



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**ALCOHOLISMO Y TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-  
CONDUCTUAL (TREC): UNA PROPUESTA  
DE INTERVENCIÓN**

**TESIS TEÓRICA**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**  
P R E S E N T A  
**CAROLINA DELGADO FLORES**

ASESORA: MTRA. MARIA OLGA MEJIA ANZURES  
DICTAMINADORES: MTRA. AÍDA IVONNE BARRIENTOS NORIEGA  
LIC. JUANA OLVERA MÉNDEZ



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

ENERO 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

---

---

## DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

---

---

*A mis padres: Por su grandeza, valor y constantes deseos y esfuerzos para brindarme las herramientas y materia prima, nunca los productos finales. Por enseñarme a creer, pero sobretodo a cuestionar. Por su infinito apoyo, por la confianza, por romper esquemas de la forma más impecable y ante todo, ¡por su profuso e incondicional amor!*

*A mis hermanos: Por ser mis mejores y más amados aliados, cómplices y, en ocasiones, mis mayores detractores. Por la riqueza de sus enseñanzas, la comprensión y sostén invaluable. Por cada sentimiento y por todos los tiempos.*

*¡Los quiero!*

---

---

*A Ale: Por mostrarme tu fortaleza y pasión y por contagiarme de ellas. Por apoyarme en la reconstrucción de mis prioridades, sueños y más profundos anhelos. Por urgirme a seguir creciendo, a no detenerme, a cerrar círculo tras círculo, proceso tras proceso. Por esa irrefragable confianza, la inextricable paciencia, los sabios consejos, los mágicos momentos y por obsequiarme con el tesoro que es tu desinteresado pero enorme amor. ¡Te amo MBL!*

*A Naye y Rosario: Por responder a mis neuróticos llamados, por enseñarme que las puertas estaban abiertas y que sólo había que empujar un poco. Por cruzar esas puertas conmigo cuando se los pedí, siempre que pudieron. Por los ratos vividos, las confidencias... en fin, por la amistad.*

*A Olga: Por tomarme bajo tu tutela y ayudarme a concretar este proceso. Por la guía, por el apoyo, por escuchar, tolerar, compartir e iluminar mis más oscuros momentos. No hay forma de expresar mi enorme agradecimiento, pero te entrego mi respeto y admiración como la gran Profesora, psicoterapeuta, Maestra y ser humano que eres.*

*A tía Josefina: Por creer en mí aun cuando todo parecía indicar que no debías hacerlo. Por la incuestionable participación que has tenido en mi desarrollo personal y profesional y por supuesto, por la benéfica influencia que has ejercido en mi vida.*

*¡Muchas gracias a todos y cada uno!*

---

---

# ÍNDICE

<b><u>RESUMEN</u></b> .....	5
<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b> .....	6
<b><u>CAPÍTULO 1. LA PROBLEMÁTICA DEL ALCOHOLISMO</u></b> .....	8
1.1 Antecedentes históricos del concepto de alcoholismo.....	8
1.2 El alcoholismo en México.....	12
1.3 Causas del alcoholismo.....	17
1.3.1 Biológicas.....	17
1.3.2 Genéticas.....	19
1.3.3 Psicológicas.....	20
1.3.4 Socioculturales y ambientales.....	21
1.4 El curso del alcoholismo.....	22
1.4.1 Efectos de la intoxicación etílica.....	24
1.4.2 Del beber problemático al síndrome de dependencia al alcohol.....	25
1.4.2.1 Tolerancia.....	27
1.4.2.2 Síndrome de abstinencia.....	28
1.4.3 La instauración del delirium tremens.....	30
1.4.4 Consideraciones especiales sobre el alcoholismo en las mujeres.....	32
1.5 Consecuencias del alcoholismo.....	33
1.5.1 Individuales.....	33
1.5.2 Familiares.....	36

1.5.2.1 Consecuencias para los hijos.....	36
1.5.2.2 Conyugales.....	38
1.5.3 Comunitarias.....	40
<b><u>CAPÍTULO 2. TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL.....</u></b>	<b>42</b>
2.1 Antecedentes históricos de la Terapia Racional Emotivo-Conductual.....	42
2.2 Fundamentos teóricos de la Terapia Racional Emotivo-Conductual.....	44
2.2.1 Conceptos básicos.....	46
2.3 El modelo A-B-C-D-E.....	50
2.4 Procedimiento básico de la Terapia Racional Emotivo-Conductual.....	54
2.4.1 Explicación del esquema A-B-C-D-E.....	55
2.4.2 Detección de las ideas irracionales.....	57
2.4.3 Debate, distinción y discusión de las ideas irracionales.....	58
2.4.4 Consecución de un nuevo efecto o filosofía.....	59
2.5 Técnicas empleadas en la práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual.....	60
2.5.1 Técnicas cognitivas.....	60
2.5.2 Técnicas emotivas.....	61
2.5.3 Técnicas conductuales.....	64
<b><u>CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL.....</u></b>	<b>66</b>
3.1 Origen y mantenimiento del alcoholismo.....	67

3.1.1 El papel de la baja tolerancia a la frustración (BTF) en el mantenimiento del alcoholismo.....	67
3.1.2 Intoxicación alcohólica como método de afrontamiento.....	69
3.1.3 La demanda de excitación.....	70
3.2 Terapia individual del alcoholismo.....	71
3.2.1 Fase inicial.....	71
3.2.1.1 Establecimiento de metas.....	73
3.2.1.2 Evaluación.....	74
3.2.1.3 Intervención terapéutica.....	76
3.2.2 Fase media.....	81
3.2.3 Fase final.....	82
3.2.3.1 Prevención de la recaída.....	82
3.3 Implicaciones de la terapia individual del alcoholismo sobre la familia del alcohólico.....	84
3.3.1 El papel de los sujetos facilitadores.....	85
3.3.2 El trabajo con los sujetos facilitadores.....	86
3.4 Técnicas empleadas en el tratamiento del alcoholismo.....	87
3.4.1 Técnicas cognitivas.....	88
3.4.2 Técnicas emotivas.....	89
3.4.3 Técnicas conductuales.....	90

**CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO**..... 91

4.1 Objetivos generales y específicos.....	93
4.2 Ventajas del tratamiento del alcoholismo a través de la Terapia Racional Emotivo-Conductual.....	93

4.3 Consideraciones generales para el tratamiento.....	94
4.4 Tratamiento del alcoholismo.....	95
4.4.1 Motivación al tratamiento y evaluación.....	95
4.4.2 Comprensión de la problemática.....	99
4.4.3 Explicación del modelo A-B-C.....	100
4.4.4 Consecución de un nuevo efecto o filosofía de vida.....	102
4.4.5 Mantenimiento de los logros.....	106
4.4.6 Prevención de la recaída.....	107
4.5 Limitaciones de la Terapia Racional Emotivo-Conductual .....	108
<b><u>CONCLUSIONES</u></b> .....	110
<b><u>BIBLIOGRAFÍA</u></b> .....	118
<b><u>ANEXOS</u></b>	

## RESUMEN

Actualmente, en México como en muchos otros países, el alcoholismo es uno de los problemas de mayor impacto en cuanto a salud pública se refiere. Sin embargo, se carece de instituciones que traten dicho trastorno de manera integral, ya sea porque aún se concibe al alcoholismo como una enfermedad o un vicio moral o bien, porque no existe un enfoque de tratamiento multidisciplinario capaz de responder a la cualidad multifactorial de la problemática.

Dada la necesidad de generar nuevos modelos de intervención que provean un tratamiento profundo, el objetivo de la presente tesis fue realizar una revisión teórica sobre el concepto de alcoholismo a través de la historia de la humanidad que permitiera lograr una aproximación a la comprensión del problema.

Asimismo, se analizaron los factores interrelacionados en la dependencia al alcohol, con la finalidad de proveer una propuesta de intervención psicológica que asista a los individuos a afrontar y manejar sus conductas, emociones y cogniciones asociadas al uso del alcohol, ya que estos elementos juegan un papel determinante en el mantenimiento del alcoholismo.

El enfoque teórico en el que se sustenta esta propuesta de intervención es el de la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) debido a la importancia que da a la modificación de pensamientos, emociones y conductas perturbadoras. Además, en la propuesta aquí presentada, se enfatiza el papel de la motivación al tratamiento, presta particular atención a la prevención de las recaídas y promueve un seguimiento a largo plazo, con la finalidad de proveer una forma de tratamiento más completa.

# INTRODUCCIÓN

La presente tesis se deriva de trabajos previos que en mi experiencia académica tuve la oportunidad de efectuar. Durante la realización de tales labores, se llevaron a cabo una serie de observaciones y algunas entrevistas con personas que abusaban del alcohol, así como con los familiares de los mismos. Ese trabajo, respaldado por una extensa revisión teórica, permitió comprender que: a) A pesar de la idea ampliamente difundida de que el alcoholismo se restringe a ciertos estratos sociales en los que predomina la pobreza y la marginalidad, esto no constituye una generalidad, b) El tratamiento de este trastorno adictivo requiere de un proceso largo al que no siempre se tiene fácil acceso y c) Cuando una persona es dependiente del alcohol, afecta su salud, sus relaciones interpersonales, su trabajo y a sus familiares.

Debido a la dimensión y al impacto de la problemática, la tesis aquí expuesta tiene como objetivo principal realizar una revisión teórica que permita comprender los aspectos inherentes al abuso de alcohol, con la finalidad de crear una propuesta de intervención psicológica estructurada paso a paso y basada en conceptos de la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC), que permita la aplicabilidad clínica así como la impugnación de resultados.

Para cumplir tal objetivo de manera práctica, este escrito se encuentra dividido en cuatro capítulos. Los tres primeros están basados en fundamentos teóricos, tanto del alcoholismo como de la TREC, mientras que el cuarto constituye la propuesta de intervención sustentada por la revisión bibliográfica.

El capítulo 1, se encuentra destinado a lograr una comprensión detallada del alcoholismo a través de una revisión histórica de la aparición y la definición de conceptos asociados a este trastorno, demostrando la complejidad en el establecimiento de puntos de acuerdo respecto a los mismos y precisando las posturas más aceptadas. Posteriormente, se realiza un análisis histórico y actual de las implicaciones del alcoholismo en México, con la finalidad de sentar los fundamentos para la propuesta de intervención. Además, se incluyen algunas de las teorías más trascendentales respecto al origen del alcoholismo, destacando la irrefutable interrelación existente entre ellas (Edwards, 1986). Aunado a ello, se presenta el

---

curso básico que sigue la dependencia al alcohol, considerando que ésta se encuentra en función de características individuales y se hace referencia a las consecuencias de este trastorno, a nivel individual, familiar y comunitario.

En el capítulo 2, se busca proporcionar al lector, un acercamiento a las características generales de la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC), al ser ésta la forma de terapia elegida para la creación de la propuesta de intervención. En primera instancia, se realiza un recuento de los elementos que dieron lugar a su creación y muestra los fundamentos teóricos que la sustentan. Asimismo, se presenta el listado de las principales ideas irracionales clasificadas por su creador, Albert Ellis; la explicación del esquema fundamental de esta forma de terapia (el modelo A-B-C-D-E); un bosquejo del procedimiento básico que sigue así como las principales técnicas cognitivas, emotivas y conductuales que emplea.

El capítulo 3, por su parte, muestra las principales hipótesis que la TREC mantiene respecto al origen, pero sobretodo, al mantenimiento del alcoholismo. Además, se hace referencia a las variantes tanto en el procedimiento como en la elección de técnicas que usa esta terapia en el tratamiento individual de la adicción al alcohol, enfatizando el papel y la importancia que tienen los sujetos implicados y proponiendo un tratamiento individualizado para ellos.

En el capítulo 4, se presenta una propuesta de intervención para el tratamiento del alcoholismo. Ésta se encuentra estructurada mediante una estrategia paso a paso, a través de la cual se pretende llegar a la consecución de las diferentes fases del tratamiento. Conjuntamente, se hace énfasis en algunas cuestiones generales a considerar para ponerla en práctica al mismo tiempo que se presentan sus principales ventajas y limitaciones.

---

# CAPÍTULO 1

## LA PROBLEMÁTICA DEL ALCOHOLISMO

Este capítulo se encuentra dedicado a proporcionar una aproximación detallada de la problemática del alcoholismo a través de un análisis histórico y actual de la génesis, el mantenimiento y las consecuencias que dicha problemática conlleva.

### **1.1 Antecedentes históricos del concepto de alcoholismo**

De acuerdo a Massün (1991), desde la antigüedad el ser humano ha buscado sustancias capaces de proporcionarle sensaciones placenteras, éxtasis místico y la supresión u olvido del dolor físico o moral. Pero éstos no han sido todos los usos de tales sustancias, pues se sabe que desde entonces, las mismas también se han empleado con fines sociales, rituales, culturales y religiosos.

Una de esas sustancias es el alcohol, y su nombre proviene de la forma en que los árabes la preparaban originalmente, ya que al hervir ciertos ingredientes fermentados, se desprendía un polvo muy fino denominado “al kohl”, comúnmente empleado para preparar bebidas (Madden, 1986).

Tales bebidas se han destacado de otras sustancias (como los hongos alucinógenos, la marihuana, el opio, el tabaco, etc.) debido a que su uso es el más prolongado en la historia de la humanidad; las primeras noticias sobre el consumo y los efectos tóxicos que provocan, provienen del Neolítico, hace 5 000 años y se sabe que son escasas las culturas que no han recurrido al consumo de las mismas para originar alteraciones en su estado de conciencia (Velasco, 1993).

Por ejemplo, existen datos que muestran que las culturas mesopotámicas y egipcias ingerían cerveza con regularidad; en la cultura griega, las obras de Esquilo, Eurípides y Plutarco reflejan que durante los períodos clásico y helenístico, el consumo de vino se encontraba vinculado a una serie de ritos; mientras que en la cultura romana, un médico llamado Plinio el Viejo realizó una serie de observaciones en torno a la embriaguez habitual y a la enfermedad crónica derivada de ésta (Rodríguez-Martos, 2000).

Pero a pesar de tales datos, no fue sino hasta el siglo XVII, probablemente debido a la influencia del positivismo, cuando se generó en los científicos la inquietud por investigar dicha condición, aportando con ello, múltiples definiciones e hipótesis alrededor de la conducta compulsiva de ciertos individuos hacia el alcohol.

Una de estas investigaciones, fue realizada por Bruhl-Cramer, en 1819, y se destacó porque estableció las bases para catalogar al alcoholismo como una enfermedad. Pero en 1838, tal concepción fue modificada por Esquirol, quien consideraba que la proclividad a consumir alcohol era, más que una enfermedad un desorden mental al que llamaba “monomanía del alcoholismo” y lo definía como una tendencia a consumir bebidas fermentadas y licores (Paredes, 1989).

Posteriormente, en 1852 el término “alcoholismo” como tal, fue usado por primera vez. Este concepto fue desarrollado por Magnus Huss (en: Montejo, 1992, pág. 26), y lo empleó para denominar a la *“enfermedad derivada de un envenenamiento crónico que producía secuelas neurológicas y manifestaciones conductuales no relacionadas directamente con los cambios producidos en el sistema nervioso central”*.

Pero este concepto no fue aceptado unánimemente debido a que se centraba, primordialmente en los aspectos fisiológicos de la problemática y, en 1893, Magnam (en: Paredes, 1989), propuso utilizar el término dipsomanía para caracterizar *“la apetencia insaciable por las bebidas fermentadas”*, con lo cual, destacaba el papel que jugaba la alteración psíquica en el desarrollo y mantenimiento del trastorno.

Este mismo autor señala que, desde entonces y hasta el siglo XIX no existió un consenso respecto a los conceptos y a la definición del consumo excesivo de alcohol. No obstante, este hecho no impidió que se establecieran los aspectos básicos a considerar en toda aproximación a la problemática del abuso de esta sustancia: a) síntomas biológicos y conductuales resultado de la ingesta excesiva; b) la tendencia irresistible a beber; y c) la idea de que existían ciertos trastornos en el sistema nervioso central causantes de la enfermedad.

A partir de ello, el panorama se modificó sustancialmente y durante el siglo XX las teorías relacionadas con el alcoholismo y su definición se centraron en diferentes aspectos del trastorno, definiéndolo como: un vicio moral, una enfermedad o un problema de conducta social (Rodríguez-Martos, 2002).

---

Al respecto, puede decirse que la idea del alcoholismo como un vicio moral y la estigmatización del alcohol tuvieron su origen en la filosofía de algunas culturas protestantes que reaccionaron alarmadas ante la introducción de bebidas alcohólicas fuertes debido a los episodios de embriaguez que suscitaban. Mientras que la conceptualización del alcoholismo como enfermedad lo ha definido como un trastorno morboso capaz de afectar total o parcialmente al organismo. Y al hablar del mismo como un problema de conducta social se ha propugnado la creencia de que los problemas con el alcohol son iniciados por una conducta aprendida de forma errónea, por lo cual, la transición entre consumo social y consumo patológico se realiza sin solución de continuidad.

Tales perspectivas conllevan una serie de implicaciones que deben ser consideradas, ya que: al definir al alcoholismo como un vicio moral sólo se juzga a la persona sin proporcionar alguna solución a su problema, ya que se entiende que el individuo es responsable de su conducta y que debería enfrentarse a las normas de la comunidad; mientras que la idea de que la persona padece una enfermedad, confirma el derecho que tiene el alcohólico a tratamiento dentro del sistema médico, pero lo representa como un ser pasivo que se restringe a esperar ser sanado o desahuciado sin asumir ninguna responsabilidad en su tratamiento; en cambio, el modelo de conducta social asume que los patrones conductuales pueden modificarse efectivamente cuando el individuo tiene un papel activo en su tratamiento (Steinglass, Benett, Wolin y Reiss, 1993).

Como puede verse, los desacuerdos entre tales perspectivas y sus implicaciones, eran considerables e impidieron durante un tiempo la creación de una definición integral de la problemática. A manera de lograr un consenso en las definiciones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso, en 1955, considerar alcohólica a *“toda persona que bebe en exceso y cuya dependencia respecto del alcohol ha alcanzado un grado tal que determina la aparición de visibles perturbaciones mentales, o cierta interferencia en la salud física y mental, en las relaciones interpersonales, y en el adecuado funcionamiento social y económico”* (en: Martí y Murcia, 1988, pág. 20).

A partir de esta propuesta, muchos investigadores empezaron a centrarse en las repercusiones del alcoholismo, por ejemplo, en 1960 Keller, planteó que el alcoholismo era: *“una enfermedad crónica caracterizada por el hábito de beber repetitivamente*

---

*causando perjuicios a la salud y al funcionamiento social y económico de los individuos”* (en: Madden, 1986, pág. 57).

En ese mismo año y de forma similar, Jellinek (1960), propuso una definición centrada en las lesiones que el abuso de alcohol produce en el individuo y en la sociedad, pero además hacía hincapié en la existencia de dos factores con la capacidad de inducir el abuso de bebidas alcohólicas: a) Internos o inherentes al individuo y b) externos o característicos del medio ambiente. Esta concepción se vio enriquecida al afirmar que para que cualquier hábito de bebida fuera considerado enfermedad debía acompañarse de tolerancia física, pérdida del control e incapacidad para abstenerse de beber.

Tales definiciones demuestran que a medida que las investigaciones avanzaban, empezaron a considerarse cada vez más factores que incidían en la problemática, pero sin lograr una definición consensualmente aceptable y en 1976, persiguiendo este objetivo, dos investigadores de la OMS, Edwards y Gross propusieron cambiar el término alcoholismo por el de *“síndrome de dependencia al alcohol”* (en: Rodríguez-Martos, 2000, pág. 118).

Esta propuesta causó un gran impacto, debido a la inclusión del término *“síndrome”*, pues de acuerdo a Madden (1986), éste sugiere la concurrencia de diversos fenómenos clínicos con la suficiente frecuencia, como para constituir una enfermedad reconocible. Pero, de forma más específica, el término síndrome de dependencia al alcohol, contempla la existencia de un conjunto de síntomas intelectuales, conductuales y fisiológicos que abarcan la característica tendencia a beber, la búsqueda de la bebida como una prioridad absoluta, beber para evitar el síndrome de abstinencia y la propensión a las recaídas (Paredes, 1989).

Recientemente y a manera de contribución, Steinglass, Bennett, Wolin y Reiss (1993), han sugerido que este término resultaría más completo si reconociera que además de los mencionados síntomas intelectuales, conductuales y fisiológicos, se presentan síntomas sociales, pues el individuo dependiente del alcohol con frecuencia realiza un consumo que supera los límites aceptados por la cultura, perjudicando, no sólo su salud, sino potencialmente sus relaciones sociales.

Por otra parte, en 1983, Vaillant (en: Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992), propuso que independientemente del término empleado, la dependencia al alcohol debe reconocerse como una condición que puede analizarse según el modelo multifactorial

---

de salud conductual, el cual sostiene que las personas alcohólicas pueden ser consideradas enfermas de la misma forma en que la medicina hace referencia a la hipertensión como enfermedad: en ambos casos el individuo carece de control sobre su enfermedad mientras el problema no es aceptado, pero una vez que se reconoce la enfermedad y se decide trabajar de forma persistente puede modificarse la situación producida por el trastorno de salud conductual.

En la actualidad, no existe aún un consenso respecto a las definiciones, por lo que los términos “síndrome de dependencia al alcohol” y “alcoholismo” continúan usándose de forma indistinta. Madden (1986), afirma que esta situación responde a razones de simplicidad y claridad. Por lo anterior y para fines del presente trabajo, ambos conceptos serán utilizados como sinónimos, prevaleciendo la postura de Vaillant citada con anterioridad.

En general las definiciones de los conceptos presentadas en este apartado permiten al lector vislumbrar al alcoholismo como una problemática en la que se interrelacionan diversos factores de manera irremediable y siguiendo un curso determinado pero es preciso destacar que las creencias, valores y tradiciones que se gestan en una comunidad también influyen en el desarrollo y mantenimiento de la problemática, otorgándole ciertas particularidades. Este es el motivo por el que a continuación se presenta una síntesis de la trayectoria del alcoholismo en nuestro país.

## **1.2 El alcoholismo en México**

En América Latina cada cultura prehispánica y cada grupo étnico tenía (y en muchos casos mantiene) una gran cantidad de drogas, descubiertas mediante la experimentación y la exploración del medio en el que vivían (Massün, 1991).

Dentro de este continente, una de las poblaciones que se destacó por su amplio conocimiento del ambiente que le rodeaba, incluyendo efectos psicotrópicos de animales y vegetales fue la población mexicana. Tal hecho coadyuvó a que esta población descubriera múltiples formas de preparar diversas sustancias entre las que se encontraban las bebidas alcohólicas, las cuales adquirieron rápidamente un papel primordial en muchos aspectos de la vida y estructura social de dichas comunidades (Viesca, 1994).

---

Esta preponderancia de las bebidas alcohólicas fue incitada por las creencias que se profesaban alrededor de ellas; por una parte se les atribuían cualidades místicas como alimento de los dioses y por otra, se creía que proporcionaban a cualquier individuo la capacidad para expandir y desarrollar los límites de su realidad dotándole de un renovado sentimiento de libertad (Martí y Murcia, 1988 y Rodríguez-Martos, 2000). Aunque es probable que al alcoholizarse la realidad en lugar de expandirse se olvidara y que la libertad estuviera conformada por la postergación de tareas y trabajo cotidiano.

Una de las bebidas alcohólicas más populares en esta cultura, la de uso más extenso, pero también controlado, fue el octli o pulque, al que se consideraba el vino de la tierra y la bebida fermentada por excelencia (González, 2001).

Alrededor de esta bebida existían una serie de mitos y leyendas entre las que se destaca la creencia de que el bebedor de pulque corría el riesgo de ser poseído por los centzontotochtin o “cuatrocientos conejos”, a los que se consideraba los dioses del pulque y que personificaban la infinita variedad de efectos que la embriaguez provocaba en diferentes individuos. Así también, se le consideraba una bebida divina relacionada con la luna, por lo que su uso era restrictivamente ceremonial y estaba perfectamente reglamentado (Viesca, 1994).

En cuanto al uso ceremonial de esta bebida, Román (1993), señala que antes de beber, debía ofrecerse el pulque de los dioses o pulque nuevo (caracterizado por el incremento de sus efectos tóxicos) al fuego y a los cuatro rumbos del universo, como una señal de respeto y tributo a las divinidades.

Respecto a las reglas, se sabe que en condiciones normales sólo podían beber los ancianos, y que en los rituales religiosos todos podían beber hasta cuatro copas de pulque. Sin embargo, el quebrantamiento de cualquiera de estas reglas era sancionado mediante un código social que proponía que mientras más noble e ilustre fuera el bebedor mayor fuera su castigo y la reincidencia, frecuentemente se sancionaba con pena de muerte (González, 2001).

El mantenimiento de estas reglas propició que durante muchos años se realizara una diferenciación entre aquellos individuos capaces de controlar su ingesta y aquellos que mostraban dependencia y alteraciones en su conducta tras ingerir las bebidas alcohólicas. Así también, la aplicación de las normas de forma consistente y rigurosa favoreció la

---

subsistencia de pautas de ingesta aceptables, evitando con ello que el alcoholismo se convirtiera en un problema serio dentro de la sociedad mexicana, pero a partir de la Conquista tales normas se vieron modificadas con lo que la sociedad del México prehispánico sufrió un cambio notable en sus patrones de consumo (Bernal, 1989; Viesca, 1994).

Al respecto, Román (1993), afirma que a partir de dicho suceso, el uso de alcohol perdió de forma inesperada su tradición restrictivamente ceremonial debido a que al verse derrotada, la sociedad mexicana consintió un consumo cotidiano y global, convirtiendo al alcoholismo en una problemática de severas dimensiones.

Este cambio cultural respecto al alcohol no sólo se restringió a la frecuencia del consumo, sino que se extendió al tipo de bebida que se consumía. Esto se debió en gran parte a que durante el siglo XVI, Hernán Cortés promovió el cultivo de la caña de azúcar al mismo tiempo que pidió autorización a la Corona Española para trasladar y distribuir plantas como la vid y el olivo con la finalidad de producir nuevas bebidas alcohólicas, entre las que se destacó el aguardiente, un producto de destilación que por ser diferente en su contenido endorfinico de los productos fermentados como el pulque, provocaba niveles más elevados de intoxicación con una ingesta menor. Esta situación provocó la popularización de las bebidas destiladas y bastó para que el pulque se convirtiera en una bebida discriminada y socialmente rechazada (Viesca, 1994).

En general, puede afirmarse que durante el Colonialismo, los patrones de consumo y las leyes respecto a la ingesta de alcohol fueron muy variables, ya que el gobierno prohibía, permitía o encubría la elaboración de bebidas alcohólicas de acuerdo a las conveniencias Reales (Navarro, 1989 y Román, 1993).

Por ejemplo, poco después de la Conquista, el rey Felipe II se percató de que el aguardiente y otras bebidas similares, provocaban serios daños en la salud de las personas que las consumían, por lo que dispuso que no entrara más vino o alcohol en las comunidades indígenas y prohibió que se hicieran nuevas plantaciones de vid (Viesca, 1994).

Posteriormente, en 1795, la Corona Española otorgó el primer permiso para producir el tequila y el mezcal, buscando que los trabajadores de minas se embriagara con estas bebidas y soportaran trabajar en condiciones inhumanas (Román, 1993).

---

Más tarde, en 1810, faltando algunos meses para que se iniciara la lucha por la Independencia, se hizo explícita la necesidad de crear un reglamento alrededor del consumo de cualquier clase de bebida alcohólica, pero no se realizaron acciones al respecto y, cuando finalmente, México consiguió constituirse como un país independiente se formularon innumerables acuerdos, decretos, normas y reglamentos que, desde el porfiriato hasta el inicio del sexenio de Miguel de la Madrid, se enfocaron básicamente en la oferta, es decir, en la aprobación de permisos para la venta, circulación, distribución y consumo de bebidas alcohólicas menoscabando la importancia de la legislación en torno a la demanda, la prevención y la educación respecto a las mismas (Bernal, 1989).

Sin embargo, no todos los gobiernos se condujeron de esta forma y aunque escasos, existieron algunos esfuerzos para controlar el consumo de alcohol, tal fue el caso de los actos del presidente Pascual Ortiz Rubio quien en 1932, emprendió una vehemente campaña antialcohólica en la que intervinieron las Secretarías de Gobernación, de Guerra y de Industria. Esta iniciativa fue seguida por algunos de sus sucesores, como: Manuel Ávila Camacho quien en 1943 convocó una asamblea contra el Vicio; Adolfo López Mateos que en 1960 negó la apertura de expendios de bebidas alcohólicas; Luis Echeverría en 1970, que sólo ofrecía aguas frescas en las recepciones oficiales y, por José López Portillo, creador del Consejo Nacional Antialcohólico en 1981 (Román, 1993).

De entre todas las iniciativas mencionadas con anterioridad, destaca la creación del Consejo Nacional Antialcohólico, pues fue una organización que promovió el desarrollo del actualmente denominado Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Dicho consejo fue creado en 1985, por Miguel de la Madrid, y aún opera en la actualidad. Desde entonces y hasta la fecha, ha tenido como objetivo prevenir y tratar el alcoholismo, el abuso de alcohol, tabaquismo y farmacodependencias, así como: educar a grupos de población directa o indirectamente afectada; investigar las causas subyacentes a las adicciones y las acciones para controlarlas, además de inspeccionar los efectos de los medios de comunicación sobre las mismas. Pero a pesar de que tales objetivos intentan responder de forma integral a la problemática del alcoholismo y otras adicciones, el CONADIC carece de la capacidad para ejecutar adecuadamente sus funciones, pues generalmente funciona con escasos recursos materiales y humanos, además de que su capacidad ejecutiva es insuficiente (Montejo, 1992).

---

Lo anterior describe sólo algunos de los esfuerzos realizados por las dependencias oficiales para generar alternativas de solución relacionadas con el consumo de alcohol, pero también permite cuestionar su efectividad. Según Berruecos (1988), la ineficacia de instituciones como el CONADIC, no sólo responde a las carencias materiales y humanas, sino que además influye la escasa importancia que se da a las aportaciones de instituciones científicas que se documentan, investigan y trabajan ampliamente con la problemática.

La relevancia de tales instituciones es considerable, pues en la actualidad existen múltiples aspectos de la vida relacionados directamente con las bebidas alcohólicas, tal como lo demuestran algunas normas, rituales, mitos y creencias. Por ejemplo, en algunas religiones se realizan ceremonias en las que se expone vino ante un altar como representación de la sangre de Cristo (Rosovsky, 1994).

Por su parte, Menéndez (1987), argumenta que a pesar de que son muchos los aspectos vinculados a la ingesta de alcohol, ello no representa un problema en las sociedades vigentes porque cada vez es mayor la aceptación social que se da a esta conducta. Esto se debe a que el consumo de alcohol se considera en muchas sociedades mexicanas, un factor que promueve la integración grupal y que favorece la convivencia siempre y cuando este consumo sea adecuado a las restricciones o normas prevalecientes en un momento y grupo dado.

Además de esta función casi irremplazable de mecanismo de socialización, Berruecos (1988), señala que el uso de alcohol cumple a nivel general con otras funciones: terapéuticas (para evadir el dolor); alimentarias (como fuente de calorías para realizar trabajo físico); de cohesión, de integración y estructuración cultural y, como medio de adaptación en situaciones de cambio (ya sean individuales o comunitarias).

A pesar de esta multifuncionalidad atribuida a las bebidas alcohólicas, no se puede reconocer a la alcoholización como un proceso cultural y socialmente integrado, ya que el estado de embriaguez consuetudinario es cuestionado en ciertos sectores, mientras que en otros, como en el de los curanderos resulta aceptable siempre y cuando esté asociado a actividades ceremoniales (Menéndez y Di Pardo, 1987).

Pero, cuando tal aceptación adquiere rasgos de permisividad constituye un problema de fuerte impacto social y en la actualidad, al igual que en muchos otros países el consumo

---

de bebidas alcohólicas en México constituye un importante problema de salud pública desde hace algún tiempo (Guisa y Riquelme, 1999).

Una vez revisadas algunas de las particularidades y el impacto que tiene en la actualidad el alcoholismo en nuestro país, cabe hacer mención de los factores causales que influyen en esta situación. Entendiendo que el alcoholismo es un problema multifactorial, en el siguiente apartado se presentarán las principales perspectivas con respecto a los agentes causantes de la adicción al alcohol.

### **1.3 Causas del alcoholismo**

Edwards (1986), afirma que no es posible pensar que hay siempre una causa única y aislada para que una persona beba en exceso ya que en tal conducta no sólo actúan factores causales en un momento dado sino que las causas actuales influyen sobre aquella conducta del bebedor moldeada por factores del pasado.

Debido a ello, se considera que entre las principales causas que intervienen de manera significativa en la ingesta excesiva de alcohol, destacan: el ambiente, representado por las fuerzas culturales que rodean al individuo y que se refieren a los patrones de consumo de alcohol; la constitución propia del individuo; las potencialidades y la personalidad determinados de manera inicial por la herencia y que posteriormente son moldeados, así como las propias cualidades inherentes al alcohol (Rosovsky, 1994).

Dichos factores se agrupan a grosso modo en cuatro grupos: factores biológicos, genéticos, psicológicos y socioculturales. Con la finalidad de lograr una visión más amplia de la problemática, conviene realizar una revisión más detallada de cada uno.

#### ***1.3.1 Causas biológicas***

Desde hace algún tiempo algunos profesionales de la salud (principalmente médicos) mantienen la firme idea de que toda enfermedad puede ser detectada únicamente a partir de los efectos fisiológicos que produce en el enfermo. Tal percepción, ha promovido la creencia de que el alcoholismo como enfermedad tiene un origen específicamente físico y, que requiere tratamiento médico para ser curada. Sin embargo,

---

dicha premisa no ha sido aceptada de forma universal, pues existen profesionales que manifiestan que toda enfermedad posee componentes conductuales, emocionales y sociales que con regularidad son pasados por alto (Paredes, 1989).

A pesar de lo anterior, existen investigaciones que resaltan la importancia de los factores biológicos del alcoholismo y aunque la determinación precisa de la etiología fisiológica para explicar los casos individuales es algo que actualmente no se conoce a ciencia cierta, a continuación se mencionan las principales hipótesis que dan sustento al respecto.

Una de estas hipótesis se encuentra apoyada en el papel primordial que juegan las alergias en los problemas conductuales, emocionales y mentales de los individuos. A partir de ello, algunos ecólogos clínicos realizaron investigaciones que pretendían demostrar que las personas alcohólicas son alérgicas a las sustancias que suelen emplearse para elaborar las bebidas alcohólicas: al consumir alcohol, los síntomas de la alergia son encubiertos y tras el consumo recurrente se produce un síndrome corporal de adaptación general. Una vez que dicho síndrome se ha instaurado, el individuo recurre al elemento alérgeno con la única finalidad de evitar los síntomas de supresión generando a su vez un círculo vicioso que posteriormente es difícil modificar (Wallace, 1990).

Debido a que la hipótesis anterior carece de un fundamento sólido, algunos profesionales de la salud han centrado su búsqueda de respuestas en el papel que tienen los neurotransmisores y la deficiencia de los mismos en el alcoholismo. Los neurotransmisores son sustancias químicas emanadas de forma natural por el cerebro que producen efectos análogos a los narcóticos. El alcohol por su parte, posee una serie de químicos que producen secuelas similares a las de dos neurotransmisores, principalmente: la serotonina y la beta-endorfina, cuando el individuo posee un desequilibrio en los niveles óptimos de dichos neurotransmisores el organismo intenta suplir su deficiencia a través de la ingesta de alcohol (Madden, 1986).

Una hipótesis diferente se basa en el papel del acetaldehído, el metabolito del alcohol. Este metabolito posee una toxicidad mayor que dicha bebida por lo que es capaz de producir severos daños en el cerebro y en el músculo cardíaco. Wallace (1990; 1993), dice que el acetaldehído es un factor que interviene de forma directa en la dependencia física a las bebidas alcohólicas pues, una vez que se encuentra en el cerebro reacciona

---

químicamente con los neurotransmisores produciendo sustancias denominadas TIQs (tetrahidroisoquinolonas). Estas sustancias provocan en ciertos individuos el desarrollo de un gusto particular por el alcohol y coadyuvan en el establecimiento de un patrón constante de ingesta de bebidas alcohólicas. Existe evidencia que demuestra que la población oriental posee altos niveles de una forma atípica del acetaldehído y que entre ellos el consumo de alcohol produce efectos desagradables que obstaculizan la dependencia a esta sustancia (Montejo, 1992).

Finalmente, una de las hipótesis más reciente postula que la respuesta ante los efectos de la intoxicación y la dependencia al alcohol se encuentran determinadas por las características biológicas de cada individuo. De acuerdo a lo anterior, cada individuo posee un grado diferente de sensibilidad biológica a los efectos del alcohol, lo que sugiere la predominancia de los factores genéticos en el desarrollo del trastorno (Jung, 2001).

### ***1.3.2 Causas genéticas***

Con la finalidad de dilucidar el papel de los factores genéticos en el alcoholismo, desde finales del siglo XIX, se llevaron a cabo los primeros estudios sistemáticos con las familias de los alcohólicos. Desde entonces, los resultados han mostrado prácticamente que los índices más altos de alcoholismo se concentran entre los parientes de alcohólicos, lo que constituye una razón lo suficientemente válida como para afirmar que, por lo menos en algunos casos existe cierta predisposición genética al alcoholismo (Seixas, 1989).

Una de las investigaciones realizadas con gemelos idénticos separados o adoptados que da sustento a tal afirmación es la efectuada por Goodwin en 1973, (en: Nicolini, 1994) la cual demostró que los hijos biológicos de padres alcohólicos separados a edades tempranas, viviendo en hogares donde el consumo de alcohol es una práctica poco frecuente, tenían un significativo nivel de alcoholismo, mientras que los hijos biológicos de padres no alcohólicos adoptados en hogares donde la ingesta de alcohol es frecuente, no muestran rangos elevados de alcoholismo en la edad adulta.

Si bien, esta investigación, al igual que otras posteriores (Cotton, 1979; Goodwin, 1985) ratifican el papel de la herencia, Edwards (1986), señala que la influencia de la misma depende de qué factores adicionales impidan o estimulen al individuo a beber en

---

exceso, pues pueden existir circunstancias en que la herencia sea más significativa, por ejemplo: una tendencia depresiva, altos niveles de ansiedad hereditarios, la transmisión directa o la predisposición metabólica.

Aunado a ello, existe la posibilidad de que los estudios sobre la relación entre la herencia y la dependencia al alcohol sean más sugestivos que concluyentes, pues la mayoría de ellos presentan definiciones de alcoholismo confusas y poco estructuradas (Madden, 1986).

### *1.3.3 Causas psicológicas*

De acuerdo a Elizondo (1993), los factores psicológicos como determinantes del alcoholismo han sido estudiados clásicamente desde una perspectiva psicoanalítica que mantiene la idea central de que existe una estructura de personalidad que es la base para la adicción y que se demuestra mediante rasgos de personalidad detectados por observaciones clínicas y por resultados de tests psicométricos.

Esta perspectiva sugiere que los rasgos de personalidad que se encuentran con mayor frecuencia en los resultados de tests como el MMPI, TAT y Rorschach, demuestran que los individuos que poseen una probabilidad más alta de volverse dependientes del alcohol tienen una depresión muy marcada, falta de confianza en sí mismos, pobre autoestima, dificultades de interrelación y socialización, poca capacidad de decisión, vulnerabilidad a influencias externas y baja tolerancia a la frustración, características de la denominada personalidad oral (Westermeyer, 1976; Massün, 1991).

Sin embargo, desde una perspectiva diferente como la cognitivo-conductual se propone que los hallazgos, y las características de personalidad asociados a las personas dependientes del alcohol son, más que un factor causal inherente que les conduce a beber, un producto o consecuencia del alcoholismo (Ellis, Mc Inerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

Se considera más apropiado hablar de aprendizaje alcohólico que de personalidad alcohólica, ya que las personas que abusan del alcohol, o bien, no logran aprender patrones de bebida adecuados, o aprenden mediante modelado pautas inadaptativas del uso de esta sustancia, dando lugar a conductas de bebida problemáticas (Martí y Murcia, 1988).

---

Este aprendizaje incorrecto de las pautas de bebida con frecuencia inicia cuando el sujeto bebedor genera una asociación entre el consumo de bebidas alcohólicas y un estado de euforia y bienestar que se encuentra basado en la supresión o disminución de estados emocionales desagradables. De esta forma, la sustancia se convierte en un reforzador eficaz para mantener el comportamiento adictivo, pues las personas alcohólicas, a través de su historia de aprendizaje desarrollan una fiabilidad psicológica en el alcohol como medio para reducir experiencias emocionales desagradables (Wallace, 1990).

En gran medida, esta confianza que depositan las personas en la sustancia se explica como una conducta condicionada (Westermeyer, 1976), pero la Terapia racional emotivo-conductual sugiere que, la serie de creencias conflictivas e irracionales que se forjan las personas respecto a la sustancia, a sí mismos y a otros, también juegan un importante papel en el mantenimiento de las adicciones, tal como se mencionará posteriormente.

#### ***1.3.4 Causas socioculturales y ambientales***

El alcoholismo siempre ocurre en un contexto sociocultural determinado y por ello, existe una considerable variabilidad en los patrones étnicos y subculturales asociados al uso y al abuso del alcohol, lo cual dificulta en gran medida la posibilidad de establecer, de forma precisa las causas que generan los patrones de consumo disfuncionales (Montejo, 1992).

Si bien, lo anterior se debe a las múltiples variaciones en los patrones de consumo de un país a otro e incluso en períodos y comunidades distintas en una misma nación, cabe señalar que dentro de estos factores destacan tres que influyen primordialmente en los niveles de consumo de alcohol y en el aprendizaje de estos patrones disfuncionales, en casi todas las comunidades: a) la disponibilidad, que permite y fomenta la libre distribución de alcohol y que es generada en gran medida por la institucionalización de tal sustancia, en muchas poblaciones; b) la accesibilidad, la cual se relaciona con las variaciones en el costo de este producto, desde precios muy altos hasta aquellos que son verdaderamente ínfimos y finalmente, c) la publicidad, que promueve la imitación de patrones conductuales respecto al uso del alcohol bajo la intangible promesa de una vida más placentera (Madden, 1986; Martí y Murcia, 1988 y Navarro, 1989).

---

A lo anterior se suman factores de tipo ambiental como la presión de grupo, variables de socialización, costumbres sociales, actitudes de aceptación del comportamiento alcohólico, la aceleración de la urbanización, la desigualdad social y la degeneración de valores familiares, todo lo cual provoca una crisis de identidad en el individuo (Edwards, 1986). Y si se considera que independientemente de la edad, clase social o estatus cultural, la mayoría de los seres humanos tendemos a buscar el reconocimiento de nuestros iguales en casi todos los aspectos de nuestra vida, la crisis de identidad adquiere un significado impactante.

Como se ha visto, existen diversos modelos que intentan dar explicación a los orígenes del alcoholismo y actualmente se considera que cada uno de los factores ya mencionados influye de forma directa o indirecta en el desarrollo de esta condición. Independientemente de las múltiples causas del alcoholismo, éste constituye un proceso que sigue un curso determinado y que se detallará a continuación.

#### **1.4 El curso del alcoholismo**

A pesar de que establecer de forma precisa el momento en que un individuo pasa del patrón de consumo habitual al síndrome de dependencia al alcohol constituye una tarea difícil, ello no implica una imposibilidad para proporcionar un bosquejo general del curso que sigue la enfermedad.

De acuerdo a Velasco (1994), las personas que tienen un consumo de alcohol integrado y responsable, con frecuencia siguen un patrón de conducta respecto a las bebidas alcohólicas que puede resumirse de la siguiente forma: a) Durante la *infancia*, los adultos propician el primer contacto con el alcohol dando al niño pequeñas dosis (probadas) de bebidas alcohólicas; b) En la *adolescencia*, se presenta un período de experimentación que generalmente es compartido y vivenciado con otros adolescentes; c) La *juventud* conlleva un período de inestabilidad en el cual se alternan los ciclos de consumo excesivo con etapas de abstinencia; d) Durante la *madurez* el individuo muestra equilibrio y responsabilidad en su patrón de consumo; e) La *vejez* determina una disminución progresiva en la ingesta de bebidas alcohólicas y, f) Finalmente, en la *senectud* el consumo es totalmente suprimido.

---

En este sentido, cabe destacar que los individuos que sufren del síndrome de dependencia al alcohol pasan por las mismas etapas de iniciación y continuación que los bebedores integrados, pero los dependientes al alcohol presentan una etapa de intensificación, en la cual el consumo es reforzado por los efectos farmacológicos y psicológicos de la sustancia y una etapa de tolerancia, en la que el organismo se adapta al consumo y el individuo necesita incrementarlo para obtener los efectos que conseguía en las fases iniciales (Kershenovich y Vargas, 1994).

Estas etapas que marcan la diferencia entre el beber integrado y la dependencia al alcohol propiamente dicha, fueron resumidas en 1952 por Jellinek, (en: Russell, 1989), mediante un modelo de la historia natural del alcoholismo en el que las dos primeras fases corresponden a la etapa de intensificación y las otras dos a la etapa de tolerancia:

*a) Fase prealcohólica sintomática:* En esta fase, el consumo se asocia inicialmente a la disminución de tensión y estrés. Posteriormente, las personas con riesgo de alcoholismo aumentan sus episodios de consumo porque tienen o creen tener niveles más altos de estrés.

*b) Fase prodrómica:* Se caracteriza por la aparición de lagunas amnésicas, por el aumento en las necesidades del alcohol, así como por los sentimientos de culpabilidad y los intentos de ocultar el problema.

*c) Fase crucial:* Identificada por la pérdida de control manifestada por la incapacidad de abstenerse de beber o de interrumpir el consumo una vez iniciado, a pesar de que el alcohol esté causando graves problemas sociales, familiares, económicos y de salud.

*d) Fase crónica:* La persona permanece ebria durante varios días cada vez que bebe y no puede enfrentarse a los problemas que le está causando la bebida.

Con la finalidad de comprender el curso del alcoholismo de forma más exhaustiva, se detallarán en el siguiente apartado, los variados efectos fisiológicos producidos por la ingesta de alcohol.

---

### ***1.4.1 Efectos de la intoxicación etílica***

Madden (1986), afirma que los efectos del alcohol en el organismo son variados, pues esta sustancia aparece en la sangre después de diez minutos de haberla consumido y en general, produce una dilatación de los vasos cutáneos y aumento en la transpiración, en la frecuencia respiratoria, el pulso cardíaco y la presión sanguínea. Sin embargo, sus efectos máximos se observan en un lapso de media hora y se encuentran relacionados directamente con el tipo de bebida y la cantidad de alcohol consumida.

En lo referente al tipo de bebida, es importante señalar que al elaborar el alcohol etílico, se agregan algunas sustancias análogas que determinan el aroma y el sabor específico de cada bebida, pero tales sustancias modifican las propiedades del alcohol, aumentando su poder tóxico y los efectos posteriores que produce (Massün, 1991).

Respecto a la cantidad, es necesario considerar que cuando la ingesta es moderada, el alcohol actúa excitando y causando efectos placenteros como euforia, locuacidad, disminución de la ansiedad e incremento de la actividad motora. Pero en cantidades excesivas, produce una acción anestésica que deprime al sistema nervioso central. Estos efectos depresores impiden la iniciación y conducción de los estímulos nerviosos, afectando las funciones cerebrales superiores encargadas de la conciencia sobre la conducta, el dominio de sí mismo, la capacidad de procesar información y la habilidad de reaccionar a estímulos complejos (Madden, 1986).

Los dos factores mencionados con anterioridad, se encuentran estrechamente vinculados al proceso de intoxicación etílica. Con relación a este proceso Seixas (1989), propuso el siguiente modelo: a) Fase jocosa, que se caracteriza por conductas de desinhibición; b) Fase lacrimosa, en la que se presenta incontinencia afectiva, incoordinación motora (ataxia) y alteración del lenguaje (disartria); c) Fase belicosa, definida por la presencia de agresión hacia sí mismo y hacia otros y d) Fase comatosa, conformada por una pérdida temporal de la conciencia, hipotermia, arreflexia y relajación de esfínteres.

Ahora bien, aunque un individuo repita frecuentemente el proceso de intoxicación etílica, esta condición por sí misma no constituye una herramienta para detectar o explicar al alcoholismo como tal. Esto se debe a que en el alcoholismo, como ya se ha mencionado,

---

intervienen una serie de agentes que lo identifican como una problemática multifactorial. En este sentido, Velasco (1994), señala que es más útil contemplar la transición del beber problemático a la dependencia alcohólica a través de los cambios conductuales que tienen lugar al pasar de un uso integrado del alcohol, a un uso excesivo y posteriormente a la adicción como tal.

Enseguida se describen de forma más amplia, los patrones conductuales, síntomas y manifestaciones fisiológicas que con frecuencia determinan la diferencia entre el beber excesivo y la dependencia al alcohol.

#### ***1.4.2 Del beber problemático al síndrome de dependencia al alcohol***

Con la finalidad de lograr una aproximación a la trayectoria del beber problemático a la dependencia al alcohol, es preciso contemplar algunas clasificaciones sobre los consumidores de alcohol que destacan las diferencias conductuales y cognitivas entre bebedores integrados y dependientes al alcohol

Existen algunas clasificaciones que ponen énfasis en las diferencias conductuales, como la propuesta por Massün (1991), quien afirma que los consumidores de alcohol pueden clasificarse en tres categorías:

*a) Consumidores ocasionales y/o sociales:* Son aquellos que consumen alcohol de forma intermitente, sobre todo en reuniones sociales o fiestas. Son capaces de disfrutar y socializar sin consumir alcohol, pues éste no ocupa un lugar primordial en sus vidas.

*b) Consumidores habituales:* Acostumbran ingerir bebidas alcohólicas con regularidad sin perder completamente el control de sí mismos. Son capaces de cesar su ingesta cuando así se lo proponen.

*c) Consumidores compulsivos:* Dentro de esta categoría existen dos subtipos: los consumidores funcionales que necesitan una dosis de alcohol para funcionar adecuadamente en sociedad y los disfuncionales cuya vida se reduce a conseguir y a consumir alcohol.

---

Otras como la de Martí y Murcia (1988), incluyen cuatro tipos de bebedores y se encuentran centradas en las diferencias cognitivas y emocionales:

*a) El alcohólico adicto:* Es un individuo con una personalidad caracterizada por la dificultad para establecer relaciones interpersonales. Este tipo de bebedor puede permanecer largas épocas sin beber hasta que como consecuencia de algún suceso que daña su emotividad inicia un período de consumo excesivo caracterizado por conductas compulsivas hacia la bebida.

*b) El alcohólico reactivo:* Es un sujeto diferenciado por poseer una tolerancia a la frustración muy baja. Muestra dificultad para tolerar las tensiones por períodos prolongados de tiempo, por lo que cuando se enfrenta a un evento estresante, reacciona consumiendo alcohol o elevando su ingestión de bebidas alcohólicas.

*c) El bebedor regular:* Es un individuo que consume alcohol en forma sistemática pero en cantidades superiores a las que su organismo tolera. En este tipo de bebedor se presenta una gran influencia ambiental dada por comportamientos sociales, profesionales o por costumbres socioculturales.

*d) El alcohólico patológico:* Se refiere a la persona que posee una intolerancia al tóxico por lo que con una cantidad mínima de alcohol obtiene efectos exagerados como agitación, excitabilidad, alucinaciones, miedo, confusión y cuadros de amnesia.

Independientemente de la clasificación en la que se ubique al bebedor, existen tres formas de conducta específica que denotan un alto riesgo para el individuo: a) beber cantidades suficientes de alcohol para alcanzar un grado moderado de ebriedad varias veces a la semana; b) beber lo necesario para alcanzar el estado de ebriedad una vez a la semana con regularidad o c) beber hasta llegar a la ebriedad completa en una larga jornada de consumo de alcohol una vez al mes. El riesgo de cualquiera de estas formas de consumo se intensifica cuando se asocia a estados depresivos o se usa para disminuir los niveles de ansiedad (Velasco, 1994).

Tales conductas constituyen un riesgo porque una vez que el individuo empieza a beber, ya sea con frecuencia o esporádicamente hasta intoxicarse, tiene mayor posibilidad de ampliar su repertorio de consumo en poco tiempo. Cuando dicho repertorio implica

---

consumir bebidas alcohólicas de forma frecuente y excesiva, la dependencia psíquica y física progresa, generando el síndrome de dependencia. Este síndrome se encuentra caracterizado por un conjunto de síntomas conductuales, subjetivos y fisiológicos que conllevan la característica tendencia a consumir grandes cantidades de alcohol durante largos períodos de tiempo, la búsqueda de la bebida como prioridad absoluta y la negación de la adicción (Edwards, 1986).

Al respecto, cabe señalar que los síntomas conductuales generalmente están centrados en el patrón de consumo, que se torna inflexible, estereotipado y compulsivo pues el individuo limita su conducta de forma significativa. Por su parte, los indicios subjetivos se refieren a la toma de conciencia sobre la propia pérdida de control así como a los elevados niveles de ansiedad por el alcohol y a los intentos de reducir o discontinuar el consumo. Con relación al aspecto fisiológico, puede decirse que contempla los efectos de la neuroadaptación, ya que se presenta un alto grado de tolerancia así como síntomas de abstinencia durante la cesación y una rápida renovación del síndrome después de un intervalo de abstinencia (Madden, 1986).

Es necesario señalar que a pesar de que el síndrome de dependencia al alcohol no puede contemplarse como un fenómeno inflexible e incontrolable debido a que tiene diversos niveles de gravedad y a que puede ser modificado por factores personales, culturales y sociales, existen dos hechos específicos e identificables del síndrome de dependencia capaces de marcar una diferencia entre el bebedor excesivo y el alcohólico. Tales hechos son: la tolerancia y el síndrome de abstinencia (Velasco, 1994).

#### ***1.4.2.1 Tolerancia***

Seixas (1989), afirma que el desarrollo de la tolerancia puede producirse de dos formas: a) Tolerancia metabólica en la que el hígado oxida la sustancia más rápidamente evitando que aumente la cantidad de alcohol a nivel sanguíneo y cerebral y; b) Tolerancia celular o funcional en la que las células del sistema nervioso central se adaptan al alcohol, mostrando una mínima reacción ante la presencia del mismo y mayor resistencia a sus efectos.

---

En este sentido, es significativo subrayar que el papel de la tolerancia metabólica en el síndrome de dependencia al alcohol, es mínimo. Pero, la tolerancia celular o funcional, por su parte, mantiene una relación más trascendente, pues constituye un fenómeno en el que la adaptación de las células cerebrales a la ingesta prolongada de bebidas alcohólicas hace necesario que el individuo aumente la dosis de la sustancia o que la consuma con mayor frecuencia para alcanzar el efecto que se producía en las etapas iniciales de su consumo (Madden, 1986).

Toda vez que dicha tolerancia celular se ha instaurado, induce efectos notables en el individuo, pues éste puede ingerir cantidades moderadas de alcohol sin mostrar signo alguno de intoxicación. E incluso, permite que la persona alcohólica funcione de forma aparentemente normal aun con niveles de alcohol en sangre que bien podrían incapacitar a un bebedor que no ha desarrollado tolerancia. Sin embargo, en este punto suelen presentarse lagunas mentales, y a pesar de que la persona aparenta estar sobria, atraviesa ciclos de amnesia temporal (Echeburúa y De Corral, 1988).

El período de aparición de la tolerancia a nivel del sistema nervioso central fluctúa entre 5 y 10 años después de un consumo prolongado, sin embargo, en las fases avanzadas de la dependencia se origina una disminución real de la tolerancia. Este hecho, se debe en gran medida a que se producen cambios en los lugares blanco del sistema nervioso en los que actúa el alcohol y puede ser tan grave que el paciente se intoxica notoriamente después de ingerir cantidades moderadas de alcohol (una o dos cervezas) (Madden, 1986).

Finalmente y a razón de todo lo anterior, se considera que la tolerancia marca el punto de partida hacia la consolidación del alcoholismo. En este punto, cualquier disminución o cese en la ingesta de alcohol tiene la capacidad de producir un conjunto de síntomas conocidos como síndrome de abstinencia (Edwards, 1986).

#### ***1.4.2.2 Síndrome de abstinencia***

Una vez que la dependencia se ha instaurado, el individuo aprende a tomar la sustancia para tratar de evitar el síndrome de abstinencia. Para que dicho síndrome se presente, el dependiente al alcohol tiene que beber aproximadamente 15 cl de alcohol absoluto (de media a una botella de licor) por día, durante varios años (Madden, 1986).

---

Tras cesar la ingesta de alcohol, durante un período de entre 12 y 72 horas, el síndrome de abstinencia se presenta bajo una serie de reacciones que se encuentran relacionadas directamente con el grado de dependencia. Cuando éste es moderado, los síntomas son intermitentes y leves, y puede experimentarse un síntoma en forma aislada. Sin embargo, a medida que la dependencia aumenta, la frecuencia y la gravedad de los signos se incrementan notablemente. Una vez que el cuadro está completamente desarrollado, es común que el paciente presente síntomas graves a mitad de la noche o todas las mañanas al despertarse. En este punto, no es necesario alcanzar una abstinencia total para que se precipiten los síntomas (Echeburúa, 1994).

En estos últimos casos, en los que el grado de dependencia es importante se presentan una serie de reacciones que Martí y Murcia (1988), clasifican de la siguiente forma

*a) Cuadro psíquico:* Caracterizado por labilidad afectiva identificada por episodios de ansiedad que evolucionan a cuadros depresivos y de irritación, inquietud, pánico, sentimiento de culpa, cansancio, paranoia, disminución de los impulsos volitivos (abulia), insomnio, pesadillas frecuentes, alucinaciones, reacción de temor ante ruidos fuertes (hipersensibilidad), deterioro de la capacidad intelectual, alteración de la atención, alteración motora, retardo en el curso del pensamiento (bradipsiquia) y alteración de la memoria (amnesia de fijación)

*b) Cuadro físico:* Se presentan manifestaciones como el enrojecimiento facial, temblor peribucal (lengua, labios y párpados), de manos y digital, halitosis alcohólica, exceso de mucosidad nasal, gastritis, insuficiencia cardíaca, arterioesclerosis, disartria, sensación de hormigueo, afectación de nervios periféricos, como consecuencia de la falta de vitamina B se manifiestan áreas de anestesia (hiper o hipoestesia), náuseas con vómitos de marcada tendencia matutina, sudoración excesiva, palpitaciones, zumbido de oídos (tinnitus), sensibilidad a los ruidos (hiperacusia), cefalea, alteración digestiva (diarrea), sequedad de boca, algias, calambres musculares especialmente en pantorrilla, hipotensión ortostática y crisis convulsivas del tipo del gran mal.

---

Estas reacciones por sí mismas, son capaces de reforzar el uso continuo de bebidas alcohólicas, ya que el individuo adquiere un patrón repetitivo de ingesta de alcohol con la finalidad de prevenir o aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia. Lo anterior, también establece un efecto condicionado particular y flexible que se encuentra moldeado por factores sociales y personales, ya que en ocasiones el sólo hecho de sentir un vaso en la mano proporciona alivio inmediato al individuo. Existe la posibilidad de que los individuos dependientes al alcohol, tras varios años de tener un patrón de consumo excesivo reduzcan o anulen totalmente su ingesta, a pesar de la amenaza que representa el síndrome de abstinencia. Esto se debe a que con regularidad suelen presentar un malestar generalizado que les impide seguir bebiendo con la misma regularidad que acostumbraban (Edwards, 1986).

En tales situaciones se genera un fenómeno conocido como dependencia cruzada, pues el consumo de bebidas alcohólicas se sustituye con la ingestión de dosis adecuadas de cualquier otra droga que produzca efectos similares a los del alcohol, con el fin de suprimir el síndrome de abstinencia (Madden, 1986).

Ahora bien, el hecho de no atender eficaz y oportunamente el síndrome de abstinencia conlleva el riesgo de que los síntomas del dependiente evolucionen a una condición denominada delirium tremens, una de las complicaciones críticas del alcoholismo.

### ***1.4.3 La instauración del delirium tremens***

El delirium tremens también conocido como psicosis alcohólica o delirio alcohólico agudo, presenta un inicio que suele enmascarse, por lo que pasa inadvertido para el dependiente y para las personas que se encuentran a su alrededor. Sin embargo, 72 horas después de haber reducido total o parcialmente la ingesta de alcohol las manifestaciones que inicialmente pasaron desapercibidas conforman un estado psicofisiológico de amplias proporciones que alcanza su plenitud aproximadamente siete días después de haberse iniciado. En general, este fenómeno aparece en individuos con un historial alcohólico superior a los diez años. Pero, el alcoholismo no siempre es la causa directa de esta condición, también puede desencadenarse por algún proceso infeccioso concomitante, por

---

traumatismo o por situaciones de acentuado estrés físico o psíquico, razón por la que la presencia de este hecho no es suficiente para realizar un diagnóstico (Martí y Murcia, 1988).

Entre los síntomas que inicialmente indican la instauración de este desorden se encuentran: temblor irregular que inicia en el rostro (lengua y labios) y se extiende a manos y piernas, insomnio, pesadillas o delirio onírico en el que se confunden los sueños con la realidad, vértigo, acceso febril, sudoración tan profusa que conlleva un riesgo de deshidratación, secreción insuficiente de orina (oliguria), halitosis o fetidez bucal, anorexia, fenómenos alucinatorios aislados y estados de ansiedad y angustia (Echeburúa y De Corral, 1988).

Estos síntomas se agravan de forma considerable una vez que el cuadro se encuentra plenamente establecido. La intensidad del temblor se incrementa, transmitiéndolo a objetos adyacentes cuando el individuo entra en contacto con ellos, se presenta conciencia obnubilada caracterizada por la falta de orientación en espacio y tiempo, los períodos de atención disminuyen, las respuestas se tornan bruscas e inadecuadas, la conversación se encuentra centrada en los hábitos de consumo y hay delirio ocupacional. Así también, se presentan frecuentes alucinaciones de tipo visual: alucinaciones microzoópsicas, en las que se perciben animales pequeños que se mueven con gran rapidez y alucinaciones liliputienses, en donde imágenes del tamaño de una persona se perciben de un tamaño inferior que va de 10 a 40 cm. Además, se manifiestan alucinaciones auditivas y táctiles en las que se siente que la piel es surcada por insectos. Se establece un delirio paranoide representado por ansiedad, sospecha e ira, en el que hay ideas de tipo persecutorio por parte de personas, animales o voces autoritarias (Martí y Murcia, 1988).

Este trastorno suele establecerse durante la noche debido a que es un período en el que existe restricción con el contacto humano, una disminución de la iluminación y ruidos que agravan el estado delirante. Ordinariamente suele ser una ampliación de los síntomas de abstinencia, tiene una duración de entre 48 y 72 horas y en la mayoría de los casos el individuo dependiente se recupera satisfactoriamente en un lapso de entre cinco y siete días después de haber suspendido el consumo de alcohol (Madden, 1986).

En casos en los que el alcoholismo tiene una larga evolución puede aparecer una encefalopatía conocida como síndrome de Korsakov que se caracteriza por la amnesia de

---

fijación, fabulación y polineuritis. Y también es posible que en situaciones aisladas el trastorno evolucione a coma o tenga un efecto de delirio retrasado (Seixas, 1989).

En conclusión, si bien es cierto que la dependencia al alcohol sigue un curso progresivo éste no es un curso inevitable, pues dependiendo de los factores personales, culturales y ambientales que rodean al individuo, es posible lograr una estabilización prolongada en cualquiera de las fases del trastorno o bien, regresar a fases anteriores sin complicación alguna en cualquiera de los casos (Velasco, 1994). No obstante, se deben considerar los aspectos que diferencian al consumidor femenino del masculino por lo que en el siguiente apartado se pormenorizan los puntos clave de la dependencia al alcohol por parte de las mujeres.

#### ***1.4.4 Consideraciones especiales sobre el alcoholismo en las mujeres***

De acuerdo a Edwards (1986), aunque el curso del alcoholismo es similar en hombres y mujeres, las mujeres dependientes del alcohol poseen algunas características específicas que se encuentran estrechamente relacionadas con diferencias biológicas y de género que bien vale la pena señalar.

En lo referente a las diferencias biológicas, cabe destacar en primer lugar, que por lo general las mujeres poseen un peso corporal menor al de los hombres, lo que repercute en la velocidad de su ritmo metabólico, el cual es más lento. Este hecho provoca que una misma cantidad de alcohol afecte en mayor medida a las mujeres que a los hombres (Von Wernitz, 1989; Carrillo, 1999).

Así también, cuando las mujeres poseen un patrón de consumo crónico de alcohol incrementan el riesgo de sufrir diversas enfermedades hepáticas, pues tienden a mantener concentraciones sanguíneas de etanol sustancialmente más elevadas que los hombres y, en el caso de la prosecución del embarazo o el desarrollo óptimo del feto, ambos se ven afectados de forma importante (Kershenobich y Vargas, 1994).

Respecto a cuestiones de género, es necesario destacar que las actitudes hacia la bebida y la ebriedad no son más que la expresión de valores básicos determinados por la sociedad y relacionados con el sexo: en la mayoría de las culturas una mujer dependiente del alcohol es estigmatizada en mayor medida que un hombre con la misma problemática.

---

Por otra parte, el patrón de consumo de alcohol de una mujer se forma en un contexto diferente que dificulta la detección oportuna de estos casos ya que por lo general bebe de forma encubierta y aislada (Edwards, 1986).

A pesar de estas diferencias fisiológicas, conductuales y sociales, la problemática de la dependencia al alcohol acarrea consecuencias cualitativamente semejantes que no se encuentran en función del sexo del bebedor. Enseguida se especifican tales consecuencias.

## **1.5 Consecuencias del alcoholismo**

Narro, Meneses y Gutiérrez (1994), afirman que el consumo de alcohol repercute negativamente no sólo en el individuo que lo practica, sino que afecta en alto grado a la familia y a la comunidad, debido a que las alteraciones provocadas por esta problemática no se encuentran, en forma alguna, restringidas a daños orgánicos, sino que se extienden a la salud mental, a la estabilidad familiar y al bienestar social y económico de la comunidad.

Frecuentemente dichas consecuencias se manifiestan por el uso habitual de la sustancia cuando el consumidor muestra algunas de las características típicas de la dependencia y el tipo de daño derivado, depende directamente del patrón de consumo que muestra el individuo (Madden, 1986).

Pero habitualmente, las consecuencias orgánicas no son fáciles de detectar en sus etapas iniciales, lo que permite al dependiente consumir alcohol de forma periódica durante lapsos prolongados de tiempo sin presentar alteraciones fisiológicas, lo cual dificulta en mayor grado la aceptación o el reconocimiento de la problemática.

### ***1.5.1 Consecuencias individuales***

Dentro de las complicaciones individuales del alcoholismo se encuentran las orgánicas y las conductuales:

A) Orgánicas: A pesar de que con mucha frecuencia las personas dependientes al alcohol enferman o fallecen por una causa diferente al alcoholismo, hay que contemplar que el consumo excesivo de estas sustancias predispone, agrava o provoca la aparición de diversos

---

episodios patológicos (Narro, Meneses y Gutiérrez, 1994). A continuación se presentan los más comunes:

*a) Alteraciones hematopoyéticas:* Incluyen todo tipo de anemia que evoluciona a desnutrición, se presentan infecciones crónicas, un número reducido de glóbulos blancos y la coagulación se ve afectada, por lo que existe una mayor tendencia a las magulladuras o hemorragias. Además, el alcohol tiene un efecto tóxico directo sobre la médula ósea (Edwards, 1986; Pérez, 1993 y Sánchez, 1993).

*b) Alteraciones ostomioarticulares:* Se presenta una exacerbación de hinchazón dolorosa e intermitente de las articulaciones, principalmente en las de dedos de pies y manos. También se facilita una degeneración de los huesos que se desarrolla hasta convertirse en osteoporosis (Valbuena, 1993).

*c) Alteraciones neurológicas:* Se produce una deficiencia de vitamina B1 que ocasiona la aparición del síndrome de Wernicke-Korsakoff, el desencadenante de la demencia alcohólica la cual repercute en trastornos de las funciones cognoscitivas como el juicio, la concentración y la memoria. Asimismo, el equilibrio y la integración de movimientos se ven afectados por lo que el individuo tiende a tambalearse al andar y presenta dificultades en la coordinación y en la visión (ambliopía crapulosa). Por otra parte, se presentan crisis convulsivas del tipo gran mal y degeneración de los nervios sensoriomotores especialmente los de las piernas (Valbuena, 1993; Rodríguez-Martos 2000).

*d) Alteraciones cardiopulmonares:* Aumenta la probabilidad de que el individuo presente tuberculosis o de que desarrolle abscesos pulmonares. Debido a la deficiencia nutricional, al efecto tóxico de la sustancia o a alguna impureza en la bebida, se presenta arritmia cardíaca, trastornos en el latido del corazón, cardiopatía alcohólica, insuficiencia cardíaca, hipertensión y enfermedad de las arterias coronarias (Edwards, 1986).

*e) Alteraciones gastrointestinales.* La principal es el sangrado del tubo digestivo alto; hipertensión portal; cirrosis hepática causante directa de fatiga y debilidad progresivas, pérdida del apetito, ictericia, edema de pies y tobillos; hepatitis alcohólica y carcinoma hepático. Así también, provoca gastritis, ulceración péptica, esofagitis y pancreatitis (Kersenobich, 1993; Valbuena, 1993).

---

*f) Alteraciones oncológicas:* Debido a que las personas que dependen del alcohol con frecuencia muestran dependencia al tabaco, aumenta la probabilidad de adquirir cáncer de boca, lengua, faringe, laringe, esófago e hígado (Souza y Machorro, 1988).

*g) Alteraciones sexuales:* Inhibición de las funciones sexuales: problemas de disfunción eréctil, decremento de los niveles de circulación de hormonas masculinas (testosterona) ocasionando deficiencia gonadal, ginecomastia, vello púbico de implantación ginecoide y atrofia testicular. Además de presentarse una mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual (Madden, 1986).

B) Conductuales: Debido a que el alcohol produce un estado depresivo precedido por una etapa de desinhibición, los individuos con patrones de consumo excesivo del alcohol, suelen poner en riesgo su integridad y estabilidad económica (Kershenobich y Vargas, 1994). Algunas de las formas más habituales en que lo hacen son las siguientes:

*a) Agresión:* De acuerdo a Souza y Machorro (1988), el incremento de la tendencia agresiva cuando se ingiere alcohol se debe a: a) incremento de la actividad fisiológica en general; b) una acción específica desinhibitoria social de las tendencias agresivas y c) un proceso cognitivo que modifica la percepción de los atributos fisiológicos, conductuales y sociales.

*b) Delincuencia:* En la ciudad de México el consumo excesivo de alcohol se asocia a una tercera parte de todos los actos delictivos: asalto a mano armada, violaciones, homicidios, agresión, daño a propiedad privada, etc. (Kershenobich y Vargas, 1994).

*c) Suicidio:* Las tasas de suicidio se incrementan tras el consumo crónico de alcohol. Seixas (1989), afirma que este fenómeno se debe a la existencia de una enfermedad depresiva subyacente.

*d) Lesiones por causa externa:* Incluye accidentes automovilísticos fatales, ahogamiento, incendios, caídas y atropellamientos, violaciones y abuso sexual. (Narro, Meneses y Gutiérrez, 1994; De La Rosa, 1998).

*e) Laborales:* De acuerdo a Edwards (1986), el individuo puede perder su empleo por ausentismo o por incapacidad. Además, no rinde lo adecuado y puede representar un peligro para sí mismo o para los demás.

---

Además de las múltiples complicaciones individuales de la dependencia al alcohol, se presentan dificultades que repercuten tanto en el sistema familiar como en los subsistemas que lo conforman. A continuación, los conflictos que se presentan en cada holón.

### ***1.5.2 Consecuencias familiares***

Steinglass, Benett, Wolin y Reiss (1993), afirman que el primer núcleo afectado por el dependiente al alcohol es el familiar, en donde la dinámica se altera al igual que la salud mental y el equilibrio económico. Con la finalidad de especificar la forma en que esta problemática afecta a los diferentes integrantes de la familia, a continuación se realiza una división del subsistema parental y del subsistema conyugal:

#### ***1.5.2.1 Consecuencias para los hijos***

Narro, Meneses y Gutiérrez (1994), afirman que en el núcleo familiar en donde cohabita una persona alcohólica las personas más afectadas son los hijos, particularmente en lo relativo a su adecuado desarrollo personal y educativo. Tal situación es resultado de las tensiones y dificultades emocionales producidas por la convivencia con un padre alcohólico.

Con respecto a estos conflictos, puede afirmarse que los hijos de padres alcohólicos muestran alteraciones del comportamiento como: anorexia, temores nocturnos, aumento en el nivel de ansiedad en las relaciones interpersonales, problemas psicosomáticos y dificultades escolares que en ocasiones los llevan a repetir año (Alba, 1983, en: Martí y Murcia, 1988)

Lo anterior no sólo es una secuela de la tensión ya mencionada, sino que además se une a la incapacidad para proteger adecuadamente a sus hijos, común en los padres alcohólicos. Ello provoca que los niños sean objeto de abandono lo que incrementa la probabilidad de presentar sufrimiento psíquico así como abuso físico o sexual. Además, factores como el modelado del uso de alcohol y la transmisión de valores hacia la bebida como algo positivo, incrementan la posibilidad de que los hijos cuyos padres demuestran

---

dependencia al alcohol, también desarrollen patrones excesivos de consumo de esta sustancia (Jung, 2001).

Es necesario resaltar que en los casos en los que el alcoholismo se ha instaurado después del nacimiento de los hijos, las consecuencias dependerán en gran medida del grado de sostén que los hijos obtengan por parte de alguno de los padres; de las redes de apoyo fuera del núcleo familiar con las que cuenten y de la edad que tengan cuando la dependencia del padre se establezca, ya que existe la posibilidad de que las consecuencias que se observan en los hijos de dependientes al alcohol, se deban a los efectos de vivir en una familia disfuncional más que al alcoholismo por sí mismo (Narro, Meneses y Gutiérrez, 1994; De La Rosa, 1998).

Un caso diferente pero igualmente significativo, lo constituye la dependencia al alcohol por parte de la madre gestante. El alcohol posee un valor energético alto pues cada gramo de esta sustancia produce casi tantas calorías como un gramo de grasa, sin embargo, su valor nutricional es nulo pues no aporta proteínas, minerales básicos o vitaminas. Ya que una vez que la dependencia se manifiesta, los alcohólicos sustituyen progresivamente la ingestión de alimentos por la de alcohol, se presentan niveles elevados de desnutrición materna que afectan directamente el desarrollo del feto. Aunado a los efectos de la desnutrición, se presentan daños pre y postnatales ocasionados por la toxicidad de la sustancia (Carrillo, 1999).

Entre los daños prenatales se encuentra principalmente el establecimiento del síndrome alcoholofetal que produce malformaciones faciales: puente nasal bajo, aplanamiento de la parte media de la cara, nariz curva, anomalías en las orejas, y labio superior muy delgado. Los daños postnatales, en primera instancia son: trastornos del sueño, control defectuoso de la temperatura corporal y mala succión de la leche por fatiga o distracción. A medida que el niño crece persisten anomalías del labio superior, peso y estatura bajos, microcefalia y en general, retardo mental, problemas visuales y auditivos, trastornos del equilibrio, conducta hiperactiva con déficit de atención, disminución de las destrezas motoras, desarrollo tardío y defectuoso del lenguaje y dificultad para la lectura y la ortografía (Martí y Murcia, 1988; Narro, Meneses y Gutiérrez, 1994).

Debido a que las repercusiones del alcoholismo materno no se limitan a la madre gestante, resulta deseable que las campañas de prevención primaria sean más específicas y

---

constantes, pues independientemente de las características de los niños nacidos con el síndrome alcoholofetal, se tendría que analizar el tipo de crianza y los cuidados que requiere un infante nacido con tales dificultades, y sobretodo si una madre dependiente al alcohol tiene la disposición de otorgárselos.

### ***1.5.2.2 Consecuencias conyugales***

En la actualidad existen varias teorías que afirman que las esposas de los alcohólicos se casan con ellos aun antes de que la dependencia se desarrolle, debido a que tuvieron un padre alcohólico y pretenden seguir representando sus problemas dinámicos no resueltos. Sin embargo, Steinglass, Benett, Wolin y Reiss (1993), afirman que dichas teorías carecen de un sustento sólido.

Independientemente de la razón por la que las personas, en su mayoría mujeres, deciden relacionarse con un dependiente al alcohol, existen diversos patrones de conducta que contribuyen a mantener la dependencia. Wallace (1990), define estos patrones conductuales de la siguiente manera:

- a) Abandono de la relación marital o rodeo. Limitan el contacto emocional y físico con el esposo, se rehúsan a tener relaciones sexuales, niegan sus propios sentimientos, y se resisten a la comunicación.
  - b) Protección del alcohólico o mimos: Sirven la bebida al esposo, explican su comportamiento a sus jefes, inventan excusas, se aseguran de proveerles alimento y le prometen tratos especiales si deja de beber.
  - c) Ataque: Maltratan verbal y físicamente al dependiente, los dejan fuera de la casa y amenazan con abandonarlo.
  - d) Defensa de los intereses familiares o manejo constructivo. Controlan el gasto familiar dándole pequeñas cantidades de dinero al esposo, pagan cuentas, protegen y cuidan a la familia y alejan al alcohólico de los hijos.
  - e) Representación de papeles o manipulación: Amenazan con suicidio, se emborrachan intencionalmente con el esposo para demostrarle cómo se ve éste cuando se intoxica, intentan provocar sus celos y lo avergüenzan públicamente.
-

De estos patrones conductuales que ayudan a afrontar la situación de dependencia el abandono de la relación marital suele ser la más perjudicial, pues provoca que el alcohólico beba con mayor frecuencia y de forma autodestructiva. En ese sentido, es importante subrayar que la forma en que la pareja responde ante estas condiciones depende del grado de tensión que atraviesa por lo imprevisible de la situación, del agotamiento que le genera la angustia constante y de los momentos de crisis que ha vivido durante el tiempo que ha pasado con la pareja alcohólica. Aunado a lo anterior se presentan otras consecuencias en el ámbito personal, pues el cónyuge suele desarrollar ansiedad, temor, desdicha, autodesconfianza, autocensura, sentimientos encontrados hacia la pareja y una sensación de privación emocional y pérdida además de severos problemas económicos debido a que el dependiente ha perdido su empleo o cuando tiene trabajo percibe un sueldo inferior al que percibía antes de la dependencia. Debido a ello, el ingreso familiar se ve disminuido de forma importante (Steinglass, Benett, Wolin y Reiss, 1993).

Otro de los problemas asociados con frecuencia a la dependencia al alcohol es la violencia intrafamiliar. Aunque cabe mencionar que el alcohol no se encuentra necesariamente presente en todos los hechos violentos, existen algunos factores que asocian la violencia al alcoholismo como: el inicio temprano del consumo, conducta antisocial, estilos negativos de comunicación y fuertes creencias acerca de las influencias negativas del alcohol en el matrimonio (Guisa y Riquelme, 1999).

Las probabilidades de abuso físico a esposas e hijos se incrementan hasta cuatro veces en las personas alcohólicas comparadas con las que no lo son. Cabe destacar que la forma en que el alcohol se relaciona a la violencia doméstica puede no ser igual en todos los matrimonios, pues este hecho depende en gran medida de la cantidad de alcohol consumida por el ofensor, la personalidad y el sistema de creencias hacia la agresión u hostilidad que posee el individuo (Jung, 2001).

Por otra parte, la violencia doméstica se encuentra relacionada en gran medida a las dificultades que presenta la pareja en el ámbito sexual. Espinosa (1999), señala que debido a que el dependiente al alcohol, muestra disminución de la libido, inhabilidad de alcanzar o sostener una erección por un tiempo suficiente para tener un coito y alcanzar un orgasmo, las relaciones sexuales se ven notablemente afectadas. Este hecho, provoca sospechas

---

patológicas (celotipia) respecto a la fidelidad del compañero y en ocasiones se acompaña de grados tales de violencia que pueden representar un riesgo para la vida del cónyuge.

Además de las consecuencias familiares que conlleva la dependencia al alcohol, se hallan repercusiones comunitarias que generan un gran impacto en la sociedad. Enseguida se especifican tales repercusiones.

### ***1.5.3 Consecuencias comunitarias***

Las consecuencias comunitarias del alcoholismo pueden clasificarse en tres grandes bloques; conducta criminal, repercusiones económicas y de salud pública.

Respecto a la conducta criminal, se dice que al ser el consumo de bebidas alcohólicas un fenómeno caracterizado por un patrón de conducta ampliamente difundido y aceptado en algunos grupos sociales como un factor de integración, los actos asociales se presentan con mayor frecuencia: raptos, prostitución, crímenes violentos, asaltos, suicidios, etc. (Martí y Murcia, 1988; Narro, Meneses y Gutiérrez, 1994; De La Rosa, 1998).

En cuanto a las consecuencias para la economía nacional se sabe que la dependencia al alcohol, al menos en nuestro país, constituye un problema que produce un severo deterioro en los recursos monetarios, ya que recientemente se ha incorporado a los problemas de salud pública prioritarios. Con ello, el alcoholismo aumenta el gasto sanitario generado por los servicios sociales y de salud que deben destinarse al tratamiento y la rehabilitación de los dependientes al alcohol (Narro, Meneses y Gutiérrez, 1994).

Finalmente, en lo concerniente a la salud pública, la cirrosis hepática asociada a alcohol produce un gran impacto sobre los años de vida potencialmente perdidos: un indicador que considera que cuando ocurre una defunción antes de los años que se espera que viva un individuo, se pierde tiempo de vida potencial del mismo. El número de habitantes que mueren o son incapacitados a edades consideradas de alta productividad por causas estrechamente relacionadas con el consumo de alcohol, es elevado (Rosovsky, 1994).

En el presente capítulo se ha llevado a cabo una breve reseña histórica y se han presentado definiciones y modelos que pretenden proporcionar un minucioso acercamiento al tema de la dependencia al alcohol. En este abordaje, también se ha mostrado el curso que

---

---

sigue esta problemática así como las consecuencias que conlleva para el individuo, sus familiares y para la sociedad en general. Una vez estudiado este punto, se reitera que el objetivo de este trabajo es postular una estrategia de intervención desde la perspectiva de la Terapia racional emotivo-conductual y para ello es fundamental el conocimiento de los principios teóricos básicos de tal postura. Con la intención de cumplir dicha labor, el siguiente capítulo se encuentra destinado a tratar la conformación y fundamentos de la TREC, los objetivos que persigue, su estrategia de trabajo así como las técnicas que emplea.

---

## **CAPÍTULO 2**

# **LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL**

### **(TREC)**

Este capítulo se ha creado con la finalidad de conocer la historia de la Terapia racional emotivo-conductual así como para presentar los principales fundamentos teóricos, las técnicas y estrategias que respaldan la práctica de esta forma de terapia.

#### **2.1 Antecedentes históricos de la Terapia Racional Emotivo-Conductual.**

Albert Ellis, el creador de la Terapia racional emotivo-conductual (TREC), nació en Pittsburg en 1913. Obtuvo un doctorado en psicología clínica, y en 1947, empezó su entrenamiento en psicoanálisis, especializándose en el psicoanálisis clásico y en el psicoanálisis aplicado a la psicoterapia. Poco tiempo después, en 1950, descubrió que el tratamiento psicoanalítico era poco eficaz para resolver los problemas emocionales de los pacientes, y que a pesar de que éstos se veían beneficiados con este tipo de terapia su mejoría no se debía directamente al hecho de revivir acontecimientos pasados, sino a la adquisición de una nueva forma de pensar que les ayudaba a modificar sus comportamientos y sentimientos perturbadores (Ellis, 1999).

Debido a lo anterior, en 1955, Ellis creó una forma de terapia a la que denominó originalmente, terapia racional, la cual se vio ampliamente influida por teorías y prácticas con enfoques humanistas, existencialistas, emotivo-evocativos y holísticos. De entre dichas influencias destacan: el estoicismo, el positivismo lógico, la psicología y la semántica general. Del pensamiento filosófico de los estoicos (principalmente de Epicteto y Marco Aurelio), retoma la idea de que los seres humanos tienden de forma permanente y banal a crear su propio sufrimiento al interpretar disfuncionalmente los acontecimientos que ocurren a su alrededor, al mismo tiempo que son capaces de alcanzar la plenitud emocional y conductual con el sólo hecho de cambiar la forma de pensar acerca de dichos

acontecimientos, generando emociones fuertes pero congruentes con las experiencias activadoras (Ellis y Abrahms, 1989 y Carrasco, 1995).

Asimismo, la TREC se cimienta en los planteamientos aportados por la filosofía científica del positivismo lógico, que considera que la ciencia es flexible, antidogmática y rechaza el absolutismo, por lo que favorece la realidad empírica así como la búsqueda de datos ligados a la observación y sensación humana (Ellis, 1995).

De la psicología usa el concepto empleado por Horney sobre “la tiranía de los debería”; destaca la utilización de la enseñanza activo-directiva propuesta por Adler y, subraya la importancia del aprendizaje como una competencia inicialmente social que posteriormente es matizada por los procesos cognoscitivos de cada individuo.

Finalmente, la terapia racional se enriqueció al retomar de la semántica general, la idea de que el lenguaje influye de forma significativa en el pensamiento de los seres humanos (Ellis y Dryden, 1989).

Una vez que la terapia racional estuvo constituida, Ellis dictó su primera conferencia al respecto en la Asociación Psicológica Americana (APA) en 1956. Con este hecho, obtuvo cierta popularidad en el ámbito de las psicoterapias de reestructuración cognitiva y a finales de los 60, organizó una serie de talleres y terapias de grupo racionales que gozaron de gran aceptación entre la audiencia (Ellis, 1981)

Posteriormente, en 1961, el nombre de la Terapia racional fue sustituido por el de Terapia racional-emotiva (TRE). Ello respondió al hecho de que Ellis se percató de que existían pocos terapeutas dispuestos a trabajar desde un enfoque actitudinal para aliviar el sufrimiento y ayudar a sus clientes a superar sus perturbaciones emocionales. Además de prestar mayor importancia a tales perturbaciones, empezó a utilizar métodos más directivos que requerían menor tiempo y dinero (Ellis, Mc Inerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

Los mismos autores señalan que la constante utilización de esos métodos directivos, permitía proporcionar la ayuda necesaria para que los clientes desafiaran y combatieran sus creencias disfuncionales, irracionales y anti-empíricas, lo cual les permitía actuar en contra de ellas. Dado que de esta manera, la TRE se convirtió en una terapia orientada cognitiva, emotiva y conductualmente, en 1993, Ellis decidió cambiar su nombre a Terapia racional emotivo-conductual (TREC).

---

Por otra parte, con frecuencia se hace referencia a la Terapia racional-emotiva general y la Terapia racional-emotiva preferencial de forma indistinta. Ellis (1995), considera que existe una diferencia entre ambas ya que la primera es considerada un equivalente de la terapia cognitivo-conductual, mientras que la segunda constituye un tipo único de terapia cognitiva, claramente humanista y constructivista, que presta mayor atención al papel que desempeñan las cogniciones en las perturbaciones del ser humano.

En general, la aceptación que ha tenido la terapia creada por Ellis ha sido tal que se han creado Institutos de Terapia racional emotivo-conductual en Estados Unidos, Italia, Holanda, Alemania, Inglaterra y México. Así también, Ellis se dio a la tarea de escribir alrededor de 50 libros y 600 artículos profesionales y ha grabado alrededor de 100 cintas de audio y cintas de video de divulgación, relacionados con la Terapia racional emotivo-conductual, por lo que ésta, es considerada una de las escuelas de psicoterapia más difundida, integrativa y de mayor alcance (González, 1999).

Una vez especificados los antecedentes teóricos de esta terapia, se procederá a presentar los fundamentos teóricos que le dan sustento.

## **2.2 Fundamentos teóricos de la Terapia Racional Emotivo-Conductual.**

Ellis, Mc Inerney, Di Giuseppe y Yeager (1992), afirman que la experimentación de niveles inapropiados de emoción maximiza de manera significativa el sufrimiento, interfiere con las habilidades de una persona para desenvolverse, incrementa la perturbación ante los demás y obstaculiza el trabajo del cambio. Por ello, el objetivo principal de la Terapia racional emotivo-conductual es ayudar a los clientes a experimentar niveles apropiados de emoción, que les permitan maximizar el placer a largo plazo y minimizar el dolor innecesario, incrementando la auto-aceptación y la tolerancia a la frustración.

La posibilidad de alcanzar este objetivo de forma permanente es factible una vez que se proporciona a los individuos una serie de herramientas para crear un método de auto-observación y autovaloración que les permita alcanzar un estado mínimo de ansiedad u hostilidad (Ellis, 1980).

---

Lo anterior se debe a que las emociones y los sentimientos humanos no surgen incomprensiblemente pues con frecuencia, estos se desarrollan directamente de ideas, pensamientos, actitudes o creencias, que los individuos mantienen sobre los sucesos que ocurren a su alrededor (Ellis y Harper, 1962).

En este sentido, los mismos autores señalan que la emoción es un proceso vital que consiste en un estado afectivo introspectivamente dado, generalmente mediatizado por actos de interpretación. La premisa fundamental de la psicoterapia racional emotivo-conductual es que el pensamiento y la emoción no difieren sustancialmente. A pesar de que la emoción parece ser una clase de pensar semilógico, fijo, con prejuicio o intolerante, y el pensamiento una clase de discriminación relativamente tranquila, imparcial y reflexiva, ambos procesos se complementan en muchos aspectos.

Tal complementación se debe a que todo ser humano presenta cuatro procesos básicos: percepción, movimiento, pensamiento y emoción; que se interrelacionan integralmente de manera que cada uno de ellos influye en el otro. Si bien, todas las personas piensan y sienten, la forma en que se presenta tal interrelación depende de características individuales: algunos individuos tienden a *pensar* de forma predominante, mientras que otros preponderantemente *sienten* (González, 1999).

Al respecto, Ellis, Mc Inerney, Di Giuseppe y Yeager (1992), aseguran que todas las personas se enfrentan habitualmente a numerosos factores de estrés y a acontecimientos vitales difíciles y desafiantes en el curso de sus vidas cotidianas, pero el individuo predominantemente *pensante* se dejará influir con menor intensidad por sus experiencias previas, asumirá una mejor disposición para emplear toda la información que pueda reunir acerca de su situación actual y será mucho más flexible y propenso a realizar discriminaciones y a tomar decisiones en el momento presente; mientras que los individuos que tienen una tendencia más desarrollada a *sentir*, vincularán estos acontecimientos desagradables a reacciones emocionales de una manera intensa, negativa e inadecuada (ira, depresión, frustración, culpabilidad, ansiedad y vergüenza), sin considerar que los acontecimientos vitales negativos no son los causantes directos de sus reacciones emocionales pues normalmente éstas se encuentran precedidas por cogniciones.

Ordinariamente esta serie de cogniciones que se manifiestan bajo la forma de creencias irracionales y *deberías* (absolutismos), se gestan porque las personas están

---

biológicamente predispuestas a construirlas de un modo poderoso, apasionado y rígido. Pero posteriormente, los individuos tienden a mantenerlas porque se habitúan a sus pensamientos, sentimientos y acciones problemáticos y los repiten una y otra vez de manera automática debido a que poseen innatamente la tendencia a maldecirse y deificarse (Ellis, 1999).

Debido a lo anterior, la Terapia racional emotivo-conductual se opone a la rigidez, a la asunción de una perspectiva única sobre las cosas y defiende una apertura a la aprobación y apoyo, una búsqueda de alternativas, una perspectiva anti-dogmas y una mayor flexibilidad, pues reconoce que aun cuando los individuos se perturben a sí mismos tienen en sí la tendencia y la habilidad para reconstruir los caminos auto-derrotistas que previamente construyeron, pero para ello es necesario conocer los conceptos más comúnmente empleados.

### ***2.2.1 Conceptos básicos.***

Con relación a la imagen humana, la TREC sostiene que todos los seres humanos nacen con una serie de predisposiciones biológicas, como la tendencia a mantener relaciones sexo-amor y a vivir en un grupo familiar; así como con una predisposición a aprender con facilidad las tradiciones y costumbres de las personas con quienes viven. De la filosofía humanista-existencialista rescata la idea de que los seres humanos son falibles por naturaleza, es decir, que tienen una tendencia a cometer errores y a derrotarse a sí mismos en la persecución de sus metas y objetivos básicos (González, 1999).

Al respecto Ellis (1999), afirma que independientemente de la influencia hereditaria, el hecho de que las personas vivan inmersas en un contexto tanto físico como social, a menudo les motiva a perseguir metas o propósitos como: permanecer vivos, disfrutar de la vida, mantener relaciones de intimidad, crear y llevar a cabo objetivos, pero con frecuencia, al perseguir estas metas se encuentran con adversidades o acontecimientos activadores, pues éstos normalmente están presentes en hechos corrientes o bien forman parte de los pensamientos, sentimientos o conductas de los individuos.

Generalmente, las personas tienden a buscar y a responder ante esos activadores a causa de: a) predisposiciones biológicas o genéticas b) su historia constitucional, c) su

---

aprendizaje anterior interpersonal y social, y d) sus patrones de hábitos predispuestos de forma innata, o adquiridos (Ellis, 1988).

Tales factores, se encuentran intrínsecamente relacionados con la forma en que percibimos los hechos, ya que interactúan con la evaluación cognitiva, emocional y conductual que hace cada sujeto de los acontecimientos. Es decir, la forma en que el individuo interpreta su ambiente y circunstancias así como las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otros y sobre el mundo, depende de esos factores individuales. Dependiendo del tipo de creencia que se genere ante los acontecimientos activadores, los seres humanos pueden experimentar una consecuencia saludable y útil o sentir una consecuencia destructiva o no saludable. Es por ello que la TREC realiza una distinción entre aquellas creencias que resultan favorables y aquellas que son destructivas. Las primeras son llamadas racionales mientras que las segundas se denominan irracionales, ambas son definidas a continuación (Carrasco, 1995).

Las creencias racionales (rB) son los pensamientos, cogniciones, ideas y filosofías que conducen a sentimientos y comportamientos de auto-ayuda y que normalmente se basan en datos o evidencia empírica, pues están fundamentados en la realidad y son verificables. Se expresan como deseos, esperanzas y preferencias y son condicionales, se manifiestan cuando los seres humanos valoran algo de forma relativa y lo evalúan como adaptable, experimentando emociones apropiadas de placer o disgusto (Ellis y Abrahms, 1989 y Ellis, Mc Inerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

Las creencias irracionales (iB), son cuestiones de significación personal que se afirman en términos no adaptables en absoluto con respecto a los hechos. Comúnmente son acompañadas por emociones como depresión, cólera y culpabilidad. Estas expresiones de emociones perjudiciales, que se presentan con valoraciones exageradas y absolutistas, carecen de evidencia empírica de apoyo o están en contradicción con los datos existentes. Son inadecuadas en la medida en que dificultan, sabotean y bloquean el logro de los objetivos personales a la vez que contribuyen a la aparición de comportamientos perjudiciales que mantienen o intensifican los problemas (Ellis, 1988).

Por lo regular, las personas que tienen ideas irracionales las mantienen dogmáticamente (aunque sean inventadas por ellas mismas) y usualmente son las que muestran perturbaciones cognitivas, emocionales y conductuales. Las ideas irracionales

---

fundamentales se engloban en tres nociones básicas en las que los individuos hacen peticiones de carácter absoluto a sí mismos, a otros o al mundo: 1) Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar; 2) Tú debes actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo y 3) Las condiciones de mi vida deben ser buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad (Carrasco, 1995).

Esta filosofía personal de exigencias absolutas y dogmáticas, genera tensión emocional que da lugar a dos tipos de perturbaciones psicológicas fundamentales: a) la ansiedad del yo, que se produce cuando una persona se condena a sí misma por no satisfacer las peticiones absolutas que se auto-impone, impone a otros o al mundo y b) la ansiedad perturbadora que tiene lugar cuando no se satisfacen peticiones dogmáticas que crean bienestar y condiciones de vida cómoda, estas demandas se dirigen a sí mismos, a otros o al mundo. Cada tipo de ansiedad va acompañada de ideas irracionales diferentes: el primer tipo conlleva creencias relacionadas con incompetencia o descalificación personal, mientras que el segundo se relaciona con la no-aceptación del malestar como emoción humana o con la calificación de las emociones negativas como malas (Ellis y Dryden, 1989). Entre las distorsiones cognitivas o creencias irracionales más comunes se encuentran:

a) **Apremio de la exigencia.** Son afirmaciones totalmente exigentes, donde las demandas son requerimientos generalizados, rígidos y absolutistas que no dejan lugar o aceptan los fallos humanos. Los seres humanos dirigen estas demandas a sí mismos, a los demás, al futuro y a los acontecimientos. Se expresan como: “debe de...”, “tiene que...”, “ha de...”, “debería...”, “tendría”, “necesito”, “requiero”, “ordeno”, etc. Al hacer esto, los individuos están intentando dictar el funcionamiento del mundo. De esta creencia, se derivan las cuatro siguientes.

b) **Catastrofismo o creencias de desolación tremendistas.** Se refiere al proceso de resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, evaluando los acontecimientos como terribles o catastróficos. De esta forma están magnificando o exagerando la maldad del acontecimiento y atribuyéndole cierto carácter mágico. Pese a ello, se debe considerar que la palabra

---

terrible implica que el acontecimiento no puede ser peor de lo que es aunque, de hecho, sí pueda serlo.

c) Baja tolerancia a la frustración. También denominada depresión o ansiedad por el malestar, se refiere a la creencia de las personas respecto a que no pueden soportar el malestar a la frustración, que nunca podrán experimentar felicidad, bajo ninguna condición cuando un acontecimiento que no debe ocurrir ocurre o amenaza con ocurrir, exageran lo insoportable de la situación. Sin embargo, evaluar que las cosas son demasiado difíciles como para poder solucionarlas implica que es imposible resolverlas, lo cual es poco realista y no verificable.

d) Evaluaciones del yo y de los otros o creencias de denigración. Representa la tendencia humana a clasificarse a uno mismo o a otros como inútiles, si no hacen algo que deberían hacer. Tienden a condenar a las personas o al mundo en general, si no proporcionan al individuo lo que este cree que merece. Pese a ello, la valía como persona no es contingente con la valoración de sus comportamientos, pues de ser así la valía disminuiría e incrementaría con cada logro y fracaso, lo cual resulta absurdo y en consecuencia debilita ese argumento. Cuando se insiste en la necesidad absoluta de tener que hacer las cosas bien, normalmente se consigue que el individuo se sienta infravalorado cuando no logra alcanzar absolutamente todo lo que debía.

e) Generalizaciones sobre el futuro. Se refiere a la insistencia o exigencia por tener o poseer algo, que muestra el individuo. Además, dichas demandas son perfeccionistas. La reacción y la forma de actuar ante este tipo de creencias, por lo general son automáticas, debido a que sólo se basan en información parcial o distorsionada producida por verbalizaciones internas que se encuentran incompletas. Habitualmente se presentan como suposiciones, valores o expectativas de las que la persona no se percata, es decir, las sostiene pero sin decírselas a sí misma o a otros, por lo que se conocen como “oraciones no expresadas” (Ellis y Harper, 1962).

Además, las creencias irracionales y distorsiones cognitivas suelen ser falsas o no realistas; contradicen la realidad social del sujeto y parten de un esquema ilógico de pensamiento. En cuanto a la falsedad, la TREC propone que la realidad objetiva no existe como tal porque no es del todo verificable, pues siempre es percibida por seres humanos

---

falibles y limitados. Respecto a la contradicción de la realidad social, esta terapia afirma que la misma no es inmutable ya que existe por consenso y demuestra que no hay razón por la que el individuo siempre tenga que hacer las cosas absolutamente bien, sin importar lo deseable que sea conseguirlo. Finalmente, en lo referente al esquema ilógico de pensamiento, la TREC afirma que las presuposiciones de las que parte la creencia irracional son incorrectas, de manera que aunque se llegue a una conclusión “lógica” no se tiene que seguir necesariamente, porque puede ser falsa o no corresponderse con los hechos (Ellis, 1999).

En conclusión, esta forma de terapia, favorece el uso del realismo por lo que su objetivo no es que los clientes se sientan felices o totalmente despreocupados cuando ocurran acontecimientos negativos en sus vidas. Pero sí busca que sientan emociones menos disruptivas (perturbados en lugar de enfadados, tristes en lugar de deprimidos, preocupados en lugar de ansiosos y responsables en lugar de culpables) y les ayuda a desenvolverse mejor. Para lograrlo, utiliza planteamientos emotivos y conductuales de las creencias irracionales, sin deificar el empirismo y la lógica. Así mismo, enfatiza el hecho de que los individuos son responsables de su salud psicológica, por lo que destaca la asignación de tareas para casa, como una forma de promover el cambio (Ellis, Mc Inerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

Elementalmente, la metodología de trabajo de la TREC se encuentra sustentada en un modelo básico que explica de forma abreviada la teoría general. Este modelo es conocido como el A-B-C-D-E.

### **2.3 El modelo A-B-C-D-E.**

Ellis, creó una forma de esquematizar los fundamentos de su teoría con la finalidad de proporcionar una explicación de la interrelación entre sucesos, creencias y consecuencias, así como para ofrecer una base fácil de comprender para subrayar la contribución de las creencias y poder explicar a sus clientes el proceso de sus perturbaciones emocionales. A partir, de ello, surge el modelo A-B-C: donde A representa los acontecimientos activadores o desencadenantes; B el sistema de creencias que las personas tienen respecto a ese acontecimiento; C denota las respuestas emocionales y

---

conductuales derivadas de las creencias; D se refiere al debate o disputa de las creencias y E constituye la consecución de un nuevo efecto o filosofía de vida (Ellis, 1981; Ellis y Abrahms, 1989 y Ellis y Dryden, 1989, Ellis, 1999).

Los acontecimientos activadores (A) se refieren a hechos, experiencias, actividades o agentes presentes, con los que la gente tiene problemas.

Las creencias (B) son pensamientos, cogniciones o ideas que el individuo genera acerca de los acontecimientos activadores. Estas creencias se crean a partir de los valores, educación, historia constitutiva, etc. Pueden ser de dos tipos: racionales, que están ligadas a sentimientos y conductas de auto-ayuda (rB) o irracionales, vinculadas a conductas y sentimientos auto-destructivos (iB)

Las consecuencias (C) consisten en la alteración emocional (ansiedad, depresión, hostilidad) y conductual (dejar de hacer algunas cosas que favorecerían al individuo o hacer cosas que le perjudicarían) provocada por las creencias acerca de los acontecimientos activadores.

En términos generales, la TREC mantiene que los individuos tienen innumerables creencias, cogniciones, pensamientos o ideas sobre los hechos activantes que tienden a ejercer fuertes influencias sobre las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales. En este sentido, el modelo ABC-D-E está diseñado para demostrar de forma gráfica, que las personas experimentan sucesos indeseables, que tienen creencias racionales e irracionales y que crean consecuencias a nivel conductual y emocional apropiadas a sus creencias racionales u ocasionan consecuencias inapropiadas o disfuncionales de acuerdo con sus creencias irracionales. Aunque a menudo, el acontecimiento (A) aparece como causa directa o como contribución a las consecuencias (C), esto raramente es así, porque las creencias (B) normalmente sirven como importantes mediadores entre acontecimientos (A) y consecuencias (C). Por lo tanto causan o crean C de forma más directa (Ellis, 1995).

Además, cabe señalar, que los hechos activantes no existen nunca en un estado puro o monolítico sino que interactúan o incluyen parcialmente las creencias y consecuencias. Así, la gente nunca experimenta un acontecimiento (A) sin presentar (B) creencias y consecuencias (C). Con la finalidad de poner a prueba la hipótesis de que A causa C, Ellis, Mc Inerney, Di Giuseppe y Yeager (1992), proponen someterla a los siguientes exámenes:

---

Examen 1: Si es una ley del universo que un acontecimiento activador causa directamente una emoción, tendría que causar esa misma emoción en todo el mundo. Sin embargo, es probable que diferentes personas experimenten sentimientos diferentes en situaciones idénticas. Esto se debe a que las emociones nacen principalmente de sus pensamientos y creencias y no del acontecimiento mismo, por ello, las personas pueden responder con sentimientos diferentes ante un mismo acontecimiento. A contribuye pero no causa C.

Examen 2: La conexión entre pensamientos y sentimientos se ve también clarificada al analizar las emociones de un mismo individuo. Los cambios en las emociones de un individuo son claramente una función de los cambios experimentados en lo que se dice a sí mismo, ya que con el paso del tiempo los individuos cambian su forma de pensar respecto a un acontecimiento. Aunque el acontecimiento activador no haya cambiado, al modificar la forma de pensar sobre él, los individuos modifican sus emociones. La forma de sentir depende de cómo los individuos han decidido considerar consciente o inconscientemente el problema.

Ahora bien, las creencias (B) suelen tomar formas muy diferentes, algunas de ellas corresponden a las creencias racionales y otras a las irracionales. Todas ellas son objeto de interés para la TREC y Ellis (1988), las clasifica de la siguiente manera:

- 1) Observaciones, percepciones y descripciones no evaluativas (cogniciones frías), no van más allá de los datos de los que se dispone y no tienen una relación directa con los objetivos.
  - 2) Evaluaciones, inferencias y atribuciones preferenciales positivas y negativas (cogniciones cálidas), se refieren a lo que la persona evalúa como positivo o negativo de una forma apropiada y correspondiente con la realidad.
  - 3) Evaluaciones, inferencias y atribuciones absolutistas positivas y negativas (cogniciones calientes; creencias irracionales), son dogmáticas y absolutistas, se refieren a lo que el individuo evalúa como positivo o negativo de una forma exigente y devota.
  - 4) Otros derivados cognitivos comunes de las evaluaciones negativas absolutistas (creencias irracionales adicionales) que se refieren a errores lógicos e inferencias poco realistas.
-

Como se mencionó con antelación, con frecuencia las personas aprenden de sus padres, maestros u otras personas, a hacer evaluaciones absolutistas, inferencias y conclusiones irracionales que posteriormente retienen rígidamente porque nacen con una fuerte tendencia a pensar irracionalmente. Independientemente de la razón por la que aprenden estas distorsiones cognitivas, las personas aportan en buena medida sus creencias sesgadas (iB) a los acontecimientos activadores (A) y los prejuzgan o experimentan de acuerdo a estas creencias (Ellis, 1988).

A diferencia de estas personas que realizan distorsiones cognitivas, las personas sanas en el aspecto psicológico, poseen una filosofía relativista que reconoce que los seres humanos tienen una gran variedad de preferencias, deseos y anhelos. Debido a ello, es posible que un ser humano experimente emociones negativas apropiadas que tienen una motivación constructiva, pues ayudan a superar los obstáculos para conseguir metas y a adaptarse de forma positiva a las situaciones en general. Ellis y Dryden (1989), señalan que la filosofía del deseo o de evaluaciones, inferencias y atribuciones preferenciales positivas y negativas, tiene tres derivaciones:

1) Evaluar o analizar lo negativo vs. creencias de desolación o tremendistas: Cuando una persona no consigue lo que quiere reconoce la parte negativa al evaluarla en un continuo que va del 0 al 100%, sin caer en una valoración irreal (101%).

2) Tolerancia vs. inquietud debido a la incomodidad: La persona reconoce que ha sucedido un acontecimiento no deseable sabiendo que era posible que ocurriera. Sitúa el acontecimiento en un continuo de valoración y procura cambiar el acontecimiento indeseable o aceptar la realidad.

3) Aceptación vs. creencias de denigración: El individuo acepta que tanto él mismo como los demás pueden fallar, que los seres humanos tienen limitaciones, se aceptan las condiciones de la vida tal y como son. Reconoce que el mundo es complejo y funciona con leyes que a menudo escapan de su control, sin embargo, la aceptación no implica resignación. Asume que todo lo que existe debe existir pero que no tiene que existir para siempre, por lo que puede hacer intentos para cambiar la realidad.

---

Una vez conocidos los conceptos básicos y los elementos sustanciales de esta forma de terapia, se presentará a continuación el procedimiento general empleado por la TREC, destacando que éste puede modificarse para responder a las necesidades individuales del cliente.

#### **2.4 Procedimiento básico de la Terapia Racional Emotivo-Conductual.**

Ellis (1981; 1999), afirma que el procedimiento básico de la Terapia racional emotivo-conductual enseña a los clientes clara y concretamente tres clases de *insights*:

1) Cuando comprenden que los acontecimientos activadores que son vistos como adversos o desagradables, contribuyen en gran medida a desarrollar consecuencias neuróticas, pero aceptan que ello no implica que sean las únicas causas. Probablemente la causa principal sean las creencias absolutistas e imperativas que la gente tiene sobre los acontecimientos activadores (A). Debido a que por lo general, el sistema de creencias es más susceptible de cambio que el acontecimiento activador, es interesante trabajar con ellas y discutir las hasta que la persona logre construir un nuevo efecto o filosofía de vida.

2) Se produce cuando los clientes se dan cuenta que su conducta neurótica presente tiene causas anteriores y comprenden que la razón por la cual las causas originales de su perturbación les trastornan y les perturban en la actualidad es porque todavía creen en las ideas o creencias irracionales originales, adquiridas anteriormente y que continúan repitiéndose interminablemente. Además, aceptan que sus conductas, pensamientos y sentimientos del pasado, no tienen que permanecer actualmente, que las personas están constantemente modificando y reconstruyendo activamente su sistema de creencias construyendo o reconstruyendo pensamientos distorsionantes o creencias fuertemente intensas sobre algo en concreto y lo hacen de forma persistente, generalizada y convincente

3) Generalmente, resulta sencillo y fácil descubrir las creencias irracionales específicas que acompañan a la conducta neurótica y casi siempre es posible discutir las y cambiarlas por creencias preferenciales más funcionales. No obstante, para hacerlo, es necesario que el cliente reconozca plenamente que no existe otro medio para superar su

---

trastorno emocional que la observación continua, el cuestionamiento y el debate de su propio sistema de creencias, su trabajo perseverante y enérgico así como de paciencia y puesta en práctica para cambiar sus propias suposiciones filosóficas irracionales por medio de una activa contra-propaganda verbal y motora.

A groso modo, el procedimiento terapéutico de la terapia racional emotiva consta de cuatro grandes fases, que tienen que ser adaptadas a las características y necesidades individuales del cliente (Carrasco, 1995).

#### ***2.4.1 Explicación del esquema A-B-C-D-E***

Antes de explicar el esquema al paciente es necesario conocer la naturaleza y dinámica de sus problemas. Para ello, se lleva a cabo una entrevista de evaluación, que permita determinar el tipo de problema y las creencias irracionales que posee el cliente (ver anexos 1 y 2).

Los problemas se consideran de dos tipos: externos son los que dependen de situaciones ambientales y dentro de ellos se encuentran preocupaciones profesionales, problemas específicos de la vida y dificultades de relación. Los problemas internos se refieren a los síntomas que presenta el cliente (perturbaciones emocionales y conductas desadaptadas como depresión, ansiedad, culpa, etc.) Este tipo de problemas son generados por acontecimientos activadores o problemas externos y en el esquema se denominan consecuencias.

Cabe aclarar que en el esquema A-B-C-D-E, los problemas externos, no pueden ser considerados problemas psicopatológicos a menos que vayan acompañados de problemas emocionales.

Durante la evaluación, es común encontrar problemas secundarios que se solapan con los problemas primarios. Esto se debe a que cuando el paciente se percata de que tiene un problema “primario”, suele responder al mismo desarrollando un síntoma “secundario” que finalmente será el que mantenga la alteración emocional, por ejemplo: ansiedad por la ansiedad.

---

Un objetivo importante durante este proceso es que el terapeuta distinga los síntomas primarios de los secundarios, analizando primero el problema secundario para más tarde centrarse en el primario. Durante la fase de evaluación, el terapeuta conocerá los problemas y podrá identificarlos en primarios o secundarios, internos o externos, además detectará qué creencias irracionales acompañan y causan los problemas emocionales que el cliente padece. Entonces, los colocará mentalmente bajo la óptica del ABC-D-E.

A través del modelo A-B-C-D-E, explicará a los clientes es el proceso de las alteraciones emocionales y conductuales. Así A (acontecimiento activador) puede ser alguna experiencia de la vida real del individuo, B constituirá los pensamientos irracionales que la experiencia anterior suscita y C se referirá a las consecuencias que se corresponderán con el malestar conductual o emocional (Ellis, 1988).

Una vez categorizados los problemas en términos del esquema A-B-C-D-E, se explica al cliente el método que se va a seguir en la terapia. Se expone con claridad, que primero se trabajarán las creencias irracionales que generan los problemas emocionales y de conducta que presenta hasta que vaya adquiriendo creencias más racionales.

En caso de existir problemas secundarios, primero se trabajará sobre las creencias irracionales que mantienen dichos problemas, para posteriormente enfrentar las creencias que sostienen los síntomas primarios. Para que los comportamientos aprendidos por el cliente puedan ser realizados de forma eficaz, es conveniente que posea un mínimo control sobre sus emociones.

Una vez que los problemas emotivo-conductuales estén resueltos, se centrará en los problemas ambientales o externos, ayudando a cambiar los acontecimientos activadores mediante la enseñanza de competencias y habilidades específicas. Con estas nuevas competencias, los individuos pueden intentar modificar sus situaciones vitales. Sin embargo, esto conlleva dos problemas: 1) el acontecimiento activador puede no ser modificable y 2) las emociones perturbadas del cliente pueden interferir con la implementación eficaz de lo que han aprendido.

El terapeuta considerará que un paciente ha aceptado como propios los principios teóricos de la Terapia racional emotivo-conductual cuando asuma que: 1) sus creencias tienen un papel fundamental en sus problemas emocionales y conductuales; 2) a pesar de que sus ideas irracionales hayan sido aprendidas en experiencias tempranas desagradables,

---

la causa de su problemática actual no es la experiencia anteriormente vivida, sino que en la actualidad sigue utilizando esas mismas ideas irracionales a la hora de interpretar los acontecimientos de su entorno; 3) para superar sus problemas no existe otro método que el de observar, cuestionar y debatir persistentemente las creencias irracionales y, 4) puede aceptarse a sí mismo aunque se haya creado y siga manteniendo todos sus problemas emocionales.

#### ***2.4.2 Detección de las ideas irracionales.***

La irracionalidad se refiere a cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes, auto-destructivas y que interfieren en la supervivencia y felicidad del organismo. Principalmente, se consideran sus sentimientos negativos saludables o de autoayuda (pesar, decepción, frustración o enfado) ante las adversidades y luego se va más allá de ellos para descubrir por fin sus sentimientos inapropiados. Para identificar las ideas irracionales que subyacen a la perturbación emocional, es necesario buscar las afirmaciones imperativas y exigentes que el paciente se hace a sí mismo (internos) cuando quiere, debe, necesita o desea de forma absoluta e imprescindible (Carrasco, 1995).

Sin embargo, cuando el pensamiento inapropiado no se expresa fácilmente, el terapeuta asumirá de forma probabilística que el paciente está sintiendo algo más. Así que si no revela más de sí mismo de forma espontánea, el terapeuta cuestionará de forma directa sobre sus otros sentimientos, más extremos y perturbados (Ellis, 1999).

Así mismo, las creencias irracionales nacen de la tendencia a ver el mundo algo deformado y a hacer afirmaciones antiempíricas acerca de lo que ha ocurrido o probablemente ocurrirá. Estas afirmaciones que tienen poca validez porque constituyen sobregeneralizaciones extraídas de datos que se observan y que distorsionan la realidad.

Una vez encontradas las exigencias internas, se está en condiciones de buscar el pensamiento irracional que, de acuerdo a Ellis (1981), puede presentarse en cuatro formas: 1) pensar que alguien o algo debería, sería necesario o tiene que ser distinto de lo que es; 2) calificar de horrendo, terrible u horroroso; 3) pensar que no es posible sufrir, soportar o tolerar algo y afirmar que no debería haber sucedido así y 4) afirmar que el que comete

---

errores merece reprobación y puede calificársele de canalla o despreciable. Habitualmente todo sentimiento perturbado está estrechamente relacionado con alguna de estas creencias irracionales, aunque generalmente los individuos tienden a presentar más de dos. Con la finalidad de detectar estos pensamientos irracionales, se utiliza el Formulario de Autoayuda de la TREC (ver anexo 3).

#### ***2.4.3 Debate, distinción y discusión de las ideas irracionales.***

Cuando se han puesto de manifiesto las creencias irracionales que mantienen el trastorno se procede a eliminarlas, a través de la discusión. El terapeuta ayuda de manera persistente y observadora a su anulación.

El método empleado para debatir es el lógico-empírico y socrático, esto es, cuestionar, poner en tela de juicio y debatir científicamente las creencias irracionales para lograr que el individuo las reconozca, las examine y finalmente las abandone. Para lograr este objetivo, es necesario utilizar preguntas que susciten el debate. El objetivo principal del debate es el de distinguir y hallar diferencias claras entre lo que se quiere y lo que se necesita; los deseos y las exigencias; las ideas irracionales y racionales; los resultados indeseables de los insoportables y los inconvenientes de los horrores (Ellis, 1999).

El debate, concluye con la redefinición semántica de las creencias irracionales, lo cual evita las sobregeneralizaciones y ayuda a mantener al individuo más cerca de la realidad. Con este procedimiento se pretende que el cliente aprenda una base de conocimiento racional que le permita debatir consigo mismo sus creencias irracionales y elegir creencias más racionales. En ocasiones, las personas manifiestan miedos y resistencias a dejar de pensar como lo hacen habitualmente debido al temor de perder la identidad propia por asumir nuevas ideas, volverse frío en el aspecto emocional, ser mediocre por abandonar las ideas de perfeccionismo, perder las gratificaciones que se están obteniendo por su forma de pensar y actuar esencialmente patológica, etc. Debido a ello, el terapeuta debe mostrarse cognitivo-persuasivo y debatir firmemente todas y cada una de las ideas irracionales que mantienen los temores del paciente con la finalidad de conseguir una nueva filosofía de vida (Ellis, 1988).

---

#### ***2.4.4 Consecución de un nuevo efecto o filosofía.***

De acuerdo a Ellis y Dryden (1989), el resultado final de la Terapia racional emotivo-conductual es conseguir un nuevo efecto o filosofía que permita a los individuos pensar de un modo casi automático de forma más lógica sobre uno mismo, los demás y el mundo. Esta es la fase final del proceso debido a que la consecución de nuevas ideas o filosofías y obrar de acuerdo con ellas automáticamente, permite que el sujeto llegue a desarrollar un efecto emotivo o conductual nuevo. Para conseguir que se arraiguen de manera permanente y estable las nuevas creencias racionales el terapeuta anima al cliente a que encuentre por sí mismo formas para convencerse de la validez y del valor pragmático de lo que ha aprendido.

En esta fase se trabaja con el fortalecimiento del hábito. Para conseguirlo, el cliente debe trabajar permanentemente en interiorizar las nuevas creencias, con los procedimientos conductuales, cognitivos y emocionales que se utilizaron en el proceso terapéutico, así como realizar tareas de enfrentamiento a acontecimientos activadores. A través de estas tareas, se pretende que el cliente tenga el mayor número posible de contactos con acontecimientos activadores que suscitan ideas irracionales para que las pueda detectar y darse cuenta de las consecuencias que les acompañan. Esto permite al cliente debatir esas creencias y fomentar las ideas racionales aprendidas durante las sesiones, así como observar las consecuencias emocionales que estas nuevas ideas racionales traen consigo.

Habitualmente, el procedimiento de la TREC se encuentra sustentado en un conjunto de técnicas que se subdividen en tres grandes rubros: cognitivas, conductuales y emocionales. Cada una de ellas persigue un fin específico y reporta resultados a corto y largo plazo. Las siguientes, son las técnicas usadas con mayor frecuencia en la práctica de la TREC.

#### **2.5 Técnicas empleadas en la práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual.**

Para cumplir con sus principales objetivos, la Terapia racional emotivo-conductual, emplea una serie de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales. Sin embargo, esta forma

---

de terapia hace hincapié en la elección de técnicas adecuadas para cada individuo, dependiendo de sus características específicas y de la problemática que presente.

### 2.5.1 Técnicas cognitivas.

Debido a que los seres humanos no pueden dejar de pensar, el papel que la cognición o el filosofar desempeñan en un proceso de cambio terapéutico es innegable. González (1999), señala que entre las principales técnicas cognitivas, se encuentran:

a) *Refutación de creencias irracionales*: Consta de tres categorías de refutación a saber, 1) Detección, que consiste en buscar las creencias irracionales, particularmente *debeísmos* que conducen a conductas y emociones auto-castigadoras; 2) Refutación, donde se realizan una serie de preguntas hasta que el paciente descubre la falsedad de estas creencias y 3) Discriminación, que consiste en distinguir con claridad los valores no absolutos, preferencias, gustos y deseos de los valores absolutistas, necesidades, demandas e imperativos (ver anexos 4 y 5).

b) *Sugestión y autosugestión*: Los seres humanos tienden a creer lo que desean creer, en lugar de confiar en la verdad apoyada de manera empírica. Debido a que casi toda sugestión es eficaz (en gran parte porque las personas las convierten en autosugestión al aceptar en forma activa lo que alguna autoridad les ha dicho que es verdad), el terapeuta puede de forma autoritaria y a veces casi dogmática utilizar la sugestión para que sus pacientes cambien su pensamiento negativo una vez que les haya demostrado cómo reemplazarlo por un pensamiento positivo. Esta técnica se utiliza con personas cuya capacidad para responder a formas más apropiadas de Terapia racional emotivo-conductual es limitada. Sin embargo, esta técnica no induce cambios fundamentales en las filosofías de auto-menosprecio y de autocompasión.

c) *Interpretación de defensas*: Los humanos tienden a ponerse a la defensiva y a recurrir a diversos mecanismos de escape: como la racionalización, evitación, olvido y mentira, lo que les impide reconocer sus síntomas. La alternativa para sobreponerse a los síntomas comienza con un proceso contra los *debeísmos* (término acuñado por Ellis para referirse a las exigencias expresadas como debo, deben, etc.) para mostrarle al individuo

---

que aunque cometió errores y se frustró, puede aceptarse a sí mismo con su conducta a pesar de lo inadecuado, incompetente o vergonzoso que sea su comportamiento. Esto se encuentra sustentado en la idea de la aceptación incondicional, según la cual, los actos de un individuo no lo califican como persona.

d) *Presentación de elecciones y acciones alternativas* El trastorno humano tiene sólidos componentes biológicos, sin embargo, posee un amplio grado de elección o albedrío y puede determinar, en parte y con práctica, cómo siente y actúa. Esta técnica les muestra a los clientes que tienen muchas más alternativas de las que creen, ya que tienden a pensar que sus elecciones son limitadas. Es posible que los pacientes tengan muchas más potencialidades y capacidades de las que están utilizando, pero al encontrarse atrapados en el conflicto, sólo se dedican a pensar en pocas soluciones o en ninguna. Mediante esta técnica se les hace comprender que los seres humanos sanos, psicológica y emocionalmente, deciden su propio destino, pues tienen capacidades de reconsiderar y elegir de nuevo.

e) *Precisión semántica.* Con frecuencia el pensamiento humano se ve distorsionado parcialmente a causa de las imprecisiones del lenguaje, es decir, del empleo de un lenguaje inexacto. Debido a ello, se ayuda a modificar las formas de expresión del pensamiento, que son imprecisas, exageradas y demasiado generalizadas.

f) Finalmente, entre las técnicas cognitivas más recurridas, encontramos la biblioterapia, en donde el terapeuta asigna material de lectura y audio (escuchar casetes) con fundamentos de la Terapia Racional Emotivo-Conductual. Así mismo, se le pide que explique los fundamentos de la terapia con otras personas, aplicando las habilidades y conocimientos que ha adquirido.

### **2.5.2 Técnicas emotivas.**

Ellis (1999), afirma que la mayoría de los clientes se afierran a sus creencias irracionales y se engancha a ellas de una forma provocadoramente emotiva. Por ello, se utilizan una serie de técnicas evocadoras de emoción, principalmente con aquellos clientes que se resisten a considerar algún tema enérgicamente o que parece que lo hacen de una forma poco comprometida.

---

a) *Imaginación racional-emotiva*: Es una técnica creada en 1971 y se realiza haciendo que los clientes imaginen con gran viveza la ocurrencia de un acontecimiento activador que los anime a reaccionar con un sentimiento o conducta intensa y alterada (ansiedad, pánico, depresión). Una vez que han imaginado el suceso, se les pregunta en qué consiste la emoción, se les hace entrar realmente en contacto con ella y que la experimenten plenamente. Posteriormente, se les enseña a mantener la misma imagen, pero pidiéndoles que cambien el sentimiento que les provoca por otro sentimiento negativo pero más saludable. Una vez que el cliente manifiesta que lo ha cambiado, se le pregunta lo que hizo para cambiarlo. Su respuesta permitirá ver si realmente ha cambiado el sentimiento no saludable hacia otro más sano y apropiado. Ellis y Abrahms (1989), señalan que esta técnica puede emplearse no sólo para ayudar a vencer los trastornos reales, sino que también es útil en la superación de trastornos potenciales.

b) *Ejercicios de ataque a la vergüenza*. La vergüenza se encuentra en el fondo de la cuestión referente a los trastornos emocionales. Esto se debe a que las personas tienden a criticarse por sus actos cuando hacen algo que consideran vergonzoso y a sentir pesar e incomodidad. A pesar de que la vergüenza dirigida a sí mismo ayuda a que el individuo se socialice, protegiéndolo de los actos antisociales, debido a la tendencia humana a sobregeneralizar, los individuos no sólo valoran sus actos o deseos sino que también se evalúan a sí mismos. El ejercicio de ataque a la vergüenza fue creado en 1968 y consiste en enseñar a las personas a hacer algo vergonzoso, sintiéndose apesadumbrados por lo que hicieron y preparándolos para recibir la desaprobación de los demás, pero entrenándolos también para no tomarlo como un ataque hacia su persona o para no sentirse humillados con respecto a su personalidad. El cliente tiene que pensar en algo que sea vergonzoso, pero que no lo hiera, lastime o que represente la posibilidad de recibir un castigo real. Algo que prácticamente todos considerarían vergonzoso pero que no le cause problemas.

c) *Utilización del humor*: La Terapia racional emotivo-conductual asume que las personas deberían tomar las cosas en serio, pero no demasiado. Anima a los clientes a esclarecer el hecho de que sus principales problemas no son más que exageraciones de la realidad y que resultan divertidos. Logra esto mediante el uso de un lenguaje fuerte, metáforas, fábulas, canciones e historias.

---

d) *Aceptación incondicional de uno mismo.* El terapeuta racional muestra y siente una aceptación incondicional por sus clientes, lo cual demuestra a través de su tono de voz y ademanes. Aunque a veces no le guste lo que hacen y rechace parte de su comportamiento negativo, los acepta a ellos. Trata de mostrarles que no son gente estúpida, inepta o incapaz, no juzgándolos como personas. Su aceptación nace de una postura de no-evaluación del ser humano y de una evaluación únicamente de sus características y de su conducta. El tema principal es no juzgar nada de sí, de su ser, de su esencia o de su personalidad, sino sólo juzgar lo que hacen. De esta manera, tienen que aprender a no clasificar nada que tenga que ver con su esencia, con su forma de ser o con su personalidad.

e) *Argumentaciones enérgicas para defender las creencias racionales.* Consiste en la elaboración de una lista en la que escriben argumentaciones convincentes para defender sus creencias racionales.

f) *Diálogo enérgico en zig-zag entre creencias racionales e irracionales.* Se pide al cliente que escriba una creencia racional y el grado de convicción que siente por ella (0 a 100) posteriormente se hace que la parte irracional de sus clientes ataque esa creencia racional de la forma más enérgica que pueda. Posteriormente se pide al cliente que responda con fuerza ante estas argumentaciones irracionales. Se continúa de esta forma hasta que sus clientes respondan a todos los ataques de su parte irracional con creencias racionales. Finalmente se vuelve a puntuar el grado de convicción en la creencia racional.

g) *Diálogo enérgico de las dos sillas.* Se pide al cliente que se siente en una silla y que diga una creencia racional, diciendo el grado de convicción en ella. Se le pide que se mueva a la segunda silla y ataque de manera oral su creencia racional enérgicamente. Regresa a la primera silla y responde con fuerza al ataque irracional. Se mantendrá una constante lucha dialéctica moviéndose de una silla a otra.

h) *Desempeño de papel:* Consiste en la representación de papeles. Es una técnica que se emplea para que las personas descubran cosas de sí mismas, orientándoles a usar sus sentimientos para que se comprendan mejor. Permite al cliente desbloquearse verbalmente, a sentir la misma clase de vergüenza que sentiría en una situación determinada y a trabajar a partir de sus sentimientos en el ambiente relativamente seguro de la representación dramática. El terapeuta puede criticar la ejecución del papel desempeñado, indicar las escenas que se han ejecutado incorrectamente y pedir al cliente que repita la ejecución las

---

veces que sea necesario, de forma que ayude al cliente a alcanzar el punto en que se desenvuelva fácilmente en el papel que esperaría representar en la vida real. Cuando se presenta un bloqueo conductual, el terapeuta analiza y rastrea las creencias irracionales que mantienen tal bloqueo.

### **2.5.3 Técnicas conductuales**

Ellis y Abrahms (1989), afirman que la mayoría de los clientes, con frecuencia se resisten a la incomodidad, y generalmente encuentran una serie de excusas para no enfrentar situaciones de este tipo. Entre las técnicas conductuales que se aplican con mayor frecuencia en la Terapia Racional Emotivo-Conductual, se encuentran:

a) *Permanecer en las situaciones difíciles.* Es una técnica que anima a la gente a permanecer en situaciones esencialmente difíciles. Se basa en la idea de que si la gente sale huyendo de una situación que le resulta difícil o permanece en ella pero de forma alterada, lo más probable es que acaben aplicando esa preocupación que les embarga a cualquier otra situación. Pide a los individuos que se mantengan en esas situaciones difíciles, pero sólo de forma temporal.

b) *Métodos de refuerzo.* De acuerdo a Ellis (1999), la gente continúa realizando las tareas por las que se ve recompensada o reforzada y con frecuencia detiene conductas que no están reforzadas. Sin embargo, cabe enfatizar que el refuerzo no cambiará su filosofía de origen auto-derrotista. El individuo puede permanecer en la situación, dejarlo o cambiarlo, puede hacer cualquiera de las tres cosas y seguir preocupándose por la situación.

c) *Uso de castigos y penalizaciones.* Esta aplicación resulta especialmente deseable en el caso de clientes difíciles. En muchas ocasiones, la dificultad real para el cliente radica en tolerar la incomodidad que sienten en ese momento con el fin de trabajar su baja tolerancia a la frustración. Se debe sugerir el tipo de castigo y llevarlos a la aceptación de éste. De manera paradójica, el pensar en inflingirse castigos cuando uno deja de hacer algo que le parece muy duro puede ayudar a hacer esa misma cosa mucho más fácil.

d) *Métodos de relajación.* Se explica al cliente la forma de practicar alguna técnica de relajación, meditación o yoga, especialmente en momentos en que se encuentre muy

---

perturbado. De esta forma se genera una distracción del pensamiento y el individuo alcanza un grado de bienestar en un corto lapso de tiempo. Sin embargo, se debe informar al cliente de que éste es un método temporal y paliativo.

*e) Entrenamiento en destrezas.* En general, el entrenamiento en destrezas produce un profundo cambio filosófico, de ideas y/o de emociones en los pacientes. Por ello, es recomendable el entrenamiento en aserción, socialización, técnica sexual o esclarecimiento de valores, pero siempre considerando que el cambio que demuestra el paciente bien puede ser superficial o engañoso, por lo que el terapeuta debe centrarse en el sistema de creencias.

*f) Control de estímulos:* Muchas personas poseen una filosofía de hedonismo a corto plazo, por lo que no se autodisciplinan en cuestiones importantes de su vida. Por ello, es importante proporcionarles elementos de control del estímulo que les permitan alejarse o rechazar situaciones que pongan en riesgo la consecución de sus objetivos.

Este capítulo ha proporcionado una panorámica completa de la Terapia racional emotivo-conductual, señalando sus orígenes, sus influencias, sus preceptos, su metodología básica así como sus principales estrategias de intervención. A pesar de lo que podría asumirse, este tipo de terapia no es omnipotente y no siempre funciona con todos los pacientes ni en todos los casos. Sin embargo, las dificultades que presenta serán analizadas a profundidad en el capítulo 4, pues el siguiente capítulo se propone estudiar el tratamiento del alcoholismo desde la TREC de acuerdo, fundamentalmente, a la perspectiva de su creador, Albert Ellis y algunos colaboradores.

---

# **CAPÍTULO 3**

## **TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO A TRAVÉS DE LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVO CONDUCTUAL**

La intención de este capítulo es explicar la forma específica en que la Terapia racional emotivo-conductual se aplica de forma individual a la problemática del alcoholismo, considerando las implicaciones que esta forma de terapia conlleva para otras personas relacionadas directamente con el trastorno.

### **3.1 Origen y mantenimiento del alcoholismo.**

La Terapia racional emotivo-conductual sostiene que la cuestión de la etiología del alcoholismo es de poca utilidad en la comprensión del problema, pues el origen no se relaciona estrictamente con el tratamiento que reciben las personas alcohólicas durante las etapas iniciales de la terapia ni tampoco con la manera de intervenir para hacer que estas personas mantengan una modificación sobre sus patrones adictivos. En cambio, considera que el tratamiento centrado en una teoría que explique cómo se mantiene el comportamiento adictivo en el presente suele ser más productiva, pues aunque exista influencia de algunos factores pasados, el re-aprendizaje y la re-construcción que hace el individuo de ellos son los responsables de mantener la problemática en la actualidad (Ellis, Mc Innerney y Di Giuseppe, 1992).

En este sentido, los mismos autores argumentan que independientemente del origen del comportamiento adictivo, a medida que los alcohólicos desarrollan un hábito de bebida disfuncional, éste se mantiene debido a que también desarrollan un marco de creencias disfuncionales sobre el alcohol que posteriormente se transforma en pensamientos automáticos irracionales y auto-derrotantes que generan una serie de sentimientos y acciones que contribuyen a sabotear la vida de los alcohólicos.

Para identificar tales pensamientos, se emplea el término “pensamiento adictivo” el cual se refiere a la cadena de creencias, auto-afirmaciones y/o atribuciones que tiene el individuo alcohólico respecto a: 1) sus problemas con el alcohol y otras drogas; 2) las emociones perturbadoras que este problema suscita así como los trastornos emocionales concebidos en sus intentos por cambiar y 3) las creencias y auto-afirmaciones de sí mismos como personas. Debido a ello, las creencias clave a las que se dirige la Terapia racional emotivo-conductual en el proceso terapéutico son: lo que los alcohólicos se dicen a sí mismos sobre su problema, las emociones disfuncionales que experimentan al intentar abordarlo (auto-control) y sobre todo lo que se dicen a sí mismos por tenerlo (valía personal).

Lo anterior, se debe a que los alcohólicos realizan una interpretación ilógica y anti-empírica de su entorno, lo que les lleva a realizar inferencias arbitrarias a partir de las cuales sacan conclusiones basándose en evidencias contradictorias, generalizaciones, magnificaciones o exageraciones de cosas concretas y razonamientos dicotómicos.

Con frecuencia, estos pensamientos y emociones constituyen tres tipos de dinámica cognitiva que mantienen el alcoholismo: baja tolerancia a la frustración, método de afrontamiento y demanda de excitación.

### *3.1.1 El papel de la baja tolerancia a la frustración (BTF) en el mantenimiento del alcoholismo.*

De acuerdo a Ellis y Dryden (1989), las personas mantienen sus problemas psicológicos debido a que se ciñen rígidamente a una serie de creencias que conforman un patrón denominado baja tolerancia a la frustración (BTF), el cual les lleva a exigir comodidad en todos los aspectos de su vida

Dicho patrón se encuentra presente de forma substancial en el caso específico de las adicciones y se conoce como patrón BTF de la abstinencia o ansiedad por el malestar. En general, se considera una de las principales dinámicas cognitivas en el mantenimiento de la adicción e inicia cuando la persona encuentra las claves del estímulo que provocan un deseo de comportamiento adictivo auto-destructivo (beber) y cuando el individuo elige formar parte o no de esas situaciones. La decisión de no consumir alcohol es, dentro del

---

modelo A-B-C-D-E un acontecimiento activador, pues la privación temporal que resulta de esta decisión viene seguida por una baja tolerancia a la frustración que se encuentra arraigada por una serie de creencias irracionales, entre las cuales se encuentran:

- Ü No puedo soportar evitar un trago.
- Ü No puedo funcionar sin un trago.
- Ü No soy lo suficientemente fuerte como para resistirme al alcohol.
- Ü No puedo soportar privarme de mi deseo de beber.
- Ü Soy una persona horriblemente privada si no puedo tomar un trago.
- Ü Es demasiado duro y tengo derecho a tomar un trago.
- Ü Para resarcirme de mi difícil vida debo tomar un trago.
- Ü Debo beber o no podré seguir.
- Ü No debo abstenerme cuando es tan doloroso hacerlo.
- Ü No debo abstenerme cuando es tan agradable dejarse llevar.

La forma en que se puede superar esta ansiedad por el malestar es: 1) esperando a que pase la urgencia de consumir alcohol; 2) disputando las ideas irracionales que causan la ansiedad por el malestar o 3) rindiéndose al impulso y eliminando el acontecimiento activador, es decir, la privación imaginada o real. A menudo, las personas con trastornos alcohólicos tienden a rendirse al impulso y terminan intoxicándose. La razón de ello es que no toleran los sentimientos de depresión, ansiedad o ira y cuando los experimentan, el malestar que les produce desemboca en creencias irracionales del tipo:

- Ü No puedo soportar estar disgustado
  - Ü Debo estar emocionalmente feliz
  - Ü No debo experimentar la incomodidad de sufrir problemas emocionales
  - Ü No debo estar disgustado
  - Ü Se supone que yo no debo estar disgustado
  - Ü Soy demasiado débil para soportar esta emoción de disgusto.
-

Tales ideas, a su vez son las generadoras de un malestar mayor que comúnmente se conoce como *estrés del síntoma o alteración emocional secundaria* que consiste en que los individuos se perturban a sí mismos por el hecho de estar perturbados. La forma más rápida de evitar este malestar es mediante la intoxicación, pues ninguna estrategia cognitiva o conductual puede eliminarlo tan rápidamente y con menor esfuerzo como las sustancias químicas, las cuales concluyen de forma casi inmediata tanto con la ansiedad por el malestar secundario como con la emoción original que provocó el síntoma (Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

Navas (2000), argumenta que es necesario enseñar a los individuos a darse el derecho a equivocarse y a aceptar su propia conducta por desagradable que sea, pero mostrando que existen conductas nocivas que pueden modificarse si se mantiene el compromiso en la búsqueda de logros y un pensamiento científico. .

### 3.1.2 *Intoxicación alcohólica como método de afrontamiento.*

Otro patrón común de dinámica cognitiva es beber para evitar o escapar de los problemas, lo cual conduce a la intoxicación como método de afrontamiento. Este hecho se debe a la existencia de una expectativa cultural ampliamente difundida según la cual el alcohol ayuda a reducir el estrés y la ansiedad, pues constituye una clave para resolver y enfrentar los momentos desagradables debido a que produce un estado de relajación. A pesar de esta creencia cultural, los efectos del alcohol no siempre son consistentes con las respuestas fisiológicas de la relajación, pues como se mencionó con anterioridad uno de sus efectos es el incremento en la tasa cardíaca, lo contrario de lo que ocurre en una situación de relajación (Menéndez, 1987 y Moreno de Quiroz, 2000).

Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager (1992), explican que en el modelo de la intoxicación como método de afrontamiento, el alcohol funge más que como un reforzador positivo como un reforzador negativo, ya que existe la posibilidad de que los individuos se intoxiquen no porque disfruten la sensación que experimentan al consumir alcohol sino porque el consumo de esta sustancia refuerza la desaparición del dolor emocional y del malestar que experimentan respecto a los acontecimientos activadores originales,

---

incrementando consecuentemente, la probabilidad de que ese comportamiento vuelva a producirse en el futuro.

Pese a ello, pocos alcohólicos están dispuestos a admitir que emplean el alcohol con el fin de evitar el dolor emocional, pues más bien se refieren a la bebida utilizando expresiones de celebración que describen su adicción en términos que indican que cuando ingieren bebidas alcohólicas están disfrutando de un momento sumamente gratificante (Menéndez, 1987).

En general, el empleo de alcohol para aliviar el malestar a la ansiedad y el estrés del síntoma conlleva varios efectos negativos: a) refuerza la creencia de que no se puede soportar el malestar emocional; b) refuerza el hábito de beber con la finalidad de solucionar los problemas emocionales; c) refuerza el hábito de responder a acontecimientos activadores problemáticos mediante la intoxicación y d) evita que el cliente aprenda otras técnicas de afrontamiento eficaces. Todo ello provoca que el alcohólico no enfrente o resuelva los problemas de su vida, no desarrolle competencias y evite múltiples áreas de funcionamiento (Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

### *3.1.3 La demanda de excitación.*

Existen algunas teorías que propugnan la existencia de una relación entre el alcoholismo y la psicopatía, ya que los síntomas psicopáticos se caracterizan por elevados niveles de deseo de excitación o estimulación que frecuentemente se satisfacen mediante el consumo de alcohol (Wallace, 1990;1993). Pese a ello, la TREC afirma que esta búsqueda de sensaciones fuertes comúnmente asociada a los psicópatas, no es suficiente por sí misma para producir el alcoholismo, pues existe la posibilidad de que en estos casos el alcoholismo sea un síntoma de una personalidad antisocial subyacente o bien, de que los síntomas antisociales sean consecuencia de la dependencia al alcohol. En cualquiera de los casos, la búsqueda de excitación está acompañada por la idea irracional de no poder soportar o tolerar el aburrimiento o la monotonía. De esta manera, cuando la estimulación es mínima, la baja tolerancia al aburrimiento y la expectativa de que el alcohol les va a proporcionar un buen rato, incrementan la probabilidad de que un psicópata beba (Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

---

Para poder realizar la identificación de la dinámica cognitiva subyacente al problema de adicción, el terapeuta deberá involucrarse en las fases iniciales del tratamiento. En este trabajo se hará referencia sólo a la terapia individual del alcoholismo, aunque cabe destacar que existe: terapia familiar, grupos de ayuda y comunidades terapéuticas que trabajan desde este enfoque para afrontar diversas adicciones.

### **3.2 Terapia individual del alcoholismo.**

En general, la Terapia racional emotivo-conductual propugna el establecimiento de una relación en la que se estimule al cliente a comunicar honestamente sus pensamientos y sentimientos así como a proporcionar el relato preciso de su comportamiento, aceptándole como un ser humano falible capaz de autodestruirse pero sin etiquetarle nunca como fundamentalmente malo o bueno (Ellis y Dryden, 1989; Ellis, 1999).

Debido a ello, en el proceso terapéutico con personas alcohólicas o toxicómanas, es necesario evitar en todo momento la condenación y las afirmaciones referidas a que todos los alcohólicos tienen una determinada personalidad o historia familiar disfuncional. Así también, es aconsejable no exigir una respuesta positiva al tratamiento y brindar aceptación incondicional al cliente, lo cual facilitará notablemente el establecimiento de una relación de colaboración que coadyuve en la clarificación de la auto-identificación del problema, comenzando con ello a evaluar las dimensiones del alcoholismo (Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

#### *3.2.1 Fase inicial.*

Esta fase comienza con la identificación de problemas clave, es decir, cuestiones específicas que entrañan una preocupación práctica inmediata para el cliente. Es crucial que al realizar tal identificación se formulen preguntas respecto a lo que él piensa de sus hábitos de bebida y se dé importancia a sus respuestas, pues además de obtener información útil respecto a la visión que tiene él mismo de sus hábitos, proporciona un marco de referencia y ayuda a establecer los roles iniciales para la relación (Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

---

Una vez que se ha identificado el problema, conviene dedicar un espacio a la discusión de las expectativas sobre la terapia, corrigiendo las ideas erróneas que tiene el cliente respecto a la misma, ayudándole a crear expectativas realistas y señalando que para lograr un cambio se requiere una acción constante y trabajo arduo, pues raramente resulta fácil cambiar patrones automáticos, habituales y relativamente antiguos de sentimientos, pensamientos y acciones (Ellis y Dryden, 1989).

Por otra parte, es provechoso definir los límites de los servicios que se van a prestar, de la disponibilidad del terapeuta y de la asistencia que se espera por parte del cliente. Es recomendable que se entregue una descripción escrita del procedimiento de práctica clínica, horarios de disponibilidad y restricciones respecto a llamadas telefónicas, pues debido a que las personas alcohólicas desarrollan una serie de creencias irracionales que llevan al comportamiento irresponsable, pueden exigir que el terapeuta esté siempre disponible, generando fuertes sentimientos de dependencia si se les da ayuda y de rabia si no se les presta atención en momentos (Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

Cuando se han clarificado los límites, se dedica un tiempo a la explicación de las conexiones que existen entre pensamientos, sentimientos y acciones demostrando en las primeras etapas de trabajo esta conexión de forma didáctica: preguntando por sus sentimientos y ayudándole a identificar los pensamientos que los acompañan (Carrasco, 1995). Ya que el pensamiento adictivo es automático, no consciente, aprendido y practicado continuamente, suele ser extremadamente resistente al cambio por lo que es de gran utilidad explicar al cliente un modelo sencillo de la adicción, (patrón BTF de la abstinencia, patrón de intoxicación como método de afrontamiento o patrón de demanda de excitación) que le permita comprender por qué el cambio no es fácil y por qué se ha encontrado con tantas dificultades en el pasado.

#### *3.2.1.1 Establecimiento de metas*

Oxford 1985 (en: Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992), señala que el establecimiento explícito de metas mejora significativamente las probabilidades de la autorregulación y modificación de conductas apetitivas como el alcoholismo. Pero en general, los clientes alcohólicos desarrollan una serie de estrategias para evitar el compromiso y aun

---

cuando frecuentemente intentan cambiar no obtienen éxito debido a que se resisten a experimentar la incomodidad por mínima que ésta sea, por lo que es recomendable ayudarles a establecer metas significativas elegidas por ellos mismos que los comprometan a realizar acciones que les apoyen de forma total en la consecución de su objetivo.

Típicamente estas metas se centran en el beber controlado y en la abstinencia, considerando que la elección de alguna de ellas se basa en las características particulares del cliente. En este sentido, el beber controlado es recomendable para individuos jóvenes que carecen de complicaciones médicas o dependencia física y presentan una relativa estabilidad social y laboral, mientras que la abstinencia es más exitosa y tiene mayor utilidad clínica con individuos poseedores de un elevado nivel de dependencia física, con quienes han intentado repetidamente abstenerse sin éxito y con los que ostentan una larga historia de alcoholismo.

Para establecer adecuadamente las metas que habrán de buscarse, el terapeuta y el cliente deben llegar a una determinación conjunta, analizando ambas opciones, evaluando el costo/beneficio de cada una y buscando que el cliente acepte durante un período de prueba las metas iniciales, tentativa y temporalmente (Ellis, 1999). Tales metas pueden ser: disminuciones concretas en la cantidad consumida, en el tiempo empleado en beber y/o en el número de episodios de bebida en una determinada semana.

Sin embargo, en ocasiones se presentan clientes para los que es difícil aceptar tales metas por lo que es importante que el terapeuta trate de no imponer sus propios términos aun cuando considere que las metas del cliente no son adecuadas. En tales casos es recomendable que el terapeuta se muestre abierto a la negociación y que realice un experimento proponiendo al cliente que se comprometa a recoger evidencia que determine si sus metas son realistas o no.

Si a pesar de ello, las metas continúan difiriendo de forma significativa el terapeuta puede decidir: a) trabajar con el cliente para reducir su ingesta de alcohol, b) negarse a trabajar con él o c) intentar persistentemente cambiar las metas del cliente. De estas tres alternativas, la primera opción resulta la más útil, pues acepta incondicionalmente al cliente al mismo tiempo que trabaja en el cambio de los pensamientos que éste mantiene respecto a la bebida y que le conducen a beber, mientras que las otras opciones reforzarían el

---

pensamiento dicotómico característico del cliente alcohólico y afectarían el establecimiento del *rapport*, ya que terapeuta y cliente se encontrarían constantemente enfrentados.

Una vez que se han establecido las metas, debe considerarse que dentro del marco de trabajo de la Terapia racional emotivo-conductual, las metas pueden ser renegociadas si los datos recogidos durante la terapia requieren un cambio.

### 3.2.1.2 Evaluación.

La evaluación es un proceso clínico sistemático dirigido a comprender los círculos viciosos de sentimientos, pensamientos y acciones auto-derrotantes del cliente con problemas específicos relacionados con el alcohol, por lo que es una parte importante en las etapas iniciales y a menudo es esencial para una planificación eficaz del tratamiento.

Es necesario tener presente que la evaluación es un proceso continuado, no es algo que se realiza únicamente mediante una toma formal de la historia, sino que se concibe como un proceso de generación y comprobación de hipótesis donde: la información relevante es recogida por el terapeuta, se generan hipótesis sobre ideas disfuncionales concretas y sus consiguientes emociones y comportamientos y a continuación el terapeuta realiza un interrogatorio encaminado a recoger datos que confirmen o desechen las hipótesis. Si estas son desechadas se establecen nuevas hipótesis y el proceso continúa (Ellis, 1981; Ellis y Dryden, 1989) .

Preferiblemente la evaluación comienza mediante la comprobación de hipótesis desde la primera pregunta en la sesión: ¿hacia qué problema desearía recibir ayuda?, lo cual desemboca en un diálogo que permite especificar el problema en términos de gravedad, duración y complicaciones relacionadas. Mientras se desarrolla este proceso, se gestan también el establecimiento del *rapport*, expectativas racionales y la alianza terapéutica, debido a que el cliente ve que el terapeuta está activamente comprometido en intentar comprenderle.

Al mismo tiempo, la evaluación muestra y modela a los clientes la forma en que la lógica y los datos pueden ser utilizados para descubrir y comprobar cogniciones erróneas, proceso que aprenderán a aplicar para superar sus propios problemas. De acuerdo a la Terapia racional emotivo-conductual, la información histórica que muchos terapeutas

---

recogen en la primera sesión es mejor recogida mediante cuestionarios de lápiz y papel (ver anexos 1 y 2) antes de la primera sesión o entre la primera y la segunda. Esta información puede ser útil para generar hipótesis respecto a las quejas que presenta el cliente pues la familiaridad con las características del medio o práctica en la que trabaje suele suscitar algunas hipótesis en este proceso. La evaluación inicial se lleva a cabo alrededor de dos grandes rubros: la historia del abuso de sustancias y la evaluación cognitiva (Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992; Mc Crady, Rodríguez y Otero-López, 1998).

a) Historia del abuso de sustancias.

La evaluación de la historia del abuso se realiza debido a que tanto el alcoholismo como los problemas asociados a éste son multidimensionales y los individuos que lo padecen no establecen una conexión entre sus hábitos de bebida y sus consecuencias.

Es recomendable que al llevar a cabo esta evaluación se sea lo suficientemente riguroso para no omitir información médica, social o familiar importante así como dificultades laborales, pero sin llegar a efectuar una historia demasiado exhaustiva. La historia clínica debe centrarse únicamente en los problemas del cliente con el alcohol, pues ello permitirá valorar la gravedad del problema que entraña el alcohol en la actualidad y utilizar esta información para generar hipótesis y establecer metas terapéuticas.

Por otra parte, el hecho de conocer el tipo de problemas que ha causado el alcohol al individuo permitirá que, en fases posteriores el terapeuta le recuerde al individuo los costos de su adicción, con la finalidad de disputar firmemente las creencias irracionales.

Esta forma de evaluación permite que el cliente comprenda que la terapia va a estar dirigida a abordar la causa presente de sus problemas, principalmente los hábitos auto-derrotantes respecto al alcohol al mismo tiempo que le ayuda a establecer las conexiones entre sus problemas y sus hábitos de bebida, relación que con frecuencia ignora.

b) Evaluación cognitiva.

Además de evaluar los problemas del individuo con el alcohol, el aspecto más importante de la evaluación inicial es especificar las cogniciones disfuncionales, creencias

---

irracionalidad y emociones disruptivas que mantienen el patrón auto-derrotante del abuso de alcohol.

Existen ciertas creencias irracionales que presentan una mayor prevalencia en los alcohólicos y evitan que la terapia comience realmente. Por ello, es conveniente que el terapeuta comience buscando las afirmaciones que pueden estar siendo utilizadas para alejar al cliente de su tratamiento. Algunas de estas creencias problemáticas son:

Ü Anticipar una cantidad significativa de estrés ante el síntoma, por lo que es necesario detectar inicialmente las afirmaciones de auto-condena y auto-compadecimiento del cliente por tener ese problema.

Ü Problemas derivados de la ansiedad ante el malestar y baja tolerancia a la frustración, los cuales promueven en el cliente la creencia de que cambiar su patrón de ingesta de alcohol será demasiado difícil y/o conllevará niveles devastadores de malestar.

Ü Creencias relativas a desesperación, indefensión y dependencia.

Este tipo de creencias no son exclusivas de los individuos que tienen problemas con el alcohol. Ellis y Dryden (1989), aseguran que la evaluación hipotético-deductiva durante las etapas iniciales del tratamiento sirve para identificar estas creencias irracionales y realizar una disputa inmediata y persistente de las mismas, incluso antes de iniciar la intervención propiamente dicha.

### *3.2.1.3 Intervención terapéutica.*

Como se ha mencionado con anterioridad, la intervención terapéutica inicia con la disputa la cual es el proceso de desafiar las ideas irracionales de una manera lógica, filosófica, empírica y científica, enfocándose en alcanzar un acercamiento flexible y persistente. En este proceso, el terapeuta debe esforzarse por comprender la habilidad lingüística, el estilo cognitivo y la especificidad de cada cliente para evitar que éste pierda la continuidad de la disputa (Ellis, 1999).

En el caso específico de personas alcohólicas quienes por lo regular desconocen la forma en que sus pensamientos, sentimientos y conducta de beber se encuentran

---

relacionados, la disputa pretende demostrarles en primera instancia que pueden aprender a detener su comportamiento destructivo cambiando sus ideas erróneas y sus emociones inadecuadas.

Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager (1992), afirman que es importante lograr que estos clientes se impliquen lo más rápidamente posible en el proceso y una de las formas más comunes de hacerlo es pidiéndoles que se imaginen el último episodio de bebida problemática y que traten de recordar sus pensamientos así como las consecuencias emocionales y conductuales que se originaron a raíz de este episodio. A partir de ello, resultará más sencillo demostrar la conexión entre pensamiento, sentimiento y conductas consecuentes, iniciando con una discusión de pensamientos sencilla, concreta y pragmática.

Ahora bien, una vez que las ideas disfuncionales del cliente respecto a la bebida han sido identificadas, el terapeuta podrá cuestionar la utilidad de tales ideas de forma enérgica y persuasiva, pues con frecuencia los clientes alcohólicos tienen hábitos y formas de pensar rígidas. El trabajo más importante en este sentido consiste en modificar el núcleo de sus creencias irracionales, lo cual constituye un proceso complicado en el que se persiguen tres metas: 1) Crear una considerable disonancia cognitiva, aportando evidencias que pongan en entredicho sus creencias irracionales; 2) Demostrar que la creencia irracional no sólo no soluciona los problemas, sino que además es disfuncional y 3) Ayudar a desarrollar una creencia más racional

Con la finalidad de lograr el primer punto: crear una disonancia cognitiva, es habitual que el terapeuta recurra a los familiares del individuo alcohólico, ya que con frecuencia éste no enfrenta los conflictos y problemas ocasionados por su forma de beber debido a que algunos miembros de la familia (llamados facilitadores) tienden a encubrirlos o solucionarlos antes de que el individuo se percate de ellos o bien, cuando éste llega a detectarlos los niegan, minimizando su importancia o culpando de ellos a otras personas o circunstancias desafortunadas (Wallace, 1990). Posteriormente se describirá de forma más amplia el rol de estos sujetos en el mantenimiento de las adicciones, pero cabe señalar que en primera instancia, una forma efectiva de hacer que los clientes se percaten de los problemas es trabajar con el facilitador para ayudarlo a abandonar su rol, con lo cual, muchos de los errores y dificultades que los clientes han evitado sin dificultad comienzan a acumularse como acontecimientos activadores desagradables. Ante tales acontecimientos,

---

es probable que la reacción inicial del cliente sea la indiferencia y probablemente empeore su hábito, pues a medida que éstos incrementen el bebedor ya no podrá protegerse de ellos y responderá a las consecuencias emocionales con su solución habitual: la intoxicación. Finalmente no podrán escapar mediante la intoxicación y llegarán a admitir que realmente existe un problema.

Por lo regular, la utilización de estas estrategias se sustenta en el grado de dependencia al alcohol del cliente, pues no todos son iguales y en ocasiones basta con revisar junto al cliente los episodios de bebida que han tenido recientemente para que éste reconozca el problema, concentrándose en los fallos o fracasos admitidos e intentando averiguar cuáles son los problemas prácticos más importantes para posteriormente reflexionar sobre la razón por la cual estos problemas no han sido solucionados y qué podría haberse hecho para solucionarlos. Una vez que los clientes han admitido que existen soluciones hay que cuestionar sobre aquello que ha detenido la consecución de esas soluciones: la discusión debe centrarse en las distorsiones causadas por la ansiedad por el malestar y la evitación de la misma, con lo que se ayudará a que el alcohólico perciba las dificultades reales y que reconozca su fracaso para abordar los problemas.

Otro punto que debe discutirse es el relacionado con los mitos culturales referentes tanto a la ingesta excesiva de alcohol como a los problemas asociados a ella, pues estos mitos ordinariamente se asocian con facilidad a la racionalización y negación.

Muchos alcohólicos piensan que cuando ciertos disparadores emocionales o situacionales se presentan, ellos se enfrentan a la irremediable necesidad de beber (Menéndez, 1987). Debajo de esta necesidad subyace la creencia irracional de que tienen que beber para funcionar o calmarse. Para discutir estas ideas, se requiere reformular la idea de “necesidad” como un “deseo” o una preferencia, ya que a pesar de la creencia nadie necesita beber independientemente de lo mucho que lo desee

Por otra parte, también es importante detectar las situaciones en las que se ha recurrido a la intoxicación. Cuando ésta ha ocurrido con relación a acontecimientos activadores problemáticos y se considera que ha sido utilizada como método de afrontamiento, es aconsejable interrogar al cliente a través de un ejercicio en el que se le induce a imaginar que experimenta un acontecimiento de este tipo pero sin acceso a alcohol con el fin de evaluar su respuesta.

---

En el caso de personas psicópatas que usan el alcohol como un elemento capaz de satisfacer su demanda de excitación, la Terapia racional emotivo-conductual propone disputar las exigencias de comodidad y bienestar del bebedor, ayudándole posteriormente a aceptar que puede tolerar actividades rutinarias. Algunas estrategias empíricas pueden ayudarle a aprender formas menos destructivas de satisfacer su urgencia de buscar sensaciones excitantes así como a percatarse de que los momentos agradables y la diversión no son las únicas consecuencias de beber, lo que permite destacar los eventos desagradables que también han ocurrido.

En general, Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager (1992), afirman que los individuos con problemas alcohólicos saben (al menos intelectualmente) que deben cambiar si desean dejar de experimentar dificultades, pero no son capaces de hacerlo. Por ello, la Terapia racional emotivo-conductual eficaz no se limita a identificar sus pensamientos disfuncionales, sino que también les proporciona una serie de estrategias y técnicas específicas para ayudarles a cambiar sus pensamientos, sentimientos y acciones, no sólo relacionados con el abuso de alcohol sino también con la forma de abordar los problemas de la vida diaria.

a) Estrategias de discusión:

- ü Discutir la creencia irracional para mostrar sus fallos lógicos
  - ü Intentar asumir que la creencia irracional es verdadera, explorando qué deducciones podrían hacerse sobre el mundo si esta fuera cierta, y pidiéndole al cliente que compruebe empíricamente estas deducciones.
  - ü Ayudar al cliente a experimentar la capacidad de creencia irracional para explicar acontecimientos importantes de su vida.
  - ü Ayudar al cliente a discernir la forma en que el mantenimiento de esa creencia irracional le ha ayudado o le ha lastimado.
  - ü Se repiten una y otra vez los pasos anteriores a fin de convencer al cliente que la creencia irracional es falsa o auto-derrotante.
  - ü Ayudar al cliente a construir una nueva creencia racional.
  - ü Explorar las nuevas creencias racionales.
-

Ü Realizar deducciones, comprobarlas para ver si la creencia racional lleva a predicciones sobre el mundo más precisas que las irracionales.

Ü Ayudar a predecir como el cambio a creencias racionales nuevas afectará su comportamiento.

b) Técnicas de disputa:

Ü Cuestionar la evidencia: Examinar la evidencia empírica o lógica.

Ü Eliminar el catastrofismo. Ayudar al cliente a darse cuenta de que está exagerando las consecuencias.

Ü Ventajas y desventajas. El cliente realiza un listado sobre las ventajas y desventajas de mantener una creencia irracional concreta.

Ü Convertir la adversidad en una ventaja. Buscar las cosas buenas que puedan surgir de un acontecimiento malo.

Ü Etiquetar las distorsiones. Enseñar a etiquetar los procesos irracionales.

Ü Significado idiosincrásico. Mostrar al cliente que en ocasiones mantiene un significado privado y arbitrario hacia sus propias palabras.

Ü Reatribución. Enseñar al cliente a desarrollar explicaciones más precisas, que le ayuden a desechar ideas de auto-culpabilización.

Ü Examinar las opciones y alternativas. Entrenarle para comprender que existen diversas formas de pensar y comportarse ante una situación.

Ü Consecuencias fantaseadas. Cuando el cliente piensa que algo terrible le ocurrirá, pedirle que desarrolle la fantasía sobre qué le ocurrirá exactamente.

Ü Paradoja y exageración. Llevar una idea a su conclusión extrema.

Ü Imaginación sustitutiva. El cliente utiliza la imaginación para practicar nuevas creencias.

Ü Exteriorizar las voces. El cliente puede representar el rol de su yo irracional y discutir a favor de sus creencias irracionales.

Ü Ensayos cognitivos. Se pide al cliente que utilice el ensayo de auto-afirmaciones racionales.

---

Además del uso de estas estrategias y técnicas, es importante refutar la idea de que cambiar es imposible al mismo tiempo que se ayuda a establecer concepciones más racionales respecto al auto-control y expectativas positivas de cambio.

Por otra parte, las características del cliente son esenciales en la elección de las estrategias. En algunos casos resulta más útil centrarse menos en la dificultad de dejar de beber y más en las consecuencias negativas de no hacerlo porque algunos clientes necesitan que se les recuerden esas consecuencias negativas. En otros casos, primordialmente con los alcohólicos activos se pueden discutir otros métodos de intervención, como una desintoxicación institucional y programas de rehabilitación, apoyo de Alcohólicos Anónimos (AA) y/o sesiones de terapia más frecuentes.

### *3.2.2 Fase media.*

Esta fase se encuentra dirigida a la detección y superación de obstáculos que surgen en el proceso terapéutico así como a la revisión y explicación de las tareas para casa (Ellis, 1981; Ellis y Dryden, 1989).

En el tratamiento del alcoholismo, esta fase sirve además para proporcionar algunos consejos prácticos referidos a la forma de evitar que la bebida se asocie a la discusión racional-emotiva, pues ello permite fortalecer las creencias racionales para modificar el hábito de bebida del cliente. Una estrategia consiste en pedir al cliente que imagine la necesidad de beber, que retroceda hasta visualizar lo que ocurrió en el último episodio de bebida y que recuerde las consecuencias de su decisión. O bien, pedirle que imagine situaciones que hayan disparado la conducta de beber en el pasado, con el fin de discutir enérgicamente las creencias irracionales subyacentes y negándose conductualmente a beber (Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

A medida que la terapia avanza, es recomendable que el terapeuta guíe al bebedor en el aprendizaje de nuevas estrategias y competencias que ayuden a la consecución del objetivo inicial, por ejemplo: rechazar bebidas de forma asertiva cuando se le ofrezcan en fiestas y en otras situaciones; evitar personas, lugares y cosas asociadas con la bebida; identificar creencias irracionales y emociones perturbadoras referidas al inicio de actividades sociales, etc.

---

### 3.2.3 Fase final.

Mc Crady, Rodríguez y Otero-López (1998), consideran que el proceso del surgimiento de las conductas adictivas, el cambio de las mismas y el mantenimiento del cambio, son distintos y deben abordarse de modos diferentes. Por lo que el individuo debe estar preparado para ser su propio terapeuta en el futuro y para mantener el cambio que ha logrado en el proceso terapéutico una vez que éste ha concluido.

En este sentido, Ellis y Abrahms (1989), afirman que de la misma forma en que las personas poseen tendencias innatas a trastornarse por sí mismas también poseen una fuerte tendencia a recaer en un comportamiento disfuncional una vez que lo han superado.

#### 3.2.3.1 Prevención de la recaída

En el caso de los alcohólicos la recaída es: *“el resultado de factores situacionales y cognitivos (efecto de violación de la abstinencia), que se incrementa debido al pensamiento dicotómico característico de dichos clientes”*, lo que hace que la recuperación sea más difícil (Marlatt, en: Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992, pág. 112).

Debido a lo anterior, la cuestión de la recaída debe abordarse abiertamente y el terapeuta debe preparar al cliente para identificar las situaciones de alto riesgo y entrenarlo en habilidades y estrategias de afrontamiento.

Por ello, es importante que el cliente sepa que este patrón es común en todos los trastornos adictivos; que comprenda que la recaída no es más que una indicación de que aún no alcanzado su meta y que debe trabajar más para alcanzarla; y que maneje estrategias para desafiar activamente las cogniciones asociadas al efecto de violación de la abstinencia.

Entre las estrategias mas específicas de intervención recomendadas se encuentran: el entrenamiento en auto-registros, el cual ayuda a identificar situaciones de alto riesgo y la urgencia de beber; entrenamiento en técnicas de relajación y técnicas de imaginación para fortalecer la eficacia; entrenamiento y ensayo de competencias conductuales para el afrontamiento en situaciones de riesgo; discusiones educativas para deducir situaciones de riesgo; ensayo de qué hacer cuando ocurre una recaída; y reconstrucción cognitiva para prevenir un efecto de violación de la abstinencia.

---

Otras estrategias más generales de auto-control sobre emociones perturbadoras y creencias irracionales del yo constituyen un método adecuado para la prevención de la recaída porque preparan al cliente para enfrentar situaciones de alto riesgo y mejorar su tolerancia a la frustración (Marlatt y Gordon, 1985, en: Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

a) Discusión de creencias irracionales sobre emociones perturbadoras.

Los clientes que tienen problemas debido al alcoholismo, mantienen una serie de ideas irracionales o cogniciones disfuncionales respecto a su experiencia emocional. Estas cogniciones se deben en parte, a la existencia de ansiedad por el malestar emocional asociado a emociones perturbadoras negativas el cual temen y evitan mediante el consumo de alcohol. Al dejar de beber, presentan una gran ansiedad que puede combatirse mediante el empleo de estrategias de afrontamiento alternativas. Una vez que los clientes vean que hay otras formas de abordar sus problemas sin recurrir a la bebida, se podrá tratar su temor y ansiedad ante la experiencia de problemas emocionales. Además se podrá enseñar de una manera primaria formas específicas de resolver el efecto perturbador y su malestar sin recurrir al alcohol.

Por otra parte, existen muchos individuos alcohólicos que poseen una exacerbada reactividad emocional (episodios impulsivos de rabia por frustraciones menores, periodos de depresión, etc.) y han aprendido a temer a sus emociones. En este caso, es necesario identificar sus emociones y enseñarles que sus sentimientos son humanos e inevitables, especialmente, cuando atraviesan el reajuste natural que aparece al dejar de beber. Además, se pueden enseñar técnicas de auto-manejo del estrés y la ansiedad.

b) Discusión de creencias irracionales del Yo

Entre las distorsiones cognitivas que complican en mayor medida el proceso terapéutico se encuentran las creencias irracionales del cliente, que incluyen creencias auto-derrotantes sobre la bebida, su falta de funcionamiento y su incapacidad para afrontar sentimientos fuertes.

---

Por lo general, las creencias auto-derrotantes se centran en la valoración negativa de sí mismos. Para estimular directamente a los clientes a discutir su visión de sí mismos, se realizan preguntas y diálogos en una etapa temprana de la terapia, iniciando con una visión general acerca de lo que ellos piensan que es un alcohólico para posteriormente discutir activamente las ideas erróneas al respecto (Ellis, 1999).

Otro de los aspectos característicos de los individuos alcohólicos es el relacionado con cierta obsesión perfeccionista sobre el auto-control (todo o nada). Esto, implica que exigen tener el control total sobre su comportamiento y cuando no es así se califican a sí mismos de fracasados o indignos. En este caso la disputa activa del terapeuta puede ayudar al cliente a redefinir el significado del auto-control y la aceptación incondicional, lo cual también constituye un programa de prevención primaria.

Aunque la recaída representa un hecho casi ineludible en el proceso terapéutico, es preciso dotar a los clientes de los instrumentos necesarios para que puedan afrontarla de la mejor forma posible. Al mismo tiempo, se debe realizar un arduo trabajo con familiares y amigos, para que asuman el rol que juegan en el mantenimiento de la adicción al alcohol y para que sepan cómo manejar la recaída. A continuación se analiza el papel de estos individuos, a quienes se conoce como facilitadores y se muestra un breve recuento de las acciones a tomar en el manejo de los mismos.

### **3.3 Implicaciones de la terapia individual del alcoholismo sobre la familia del alcohólico.**

Algunos familiares del individuo dependiente al alcohol, como se ha mencionado anteriormente desempeñan un papel en el mantenimiento del alcoholismo debido a que con frecuencia suelen ayudar, habitualmente de forma inconsciente, al alcohólico, solucionando las dificultades producidas por su adicción, de manera que éste no percibe conflicto alguno y se le dificulta reconocer la existencia de problemas en su vida cotidiana.

Debido a que sus acciones se encuentran dirigidas a facilitar la vida del alcohólico, estos individuos reciben el nombre de facilitadores. Este término se emplea para describir al cónyuge, padre, hijo o amigo que con su comportamiento alienta la ingesta de alcohol por parte del dependiente, bien sea por la necesidad de que éste esté con ellos o bien, para

---

evitar complicaciones mayores al interior de la familia (Steinglass, Benett, Wolin y Reiss, 1993; Wallace, 1993).

### 3.3.1 *El papel de los sujetos facilitadores.*

Existen diferentes tipos de facilitadores y se clasifican a continuación de acuerdo a las conductas que realizan para facilitar la adicción:

- a. *El “arrimado”*: Es la persona que suele proporcionar recursos materiales al adicto o que se une a éste para asegurarse de que ingiera alcohol. Este tipo de facilitador no muestra reservas al proclamar su apoyo hacia los hábitos del adicto.
- b. *El “mesías”*: Es la persona que declara abiertamente su oposición a que su ser querido beba, por lo que lleva a cabo múltiples acciones intentando que el adicto cambie. Con frecuencia, en su intento por ayudar, interviene de tal manera que impide que el alcohólico reciba las consecuencias negativas de su abuso de alcohol o pérdida de control. El resultado de ello es que la adicción se mantiene porque el alcohólico no se percata de los problemas.
- c. *El “sufridor silencioso”*: Estas personas se caracterizan porque están presentes física y emocionalmente de manera incondicional cuando el alcohólico requiere de ellos. Tienden a aparentar que la adicción no es un problema, a pesar de sus propias emociones y creencias. Habitualmente niega las dificultades ante el alcohólico y ante quienes le rodean. Este patrón también impide que el alcohólico se percate de las dificultades y hace que le resulte más fácil negar la existencia de problemas resultantes de su adicción.

Una vez que se han clasificado los diversos tipos de facilitadores, es relevante conocer la forma de identificarlos, pues en su gran mayoría reconocen y aceptan el abuso de alcohol como algo natural que no se puede modificar y rechazan la idea de que ellos mismos representan un papel en el mantenimiento de la adicción.

Cuando un cliente está representando el papel de facilitador es importante prestar especial atención a sus comentarios, particularmente a aquellos en los que menciona el uso de alcohol. En este caso, se deberá profundizar en el interrogatorio, realizando preguntas específicas dirigidas a investigar: quién utiliza alcohol, cuánto consume, y con qué

---

frecuencia. Es habitual que los facilitadores estén tan avergonzados como para admitir en primera instancia que existe un problema, de manera que otras preguntas, concernientes al grado de adicción o si hay discusiones o problemas familiares provocados por el alcohol, pueden ser de suma utilidad para ampliar la información.

Una alternativa diferente consiste en que el terapeuta conozca de forma precisa los patrones de relaciones interpersonales usualmente exhibidos por facilitadores, de manera que cuando observe que los clientes exhiben estos patrones de comportamiento interpersonal realice preguntas sobre el empleo de alcohol por otras personas significativas para ellos.

Si bien la detección de facilitadores se dificulta cuando no es el alcohólico quien toma la decisión de recibir tratamiento para su adicción, en términos generales es posible detectarlos. Una vez que esto se ha hecho el terapeuta decidirá la forma de tratarlos, pero siempre deberá considerar que el tratamiento dirigido a eliminar su conducta de facilitación no podrá ser, de manera alguna un instrumento para el tratamiento de la adicción.

### *3.3.2 El trabajo con los sujetos facilitadores.*

De acuerdo a Navas (2000), todo ser humano tiene derechos propios y merece ser ayudado a disfrutar de una vida sana y satisfactoria. El caso de los facilitadores no es diferente, por lo que independientemente de su relación con el adicto, no se pueden transgredir sus derechos y emplearlos como instrumento para tratar al alcohólico, ya que aunque haya contribuido al mantenimiento él no es responsable de la adicción. Por ello, el tratamiento con el facilitador se encuentra dirigido a alcanzar su propio bienestar, determinando: a) la influencia de su filosofía de vida en la aceptación de este rol; b) si aplica un rol similar con otras personas involucradas en su vida; c) la forma de desarrollar nuevas filosofías de vida que le lleven al establecimiento de relaciones interpersonales diferentes.

Si el facilitador decide incorporarse al proceso terapéutico, aprenderá a renunciar al apoyo incondicional, rescate o negación del alcoholismo, por lo que el dependiente al alcohol dejará de estar protegido de las consecuencias negativas que conlleva su adicción. Una vez que esto ocurre, el adicto empieza a enfrentarse con problemas reales y evalúa su

---

situación desde una perspectiva diferente, con lo que probablemente afronte los problemas incrementando la ingesta hasta llegar a una etapa de crisis, que bien puede ser el primer paso para la recuperación del adicto pero que a la vez puede generar sentimientos de responsabilidad en el facilitador, conduciéndole a una recaída. El terapeuta puede manejar la situación de la siguiente forma:

- a) Ayudando al facilitador a percatarse de que sus esfuerzos anteriores por rescatar al dependiente no le han ayudado a manejar su adicción, por lo que la ayuda más benéfica consiste en dejar de facilitarle las cosas.
- b) Guiándole para que comprenda que al abandonar su rol, el adicto enfrentará directamente los problemas de su alcoholismo.
- c) Enseñándole que no existen garantías de que la etapa de crisis sea el primer paso para la recuperación, pero que él puede aceptar este hecho.
- d) Ayudándole a comprender que existe la posibilidad de que el alcohólico pueda sumirse en la crisis y quedarse en ella.
- e) Mostrándole los beneficios que puede obtener si abandona su rol.

Además de estas estrategias, es importante enseñarles formas más adecuadas de eliminar sus sentimientos perturbadores, identificando y desafiando sus creencias irracionales, ya que los facilitadores se ven motivados a rescatar al alcohólico para aliviar sus propias emociones perturbadoras que les impiden abandonar o renegociar su relación.

El procedimiento de discusión de las creencias irracionales que mantienen los facilitadores, suele seguir la misma metodología básica de la Terapia racional emotivo-conductual, pero en este caso, se encuentra orientado a desafiar creencias asociadas a la valía personal, la necesidad de amor, demandas de control y culpabilidad.

### **3.4 Técnicas empleadas en el tratamiento del alcoholismo.**

Ya que el tratamiento debe responder a las necesidades específicas del individuo y su problemática, a continuación se presentarán las técnicas cognitivas, emocionales y

---

conductuales que se emplean en el tratamiento concreto del alcoholismo así como sus aplicaciones concretas.

#### *3.4.1 Técnicas cognitivas.*

Uno de los principales métodos de la Terapia racional emotivo-conductual consiste en la reestructuración cognitiva, el cual se emplea buscando obtener un cambio profundo en la mayoría de los clientes. En el caso de las adicciones emplea las siguientes técnicas cognitivas:

*a. Discusión de ideas irracionales.* Se emplea esta técnica de forma activa-directiva y se orienta a algunos puntos clave: Discusión de los debes, tienes que y las demandas; del catastrofismo; del “no puedo soportarlo”; de las auto-descalificaciones y de la inevitabilidad y falta de esperanza. Estas son las creencias que se presentan con mayor frecuencia en las adicciones, ya sea que el dependiente esté preparado o no para dejar su adicción.

*b. Auto-afirmaciones racionales de afrontamiento.* Se pide al cliente que cree afirmaciones racionales de afrontamiento, las cuales deben ser: 1) Empíricas y realistas (“Es difícil dejar de beber pero puedo hacerlo”); 2) Filosóficas y contra-exigencias (“No necesito una copa cuando estoy ansioso”); 3) Auto-afirmaciones de ánimo (“He podido negarme a un trago. ¡Es estupendo!”) y 4) Afirmaciones irreales (“Si consigo dejar de beber podré lograr cualquier cosa que me proponga”).

*c. Revisión de referencias.* Se guía al paciente para que evalúe enérgicamente una serie de referencias que destacan las desventajas de su adicción y los placeres de la abstinencia, por ejemplo: Dolores, molestias y perjuicios del alcoholismo / Ventajas de abandonar el alcohol.

*d. Distracción cognitiva.* Como se señaló con anterioridad esta es una estrategia paliativa y temporal, pero con múltiples beneficios a corto plazo. El yoga, la meditación, la relajación muscular o los ejercicios de respiración, son excelentes coadyuvantes de la discusión.

---

*e. Reformulación.* Ayuda a reformular acontecimientos activadores (A) negativos de forma más positiva: ver lo bueno de lo malo o detectar el desafío que representa afrontar lo malo.

*f. Tareas cognitivas para casa.* Buscar los *debo* y *tengo que*, discusión de creencias irracionales o llenar el *Formulario TREC de información de autoayuda* (ver anexo 3).

### 3.4.2 Técnicas emotivas.

Desde un abordaje integral la Terapia racional emotivo-conductual incluye métodos emotivo-evocativos. A continuación se revisan los más comunes:

*a. Ejercicios de ataque a la vergüenza.* Se emplean dos tipos de ejercicios, algunos que son prácticos, sensatos y útiles y otros que son aparentemente absurdos o sin sentido.

*b. Imaginación racional-emotiva.* Orientada a enfrentar la recaída, se evocan situaciones de recaída hasta que el cliente experimenta fuertes sentimientos negativos, se le pide que los cambie y que dé una explicación racional del cambio de un sentimiento inadecuado a otro más adecuado.

*c. Afirmaciones poderosas de afrontamiento.* Tendrán que ser creadas por el cliente y éste tendrá que creer en ellas de forma vehemente (“No necesito un trago. ¡Sólo preferiría tenerlo!”).

*d. Auto-diálogos eficaces.* Pueden tener una duración de 3 a 4 minutos y están dirigidos a refutar la *voz irracional* con creencias racionales, pueden ser grabados para que el terapeuta los analice y proporcione retroalimentación al cliente.

*e. El humor como método terapéutico.* El humor constituye una buena técnica en el manejo de trastornos porque tiene una importante carga emotiva y cognitiva. Por ello, se pueden modificar algunas canciones o poemas, dedicándolos a dramatizar las bondades y la necesidad de las bebidas alcohólicas.

---

### 3.4.3 Técnicas conductuales.

La Terapia racional emotivo-conductual especializada emplea métodos conductuales concretos para ayudar a eliminar la dependencia al alcohol y para reducir el trastorno emocional subyacente. Enseguida se presentan estos métodos:

*a. Desensibilización en vivo.* Esta técnica se dedica a ayudar al cliente a superar sus ansiedades o fobias asociadas al alcoholismo. Se recomienda que sea menos implosiva que en otros trastornos, pues se pide al alcohólico que evite los lugares, situaciones o personas que puedan llevarlos a recaer en la adicción.

*b. Desensibilización implosiva.* Se recomienda para vencer fobias o ansiedad, pero sólo con aquellos clientes que quieran emplearla y que ya han superado la adicción durante un período razonable.

*c. Reforzamiento y penalizaciones.* El reforzamiento no suele ser tan eficaz con pacientes adictos comparados con no adictos, debido a que los primeros no desean sustituir el placer inmediato del alcohol por otra gratificación. De manera que se recomienda el uso de penalizaciones severas, cuando el cliente está de acuerdo, que tendrán que ser vigiladas por alguna persona cercana para asegurar su cumplimiento.

*d. Prevención de respuesta.* Se lleva a cabo un control exhaustivo del paciente durante un lapso de tiempo. Este control pretende imposibilitar el consumo de bebidas alcohólicas, en ocasiones se sugiere al paciente que ingrese en una institución, o bien se pide a los familiares que lo vigilen constantemente.

Finalizado este capítulo en el que se mostró la forma en que la TREC explica y aborda la adicción al alcohol en términos generales y en la terapia individual (considerando siempre el rol de los facilitadores), así como las estrategias más comúnmente empleadas en estos casos, y una vez concluida la revisión teórica en su totalidad de las implicaciones del alcoholismo, en el siguiente capítulo se desarrollará una propuesta de intervención que considerará analíticamente las ventajas y limitaciones de este tipo de terapia.

---

## **CAPÍTULO 4**

# **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO**

En el presente trabajo se han presentado datos que permiten vislumbrar el surgimiento de modelos diferentes de consumo de alcohol por parte de la humanidad. Este surgimiento responde a la inminente modificación de patrones culturales, a la masificación provista por los medios de comunicación y a los regímenes políticos y económicos de algunos países, lo que genera una mayor apertura a las bebidas alcohólicas y una modificación de los usos, creencias, valores y tradiciones que giran alrededor de las mismas.

Lo anterior forma una parte importante en la variación de los patrones de consumo de algunos sectores de la sociedad mexicana, por lo que el alcoholismo, es considerado en la actualidad un severo problema de salud pública en este país.

Pero a pesar de las implicaciones individuales, familiares, sociales y comunitarias asociadas a esta problemática, las dependencias gubernamentales de salud carecen de la capacidad estructural, económica y de recursos humanos, para proporcionar la atención multidisciplinaria adecuada que se requiere en el manejo y tratamiento del alcoholismo.

Debido a ello, los pacientes alcohólicos y sus familiares recurren con frecuencia a otras instituciones privadas o públicas, que en su mayoría proporcionan un tratamiento residencial, en donde el alcohólico debe permanecer aislado para tener un mayor control de sus hábitos adictivos, lo cual constituye una clara ventaja. Las dificultades que conlleva este tipo de tratamiento cuando se recurre a una institución privada se refieren principalmente a los costos económicos que tienen, pues es necesario pagar por el uso de las instalaciones, los honorarios de los profesionales, los servicios de alimentación y hospedaje y en algunas ocasiones el transporte, ya que muchas instituciones de este tipo se encuentran fuera de las zonas urbanas o en localidades exclusivas. De esta forma, cuando la familia no puede costear este tipo de tratamiento recurre a organizaciones de tipo público,

las más conocidas se denominan “*granjas*” y cuentan entre sus desventajas con la carencia de instalaciones y personal instruido para manejar el problema.

Por otra parte, cuando no se contempla el tratamiento residencial como una opción, el paciente alcohólico puede recurrir a grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos (AA), el cual trabaja de acuerdo a un sistema de doce pasos, se centra en la participación de grupos o círculos de debate en los que se narran historias personales de abuso de alcohol y ofrece un tratamiento ambulatorio. Este puede ser un sistema efectivo, pero al ser un grupo conformado en su mayoría por individuos involucrados en el problema, la aceptación o no-aceptación de un individuo en el grupo depende de la valoración del problema de alcoholismo de acuerdo a las pautas establecidas por el grupo, razón por la que no existe un análisis objetivo y en ocasiones se puede segregar a algún paciente y/o a sus familias.

Como puede verse, las dificultades que enfrenta una persona alcohólica que busca tratamiento son diversas y debido a ello existe la creciente necesidad de aportar propuestas de intervención renovadas que contribuyan al tratamiento de tal problemática.

Tal como se ha mencionado con antelación, el alcoholismo es una problemática multifactorial que requiere atención en distintos niveles. El propósito de este trabajo no es de forma alguna brindar una forma total y única de tratamiento ni tampoco modificar las pautas políticas o sociales que se mantienen respecto al alcoholismo, pero sí el proporcionar una alternativa de tratamiento en cuanto a la psicología competente, considerando que indiscutiblemente, el psicólogo que decida trabajar sobre este tema no podrá hacerlo de forma aislada pues siempre requerirá del apoyo de otros profesionales de la salud.

Para quienes elijan trabajar con pacientes dependientes al alcohol, se presenta a continuación una propuesta de intervención que responde a los preceptos de la Terapia racional emotivo-conductual. Asimismo, se mencionan sus principales ventajas y limitaciones tanto teóricas como prácticas, de manera que queda a consideración del lector el empleo de esta estrategia de intervención.

---

#### **4.1 Objetivos generales y específicos.**

Objetivo general: Proporcionar un sistema estructurado para el tratamiento individual del alcoholismo en la población mexicana de la zona urbana y metropolitana del Distrito Federal, considerando las ventajas y desventajas de la Terapia racional emotivo-conductual.

Objetivo específico 1: Que el paciente reconozca el alcance y la severidad de sus problemas de bebida.

Objetivo específico 2: Que el paciente modifique sus ideas irracionales asociadas a la vergüenza y culpa que le generan su consumo excesivo.

Objetivo específico 3: Que el paciente detecte los desencadenantes de su consumo y que pueda explicarlos bajo el esquema A-B-C-D-E.

Objetivo específico 4: Que el paciente adquiera nuevos comportamientos alrededor del consumo de alcohol y genere una nueva filosofía de vida.

Objetivo específico 5: Que el paciente aprenda a mantener y reforzar los logros alcanzados.

Objetivo específico 6: Que el paciente aprenda a prevenir y evitar las recaídas.

Una vez establecidos los objetivos, es necesario reparar en las consideraciones generales del tratamiento.

#### **4.2 Ventajas del tratamiento del alcoholismo a través de la Terapia racional emotivo-conductual.**

La Terapia racional emotivo-conductual al emplear el modelo A-B-C-D-E permite que el alcohólico realice un análisis esquematizado de las conductas, pensamientos y sentimientos asociados a su trastorno adictivo, al mismo tiempo que se percata de las interrelaciones subyacentes que mantienen la problemática. Asimismo, la simplicidad de este modelo permite que una vez que se ha aprendido, se puedan generalizar los cambios producidos en un ámbito a otras situaciones de la vida cotidiana.

Por otra parte, al propugnar la idea humanista de aceptación incondicional, promueve la modificación de ideas vinculadas a sentimientos como la culpa o la vergüenza

---

y genera la creación de sentimientos de responsabilidad, de manera que el paciente alcohólico deja de percibirse como una víctima de los acontecimientos que nada puede hacer para modificar su realidad y asume que el cambio es posible, que depende de él y que tiene que trabajar persistente e intensamente para conseguirlo.

Además, ayuda al alcohólico a reflexionar acerca de que la ingesta de alcohol provee gratificaciones inmediatas que a largo plazo redundarán en un detrimento de su calidad de vida y presenta la opción de disfrutar plenamente de la misma, sin consumir alcohol, efectuando algunos cambios filosóficos y prácticos (Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992).

### **4.3 Consideraciones generales para el tratamiento.**

El terapeuta debe estar consciente de que al igual que en toda forma de terapia, la relación que se establece con el paciente tiene que mantener límites definidos, por lo que no conviene coaccionar al paciente para que actúe de alguna forma en particular, aun cuando se crea que es lo mejor para el mismo. En todo caso, es crucial mantener una alianza terapéutica que incentive, estimule y refuerce el trabajo sostenido y arduo.

La forma más efectiva de crear esa alianza, se encuentra basada primordialmente en la aceptación incondicional del cliente (evitar clasificar, descalificar o etiquetar al cliente o a personas que compartan la problemática) y en el compromiso del terapeuta de que va a trabajar activa y persistentemente para que el cliente abandone sus emociones perturbadoras y patrones disfuncionales. El terapeuta debe mantener expectativas positivas, pero sobretodo realistas. Cuando el cliente mantenga ideas y exigencias irreales, el terapeuta tiene que dirigirlo para que se percate de ello (Ellis, 1999).

Así también, el terapeuta debe mostrarse abierto para detectar y modificar sus propias ideas irracionales, no temer al fracaso y evaluar los acontecimientos ocurridos en la terapia de la forma más objetiva y científica posible.

Asimismo, al ser una forma de terapia que busca lograr un cambio filosófico en sus clientes y que a su vez, trabaja con tareas asignadas para casa, algunas de ellas por escrito y con material bibliográfico que el paciente tiene que leer, es preciso que el cliente sepa leer

---

y escribir o en caso contrario, el terapeuta puede adaptar o elegir material adecuado para cada caso (Ellis y Dryden, 1989).

Finalmente, se tendrá a consideración que el alcoholismo en México se encuentra íntimamente asociado a rituales e ideas religiosas (Ej. *jurar ante alguna imagen no beber por un lapso de tiempo determinado*) por lo que conviene que el terapeuta debata enérgicamente las creencias religiosas irracionales asociadas a la problemática, pero sin entrar en un debate infructuoso con creencias de este tipo que no resulten perniciosas o que no representen un riesgo para sus logros. En este sentido, es preferible respetar la idiosincrasia del paciente.

#### **4.4 Tratamiento del alcoholismo.**

Una vez delimitados los objetivos y aclaradas las particularidades de esta forma de terapia, se procede a presentar a continuación la propuesta de intervención para el alcoholismo con pacientes de la zona urbana y metropolitana del Distrito Federal. Lo anterior responde a las características individuales y al sistema de creencias respecto al alcohol que este tipo de población mantiene con frecuencia, así como a la aceptación del tratamiento que puede existir en estas zonas.

Esta propuesta se encuentra sintetizada en una tabla de contenidos (ver anexo 6) que muestra los pasos a seguir de acuerdo a cada objetivo específico de la intervención.

##### *4.4.1 Motivación al tratamiento y evaluación.*

Mc Crady, Rodríguez y Otero-López (1998), señalan que en el tratamiento del alcoholismo con frecuencia se presenta un problema de falta de adherencia por parte del cliente, este problema responde generalmente a tres causas: a) subestima la extensión y gravedad de los problemas de bebida, así como las dificultades que puede encontrar al modificar el hábito; b) sobrevalora su capacidad para dejar de beber y, c) no reconoce la necesidad de desarrollar nuevas habilidades o destrezas.

Es por ello, que una vez que un paciente llega a terapia tratando de resolver sus problemas de consumo de alcohol, el terapeuta tiene que involucrarse en una discusión

---

activa–directiva respecto a las razones que tiene para asistir o evitar el tratamiento, anotando cada una de ellas y sobretodo, cuestionando de forma lógica, las ventajas y desventajas que conllevan.

Cuando se ha realizado este análisis, es importante involucrar y guiar al paciente respecto a las metas que se plantea con respecto al tratamiento. Para ello, es oportuno educarle en dos aspectos: 1) las repercusiones médicas, de salud, sociales, familiares y laborales del consumo excesivo de alcohol y 2) las implicaciones que acarrear tanto la abstinencia como el beber controlado.

En primera instancia se debe expresar la idea de que una vez que el individuo ha reconocido la necesidad de dar solución a sus problemas, él es responsable de modificar sus patrones adictivos, pero se tendrá que aclarar que el terapeuta es un profesional comprometido dispuesto a respaldarle en este proceso (Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992). Posteriormente, se presenta información (material audiovisual de hechos reales asociados al alcoholismo, material bibliográfico, etc.) respecto a las repercusiones negativas del alcoholismo. Asimismo, se motiva al paciente a realizar un análisis de ello, promoviendo la idea de que aun cuando beber resulte gratificante de manera inmediata, esta conducta está asociada a consecuencias negativas que se presentan a largo plazo.

Por otra parte, el terapeuta tiene que presentar la información adecuada respecto a las dos alternativas posibles para solucionar el problema de bebida: beber controlado o abstinencia, destacando las características positivas de cada una. En este sentido, el profesional debe limitarse a guiar la toma de decisiones mediante la presentación de datos lógicos y demostrables científicamente, pero una vez que el cliente ha elegido una alternativa, el terapeuta tiene que respetar su elección. En sesiones posteriores, si lo considera apropiado, podrá discutir la pertinencia de ello, pero sin calificar o etiquetar al cliente por la decisión que ha tomado.

A continuación, el terapeuta promueve la autoidentificación de los problemas específicos del cliente. Ello se realiza mediante un cuestionamiento dinámico de los principales problemas que el mismo ha enfrentado a partir de su adicción. Es posible que el cliente no realice una asociación directa entre su forma de beber y las implicaciones negativas que ello conlleva, bien sea porque niega o subestima las dificultades o porque en el interior de la familia se encuentra con uno o más sujetos facilitadores que han encubierto

---

o resuelto las dificultades antes de que el alcohólico se percate de ellas. Por ello, el examen profundo de dificultades resulta de gran utilidad.

Valbuena (1993), sugiere que en este punto, se realice una evaluación de tipo médico con la finalidad de: 1) Determinar el estado de salud del paciente (complicaciones médicas y/o psiquiátricas), 2) Detectar de forma más tangible los efectos secundarios que su conducta de beber genera en su salud, 3) Identificar los problemas derivados de la dependencia física que producen el síndrome de abstinencia y, 4) Determinar el grado de dependencia al alcohol.

La evaluación realizada por el médico se centra generalmente en la historia del abuso de alcohol, el reconocimiento físico y psíquico además de análisis y estudios complementarios que permitan determinar el grado de dependencia, la gravedad y las posibles complicaciones fisiológicas que puedan presentarse.

De forma similar, es conveniente que el psicólogo valore la historia del abuso de sustancias. Para ello, es de utilidad emplear un cuestionamiento directo que permita guiar al cliente en la identificación de las consecuencias personales del abuso de bebidas. La realización de este tipo de historia debe dirigirse a obtener información respecto a las características específicas de la conducta de cada paciente alcohólico, por ejemplo: datos sobre la edad del primer contacto con la droga, la cantidad y el tipo de bebida que se consume, las consecuencias, la frecuencia y duración de cada episodio de bebida, las redes sociales con que se relaciona cuando bebe, el dinero que se invierte en ello, el tipo de problemas asociados a su conducta, los lugares donde acostumbra beber, bajo qué circunstancias, etc. (ver anexo 7), pero si se prefiere, se pueden utilizar instrumentos específicos. En este caso se recomienda: la “Escala del beber problemático”, el “Perfil global del bebedor”, o el “Test de exploración del alcoholismo de Michigan” (Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992; Valbuena, 1993 y Mc Crady, Rodríguez y Otero López, 1998). También resultan de utilidad los autoinformes e informes de personas allegadas. Sea cual fuere la elección del instrumento de evaluación, el terapeuta tiene que considerar que la realización de la historia no determina un diagnóstico definitivo, sólo pretende recabar información acerca de las consecuencias del consumo excesivo de alcohol en un individuo específico, por lo que se deben evitar las generalizaciones.

---

Además de la historia del abuso, la evaluación inicial debe dedicar un espacio importante a la especificación de cogniciones disfuncionales, emociones disruptivas y creencias irracionales que mantienen el patrón del alcoholismo. Las formas más comunes a las que se tendrá que prestar atención son las siguientes:

1. Autoatribuciones negativas
2. Expectativas no realistas acerca de sí mismo.
3. Expectativas no realistas acerca del mundo y de los demás.
4. Pensar lo peor acerca de la propia salud.
5. Asumir lo peor acerca de la propia situación (Mala suerte, todo irá siempre mal, etc.)
6. Asumir lo peor acerca de los demás (“Lectura del pensamiento”)
7. Catastrofismo.
8. El síndrome del “*No hay nadie como yo*” (tan malo, débil o inseguro).
9. Ideas de *no poder soportar* algún acontecimiento.

El terapeuta debe tomar nota de estas ideas, para debatirlas posteriormente. Así también, resulta de utilidad realizar un análisis funcional de la conducta de beber, en el cual se determina de forma específica la relación existente entre estímulos antecedentes [internos y externos]-variables del organismo [biológicas, habilidades y competencias y valores cognitivos/culturales]-conductas problema [a nivel motor, cognitivo y fisiológico]-consecuencias [positivas, negativas, a corto y largo plazo así como individuales y para otros] (ver anexo 8).

Además, se tendrán a consideración los recursos con los que cuenta cada paciente. En este sentido, un aspecto importante lo constituye la valoración de las redes de apoyo social, ya que, amigos, familiares, vecinos, grupos de autoayuda, miembros de comunidades religiosas y trabajadores sociales pueden contribuir en la motivación y permanencia en el tratamiento. Mc Crady, Rodríguez y Otero-López (1998) afirman que las redes de apoyo, ayudan a que el paciente alcohólico se sienta valorado, incrementan su sentido de pertenencia y generan el sentimiento de estar conectado a otras personas. Aunado a ello, el terapeuta puede recurrir a estas personas para que realicen registros y autoinformes que mantengan controlada la conducta de beber, así como para que vigilen el

---

consumo de medicamentos prescritos por el médico y en general, para que motiven y discutan las ideas irracionales y ayuden a atenuar las reacciones emocionales negativas ante cualquier posible recaída o situaciones de riesgo.

Por otra parte, la evaluación de la interacción familiar, en términos de habilidades sociales, de comunicación, solución de problemas y estrategias de afrontamiento que posee cada integrante de la familia resulta crucial, ya que, la conducta de los facilitadores repercute directamente en los patrones de bebida (Echeburúa, 1994).

Finalmente, hay que identificar los problemas laborales, legales o sociales asociados al alcoholismo con la finalidad de determinar qué recursos pueden ayudar de forma más consistente a la autoidentificación del problema.

Con la evaluación, se concluye el primer objetivo de esta propuesta de intervención, y se da paso a la aproximación a la problemática por parte del cliente.

#### *4.4.2 Comprensión de la problemática.*

Antes de iniciar con el tratamiento propiamente dicho, es necesario proporcionar información que permita al cliente identificar las diferencias entre acontecimientos, pensamientos, acciones y consecuencias. Este proceso puede realizarse al presentar modelos no asociados con la conducta de beber, en los que se haga la distinción de cada evento, por ejemplo:

**Acontecimiento** [habitación fría] - **pensamiento** [hace frío, tengo que calentar la habitación] - **sentimiento** [malestar] - **conducta** [prender calefacción] - **consecuencia** [habitación caliente].

Tras realizar varias repeticiones se muestran todos los elementos de una cadena de conducta asociada a los problemas de alcohol, pero motivando al cliente a distinguir las consecuencias positivas de las negativas:

**Acontecimiento** [23:45 hrs. Despierto en cama, sin poder dormir] - **pensamiento** [“No podré dormir si no bebo”] - **conducta** [beber alcohol] - **consecuencias positivas**

---

[adormecimiento, sueño] - **consecuencias negativas** [despertar de madrugada, temblores, malestar].

En esta fase, resulta de utilidad prestar especial atención a aquellos sentimientos/pensamientos asociados a culpa o vergüenza por los problemas de bebida. Para facilitar el proceso de identificación se puede emplear un sencillo registro en el que el cliente podrá anotar de forma esquematizada la cadena de eventos que acontecen cuando se culpabiliza o avergüenza a sí mismo (ver anexo 9).

Cuando se han identificado las ideas irracionales asociadas a estos sentimientos perturbadores, el terapeuta puede debatirlas en primer lugar, cuestionando la evidencia que muestra que el cliente es culpable. Además, en este punto se introduce el concepto de aceptación incondicional, enseñando al cliente a aceptarse y a no calificarse como persona a pesar de los errores que pueda cometer, demostrándole que es responsable de sus actos pero no culpable por ellos y sobretodo aceptándolo en esencia (Ellis, 1999). Lo anterior ayuda al cliente a crear explicaciones más precisas, que modifiquen sus ideas perturbadoras.

#### 4.4.3 Explicación del modelo A-B-C-D-E

Antes de explicar el problema de bebida bajo el modelo A-B-C-D-E, se presentan los principales tipos de *insight*, buscando una mejor comprensión del cliente respecto a las causas que originaron y que mantienen sus problemas en la actualidad.

Primero, buscar la comprensión de que los acontecimientos por sí mismos no son los únicos causantes de las conductas y emociones alteradas y dado que con frecuencia los acontecimientos no se pueden modificar, es más importante cambiar la forma en que éstos son interpretados. Segundo, promover la idea de que los acontecimientos pasados les trastornan en el presente porque aun mantienen las creencias pasadas. Tercero, fomentar la creencia de que el compromiso y el trabajo arduo son las únicas formas de modificar sus patrones disfuncionales. Cuarto, conducir al conocimiento de que el tiempo que ocurre entre la realización de una conducta y la experimentación de las consecuencias es crucial en el mantenimiento de la misma, mientras más inmediata sea la consecuencia mayor probabilidad de que la conducta se presente o se extinga (Ellis; 1981; 1999).

---

Logrado un acercamiento a estos preceptos, se explicará el esquema A-B-C-D-E propuesto por A. Ellis. En este esquema, A hace referencia al acontecimiento activador o disparador, B se refiere a la interpretación que se hace de ese acontecimiento, C representa las consecuencias que conlleva tal interpretación, D constituye el debate de las ideas irracionales generadas en B y E representa la generación de una idea racional nueva. Es importante refutar las creencias respecto a que A (acontecimiento) provoca C (consecuencia). Se tendrá que destacar el papel que juega la interpretación cognitiva (B) que hace el individuo del acontecimiento (A) en la consecuencia (C). Asimismo, se hace hincapié en que un mismo disparador puede ser valorado de forma diferente por diversas personas, generando a su vez, diversas formas de consecuencias. Se presenta un acontecimiento cotidiano no relacionado con el alcoholismo y se le pide al cliente que lo valore o interprete, posteriormente se le sugiere que proponga otra interpretación como si se tratase de otra persona (D). De esta forma se le guía hasta obtener un pensamiento racional (E), demostrando que en cada caso, las consecuencias o sentimientos que tiene son de diferentes clases. En este punto, se introduce el concepto de que todos los sentimientos (ira, miedo, ansiedad, depresión) producen algún tipo de respuesta fisiológica (tasa cardiaca alta, letargia, sudoración, etc.) Después se enseña que existen sentimientos negativos apropiados como el dolor, la tristeza y la frustración y sentimientos negativos inapropiados como la depresión y la ansiedad. Se le pide que identifique las diferencias entre los pensamientos racionales e irracionales y entre sentimientos positivos y negativos (apropiados e inapropiados).

Cuando el terapeuta considere que el cliente ha aprendido el esquema A-B-C-D-E, lo motiva dejando que sea él quien identifique las principales creencias irracionales que mantiene alrededor de su adicción al alcohol. Se le solicita que las enumere y se hace un listado con ellas. Después se esquematizan en un registro (ver anexo 9) que se revisará cada sesión con la finalidad de enfatizar los aciertos y corregir errores.

---

#### *4.4.4 Consecución de un nuevo efecto o filosofía de vida.*

El nuevo efecto o nueva filosofía de vida se adquiere no sólo cuando el individuo adopta pensamientos más racionales, sino también cuando aprende alternativas para la conducta de beber y cuando empieza a fijarse nuevas metas y objetivos.

Con respecto a las conductas alternativas, el terapeuta tiene la opción de trabajarlas, analizando uno de los episodios de bebida que el cliente haya identificado en sus registros previos. Se analiza la cadena de conductas y se cuestiona al cliente respecto a las conductas alternativas que podrían haberse elegido en tal situación. Después se genera una lista de las consecuencias positivas y negativas de la alternativa en cuestión, la parte más importante de esta tarea consiste en demostrar que existen diversas formas de comportarse ante un mismo evento, fomentando la iniciativa por parte del cliente para analizar todas las alternativas posibles en ocasiones futuras (Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992). Asimismo, es importante convencer al paciente de que las consecuencias reforzantes del alcohol suelen ser muy vigorosas por lo que es importante que cualquier conducta alternativa también lo sea. Se tendrá que informar al paciente de que si bien, las condiciones ambientales no pueden modificarse eso no constituye una razón para evitarlas. En todo caso se puede llevar a cabo un control de estímulos y elegir las situaciones externas que puede enfrentar, por ejemplo: presentarse en un restaurante en lugar de un bar, acudir a un bar acompañado por familiares o amigos en una fecha específica contraria a los días en que iba con compañeros de bebida, etc.

El siguiente paso a seguir es suscitar el establecimiento de metas y objetivos novedosos y realistas. Es recomendable que no se intente conseguir las metas de forma abrupta, sino que se establezcan objetivos a corto plazo que sean manejables. Las metas más ambiciosas pueden dividirse en una serie de pasos, de manera que la consecución de uno marque el punto de partida para el siguiente hasta que se consiga la meta final. También debe considerarse que las metas deben plantearse en función de su propia conducta (“Saldré a pasear con más frecuencia”) y no en la de otros (“Que mi esposa sea más feliz”). Es importante que el cliente busque desafíos, que se fije un período de tiempo para conseguir sus metas y que pueda medir la consecución de las mismas.

---

Subsecuentemente, se procede a realizar la identificación de las creencias irracionales respecto al alcoholismo. Este es un proceso que se realizó durante la evaluación y durante la explicación del modelo A-B-C-D-E. Aun cuando existe un listado de las creencias irracionales más frecuentes, es preciso que se determinen las ideas irracionales específicas del cliente y que se realicen las hipótesis pertinentes respecto a las mismas. Por ello, el terapeuta tendrá que comentar y analizar enérgicamente con el cliente, las hipótesis respecto a estas ideas, motivándole para que exprese otras ideas que aún no hayan sido identificadas. Es preciso recordar que a menudo estas ideas se encuentran basadas en evaluaciones del *yo*, en *debeísmos* y en *no soportantitis*. Así que cuando sea posible, el terapeuta las categorizará para debatirlas y presentar alternativas cognitivas (Ellis y Dryden, 1989).

En lo referente al debate, el terapeuta debe esforzarse en demostrar los fallos lógicos de cada creencia, siguiendo la categorización previamente realizada. Para mostrar dichos fallos, puede asumir que la concepción del cliente es verdadera intentando prever qué cosas ocurrirían si esto fuera así. Al mismo tiempo, le instruye para que aprenda a identificar y etiquetar las distorsiones cognitivas más comunes (catastrofismo, sobregeneralización, debeísmos, no soportantitis, desesperanza, etc.) Además, resulta de utilidad mostrar las implicaciones de las exigencias dogmáticas, demostrando que éstas provienen de arbitrariedades autoimpuestas que carecen de una razón lógica. Puede proponer llevar las consecuencias imaginadas hasta el extremo y concluir lo que pasaría si los eventos ocurrieran como el cliente los imagina. Estas técnicas de disputa permiten al cliente identificar por sí mismo las ocasiones en que su pensamiento carezca de argumentos para ser válido, pero también se le tendrá que enseñar a construir ideas más racionales basadas en evidencia lógica sustentable. Las técnicas más comunes para hacerlo consisten en: entrenarlo para que intente convertir la adversidad en una ventaja de forma racional y precisa; guiarle para generar autoafirmaciones más racionales y auxiliarle en el examen de los pros y contras de su pensamiento racional (Ellis, 1999). Todo este trabajo tiene que estar dirigido a demostrar que al igual que existen alternativas conductuales existen alternativas cognitivas. Otra alternativa consiste en proporcionar una tarjeta con los pasos a seguir para conseguir un pensamiento racional:

---

- a) **DETENERSE:** Un sentimiento (reacciones fisiológicas) desagradable es una señal para detenerse a examinar los pensamientos.
- b) **CONCIENTIZARSE:** Tomar conciencia de las asunciones y creencias que se tienen en el momento.
- c) **DISPUTAR:** Desafiar enérgicamente los pensamientos o creencias que puedan ser irracionales.
- d) **COMPROBAR:** Probar la validez de esas creencias.
- e) **REFORMULAR:** Generar un pensamiento más racional respecto a uno mismo y sobre la situación.

Además del debate, pueden emplearse una serie de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales dirigidas a modificar los patrones adictivos. Las principales técnicas cognitivas son las empleadas en la disputa y el debate, pero además se incluirán algunas tareas cognitivas para casa como: elaborar una lista de los *debo y tengo que*, así como el llenado de *Formulario TREC de información de autoayuda* y la *Guía para solucionar problemas emocionales y conductuales* (ver anexos 3 y 4).

Entre las técnicas emotivas que se emplearán, se propone el uso de afirmaciones de afrontamiento que el cliente creará y que tendrá que repetirse de forma constante e impetuosa. Se aconseja que se escriban en pequeñas tarjetas que el cliente traerá consigo para leerlas cada vez que lo requiera. Además se empleará el diálogo enérgico de las dos sillas, en donde el cliente sentado en una silla tendrá que decir una creencia racional, pasar a otra silla y atacar esa creencia con una idea irracional, pasar a la primera silla y debatir esa creencia irracional. Se recomienda que se realice esta tarea por un lapso de 5 a 10 minutos.

Por otra parte, las técnicas conductuales se centran en alternativas como permanecer en la situación difícil; control de estímulos; métodos de reforzamiento en donde el cliente se recompensará por los logros conseguidos; juego de roles para enfrentar situaciones de riesgo y rechazar bebidas. Con los clientes que muestren una gran resistencia al tratamiento, se emplearán técnicas como el uso de castigos y penalizaciones y prevención de respuesta, dirigido a evitar las situaciones de riesgo bajo una minuciosa observación de la conducta del cliente. En ocasiones, es oportuno consultar al médico para que determine la pertinencia de usar algún medicamento, ya sea para a) aliviar los síntomas derivados del

---

síndrome de abstinencia y/o b) tratar otros síntomas psicopatológicos concomitantes al síndrome de dependencia al alcohol. En el primer caso, resulta preciso suprimir totalmente el consumo de alcohol para administrar posteriormente, fármacos tranquilizantes (clormetiazol, piracetam, etc). En lo que se refiere al tratamiento de otros síntomas, la medicación se emplea de acuerdo a la patología concomitante, por ejemplo: intoxicación crónica aguda, depresión, ansiedad, insomnio, paranoia, alucinaciones, etc. En algunos casos, es aconsejable el uso de medicamentos interdictores del alcohol, que producen efectos desagradables (vértigos, náuseas, vómitos) al consumirse de manera concomitante con alcohol o bien, contemplar el tratamiento residencial. En cualquiera de los casos, un requisito indispensable es contar con el conocimiento, consentimiento y acuerdo de la persona con problemas de bebida (Echeburúa y De Corral, 1988; Echeburúa, 1994). Algunas técnicas alternativas, como el entrenamiento en destrezas, métodos de relajación o la electropuntura resultan de utilidad en el tratamiento de este trastorno..

El entrenamiento en destrezas que se propone es el relacionado con la adquisición de habilidades sociales. Para esto, es necesario presentar situaciones en las que la respuesta sea pasiva, agresiva o asertiva, de manera que el cliente comprenda la diferencia entre ellas. Se presenta una nueva situación pidiendo al cliente que actúe de forma asertiva. Finalmente se describen las características de este tipo de conducta (Mc Crady, Rodríguez y Otero-López, 1998):

- a. Emplea frases que inician con “Yo siento / creo / pienso que...”
- b. Hace una crítica de las conductas, no de las personas en sí mismas.
- c. Sugiere cambios específicos y concretos.
- d. Manifiesta algo positivo de la otra persona o de la situación.
- e. Mantiene el contacto visual y un adecuado lenguaje corporal.

Una vez que el cliente ha comprendido las características de la conducta, se emplea el juego de roles motivando al cliente a que repita su representación en situaciones de la vida cotidiana. Posteriormente se realiza un nuevo juego de roles en los que el paciente tendrá que rechazar las invitaciones a beber y tratará de aplicarlo en situaciones reales si éstas se presentan.

---

Con respecto al uso de métodos de relajación, el terapeuta debe recordar que estas técnicas de distracción cognitiva, regularmente son empleadas como técnicas paliativas coadyuvantes del tratamiento. Dado que los alcohólicos generalmente evitan síntomas de ansiedad y estrés por el consumo de alcohol, en primera instancia se tendrá que ayudar a que detecten estos síntomas. Una vez detectados, es recomendable presentar alguna técnica de relajación en cassettes de audio o por escrito (ver anexo 10) destacando su efectividad como alternativa a la conducta de bebida en caso de experimentar ansiedad. Se proporcionan instrucciones respecto al lugar en donde se puede llevar a cabo, la postura corporal, la vestimenta (debe ser cómoda.) Así también, se requerirá un informe del progreso y dificultades encontradas para que el terapeuta pueda retroalimentar al paciente.

A medida que el tratamiento vaya avanzando, el terapeuta debe llevar a cabo un registro propio en el que realizará anotaciones de las tareas que ya ha realizado con el cliente así como las tareas faltantes en el proceso terapéutico. Además este formato (ver anexo 11), permite registrar los logros del cliente respecto a las tareas asignadas para casa, así como hacer observaciones y comentarios especiales (Ellis, 1999).

#### *4.4.5 Mantenimiento de los logros.*

Con la finalidad de mantener los logros alcanzados durante la terapia, es preciso promover una serie de sesiones de apoyo, fundamentalmente con aquellas personas que han facilitado los patrones adictivos del cliente (parejas, familias o amigos) (Mc Crady, Rodríguez y Otero-López, 1998). Estas sesiones pueden no ser demasiado estructuradas ni frecuentes, pero se pretende proporcionar el mismo esquema de trabajo para que los facilitadores puedan detectar y debatir sus propias creencias irracionales y conductas disruptivas respecto al alcoholismo, de manera que trabajen para alcanzar su propio bienestar emocional y para que constituyan una red de apoyo para el alcohólico si así deciden hacerlo.

Antes de iniciar con la intervención, resulta útil detectar los problemas familiares o de pareja que puedan desencadenar episodios de bebida, presentando información respecto a las ventajas de establecer una comunicación clara y directa pero no hiriente. Se debe recordar que ante la sospecha o temor de que la pareja vuelva a beber, se puede adoptar una

---

conducta asertiva y manifestar los sentimientos reales pero sin atacar por ello al cónyuge. Valbuena (1993), afirma que otra alternativa recomendable es la realización de un análisis que involucre a la familia, en el que se evaluará de forma conjunta la conveniencia de que haya o no bebidas alcohólicas en casa, qué medidas saludables se tomarán en caso de una recaída, así como la forma en que pueden reestructurarse los roles.

Por otra parte, resulta conveniente que el terapeuta establezca un programa de seguimiento después de concluir la intervención. Este programa se realizará a través de llamadas telefónicas o citas personales durante lapsos preestablecidos de tiempo (1, 3, 6 y 12 meses).

Antes de concluir la intervención, se presentarán una serie de estrategias que ayuden al cliente a mantener los logros adquiridos. Esto se logra presentando imágenes racional-emotivas en las que el cliente y los facilitadores deben imaginarse que en el futuro, cuando ya no asisten a terapia, ocurre un acontecimiento activador que les induce a reaccionar con un sentimiento o conducta intensa. Posteriormente, se les enseña a mantener el acontecimiento, pero a cambiar el sentimiento por otro más saludable. Es preciso aclarar que para cambiarlo en la situación imaginada bastó con que el cliente modificara la idea o pensamiento irracional y que ante cualquier riesgo real puede actuar de igual forma. Por otra parte, se le pide que recuerde las cosas que ha hecho para conseguir los logros actuales (dejar de calificarse, generar autoafirmaciones racionales, refutar creencias irracionales, arriesgarse a hacer cosas a las que temía o que creía que no podía manejar, etc.) y que las anote en una lista que se encuentre siempre a su disposición. Además, se le recuerda que puede emplear los principios aprendidos con otras personas y que tiene la capacidad para guiarles en la modificación de sus conductas y pensamientos alterados.

#### *4.4.6 Prevención de la recaída.*

Con el objetivo de elevar la eficacia terapéutica, es necesario prevenir las recaídas que pueda enfrentar el paciente. Inicialmente se debe aclarar que este es un proceso normal que le ocurre a casi todas las personas y que no debe catastrofizarse. También se informará que ocurre con mayor frecuencia durante los tres primeros meses postratamiento y que el cliente puede enfrentarse de forma exitosa siempre y cuando no se retomen patrones y

---

conductas pasadas: ir a los bares con antiguos compañeros de bebida, creer que basta con la fuerza de voluntad, etc.

Ahora bien, el terapeuta manejará la idea de que si la recaída ocurre, ello no implica que se es una mala persona o que no se tiene remedio. En todo caso, el entrenamiento para identificar las situaciones de riesgo resulta crucial. Además de resaltar la idea de que en el momento de la recaída las personas pueden elegir entre seguir bebiendo o dejar de beber, retirarse del lugar o quedarse y revisar la lista de las consecuencias negativas de beber y positivas de la abstinencia. También se puede iniciar el proceso de refutación hasta que el cliente esté convencido de las respuestas racionales, hay que esclarecer que no basta con decirse las creencias racionales sino que hay que creer realmente en ellas, y a la vez aplicar técnicas de distracción cognitiva como ejercicios de respiración, métodos de relajación, etc.

Otra estrategia consiste en motivar al cliente para que una vez concluido el tratamiento del alcoholismo, intente generalizar ese trabajo a otros problemas de su vida. Para ello, se le pide que elija uno de los problemas que le agobian y que analice las creencias irracionales subyacentes al mismo, para que las discuta, genere alternativas más racionales, y una vez que lo haya superado, se plantee nuevas metas y propósitos de vida que hagan su existencia más satisfactoria.

#### **4.5 Limitaciones de la Terapia racional emotivo-conductual.**

Entre las principales limitaciones que posee la Terapia racional emotivo-conductual y por lo tanto esta propuesta de intervención, se encuentran las siguientes:

Es una forma de terapia que como se mencionó con antelación, requiere de la constante lectura y realización de tareas por escrito, por lo que se dificulta su aplicación a personas analfabetas o con un bajo grado de escolarización. Además, trata con un debate filosófico profundo, que si se aplica rígidamente puede dificultar la comprensión para los miembros de algunos sectores de la sociedad, por lo que su éxito, dependerá de la habilidad del terapeuta para modificar los preceptos de forma que resulten más manejables y comprensibles (Haaga y Davison, 1989).

Aunado a ello, una gran parte de la población de las zonas urbanas mantiene el canon del terapeuta como una persona que discute sus ideas de forma cordial y afable.

---

---

Debido a que la TREC está basada en un método socrático de discusión, requiere que el terapeuta sea firme y directo en el debate de ideas irracionales, por lo que algunas personas pueden sentirse ofendidas y renunciar a este tipo de tratamiento.

Finalmente, se tendrá que considerar que las creencias religiosas forman una parte importante del acervo cultural de la población y que la TREC, excluye cualquier idea religiosa debido a que se cree que fomenta la dependencia de los seres humanos, en hechos intangibles que no se pueden comprobar. Ello implica que se tendrá que limitar el trabajo en este sentido a las creencias religiosas respecto al alcohol que resulten disfuncionales, pues cualquier intervención en otro sentido podría poner en riesgo los alcances de la terapia.

---

## CONCLUSIONES

La revisión teórica realizada en el presente trabajo ha permitido apreciar los factores interrelacionados en el alcoholismo; presenta los acuerdos e inconsistencias existentes entre los diversos profesionales de la salud respecto a su definición; muestra la forma de tratamiento que sigue la Terapia racional emotivo-conductual en general y de forma específica en este trastorno adictivo y ha generado una propuesta de intervención, lo cual, considerando la complejidad del trastorno no constituye una tarea simple.

Como se ha visto, el consumo de alcohol, se ha encontrado presente en la historia de la humanidad desde tiempos remotos, pero el hecho de que este consumo se haya convertido en un fenómeno masivo, inadecuado y excesivo representa un hecho reciente en muchas sociedades. Lo anterior es más evidente en los países desarrollados en donde las innovaciones tecnológicas permiten la fabricación en serie de bebidas alcohólicas, lo que repercute en sus bajos costos así como en la capacidad de difusión de las mismas. Todo ello ha generado que el consumo excesivo se presente de forma más frecuente y sea más aceptado en algunas culturas, por lo que existe un creciente interés en la realización de investigaciones científicas que provean explicaciones en torno a la complejidad de esta problemática, pero ya que en el presente, la ciencia ha mostrado dificultades en la dilucidación de todos los factores que conforman esta situación, la generación de un sistema de tratamiento efectivo se ha visto frenado.

Lamentablemente, este hecho es más patente en los países en vías de desarrollo, particularmente en América Latina, debido a que la investigación resulta insuficiente y poco exhaustiva, por lo que, en gran medida se han retomado las aportaciones hechas por otros países, tal como menciona Menéndez (1987). Las repercusiones de ello resultan predecibles: el alcoholismo es, en algunas ocasiones, definido de acuerdo a una serie de estereotipos que no responden a la realidad propia de cada país.

En el caso de México, los intentos por comprender la instauración del alcoholismo así como las conjeturas que pretenden explicar el paso del consumo de alcohol con fines religiosos o rituales al síndrome de dependencia, han provisto diversas hipótesis que van desde la asunción de que la colonización marcó el punto de partida para el alcoholismo,

---

pasando por la idea de que los mexicanos poseen una personalidad predispuesta hacia las adicciones, hasta la creencia de que la marginalidad y pobreza predominante en este país ha sido el factor desencadenante del mismo. Pero a pesar del fundamento histórico que puedan tener tales hipótesis, en general resultan innecesarias para el análisis de las causas que generan y mantienen el abuso de alcohol en esta población, ya que el mismo se encuentra determinado en gran medida por múltiples factores, funciones y características de la sustancia así como por creencias, valores y actitudes propios del grupo en el que se desarrolla.

Lo anterior, permite concluir que el alcoholismo no responde a agentes aislados, pues al ser un problema desarrollado por seres biopsicosociales la interrelación de tales factores resulta crucial y aunque existen intentos de normalización para explicar el desarrollo y mantenimiento del alcoholismo, como menciona Edwards (1986), ningún factor por sí mismo es suficiente o necesario, pues en cada caso el cuadro que se presenta es único y las motivaciones o causas personales para abusar del alcohol suelen ser tan variadas como los propios seres humanos.

Ahora bien, las dificultades de la ingesta excesiva son variables y van desde el malestar físico y emocional inmediato hasta severas repercusiones de salud a largo plazo. Entonces el cuestionamiento inevitable es ¿por qué las personas continúan ingiriendo alcohol indiscriminadamente pese a las repercusiones que ello conlleva? ¿por qué no se evita esta conducta aun cuando las consecuencias son desagradables? Esto se debe en primera instancia al sistema de creencias y actitudes que tanto el individuo como otros miembros de su grupo social mantienen sobre la droga pero una vez que el consumo es prolongado, los síntomas físicos y psíquicos generados por el síndrome de dependencia juegan un rol decisivo en el mantenimiento de la conducta. Ello no significa que el establecimiento del síndrome de dependencia no pueda preverse, diagnosticarse o tratarse de forma oportuna, pero en la mayoría de los casos esto no ocurre, ya sea porque: los implicados en el problema se resisten a evaluarlo como tal; porque la tolerancia (beber más para lograr el mismo efecto) es interpretada como una muestra de jerarquía o poder; porque el período de tiempo que pasa entre el consumo moderado y el patológico es demasiado extenso y las consecuencias orgánicas tardan en manifestarse o, simplemente porque se carece de los recursos necesarios. Por ello, es común que el individuo o sus familiares

---

adviertan la existencia de una problemática *real* hasta que el alcoholismo se encuentra asentado, es decir, cuando la preponderancia de complicaciones es innegable.

Además, las consecuencias (orgánicas, familiares, laborales, económicas y comunitarias), no están restringidas al individuo que sufre el trastorno. Cada sujeto que presenta un problema con el alcohol influye de manera adversa en la vida de un gran número de personas adicionales y los costos económicos, en términos de atención sanitaria, baja productividad laboral, etc., son muy altos por lo que se afecta de forma directa a familiares y de manera indirecta a la sociedad, tal como mencionan Ellis, Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, (1992).

Sin embargo, una vez detectado y asumido el problema, las personas involucradas en el alcoholismo se sumergen en una incesante búsqueda de alternativas para solucionar el conflicto y de esta forma, recurren a grupos de autoayuda, médicos, psiquiatras, psicólogos o sacerdotes en busca de apoyo.

Cabe destacar que independientemente del abordaje que provea cada profesional de la salud, la fe, la espiritualidad o la creencia en seres supremos resulta de gran ayuda en el tratamiento del alcoholismo, ya que al menos en el caso de una gran parte de la población mexicana estos elementos poseen un gran significado y relevancia. Debido a ello, resulta conveniente enfatizar estas ideas, que de alguna forma ayudan al individuo a establecer y conseguir metas y objetivos de vida.

Aunque la tarea de establecer puntos de acuerdo sistemáticamente definidos respecto al abordaje que se realiza de la problemática no resulta sencilla, sobretodo al implicar temas y creencias religiosas, es recomendable evitar caer en categorizaciones infructuosas, o en minimizaciones del trabajo de los demás. Es por ello que se debe delimitar el campo de acción de cada área y reconocer la validez y necesidad del trabajo multidisciplinario.

Por otra parte, es preciso analizar la conveniencia de que los individuos esperen una solución gubernamental, científica, divina o azarosa para la solución de sus problemas, ya que la comprensión y el compromiso que mantenga cada uno sobre sí mismo, sus acciones y sus pensamientos, es una alternativa factible para poseer una calidad de vida más satisfactoria y gratificante de acuerdo a los propios preceptos. En este sentido, cabe destacar la importancia del modelo multifactorial de salud conductual propuesto por

---

Vaillant (1983, en: Ellis; Mc Innerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992) y considerado en el apartado 1.1 del presente trabajo.

Además, ya que con frecuencia las personas que recurren al alcohol poseen una filosofía hedonista a corto plazo, pues usan el alcohol como un recurso para obtener placer, mejorar sus interacciones sociales y reducir la tensión de forma inmediata, el establecimiento de metas y objetivos a largo plazo, que de acuerdo a Ellis (1999), distingue a las personas emocionalmente sanas de las que no lo son, resulta un instrumento útil en el manejo del trastorno.

Asimismo, la modificación y reestructuración de las conductas e ideas irracionales asociadas al abuso de alcohol (mencionadas en el capítulo 3), constituye un elemento importante en el manejo del trastorno. Es por ello que esta revisión teórica se ha centrado primordialmente en las cogniciones y filosofía de vida de los implicados en el alcoholismo, reconociendo que existe un amplio espectro de combinaciones propias de cada comunidad y específicas de cada caso.

Debido a la gran difusión existente (al menos en otros países) respecto a la aplicabilidad, aportaciones y efectividad en el tratamiento breve y duradero de diversas perturbaciones que provee la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC), se decidió que la propuesta de intervención aquí presentada se fundamentara en este enfoque.

Desde su conformación, la TREC ha sido empleada en el manejo de diversos trastornos psicológicos, pues mantiene la teoría de que casi todas las alteraciones emocionales y conductuales forman parte de la vida cotidiana de los individuos cuando éstos poseen cogniciones distorsionadas de la realidad. Ante ello, esta forma de terapia mantiene que al obtener una forma renovada de interpretar los hechos que ocurren habitualmente, pueden modificarse las conductas y los sentimientos de manera exitosa.

Para conseguir tales logros, cuenta entre sus ventajas que emplea un procedimiento estructurado activo, directivo y dinámico así como técnicas cognitivas (principalmente la discusión de ideas irracionales), emotivas y conductuales, todo ello con el objetivo de guiar al cliente y ayudarlo a reestructurar su filosofía de vida.

Lo anterior, por sí mismo, permite advertir en la TREC, las cualidades de una terapia efectiva y completa, sin embargo, al igual que en otras formas de terapia, posee dificultades conceptuales y metodológicas a considerar en su validación.

---

La primera de ellas se encuentra en su fundamento básico: las ideas irracionales. Debido a que la TREC considera que el logro de progresos a nivel clínico depende estrechamente de la modificación de este tipo de creencias, la definición de esta variable resulta crucial pero hasta el momento inexistente. Las creencias irracionales no han sido definidas de forma precisa, sino más bien ejemplificadas y agrupadas en categorías de pensamientos que ayudan o no a la adaptación y a la felicidad del individuo (Haaga y Davison, 1989). La identificación y evaluación de este tipo de creencias se encuentran sujetas a la lista realizada por Ellis así como a la valoración personal que el terapeuta realice de ellas, lo cual dificulta la detección del estilo de pensamiento específico que mantiene el cliente.

Por otra parte, la TREC se caracteriza por su alto grado de directividad por lo que algunas personas no familiarizadas con este estilo terapéutico lo interpretan como autoritario, técnico, controlador y calculador. Sin embargo, Ellis (1993), reconoce que existen muchas situaciones en las que establecer una relación cálida, cercana y colaborativa ayuda a los clientes a mejorar significativamente porque se involucran más con sus tareas para casa,

Otro de los cuestionamientos que se hace a esta forma de terapia es el referente a su efectividad clínica y validez pues carece de estudios llevados a cabo con muestras clínicas que permitan comparar su efectividad con la de otras formas de terapia (Haaga y Davison, 1989; Carrasco, 1995). Además, las características que debe tener el paciente para responder mejor a la TREC, no se han establecido claramente. Aunque no existen datos empíricos que los confirmen, algunos estudios deducen que los sujetos con mayor inteligencia, que valoren los procedimientos del método científico, y que sean cognitivamente complejos obtendrán mejores resultados, mientras que individuos de la tercera edad, poco inteligentes o con trastornos de personalidad no tendrán éxito (Ellis, 1980; Haaga y Davison, 1989). Lo anterior no implica que la TREC no pueda emplearse, pero de ser así, los objetivos del tratamiento tendrán que ser limitados.

En general, esta forma de terapia como muchas otras, posee las características necesarias para abordar diversos trastornos psicológicos, sin embargo, la falta de evidencia científica que ampare su validez y efectividad representa un severo obstáculo para sus futuras aplicaciones. En este caso, se ha decidido abordar la problemática de la dependencia

---

---

al alcohol desde esta estrategia de intervención. Comúnmente, el procedimiento básico se mantiene invariable en este caso específico, haciendo sólo algunas distinciones entre las creencias irracionales más comunes a la adicción y señalando los procesos cognitivos subyacentes a la misma.

Nuevamente, el mayor problema consiste en que no se definen ni se aclara de dónde surgen las ideas irracionales asociadas al alcoholismo, en términos generales, se presenta una lista de las mismas que bien puede resultar útil en la detección de la problemática, pero debido a que cada paciente presenta un proceso cognitivo diferente y un patrón de consumo individualizado es preciso que el terapeuta evalúe constantemente tanto la forma en que se verbalizan estas creencias así como el significado personal que tienen para cada cliente.

Una de las principales variantes de la TREC empleada en el abordaje del alcoholismo, es la disposición a trabajar con personas relacionadas con el trastorno y no únicamente con el individuo alcohólico. A diferencia de otros trastornos en los que esta terapia guía al cliente a responsabilizarse por sus actos, rechazando la dependencia o intervención de otras personas, en este caso encuentra conveniente e incluso necesaria su participación, inicialmente para que el alcohólico se enfrente a cuestiones prácticas de su vida cotidiana al modificar el ambiente y las conductas que mantienen los involucrados en el problema y que encubren las repercusiones de su conducta, pero una vez que estas personas (facilitadores) abandonan su rol, se les motiva para que se involucren en el proceso y trabajen en busca de su propio bienestar.

Por otra parte, la TREC mantiene que en algunos casos, el tratamiento comunitario desde este enfoque suele ser eficaz. Sin embargo, no provee de elementos que documenten su efectividad, ni aclara en qué casos podría resultar más exitosa. Además considerando que en México la difusión de esta forma de terapia no se encuentra popularizada, resulta complejo encontrar una comunidad terapéutica en la que se empleen estos preceptos.

Por todo lo anterior, la valoración de la aplicabilidad, efectividad y validez clínica y diferencial de esta forma de terapia resulta muy difícil. Incluso en el Instituto de Terapia Racional Emotiva en este país, se carece de estudios científicos publicados referentes al tema, y aunque existen algunos estudios en internet que comparan la eficacia de la TREC y la de ALANON (Alcohólicos Anónimos), provienen de fuentes dudosas.

---

A pesar de lo negativo que pueda parecer este panorama, hay que tener presente, como señalan Haaga y Davison (1989), que al menos, en revisiones meta-analíticas la TREC ha demostrado producir efectos de mayor alcance medio y ser más efectiva que la no intervención.

Ahora bien, Echeburúa (1994), señala que los programas de tratamiento en los que el individuo suele evaluar activamente su propia conducta de beber producen efectos importantes. En la propuesta de intervención expuesta en el presente trabajo, se ha tomado en cuenta esta hipótesis, y las dificultades intrínsecas a la TREC, por lo que se han realizado algunas ligeras variaciones que han permitido, al menos teóricamente, adecuarla a los patrones de consumo de algunos individuos de zonas urbanas.

Lógicamente, el éxito de esta propuesta de intervención se encontrará determinado en gran medida por los factores individuales que mantienen la problemática tales como: la gravedad de los síntomas, alternativas de solución previas, clase social, género, nivel académico, etc. Además, se tendrá que considerar que no en todos los casos es posible realizar un abordaje multidisciplinario (médico, psicólogo, trabajador social) o multidimensional (relación de pareja, habilidades sociales y de comunicación, redes de apoyo, etc.), por lo que resulta crucial la realización de un análisis relacional respecto al peso específico de cada componente y de los recursos con los que se cuenta en cada caso

Asimismo, el estilo terapéutico y las capacidades del terapeuta tendrán un impacto importante sobre la motivación para iniciar y mantenerse en el tratamiento, un aspecto crucial en este tipo de intervención.

Otro factor a considerar es el seguimiento a largo plazo ya que las caídas y recaídas suelen ser frecuentes en este proceso. Adelson (1959 en: Ellis, 1980), afirma que esto se debe a que una vez concluida la terapia, los efectos de la comunicación efectiva alcanzados en ella, tienden a desaparecer.

Si bien, se considera que esta trabajo ha alcanzado su objetivo inicial (generar una propuesta de intervención), se reconoce que es sólo una aportación más en el ineludible tratamiento del alcoholismo. Los métodos propuestos son variados, pero se ha intentado que permanezcan integrados en un enfoque terapéutico definido. Es por esta razón, que se mantiene abierta y susceptible a modificaciones derivadas de la aplicación clínica que provean datos para complementarla y evaluarla de manera integral, de manera que sus

---

---

alcances coadyuven a sectores más amplios de la población mexicana y respondan a las necesidades específicas de esta población.

---

# **ANEXOS**





29. Haga una lista de sus defectos:

30. Haga una lista de sus dificultades sociales más importantes:

31. Haga una lista de sus principales dificultades amorosas y sexuales:

32. Haga una lista de sus principales dificultades en el trabajo o escuela:

33. Haga una lista de sus principales metas en la vida:

34. Haga una lista de las cosas que más le gustaría cambiar de sí mismo:

35. Haga una lista de sus principales dolencias, enfermedades, quejas o handicaps físicos:

36. ¿Para qué trabajo está especialmente preparado?

Trabajo actual	Dedicación total	Dedicación parcial
----------------	------------------	--------------------

37. Profesión del cónyuge	Dedicación total	Dedicación parcial
---------------------------	------------------	--------------------

38. Profesión de la madre	Profesión del padre
---------------------------	---------------------

39. Religión de la madre	Religión del padre
--------------------------	--------------------

40. Si sus padres no le criaron cuando era pequeño ¿quién lo hizo?

41. Describa brevemente qué clase de persona era su madre (o madrastra o la persona que sustituyó a su madre) cuando usted era niño y cómo la pasaba con ella

42. Describa brevemente qué clase de persona era su padre (o padrastro o la persona que sustituyó a su padre) cuando usted era niño y cómo la pasaba con él

43. Si hay algo especialmente perturbador en su relación con cualquiera de sus hermanos, descríballo brevemente

44. Si hay algo especialmente perturbador en su relación con cualquiera de sus hermanas, descríballo brevemente

45. Número de parientes cercanos varones que han tenido perturbaciones emocionales serias sido hospitalizados por tratamiento psiquiátrico o intento de suicidio?	¿Cuántos han
--	--------------

46. Número de parientes cercanos mujeres que han tenido perturbaciones emocionales serias sido hospitalizadas por tratamiento psiquiátrico o intento de suicidio?	¿Cuántas han
--	--------------

## ANEXO II

### FORMULARIO DE DATOS DE PERSONALIDAD.

Nombre y apellidos:

**Centro de consulta**  
**Institute for Rational-Emotive Therapy**  
45 East 65th Street • New York, N.Y. 10021  
**Formulario de datos de Personalidad Parte 1**

**Instrucciones:** Por favor responda a las siguientes preguntas con sinceridad, para que podamos ayudarle en sus problemas lo más posible. Lea cada ítem y después rodee con un círculo una de las frases: A MENUDO, ALGUNAS VECES o RARA VEZ, para indicar con qué frecuencia siente usted lo que se describe en el ítem. Por ejemplo, si usted se siente con frecuencia bastante avergonzado cuando comete un error en presencia de otras personas, rodee con un círculo la frase A MENUDO en el ítem 1 y si usted rara vez o casi nunca siente vergüenza de hacer las cosas que desea si piensa que otros lo van a desaprobado rodee con un círculo la frase RARA VEZ en el ítem 2. Por favor, asegúrese de rodear sólo una frase en cada ítem. RESPONDA A TODOS LOS ÍTEMS y no deje ninguno en blanco. Y le rogamos, de nuevo, por su propio bien, que sea lo más sincero posible..

#### Aceptación

- |   |          |               |          |
|---|----------|---------------|----------|
| 1. Me siento bastante tonto o avergonzado cuando cometo un error, en presencia de otras personas.             | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 2. Siento vergüenza de hacer las cosas que deseo si pienso que otros lo van a desaprobado.                    | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 3. Me siento humillado cuando la gente descubre algo indeseable en mi familia o en mi pasado.                 | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 4. Me siento inferior si mi casa, coche, finanzas u otras posesiones no son tan buenas como las de los demás. | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 5. Me siento bastante incómodo cuando soy el centro de atención.  | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 6. Me siento bastante herido cuando me critica negativamente alguien a quien respeto.                         | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 7. Me siento inseguro de mi apariencia o de la forma en que voy vestido cuando estoy en público.              | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 8. Creo que si la gente llegara a conocerme bien descubriría lo malo que soy en realidad.                     | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 9. Me siento terriblemente solo.  | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 10. Creo que debo tener la aprobación o el amor de ciertas personas que son importantes para mí.              | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
| 11. Soy dependiente de los demás y me siento un miserable si no puedo conseguir su ayuda.                     | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |

#### Frustración.

- |  |          |               |          |
|--|----------|---------------|----------|
| 12. Me siento desconcertado cuando las cosas van lentas y no se resuelven rápidamente. | A MENUDO | ALGUNAS VECES | RARA VEZ |
|--|----------|---------------|----------|

13. Me apetece retrasar las cosas aunque sé que es mejor para mí hacerlas.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
14. Me deprimen los inconvenientes y las frustraciones de la vida.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
15. Me enfado bastante cuando alguien me hace esperar.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
16. Tengo celos de la gente que es mejor que yo.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
17. Me siento terriblemente resentido con las personas que no hacen lo que les mando o que no me dan lo que quiero.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
18. Siento que no puedo soportar a la gente que actúa estúpida y deshonestamente, y que esta gente debe cambiar.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
19. Siento que no puedo tener mucha responsabilidad.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
20. Me resiento cada vez que tengo que hacer un esfuerzo para conseguir lo que quiero.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
21. Me compadezco cuando las cosas van mal.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
22. Me siento incapaz de terminar lo que empiezo especialmente cuando el camino es duro.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
23. La mayoría de las cosas me aburren y no me motivan.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
24. Siento que no puedo educarme a mí mismo.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
<b>Injusticia.</b>			
25. Siento deseos de vengarme de la gente por las cosas malas que han hecho.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
26. Siento fuertes deseos de reprender a la gente inmoral o que hace las cosas mal.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
27. Me entristecen las injusticias del mundo y creo que los que las mantienen deberían ser castigados severamente.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
<b>Logro</b>			
28. Me culpo por lo poco que hago.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
29. Siento mucha vergüenza cuando fallo en cosas importantes.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
30. Siento mucha ansiedad cuando tengo que tomar decisiones importantes.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
31. Tengo miedo de arriesgarme o de intentar cosas nuevas.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

**Valía**

32. Me siento culpable de mis acciones o pensamientos.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
33. Siento que tengo muy poco valor como persona.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
34. Tengo ganas de suicidarme.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
35. Tengo ganas de llorar.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
36. Siento que cedo ante los demás con mucha facilidad.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
37. No tengo ninguna esperanza de poder cambiar mi personalidad a mejor.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
38. Me siento bastante estúpido. Siento que mi vida no tiene sentido.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

**Control**

39. Siento que no puedo divertirme hoy a causa de mi pobre vida.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
40. Siento que como he fallado en cosas importantes en el pasado, inevitablemente continuaré fallando en el futuro.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
41. Odio a mis padres por haberme tratado como lo hicieron y por haberme causado muchos de los problemas que tengo ahora.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
42. Siento que no puedo controlar mis emociones fuertes, como la ansiedad o la ira.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

**Seguridad.**

43. Me siento perdido, sin algo en lo que pueda confiar.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
44. Siento que debo continuar haciendo ciertas cosas una y otra, incluso aunque no quiera, porque si paro sucederá algo malo.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
45. Estoy bastante incómodo cuando las cosas no están bien ordenadas.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ

**Catastrofismo.**

46. Me preocupa lo que va a ocurrirme en el futuro.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
47. Me preocupa ponerme enfermo o tener un accidente.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
48. Me aterroriza la idea de ir a sitios nuevos o conocer un nuevo grupo de gente.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
49. Me aterroriza la idea de morirme.	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARA VEZ



<p>8. ¡Las personas que se comportan de forma inmoral no merecen nada, son unos INDESEABLES!</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>
<p>9. ¡NO PUEDO SOPORTAR que pasen cosas malas o que haya gente muy complicada!</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>
<p>10. Mi vida DEBERÍA tener menos complicaciones o problemas.</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>
<p>11. ¡Es TERRIBLE que las cosas importantes no salgan como yo quiero!</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>
<p>12. ¡NO PUEDO SOPORTAR que la vida sea así de injusta!</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>
<p>13. ¡NECESITO CONSEGUIR una gratificación inmediata y DEBO sentirme fatal cuando no la consigo!</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>
<p><b>Otras Creencias Irracionales</b></p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>	<p>----- ----- ----- ----- -----</p>

**(F) SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS** que he experimentado después de haber llegado e mis **CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VOY A TRABAJAR DURO PARA CONSEGUIR REPETIRME A MÍ MISMO MIS CREENCIAS RACIONALES EFECTIVAS DE FORMA INSISTENTE Y EN DIFERENTES SITUACIONES PARA ALTERARME MENOS Y ACTUAR DE UNA FORMA MENOS DERROTISTA EN EL FUTURO.**

ANEXO IV

GUÍA PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES REEXAMINANDO LOS PENSAMIENTOS Y ACTITUDES AUTO-CASTIGADORAS

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>D</b>		<b>E</b>
DESCRIBA LA SITUACIÓN QUE CONTRIBUYÓ A SU TRASTORNO	<p>HAGA UNA LISTA DE CUALQUIER <u>EXIGENCIA</u> QUE SE HAGA O QUE PODRÍA HACERSE A SÍ MISMO, A OTRO(S) , O A LA SITUACIÓN. BUSQUE LOS <b>DEBO, TENGO QUE, DEBERÍA, ES MI OBLIGACIÓN.</b></p> <p><b>YO MISMO: 1.</b> 2 3</p> <p><b>OTRO(S): 1.</b> 2 3</p> <p><b>SITUACIÓN: 1.</b> 2. 3.</p>	<p>CUESTIONE SUS EXIGENCIAS</p> <p><b>YO MISMO: 1.</b> 2 3</p> <p><b>OTRO(S): 1.</b> 2 3</p> <p><b>SITUACIÓN: 1.</b> 2. 3.</p>	<p>RESPUESTA RACIONAL</p> <p><b>YO MISMO: 1.</b> 2 3</p> <p><b>OTRO(S): 1.</b> 2 3</p> <p><b>SITUACIÓN: 1.</b> 2. 3.</p>	NUEVA ACCIÓN Y SENTIMIENTO
<p>SI EXPERIMENTÓ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES EMOCIONES VAYA A <b>B0</b></p> <p>ANSIEDAD DEPRESIÓN MIEDO CULPABILIDAD PENA VERGÜENZA</p> <p>VAYA A <b>B</b> SI ACTUÓ DE FORMA AUTO-CASTIGADORA</p>	<p>HAGA UNA LISTA DE CUALQUIER <u>EVALUACIÓN</u> QUE SE HAGA O QUE PODRÍA HACERSE A SÍ MISMO, A OTRO(S) , O A LA SITUACIÓN. BUSQUE LOS <b>DEBO, TENGO QUE, DEBERÍA, ES MI OBLIGACIÓN.</b></p> <p><b>YO MISMO: 1.</b> 2 3</p> <p><b>OTRO(S): 1.</b> 2 3</p> <p><b>SITUACIÓN: 1.</b> 2. 3.</p>	<p>CUESTIONE SUS EVALUACIONES</p> <p><b>YO MISMO: 1.</b> 2 3</p> <p><b>OTRO(S): 1.</b> 2 3</p> <p><b>SITUACIÓN: 1.</b> 2. 3.</p>	<p>RESPUESTA RACIONAL</p> <p><b>YO MISMO: 1.</b> 2 3</p> <p><b>OTRO(S): 1.</b> 2 3</p> <p><b>SITUACIÓN: 1.</b> 2. 3.</p>	
<b>C</b>				
DESCRIBA CÓMO ACTUÓ Y SE SINTIÓ				

**ANEXO V**

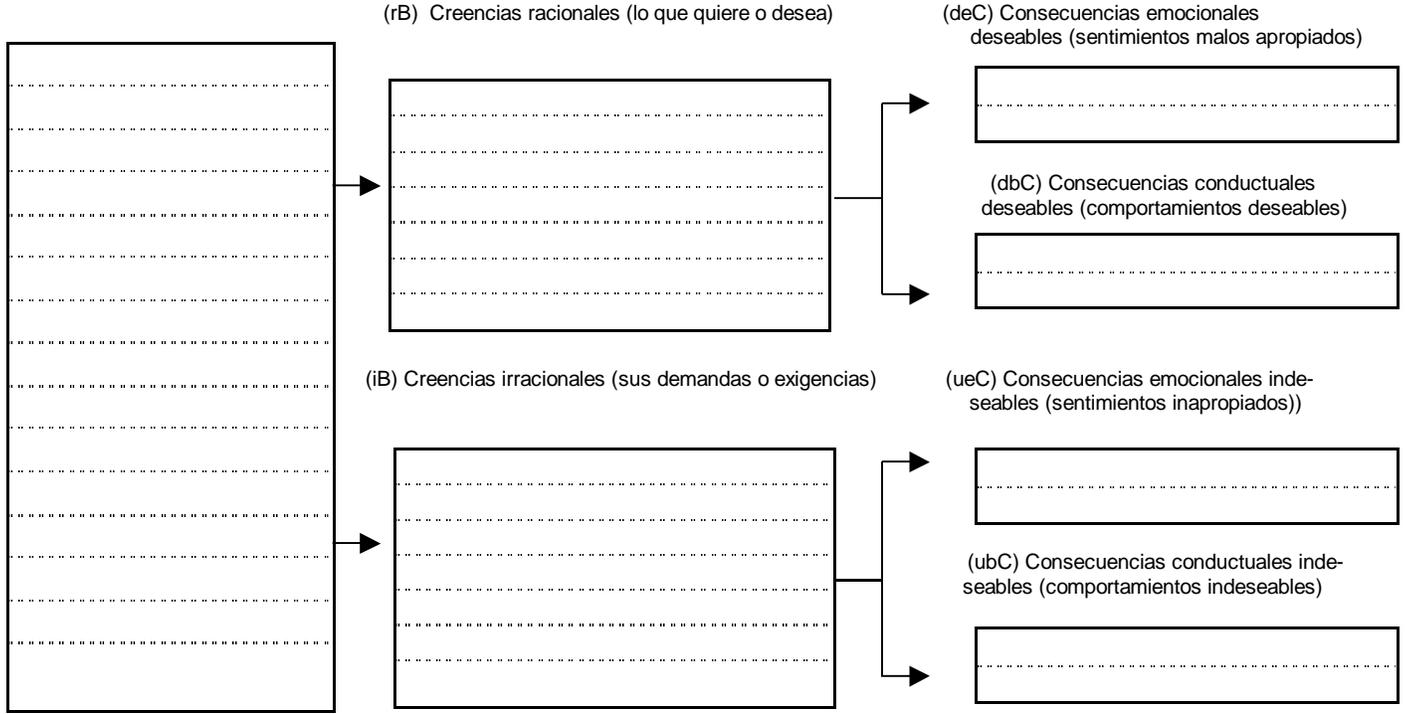
**CUESTIONARIO DE AUTOAYUDA RACIONAL**

© 1976 por el Institute for Rational Living Inc., 45 East Street, N. Y. 10021

**(A) EXPERIENCIAS O ACONTECIMIENTOS ACTIVANTES**

**(B) CREENCIAS SOBRE SUS EXPERIENCIAS ACTIVANTES**

**(C) CONSECUENCIAS DE SUS CREENCIAS SOBRE EXPERIENCIAS ACTIVANTES**



**(D) DISCUTA O DEBATA SUS CREENCIAS IRRACIONALES**  
(Expréselo en forma de preguntas)

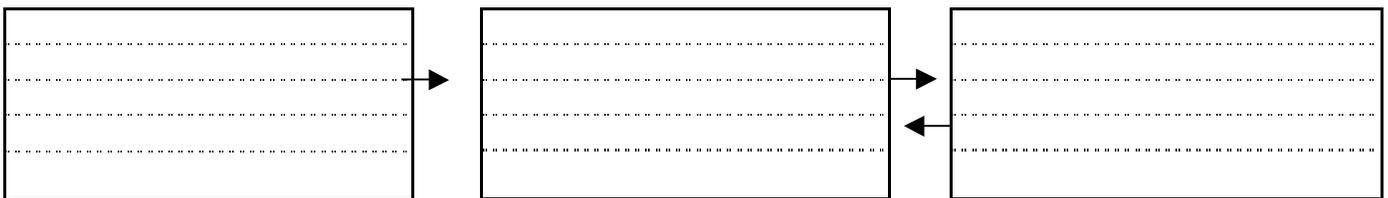
[Empty box with horizontal lines for writing]

**(E) EFECTOS DE DISCUTIR O DEBATIR SUS CREENCIAS IRRACIONALES**

**c E** Efectos cognoscitivos de discutir (similares a creencias racionales)

**e E** Efectos emocionales (sentimientos adecuados)

**b E** Efectos conductuales (comportamientos deseables)



## ANEXO VI

### TABLA DE CONTENIDOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

#### Objetivo específico 1. Evaluación.

- ◆ Razones para asistir o eludir la asistencia a la terapia
- ◆ Consecuencias negativas de la bebida.
- ◆ Consecuencias positivas de abstenerse o controlar el consumo de alcohol
- ◆ Promover la autoidentificación del problema.
- ◆ Realizar la historia del abuso.
- ◆ Evaluación cognitiva.

#### Objetivo específico 2. Comprensión de la problemática.

- ◆ Informar sobre la diferencia entre sentimientos, pensamientos y acciones.
- ◆ Identificar ideas irracionales de culpa o vergüenza.
- ◆ Debate y discusión de ideas irracionales asociadas a culpa o vergüenza.

#### **Objetivo específico 3. Comprensión del modelo A-B-C**

- ◆ Establecimiento del insight..
- ◆ Explicación del modelo A-B-C.
- ◆ Explicación de la problemática desde el esquema A-B-C.

#### Objetivo específico 4. Consecución de una nueva filosofía de vida.

- ◆ Discusión de expectativas
- ◆ Definición de metas u objetivos
- ◆ Definición de creencias irracionales respecto al alcoholismo
- ◆ Debate de creencias irracionales.
- ◆ Alternativas cognitivas
- ◆ Aplicación de técnicas cognitivas, emotivas y conductuales.
- ◆ Entrenamiento en habilidades sociales y relajación.

#### Objetivo específico 5. Mantenimiento de los logros.

- ◆ Trabajo con sujetos facilitadores.
- ◆ Mantenimiento de logros
- ◆ Seguimiento.

#### **Objetivo específico 6. Prevención de la recaída.**

- ◆ Enfrentar los retrocesos.
- ◆ Generalización del trabajo con alcoholismo a otros problemas.

## ANEXO VII

### GUÍA PARA EVALUAR LA HISTORIA DE ABUSO DE SUSTANCIAS

1. ¿Cuándo fue la última vez que bebió?
2. ¿Con qué frecuencia suele beber?
3. Cuando bebe ¿en qué cantidad lo hace?
4. ¿Qué tipo de bebidas prefiere?
5. ¿Cuánto dinero designa semanalmente para comprar bebidas alcohólicas?
6. ¿Le han detenido por conducir bajo los efectos del alcohol?
7. ¿Ha tenido dificultades por mostrar comportamiento violento cuando bebe?
8. ¿Su cónyuge, sus hijos u otros conocidos le han dicho alguna vez que bebe demasiado?
9. ¿Ha tenido dificultades familiares por su forma de beber?
10. ¿Ha sido despedido en alguna ocasión a causa de la bebida?
11. ¿Le han dicho en alguna ocasión que su trabajo está en peligro debido a su forma de beber?
12. ¿Alguna vez ha bebido más de lo que tenía pensado antes de comenzar a hacerlo?
13. ¿Ha intentado en alguna ocasión dejar de beber y se ha encontrado con que le resultaba difícil o imposible hacerlo?
14. Antes de beber ¿qué expectativas tiene respecto al alcohol?
15. ¿Qué síntomas físicos presentó la última vez que bebió?
16. ¿Por qué ha decidido entrar en tratamiento?
17. ¿Qué expectativas tiene respecto al tratamiento?

**ANEXO VIII**  
Análisis funcional de la conducta de beber

Situaciones estímulo (Antecedentes)	Variables del organismo	Conducta de interés	Consecuencias
<p><b>Externas:</b></p> <p><i>¿Dónde?:</i></p> <p><i>¿Cuándo?</i></p> <p><i>¿Con quién?:</i></p> <p><i>¿A qué hora?:</i></p> <p><i>Temática</i></p> <p><b>Internas:</b></p> <p><i>Cognitivas</i></p> <p><i>Fisiológicas</i></p>	<p><b>Biológico:</b></p> <p><b>Habilidades y/o competencias</b></p> <p><b>Valores cognitivos/culturales:</b></p>	<p><b>Motor:</b></p> <p><b>Cognitivo:</b></p> <p><b>Fisiológico</b></p>	<p><b>A corto plazo:</b></p> <p>INDIVIDUALES:</p> <p>Positivas</p> <p>Negativas</p> <p><u>a. Internas:</u></p> <p>Positivas</p> <p>Negativas</p> <p><u>b. Externas:</u></p> <p>Positivas</p> <p>Negativas</p> <p><u>c. Otras:</u></p> <p>Positivas</p> <p>Negativas</p> <p align="center"><b>A largo plazo</b></p> <p>INDIVIDUALES:</p> <p>Positivas</p> <p>Negativas</p> <p>Otras</p>

**ANEXO IX** Registro de conducta bajo el esquema A-B-C.

FECHA / HORA	ACONTECIMIENTO ACTIVADOR (DISPARADORES)	PENSAMIENTOS	CONDUCTA	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS

## ANEXO X

### GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN.

A partir de este momento intenta concentrarte sólo en tu respiración y en el sonido de mi voz. Cualquier otro sonido que escuches únicamente servirá para relajarte más. Recuerda que cualquier otro sonido que escuches únicamente servirá para ayudarte a relajarte más. Vamos a empezar concentrándonos en los músculos de la cabeza: arruga la frente, la nariz, abre la boca tanto como puedas y saca la lengua. Vamos a mantener esta posición durante 7 segundos: 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, muy bien, puedes soltar. Imagina como los músculos de tu cabeza se van soltando lentamente y a medida que se van soltando van adquiriendo una tonalidad rojiza que te hace sentir cómodo, tranquilo y relajado. Ahora toda tu cabeza está brillando con esta tonalidad roja que te hace sentir cómodo, tranquilo y relajado. Vamos a concentrarnos en los músculos de cuello y hombros, levanta los hombros tanto como puedas, como si quisieras alcanzar tus orejas y vamos a mantener: 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, muy bien, puedes soltar. Observa como los músculos de tus hombros y cuello se van soltando lentamente entre sí y a medida que se van soltando van adquiriendo esta tonalidad roja brillante que te hace sentir cómodo, tranquilo y relajado. Los músculos de tu cabeza, hombros y cuello están brillando con esta tonalidad roja y te sientes cada vez más relajado. Recuerda que sólo prestas atención a tu respiración y al sonido de mi voz y que cualquier otro sonido que escuches te ayudará a relajarte más. Bien, concéntrate en los músculos de tus brazos y manos, cierra el puño y presiona fuertemente manteniendo: 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, muy bien, puedes soltar. Observa cómo los músculos de tus brazos y manos se van soltando lentamente y cómo a medida que se van soltando van adquiriendo esta tonalidad roja brillante que te hace sentir cómodo, tranquilo y relajado. Ahora tu cabeza, hombros, cuello y brazos están brillando con esta tonalidad rojiza y sientes como tu cuerpo empieza a relajarse cada vez más. Vamos a concentrarnos en los músculos de la espalda, arquea la espalda tanto como puedas sin lastimarte y vamos a mantener; 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, muy bien, puedes soltar. Observa cómo los músculos de tu espalda se van soltando lentamente y cómo a medida que se van soltando van adquiriendo esta tonalidad roja brillante que te hace sentir cómodo, tranquilo y relajado. Ahora tu cabeza, hombros, cuello, brazos y espalda tienen esta tonalidad roja brillante y sientes como todo tu cuerpo se relaja cada vez más. Bien, concéntrate en los músculos de pecho y estómago, esta vez vas a inspirar profundamente y vas a mantener el aire dentro hasta que empieces a sentirte incómodo. Una vez que te sientas incómodo vas a exhalar enérgicamente por la boca. Muy bien, vamos a repetir nuevamente, inspira profundamente, mantén y exhala enérgicamente por la boca. Observa cómo los músculos de tu pecho y estómago se van soltando lentamente y cómo a medida que se van soltando van brillando con esta tonalidad roja que te hace sentir cómodo, tranquilo y relajado. Observa cómo todos tus músculos, desde la cintura hasta la cabeza están brillando y concéntrate en la sensación de calidez y relajación que hay en tu cuerpo. Finalmente, vamos a centrarnos en los músculos de glúteos, muslos, pantorrillas y pies. Presiona fuertemente estos músculos, dirigiendo la punta de los pies hacia donde te encuentras tú. Muy bien, vamos a mantener: 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, puedes soltar. Vamos a repetir, pero esta vez vas a dirigir la punta de los pies hacia el lado contrario y mantenemos 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, bien, puedes soltar. Observa cómo los músculos de glúteos, muslos, pantorrillas y pies se van soltando lentamente y cómo a medida que se van soltando van adquiriendo la misma tonalidad roja brillante que hay en el resto de tu cuerpo. Ahora todo tu cuerpo está brillando y te sientes más cómodo, tranquilo y relajado. Disfruta esta sensación de relajación y comodidad

ANEXO XI

FORMULARIO DE NOTAS DE LA SESIÓN DEL INSTITUTO DE TREC

Sesión \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

- 1. Evaluación de la presencia de emociones y comportamientos disfuncionales..... ( )
- 2. Exploración de la adaptabilidad a las emociones y comportamientos del cliente..... ( )
- 3. Evaluación de la presencia y tipo de cogniciones disfuncionales..... ( )
- 4. Exploración de la adaptabilidad al sistema de creencias del cliente..... ( )
- 5. Clasificación de los acontecimientos activadores..... ( )
- 6. Ofrecimiento al cliente de una hipótesis acerca de qué creencias irracionales está manteniendo..... ( )
- 7. Enseñar la conexión B→C..... ( )
- 8. Enseñar la diferencia entre creencias racionales e irracionales..... ( )
- 9. Ofrecer creencias racionales alternativas para sustituir las creencias irracionales del cliente..... ( )
- 10. Discusión filosófica..... ( )
- 11. Imaginación racional emotiva..... ( )
- 12. Asignación de tareas para casa..... ( )
- 13. Evaluación de las emociones, pensamientos y comportamientos del cliente que ocurrieron cuando éste intentó implementar las tareas para casa asignadas..... ( )
- 14. Discusión empírica..... ( )
- 15. Instrucción de ensayar auto-afirmaciones..... ( )
- 16. Ayudar al cliente a generar soluciones alternativas a problemas prácticos..... ( )
- 17. Ayudar al cliente a evaluar la efectividad de las soluciones alternativas..... ( )
- 18. Ensayo conductual de nuevas soluciones a problemas prácticos..... ( )
- 19. Entrenamiento en relajación o en técnicas de imaginación para lograr un estado de relajación..... ( )

Evaluar los intentos del cliente por completar las tareas asignadas desde la última sesión.

- 1. No hizo ningún intento por realizar las tareas..... ( )
- 2. Ha realizado un intento parcial por concretar las tareas..... ( )
- 3. Ha completado parte de las tareas..... ( )
- 4. Ha completado la mayor parte de las tareas..... ( )
- 5. Ha completado todas las tareas..... ( )

Comentarios.....  
.....  
.....  
.....

## BIBLIOGRAFÍA

- Bernal, S. V.(1989). Publicidad monopolista, manipulación y consumo de alcohol en México. En: Bernal, S. V.; Márquez, M. A.; Navarro, B. B.; Selser, V. C. y Berruecos, V. L. El alcoholismo en México. Negocio y manipulación. México: Nuestro Tiempo. p.p. 9-41.
- Berruecos, V.L. (1989) Importancia económica y social de las bebidas alcohólicas. En: Bernal, S.V; Márquez, M. A.; Navarro, B. B.; Selser, V. C. y Berruecos, V. L. El alcoholismo en México. Negocio y manipulación. México: Nuestro Tiempo. p.p. 87-96.
- Carrasco, G. I. (1995). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En: Labrador, F. J.; Cruzado, J. A. y Muñoz, M. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide. p.p. 667-687.
- Carrillo, G. A. (1999) Alcohol y alteraciones fetales con repercusiones en el desarrollo de la vida. En: Escotlo, V. J. El alcohol y sus enfermedades. México: Ciencia y Cultura Latinoamericana. p.p. 337-346.
- Cotton, L. R. (1979). Alcoholism: The facts. Nex York. Oxford University Press.
- De la Rosa, M. R. (1998). Prevalence and consequences of alcohol, cigarette, and drug use among hispanics. En: Delgado, M. Alcohol use/abuse among latinos: Issues and examples of culturally competent services. New York: Haworth Press. p.p. 21-54.
- Edwards, G. (1986). Tratamiento del alcoholismo: Guía para el ayudante profesional. México: Trillas.

- 
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (1988). Evaluación y tratamiento de un caso clínico de alcoholismo. En: Maciá, A. D. y Méndez, C. F. Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos. Madrid: Pirámide. p.p. 174-207.
- Echeburúa, O. E. (1994). Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Elizondo, L. J. (1993). La influencia de los factores psicológicos en el abuso del alcohol y el alcoholismo. En: Molina, P. V.; Román, C. C.; Berruecos, V. L. y Sánchez, M. L. El alcoholismo en México. III Memorias del Seminario de Análisis. México: Fundación de Investigaciones Sociales.
- Ellis, A. y Harper, R. A. (1962). Psicoterapia Racional-Emotiva. México: Herrera Hnos.
- Ellis, A. (1980). Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1981). La técnica racional-emotiva con fines terapéuticos. En: Ellis, A. y Grieger, R. Manual de Terapia Racional-Emotiva. Bilbao: Desclée de Brouwer. p.p. 197-205.
- Ellis, A. (1988). Desarrollando los ABC de la Terapia racional-emotiva. En: Mahoney, M. J. y Freeman, A. Cognición y psicoterapia. Barcelona: Paidós. p.p. 337-347
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1989). Terapia Racional-Emotiva (TRE). Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad. México: PAX.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1989). Práctica de la Terapia Racional-Emotiva. Bilbao: Desclée de Brouwer.
-

- 
- Ellis, A.; Mc Innerney, F. J.; Di Giuseppe, R. y Yeager, J. R. (1992). *Terapia Racional-Emotiva con alcohólicos y toxicómanos. Manual para profesionales de la psicología*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1995). Reflexiones sobre la terapia racional-emotiva. En: Mahoney, M. J. Y Freeman, A. *Psicoterapias cognitivas y constructivistas*. Bilbao: Desclée de Brouwer. p.p. 318-336.
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera: Enfoque de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Barcelona: Paidós-Ibérica.
- Espinosa, C. J. (1999). Alcoholismo y disfunción sexual. En: Escotlo, V. J. *El alcohol y sus enfermedades*. México: Ciencia y Cultura Latinoamericana. p.p. 341-346.
- González, N. J. (1999). *Psicoterapia de grupos. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México: Manual Moderno.
- González, T. Y. (2001). *Diccionario de Mitología y Religión de Mesoamérica*. México: Larousse.
- Goodwin, W.D. (1985). *Alcohol and the family: Research and clinical perspectives*. New York. The Guilford Press.
- Guisa, C. V. y Riquelme, G. E. (1999). Violencia intrafamiliar y alcoholismo. En: Escotlo, V. J. *El alcohol y sus enfermedades*. México: Ciencia y Cultura Latinoamericana. p.p. 381-391.
- Haaga, D. A. y Davison, G. C. (1995). Una valoración de la Terapia racional-emotiva. En: Mahoney, M. j. y Freeman, A. *Psicoterapias cognitivas y constructivistas*. Bilbao. Desclée de Brouwer. p.p. 99-112.
-

- 
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Jung, J. (2001). *Psychology of alcohol and other drugs. A research perspective*. California: Sage Publications Inc.
- Kershenobich, D. (1993). Efectos del alcoholismo en el aparato digestivo. En: Molina, P. V.; Román, C. C.; Berruecos, V. L. y Sánchez, M. L. *El alcoholismo en México. III Memorias del Seminario de Análisis*. México: Fundación de Investigaciones Sociales. p.p. 143-146.
- Kershenobich, S. D. y Vargas, V. F. (1994). Definición de los límites individuales de susceptibilidad ante el consumo de alcohol. En: Tapia, C. R. *Las adicciones: Dimensiones, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno. p.p. 181-187
- Madden, J. S. (1986). *Alcoholismo y farmacodependencia*. México: Manual Moderno.
- Martí, T. J. y Murcia, G. M. (1988). *Conceptos fundamentales de drogodependencias*. Barcelona: Herder.
- Massün, E. (1991). *Prevención del uso indebido de drogas*. México: Trillas.
- Mc Crady, B.; Rodríguez, B. R. y Otero-López, J. M. (1998). *Los problemas de la bebida. Un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide.
- Menéndez, L. E. (1987). Primeros aportes de la antropología del alcoholismo en México. En: Menéndez, L. E. *Alcoholismo II. La alcoholización, un proceso olvidado...patología, integración funcional o representación cultural*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. p.p. 21-26.
- Menéndez, L. E. y Di Pardo, R. (1987). Los patrones socioculturales del consumo de alcohol. Un intento de síntesis. En: Menéndez, L. E. *Alcoholismo II. La*
-

- alcoholización, un proceso olvidado...patología, integración funcional o representación cultural. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. p.p. 95-108.
- Montejo, C. P. (1992). Drogas, alcohol, tabaco y marihuana en: Psicología práctica: Conducta y actitud social. Fascículo I. Madrid: Espacio y tiempo.
- Moreno de Quiroz, S. L. (2000). Mitos y falacias del abuso de alcohol. Revista de las adicciones (En Internet) Disponible en:  
<http://www.revistaadicciones.com.mx>
- Narro, R. J.; Meneses, G. F. y Gutiérrez, A. H. (1994) Consecuencias comunitarias del consumo de alcohol. En: Tapia, C. R. Las adicciones: Dimensiones, impacto y perspectivas. México: Manual Moderno. p.p. 229-244.
- Navarro, B. B. (1989). Consumo y distribución de bebidas alcohólicas en las zonas urbanas de vivienda popular de la Ciudad de México. En: Bernal, S. V.; Márquez, M. A.; Navarro, B. B.; Selser, V. C. y Berruecos, V. L. El alcoholismo en México. Negocio y manipulación. México: Nuestro Tiempo. p.p. 79-111.
- Navas, R. J. (2000). Psicoterapia Racional Emotivo-Conductual (TREC). Aplicada para mejorar la calidad de vida. Perspectivas psicológicas. (En Internet) Disponible en:  
<http://www.perspectivaspsicologicas.com>
- Nicolini, S. H. (1994). Aspectos genéticos del abuso de alcohol. En: Tapia, C. R. Las adicciones: Dimensiones, impacto y perspectivas. México: Manual Moderno. p.p.169-176.
- Paredes, A. (1989). Modelos y definiciones del alcoholismo. En: Nadaj, E. M. y Heinemann, E. Alcoholismo: Desarrollo, consecuencias y tratamientos. Madrid: Mc Graw Hill. p.p. 55-69.
-

- 
- Pérez, T. R. (1993). Alcohol e hígado. En: Molina, P. V.; Román, C. C.; Berruecos, V. L. y Sánchez, M. L. El alcoholismo en México. III Memorias del Seminario de Análisis. México: Fundación de Investigaciones Sociales.
- Rodríguez-Martos, A. (2000). Manual del alcoholismo para el médico de cabecera. México: Salvat.
- Rodríguez-Martos, A. (2002). Nuevos consumos, nuevos modelos de intervención. En: Instituto Deusto de Drogodependencias. Nuevas interpretaciones y nuevos abordajes del alcoholismo. Bilbao: Universidad de Deusto. p.p. 41-79.
- Román, C. C. (1993). En: Molina, P. V.; Román, C. C.; Berruecos, V. L. y Sánchez, M. L. El alcoholismo en México. III Memorias del Seminario de Análisis. México: Fundación de Investigaciones Sociales.
- Rosovsky, T. H. (1994). Salud pública, disponibilidad y consumo de alcohol: implicaciones y controversias. En: Tapia, C. R. Las adicciones: Dimensiones, impacto y perspectivas. México: Manual Moderno. p.p. 189-211.
- Russell, M. (1989). Epidemiología del alcoholismo. En: Nadaj, E. M. y Heinemann, E. Alcoholismo: Desarrollo, consecuencias y tratamientos. Madrid: Mc Graw Hill. p.p. 32-54.
- Sánchez, M. L. (1993) Efectos del alcohol en el sistema hemático. En: Molina, P. V.; Román, C. C.; Berruecos, V. L. y Sánchez, M. L. El alcoholismo en México. III Memorias del Seminario de Análisis. México: Fundación de Investigaciones Sociales. p.p. 134-141.
- Seixas, F. A. (1989). El curso del alcoholismo. En: Nadaj, E. M. y Heinemann, E. Alcoholismo: Desarrollo, consecuencias y tratamientos. Madrid: Mc Graw Hill. p.p. 70-81.
-

- 
- Souza y Machorro, M. (1988). Alcoholismo: Conceptos básicos. México: Manual Moderno.
- Steinglass, P.; Benett, L. A; Wolin, S. S. y Reiss, D. (1993). La familia alcohólica. Barcelona: GEDISA.
- Valbuena, B. A. (1993). Toxicomanías y alcoholismo. Problemas médicos y psiquiátricos. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Velasco, F. R. (1993). Alcoholismo. Los aspectos psicológicos. En: Molina, P. V.; Román, C. C.; Berruecos, V. L. y Sánchez, M. L. El alcoholismo en México. III Memorias del Seminario de Análisis. México: Fundación de Investigaciones Sociales. p.p. 153-160.
- Velasco, F. R. (1994). Detección temprana del bebedor problema. En: Tapia, C. R. Las adicciones: Dimensiones, impacto y perspectivas. México: Manual Moderno. p.p. 213-227.
- Viesca, T. C. (1994). Bosquejo histórico de las adicciones. En: Tapia, C. R. Las adicciones: Dimensiones, impacto y perspectivas. México: Manual Moderno. p.p. 1-5.
- Von Wernitz, A. (1989). Alcohol = Droga No. 1. Madrid: Bitácora.
- Wallace, J. (1990). El alcoholismo como enfermedad: Nuevos enfoques. México: Trillas.
- Wallace, J. (1993). Modern disease of alcoholism and other chemical dependencies: The new biopsychosocial models. En: Connors, J. G. Innovations in alcoholism treatment: State of the art reviews and their implications for clinical practice. New York: Haworth Press. p.p. 69-87.
-

---

Westermeyer, R. (1976). *A primer on chemical dependency. A clinical guide to alcohol and drugs problems*. Baltimore: Waverly Press.

---