987). The efficacy of AA attendance for aftercare of inpatients alcoholics: Some follow-up data. *International Journal of the Addictions*, 22, 1083-1090.
- Tiebout, H. (1961). Alcoholics Anonymous-An experiment of nature. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 22, 52-68.
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E. y Downey, K.K. (1992). Substance Abuse. En S.M. Turner, K.S. Calhoun y H.E. Adams (eds.), *Handbook of clinical Behavior Therapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Walsh, M.C., Hingson, R.W., Merrigan, D.M., Levenson, S.M., Cupples, L.A., Heeren, T., Coffman, G.A., Becker, C.A., Barker, T.A., Hamilton, S.K., McGuire, T.G. y Kelly, C.A. (1991). A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *New England Journal of Medicine*, 325, 775-78.
- Wulfert, E. (1994). Acceptance in the treatment of alcoholism: A comparison of Alcoholics Anonymous and Social Learning Theory. En S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follete y M.J. Doughen (eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.