



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

“INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN CON TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y ENTRENAMIENTO ASERTIVO PARA LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES”

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA

TAPIA MENDOZA MARÍA ESTHER



TUTOR: Lic. Jorge Arturo Manríque Urrutia
COMITÉ: Mtro. Edgar Pérez Ortega
Mtro. José Alberto Monroy Romero
Lic. Sara Guadalupe Unda Rojas
Lic. Ignacio Sandoval Ocaña

MEXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN.

JUSTIFICACIÓN.

Capítulo 1

1 Intervención en crisis.

1-2 Teorías.

1-3 Tipos de crisis.

1-4 Crisis del desarrollo.

1-5 Modelos de intervención en crisis

Capítulo 2

2 Adolescencia

2-1 Cuerpo y crisis de identidad

2-2 Duelos en la Adolescencia.

2-3 Cambios en la adolescencia.

2-4 Factores de Riesgo.

Capítulo 3

3 Alcoholismo

3-1 Teorías.

3-2 Consecuencias que tiene para la juventud.

3-3 Etapas del alcoholismo.

3-4 Estadísticas.

Capítulo 4

4 Terapia Racional Emotiva

4-1 Dinámica del A, B, C.

4-2 Las Teorías del A, B, C.

4-3 Las Creencias Irracionales.

4-4 Las Técnicas utilizadas en la TRE.

Capítulo 5

5 Asertividad.

5-1 Derechos Asertivos.

5-2 Tipos Básicos de Conducta.

5-3 Autoestima.

5-4 Entrenamiento Asertivo.

CONCLUSIONES.

ANEXO.

BIBLIOGRAFIA.

RESUMEN.

Este trabajo presenta la propuesta de un taller de Intervención en crisis de Segundo Orden con Terapia Racional Emotiva y entrenamiento Asertivo, para la prevención del alcoholismo, que conlleva a costos sociales, salud pública y familiares alarmantes.

Enfocándose en las poblaciones de alto riesgo como son los Adolescentes que cursan por la crisis del desarrollo.

Con el conocimiento documentado de los factores de riesgo, se puede intervenir en las diferentes áreas que ésta etapa comprende: Empleando las técnicas de la Terapia Racional Emotiva TRE. Y el Entrenamiento Asertivo. Para proporcionarles las herramientas y habilidades necesarias para una reorganización positiva y toma de decisiones acertadas.

INTRODUCCIÓN.

El alcohol al igual que otras drogas ha estado presente y seguirá estando, por lo que es conveniente que los profesionales de la salud mental aprendan a vivir con ellas.

Nuestra sociedad tiene una postura contradictoria, por una parte, no solo acepta y tolera el consumo del alcohol, sino que lo promueve con apoyo de una costosa publicidad, y por la otra cuando el sujeto no es capaz de manejar su ingestión, es rechazado violentamente tanto por su familia como por su grupo social. Esta marginación provoca, en general, una tendencia mayor a recurrir al alcohol.

La cultura de el alcohol ha provocado que, las bebidas alcohólicas sean una herramienta más que el sujeto debe utilizar para el desarrollo "óptimo" de sus relaciones sociales, pero nada dice sobre las consecuencias negativas del alcoholismo.

Su presencia en la vida cotidiana y su consumo desde tiempos inmemoriales ha favorecidos su gran aceptación social y que no sea considerado como droga, siendo consumido en los hogares como vino de mesa, o en las fiestas y reuniones familiares.

La etapa del desarrollo humano más crítica y de mayor riesgo para caer en la dependencia al alcohol es la adolescencia, que se puede ubicar entre los 12 y los 19 años, en la que el joven intenta insertarse en el mundo adulto, para lo cual debe abandonar la infancia y enfrentarse a un mundo que le es desconocido. En esta etapa de la adolescencia, la familia juega un rol muy importante, pues los elementos centrales de la personalidad son adquiridos en el seno de la familia y a lo largo de toda su vida los hombres continúan necesitando el afecto y la seguridad que han experimentado de niños dentro de su hogar, afecto que no puede ser sustituido desde lo económico, en la creencia que el poder brinda seguridad, porque eso es lo que sienten los padres; pero no es así frente a la persona que está en formación y que está ajeno a las necesidades materiales.

Además la proximidad a la familia y la existencia de buenos lazos afectivos con los adultos disminuye la necesidad de dependencia y la permeabilidad de que el

individuo busque pertenecer a grupos que usen alcohol u otras drogas.

Es evidente que las experiencias adquiridas en las etapas de su desarrollo, significan un núcleo crucial para su identidad Yoica y éste mundo experiencial que se ha formado a través de los

eventos familiares, sociales y culturales que han tratado de satisfacer las necesidades que acontecen en cada etapa de su vida. De tal forma que una intervención breve y oportuna permitirá prevenir una dependencia al alcohol, y ayudará a que el joven logre el cumplimiento de una existencia sana y madura que se reflejara en las etapas que el adolescente ya adulto, se convertirá en guía de nuevas generaciones y por tanto en elemento vehicular familiar, social y cultural, que deberá satisfacer las necesidades que van surgiendo en las distintas etapas de desarrollo de aquellos seres a los que representará de una u otra forma un modelo identificador.

JUSTIFICACIÓN.

El uso, abuso, y dependencia del alcohol es un fenómeno creciente en el mundo, debido a que tiene un alto costo en la vida saludable, productiva, laboral y escolar, así como en la armonía familiar, lo que tiene como consecuencia la sobre utilización de los servicios de salud y además de elevados costos sociales.

Los antecedentes históricos muestran que el hombre conoce el alcohol desde los albores de su aparición en la tierra, en la era cuaternaria, posiblemente desde alrededor de 50 000 años, debido a la fermentación espontánea de frutas y otros alimentos que hallaba en el medio natural.

Todos los pueblos del mundo descubrieron las bebidas alcohólicas a partir del fenómeno de la fermentación natural de frutas, leche y otros alimentos, y todas aprendieron a desarrollar intencionadamente y a controlar y perfeccionar dicho proceso. Por eso la ingesta de alcohol se presenta ligada a la historia del hombre y a las tradiciones de todos los pueblos.

Descubrir el poder embriagador de estas bebidas dio al hombre muchas alternativas casi mágicas, pues sin morir o perder del todo sus condiciones naturales, era capaz de alcanzar planos fuera de lo normal, lo cual aprovechaban los sacerdotes y curanderos en su comunicación con los dioses, los guerreros para aumentar su fiereza, los esclavos para evadirse de su realidad, los vencedores para celebrar su victoria, los friolentos para calentar su cuerpo y los tristes para alegrarse.

(García, M. Roque, F. 2009). Hacen una observación interesante. Mientras el uso del alcohol fue espontáneo, las bebidas ingeridas no tenían una concentración de alcohol mayor de 12—14 grados. En la etapa histórica en que se comienza a realizar el proceso de fermentación intencionadamente, se alcanzan concentraciones mayores de alcohol y por lo tanto efectos nocivos y consecuencias en el hombre y el entorno, comienza entonces (el impacto ambiental del alcohol) la imposibilidad hasta hoy día de superarlo.

En la actualidad, el consumo de alcohol constituye uno de los principales problemas de salud pública y social. El alcohol se ha convertido en uno de los riesgos más serios para la salud a nivel mundial (OMS 2002). Los estudios recientes refieren tendencias que apuntan hacia dos vertientes, por un lado, se observa que la edad de inicio en el consumo es cada vez menor, y por otro se registra una disponibilidad de drogas lícitas (permitidas), como la venta de cigarrillos por pieza y la obtención de bebidas alcohólicas, incluso adulteradas; así como en la facilidad de conseguir drogas ilícitas entre la población estudiantil, derivadas de

las nuevas estrategias de comercialización de la delincuencia organizada conocida como narcomenudeo.

En nuestro país un 25.7% de los adolescentes a nivel nacional entre 12 y 17 años bebió alcohol por lo menos en una ocasión en el último año, representando más de 3 millones de sujetos (ENA-2002). El consumo es mayor en las zonas urbanas que en las rurales y se presenta con más frecuencia en hombres. Es necesario destacar que las tendencias indican un aumento importante de la prevalencia de consumo. En adolescentes varones el consumo de bebidas alcohólicas por lo menos una vez en el último año fue de 27% en 1998 y aumentó a 35% en el 2002, y en mujeres aumentó de 18% en 1998 a 25% en el 2002.

Los adolescentes que consumen alcohol reportan mayores problemas con la policía y peleas. En diversos estudios se ha encontrado una relación entre el consumo de alcohol en adolescentes y accidentes en automóvil ya que son más susceptibles a sufrir los efectos del alcohol sobre los reflejos, que los adultos. En otras investigaciones se ha encontrado que el consumo de alcohol está relacionado con una mayor frecuencia de intentos de suicidio, relaciones sexuales de alto riesgo y violaciones. En esa edad con los cambios hormonales el cerebro continúa desarrollando nuevas redes neuronales; el alcohol puede dañar y producir secuelas de por vida. El consumo de alcohol en edades tempranas aumenta el riesgo de desarrollar dependencia en la edad adulta. (ISSSTE, 2001 Jefatura de servicios de atención primaria a la salud).

Bandura (1969). Afirma que toda conducta de beber, desde la abstinencia, el beber social normal, y el abuso del alcohol, se basan en principios similares de aprendizaje, cognición y reforzamiento. La conducta de beber es una forma aprendida de reducir la ansiedad condicionada, implícita en la hipótesis de que beber alcohol es una respuesta reductora de tensión, está el supuesto de que el alcohol alivia los elevados niveles de ansiedad en los alcohólicos. Un estudio reciente que comparó sujetos alcohólicos y no alcohólicos respecto a diversas dimensiones comportamentales (Nathan y Brien, 1971), reveló que el alcohol realmente incrementa los niveles de ansiedad y depresión en los sujetos alcohólicos.

La adolescencia, es una etapa donde se experimentan grandes cambios, físicos, psicológicos y sociales, es una etapa de mucha inseguridad y dudas, las amistades se vuelven más importantes de lo que eran antes, y muchas veces se dejan influenciar fácilmente por ellos, además se ven y se sienten diferentes. Todo este mundo tan cambiante los llevan muchas de las veces a conflictos con ellos mismos y con los demás, en especial con la familia.

Para Erikson (1976) la adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles.

Por lo tanto la adolescencia se considera una población vulnerable y de alto riesgo, para caer en cualquier dependencia, debido al proceso de crisis por el que cursa. La dependencia al alcohol, como puerta a las demás adicciones, representa uno de los problemas de mayor costo social y de salud pública relevante en la etapa juvenil.

Por lo que nuestra propuesta es un taller para la prevención al alcoholismo, que tiene por objetivos, evitar, disminuir, atenuar y retardar el consumo de alcohol y otras drogas, además de reducir los riesgos y daños asociados principalmente en los sectores poblacionales de mayor riesgo como la adolescencia.

La intervención en crisis de 2º orden Permite la intervención sin demoras, adquiriendo importancia crítica para la provisión de acceso temprano al paciente y para la prevención de la cronicidad. La intervención dirigida a asistir a la gente en el manejo de las crisis vitales se ha considerado como importante puesto que puede prevenir la aparición de psicopatologías de alguna clase en etapas posteriores. (Caplan, 1974.)

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.

LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y ENTRENAMIENTO ASERTIVO.

(Ellis, A. 1982 b). Afirma que las creencias racionales son el fundamento de los comportamientos funcionales, mientras que las creencias irracionales están en la base de las conductas disfuncionales de: aislamiento, demora, Alcoholismo abuso de sustancias psicoactivas. Las creencias irracionales se diferencian de las racionales en dos características: primero, en que son absolutas (o dogmáticas) por naturaleza, y segundo en que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas ejemplo (depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo).

ASERTIVIDAD.

La asertividad tiene por objetivo, poder desarrollar con mayor claridad estrategias más efectivas, en la toma de decisiones y de relaciones interpersonales.

La comunicación asertiva pretende rescatar el lugar que corresponde a cada

quien, en donde el autorrespeto debe ser tan sólido que impida subestimar lo que se desea y necesita. Al mismo tiempo provee de mecanismos necesarios para que la relación humana pueda mantenerse en el respeto.

Capítulo 1

1. INTERVENCIÓN EN CRISIS.

Desde sus inicios a fines de la década de 1940, la intervención en crisis ha tenido un enfoque preventivo. Los servicios de las líneas telefónicas de urgencia entrenaban a trabajadores voluntarios para impedir que quienes llamaban cometieran un suicidio. Cambiando rápidamente a un enfoque de intervención dirigida a proporcionar ayuda para una gran variedad de crisis. La idea fue efectuar una asesoría de apoyo disponible inmediatamente por teléfono a cualquier hora del día o la noche.

Las técnicas adecuadas sólo para asistir telefónicamente durante las crisis, tuvieron que desarrollarse (Fowler y McGee, 1973; Knickerbocker y McGee, 1972; Slakey y otros 1973 y 1975). La principal estructura teórica de este trabajo, se apoyó en la orientación para crisis vital de Caplan, (1974). La idea fue comprender la grave desorganización y perturbación en términos de la teoría de la crisis, en todos los casos, lo mismo en la crisis del suicidio que en las de divorcio, desempleo, maltrato conyugal o rebeldía adolescente.

Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y trastorno en las estrategias previas de enfrentamiento. Casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones secuenciales de desarrollo a través de diversas etapas, y tener el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, incluyendo la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores), y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de "otros significantes").

Los principios de la crisis son identificables. Desde que los clínicos y teóricos comenzaron a reflexionar sobre la naturaleza de la crisis, como consecuencia del incendio en el Boston's Coconut Grove Nightclub en 1941, la experiencia de crisis se ha comprendido como algo precipitado o desbordado por algún suceso específico. Viney (1976), resume diversos estudios sobre sucesos aislados específicos de la vida que tienen el potencial para precipitar una crisis: embarazo y nacimiento de un niño (Caplan, 1960; Shereshevsky y Yarrow, 1973;

Levy y Mcgee 1975); madres solteras (Floyd y Viney, 1974); transición de la casa a la escuela (Klein y Ross, 1958) y de la casa a la universidad(Silber y Cols, 1961) compromiso y matrimonio (Rapoport, 1964) cirugía y enfermedad (Janis, 1958, Titchener y Levine, 1960); duelo (Lindemann, 1944;

Parkes, 1972); migración / reubicación (Brown, Burditt Liddell, 1965; Viney y Bazeley 1977); jubilación (Cath, 1965); desastres naturales (Baker y Chapman, 1962); y cambios sociales y tecnológicos (Toffler, 1971).

No es simplemente la naturaleza del suceso, lo decisivo para comprender el estado de crisis. Es necesario conocer, también, cómo el suceso se percibe de modo que sea una amenaza, o más específicamente, que el mapa cognoscitivo o expectativas establecidas en la vida se han violado y las decisiones personales inconclusas se descubrieron por el suceso de crisis. Uno de los aspectos más obvios de la crisis es el trastorno emocional grave, o desequilibrio, experimentado por el individuo.

Una parte en la desorganización del estado de crisis, es la vulnerabilidad y sugestibilidad del individuo (Taplin, 1971). Esto también se refiere como reducción de defensas (Halper, 1973). Cuando un individuo ya no es capaz de enfrentar, y todo le parece que va a destruirse, es casi como si no hubiera nada que defender. En la estructura cognoscitiva de Taplin, la sobrecarga del suceso precipitante deja al organismo confundido y abierto a sugerencias. Los clínicos informan que en ciertos momentos, durante el estado de crisis, los pacientes están listos para nuevas concepciones que los ayudarán a explicar la información, y entender que pasó o está pasando. Como Tyherst (1958), sugiere, esta vulnerabilidad, sugestibilidad o reducción de los mecanismos de defensa es lo que produce la oportunidad de cambio caracterizando la crisis.

1.1 TEORIA DE LA CRISIS.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y

por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

El énfasis de Caplan, (1964), es sobre el trastorno emocional y el desequilibrio, además del fracaso en la solución de problemas o enfrentamientos durante el estado de crisis. Taplin, (1971), subrayó el componente cognoscitivo del estado de crisis, es decir la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, o la incapacidad del individuo y su "mapa cognoscitivo" para manejar situaciones nuevas y dramáticas.

Un individuo puede ser del todo "normal" durante 35 años y súbitamente estar completamente desorganizado como resultado de un suceso traumático. Esta desorganización puede considerarse como una respuesta normal a una circunstancia anormal. La crisis, entonces, no necesariamente indica psicopatología o normalidad. Sin embargo, se contempla característicamente como positivo, un concepto orientado hacia el crecimiento.

INFLUENCIAS TEÓRICAS.

Moos (1976), identifica cuatro influencias teóricas en la teoría de la crisis. La primera es la teoría de Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente. La idea de Darwin de la supervivencia del más apto, analiza la lucha por la existencia entre los organismos vivos, en relación con su medio. Las ideas de Darwin condujeron al desarrollo de la ecología humana, cuya hipótesis característica es que la comunidad humana es un mecanismo adaptativo esencial en la relación de la humanidad con su medio.

Una segunda influencia se origina en la teoría psicológica que considera la realización y el desarrollo del ser humano. Las preguntas básicas conciernen a la motivación y el impulso: ¿Qué mantiene activa a la gente y con que fin? La idea de Freud de que la motivación es un intento por reducir la tensión, fundamentada en impulsos sexuales y agresivos, fue desafiada años más tarde por teóricos como Carl Rogers (1961), y Abraham Maslow (1954), quienes hicieron énfasis en la realización y el crecimiento positivos del hombre. Ambos se enfocaron en la tendencia de los seres humanos hacia la autorrealización y necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes. El estudio de Maslow sobre figuras sobresalientes, contemporáneas e históricas (Abraham Lincoln, Albert Einstein, Jane Addams y Eleanor Roosevelt), reveló modos de vida caracterizados por la espontaneidad, intereses sociales y altruismo, amistades, independencia relativa de influencias culturales extremas, habilidad para resolver problemas y un amplio marco de referencia o perspectivas en la vida. La premisa de la

autorrealización del hombre es congruente también con el énfasis de Buhler (1962) y otros en que la conducta humana es intencional y está constantemente dirigida hacia la persecución y reestructuración de metas. Este último concepto es un punto esencial de las teorías en las que se considera a las crisis como momentos en que los propósitos se ven obstaculizados o súbitamente parecen inalcanzables.

El enfoque de Erikson (1963), del ciclo vital del desarrollo proporcionó una tercera influencia capital para la teoría de la crisis. La visión de Erikson en cuanto a ocho etapas, cada una de las cuales presenta un nuevo reto, transición o crisis proporcionó una alternativa para la teoría psicoanalítica primitiva, que sugiere que la vida se basaba esencialmente en los sucesos de la infancia y la niñez muy temprana. La teoría de las etapas de Erikson suponía que, con cada transición, el desarrollo subsecuente estaba "en la línea" por así decirlo. Un adolescente que no pudo resolver la crisis de identidad frente a una confusión de roles, al hacer elecciones sobre su carrera, sus creencias y compromiso matrimonial, corrió el riesgo de obnubilarse y confundió sus decisiones de adulto hasta que el conflicto original se resolviera.

Una cuarta influencia sobre la teoría de la crisis surgió de datos empíricos sobre cómo los humanos lidian con el estrés vital extremo. Los estudios en este ámbito incluyen luchar con traumas de los campos de concentración, la muerte repentina del cónyuge o parientes, cirugía mayor, la lenta agonía de un niño y los desastres. Al generalizar este concepto para incluir el impacto de una serie de sucesos de menor importancia, Holmes y colaboradores demostraron cierta relación entre el estrés asociado con sucesos de la vida, la salud física y la enfermedad (Holmes y Masuda 1973).

1.2 TIPOS DE CRISIS

CIRCUNSTANCIALES.

Las crisis circunstanciales son accidentales o inesperadas, el rasgo más sobresaliente es que se apoya en algún factor ambiental. Por ejemplo quienes son víctimas de crímenes violentos, ataques, violaciones, accidentes automovilísticos, o desastres naturales.

Las crisis circunstanciales demandan un "primero lo primero" enfoque hacia el proceso de intervención, por ejemplo, salvando vidas, localizando un lugar donde pernoctar, reconciliando una pelea doméstica. El impacto grave de estos

sucesos requiere que los que están en crisis reciban ayuda sintomática, así como también, conexión con recursos para continuar la ayuda en las semanas y meses posteriores.

La necesidad de desarrollar estrategias para el tratamiento de un gran número de personas al mismo tiempo, es evidente cuando se consideran los desastres naturales y los provocados por el hombre. De igual manera, la calidad de urgencia de muchas crisis circunstanciales acentúan la importancia del entrenamiento para aquellos que están primero sobre la escena (por ejemplo, la policía para crímenes de violencia).

En cada una de las crisis circunstanciales presentadas se sugiere atender a los cuatro niveles de sistemas –persona, familia/grupo social, comunidad y sociedad—en la planeación de intervenciones. Tratar a una víctima de violación sin considerar el impacto de la experiencia sobre la relación con su esposo, incluyéndolo en el tratamiento, es sólo un ejemplo de cómo un enfoque limitado puede impedir la resolución final de la crisis.

DE DESARROLLO

Las crisis del desarrollo, no facilitan la crisis por sí mismos, pero deben contemplarse en el contexto del desarrollo total del individuo. Son aquellas relacionadas con el traslado desde una etapa del crecimiento a otro, desde la infancia hasta la senectud. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en su realización, es probable una crisis. Desde este punto de la teoría de la crisis, esto conduce a que muchas de éstas son “predecibles”, entonces se sabe, con anticipación que la gente tiene etapas decisivas que enfrentar en el desarrollo de sus vidas.

Danish y Augelli, (1980), se refieren a estos sucesos como indicadores del desarrollo. Por ejemplo, para entender cómo el nacimiento de un niño, matrimonio, “nido vacío” o jubilación pueden precipitar una crisis en la vida,

necesita observarse el suceso externo y lo que significa para la persona en el contexto de la historia de su desarrollo. Nowak (1978), sugiere que un suceso particular depende del tiempo, intensidad, duración, secuencia y grado de interferencia con otros sucesos del desarrollo.

Las hipótesis principales detrás de la aproximación del desarrollo en las crisis de la vida incluyen.

1—La vida, desde el nacimiento hasta la muerte, se caracteriza por el crecimiento y cambio continuos. El cambio que caracteriza el estado de crisis es único por que es extremista, no por el cambio en sí mismo.

2—El desarrollo puede considerarse como una serie de transiciones o etapas, cada una caracterizada por ciertas actividades (Erikson, 1963; Havighurst, 1952) o preocupaciones (Neugarten, 1979; Rapoport y Rapoport, 1980). Los teóricos de las etapas sostienen que el individuo debe superar las actividades de una de ellas para funcionar completamente en la siguiente. Por ejemplo, un adolescente necesitaría desarrollar un sentido de identidad para descubrir realmente quien es antes de ser capaz de comprometerse significativamente en las relaciones íntimas de adultos jóvenes.

3—Las transiciones del desarrollo de los adultos, son cualitativamente diferentes de las que se dan en la niñez y adolescencia. En tanto que la crisis en la madurez de un ejecutivo cuarentón puede parecer como una segunda niñez, o tomar la forma de una crisis de identidad en un adolescente, es una sobresimplificación vista únicamente en términos de construcción desde estas etapas primarias hasta la crisis del adulto, que se identifica sólo por las etapas de preocupación o actividades.

4—Aunque cada etapa es única, los motivos de los días juveniles son por lo general reconocidos o reelaborados durante todo el ciclo de la vida (Neugarten, 1979).

5—Los sucesos que precipitan una crisis en el desarrollo deben entenderse en el contexto de la

historia personal. Una discusión entre un chico de 17 años y su padre sobre sus amistades, la hora de llegar a casa y beber alcohol debe considerarse dentro del contexto de formación de identidad en la adolescencia posterior. De igual manera, la insatisfacción de un ejecutivo de 40 años con su trabajo y apasionamiento con su secretaria, deben ser sucesos incluidos en una transición de madurez.

6—Una crisis es una versión extrema de una transición. Las transiciones son puntos decisivos o regiones límite entre dos periodos de gran estabilidad (Levinson cols., 1970). Estas transiciones del desarrollo pueden transcurrir fácilmente o involucrar trastornos considerables. Las crisis del desarrollo son desorganizaciones que preceden al crecimiento y, de hecho lo hacen posible.

Una crisis puede ocurrir cuando el desempeño de actividades relacionadas con una etapa particular del desarrollo, se perturba o dificulta. Danish y D, Augelli (1980), sugieren que la transición de una etapa del desarrollo a otra puede ser impedida por la falta de habilidad, conocimiento o incapacidad para correr riesgos.

Una transición puede convertirse en crisis si un individuo no acepta o no está preparado para los sucesos determinantes. Tanto la menopausia como la viudez, son sucesos de la vida para los que las expectativas de la mujer son críticas en la previsión de resultados.

Muchas mujeres toman la menopausia a la ligera considerándola simplemente como una "pausa temporal que ocasiona depresión". Se acepta como alivio a las molestias de la menstruación y al miedo a embarazos no deseados. Por el contrario, quienes no han sido preparadas para sucesos determinantes del desarrollo, están en peligro de experimentarlos como crisis.

Un individuo podría experimentar una de las transiciones del desarrollo como una crisis, si ese individuo se percibe así mismo como fuera de fase, con las expectativas de la sociedad para un grupo particular de edad. Neugarten (1979), piensa que todos nosotros cargamos "relojes mentales" que nos dicen si estamos dentro o fuera de tiempo con nuestros semejantes. Esta perspectiva sugiere que abandonar el hogar, elegir un socio, la crianza y otros, son en realidad, puntos decisivos normales de la vida, cada uno exigiendo cambios en el autoconcepto e identidad, y teniendo potencial de crisis si su "tiempo" se pasa.

Para poder apreciar completamente el papel de las expectativas y tiempo para cualquier individuo en particular, es importante comprender muy bien que el tiempo tiene aspectos biológicos, sociales y psicológicos, y que cada uno ha sido sometido a cambio en generaciones progresivas. Por ejemplo, La Pubertad, llega a una edad más temprana que antes para ambos sexos, y las posibilidades de vida para toda la gente han progresado de 60 a 70 años a una cifra cercana a los 80. Así mismo, el tiempo social ha sufrido cambios. Por ejemplo, un hombre se inicia en el trabajo (debido a la prolongación en el proceso educativo), a una mayor edad que hace dos o tres décadas. Los cambios han ocurrido también en el matrimonio (temprano) y en la paternidad (temprana, excepto para las mujeres que han pospuesto el embarazo por la carrera, y pocos hijos). Después que los hijos dejan el hogar, periodo conocido como "nido vacío", las parejas pueden vivir de nuevo juntos por 15 años o más, puesto que la edad promedio para enviudar ha aumentado.

1.3 MODELOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.

INTERVENCIÓN DE PRIMER ORDEN.

Estas intervenciones de primer orden son breves (casi siempre de una sesión) y las pueden proporcionar un gran número de ayudantes comunitarios, y son más efectivas al principio de la crisis. El objetivo principal de la primera ayuda psicológica es restablecer el enfrentamiento inmediato. La finalidad primordial del ayudante es ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución de problemas. (Lazarus, 1980).

El objetivo principal de la primera ayuda psicológica es restablecer el enfrentamiento inmediato. Para la persona en crisis, lo esencial del problema es que él/ella se siente sencillamente incapaz de tratar las circunstancias abrumadoras confrontadas en ese momento.

Existen tres subobjetivos de la primera ayuda psicológica que orientan la actividad del ayudante. **Proporcionar apoyo** es el primero y descansa sobre la premisa de que es mejor para las personas no estar solas al soportar preocupaciones extraordinariamente agobiantes.

Reducir la mortalidad es el segundo de los subobjetivos que se dirige a salvar vidas y prevenir lesiones físicas durante la crisis. No es poco común, que alguna de ellas conduzcan a una lesión física (maltrato a hijo o cónyuge) o aún la muerte (suicidio, homicidio), en especial en una sociedad donde la violencia es parte de

la vida diaria.

Proporcionar enlace a recursos de ayuda, el tercer subobjetivo, se vincula directamente a nuestra definición de la vida como el momento en que se han agotado los recursos y suministros personales (Miller e Iscoe, 1963). En vez de tratar de resolver de inmediato el problema total, el ayudante identifica con precisión las necesidades críticas y luego realiza una referencia apropiada a alguna otra persona asistente o institución. Además son 4 las tareas que la persona en crisis tiene que llevar a cabo.

- 1) Sobrevivir físicamente a la experiencia de crisis.
- 2) Identificar y expresar sentimientos que acompañan la crisis.
- 3) Obtener un dominio cognoscitivo sobre la crisis.
- 4) Realizar toda una variedad de adaptaciones conductuales e interpersonales que requiere la crisis.

CINCO COMPONENTES DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA.

Se puede conceptualizar el proceso de la primera ayuda psicológica apoyándose sobre los elementos claves de los modelos de entrenamiento representativos de la intervención en crisis (Berg, 1970; Knickerbocker y McGee, 1972; Lester y Brockopp, 1973; Lister, 1976). El elemento común en cada uno de éstos, aunque con frecuencia no se articulan por completo, es un modelo básico de solución de problemas, rectificado a la luz de emociones intensas de las situaciones de crisis. Lo que surge es un enfoque de cinco pasos que incluye:

- Hacer contacto psicológico.
- examinar las dimensiones del problema.
- Explorar las soluciones posibles.
- Ayudar a tomar una acción concreta.
- Registrar el progreso de seguimiento.

1.4 INTERVENCIÓN DE SEGUNDO ORDEN.

La Terapia en crisis recoge al paciente donde la primera ayuda psicológica, lo deja de ayudar en el proceso de reconstrucción de una vida destrozada por un suceso externo. La originalidad de la terapia en crisis no consiste tanto en sus técnicas, como en el hecho de que todo lo que el terapeuta hace lo dirige a ayudar al paciente para tratar el impacto del suceso de crisis en cada área de su vida. Este proceso de enfrentamiento es un esfuerzo mucho más amplio que en la primera ayuda psicológica, requiriendo más tiempo, y un mejor nivel de entrenamiento del terapeuta.

La terapia en crisis es la más eficaz cuando coincide con el periodo de desorganización (seis o más semanas) de la crisis en sí misma. Hasta que alguna forma de organización invariablemente tome lugar durante este momento, nuestro intento es ofrecer ayuda en ese instante, para aumentar la posibilidad de que la reorganización se dirija al crecimiento y se aleje del debilitamiento. Se preparan las energías terapéuticas para ayudar al paciente a (a) la supervivencia física a la experiencia de crisis, (b) identificar y expresar los sentimientos que la acompañan, (c) obtener dominio cognoscitivo sobre ella y (d) hacer un rango de adaptaciones conductuales e interpersonales necesarias para la misma. Estas actividades serán la guía para el proceso de la terapia. Cada estrategia terapéutica se dirigirá a ayudar al paciente a tratar una o más de estas tareas, así como aplicarlas a las dimensiones específicas de la crisis.

La valoración y estructura del tratamiento empleado por la terapia en crisis se inspiró en el trabajo de Lazarus, (1976, 1981), y otros, quienes tomaron un enfoque multidimensional de la psicoterapia (Hammond Y Stnfiel, 1977; Horowitz, 1976). En tanto que otros teóricos de la crisis (Burgees Y Baldwin, 1981; Halpern Y Cols. 1979), reconocieron la importancia de apreciar el funcionamiento del paciente en diversas áreas o subsistemas (emocional, conductual, cognoscitiva). El enfoque ofrecido intenta llenar esta brecha al aplicar una versión modificada de la terapia multimodal de Lazarus a las circunstancias de la crisis.

Las principales diferencias entre nuestro perfil de la personalidad CASIC y el

sistema de Lazarus son: (1) eliminación de la categoría de drogas, codificación de fumar tabaco, tomar alcohol, medicamentos y otras sustancias como actividades conductuales; (2) incluir todas las variables del funcionamiento físico (incluyendo las sensaciones de la visión, tacto, gusto, olfato y oído) bajo el funcionamiento somático (en cierto modo más amplio que la categoría de sensación de Lazarus), y (3) codificar imaginación y dimensiones cognoscitivas bajo una titulación (Cognoscitiva).

El sistema conductual—se refiere a actividades manifiestas, en particular el trabajo, juego, y otros patrones más importantes de la vida, incluyendo ejercicio, dieta, patrones de sueño, y uso de drogas, alcohol y tabaco. Al valorar el funcionamiento conductual del paciente, se da atención a los excesos y deficiencias, antecedentes y consecuencias de las conductas claves y áreas de capacidad o incapacidad particular.

Las variables afectivas—incluyen un rango total de sentimientos que un individuo puede tener sobre cualquiera de estas conductas sobre un suceso traumático o la vida en general. También se le da atención a la valoración de la congruencia social o la rivalidad entre el afecto y diversas circunstancias de la vida. Como con la conducta, es importante evaluar la condición de diversos sentimientos (antecedentes y consecuencias).

Hammon y Stanfiel (1977), describieron cuatro determinantes primarias de la emoción. (a) Algunas emociones se entienden mejor como respuestas psicológicas condicionadas a estímulos ambientales, por ejemplo, “mariposas” en el estómago. (b) Las emociones pueden contemplar también respuestas a estímulos internos como cogniciones, fantasías u imágenes mentales. Las terapias cognoscitivas (Beck, 1970, 1971, 1976; Ellis, 1962, 1974), toman en consideración las emociones como respuestas a los sucesos ambientales mediados por procesos del pensamiento. (c) La conducta influye la emoción; el “acting out” de una emoción intensifica el afecto (Hammon y Stanfiel, 1977). (d) La emoción también se puede observar como objetivo operante dirigido, que a menudo funciona para manipular el ambiente. Hammon y Stanfiel (1977), ofrecen el ejemplo de los pacientes que realizan autoaseveraciones negativas, selectivamente enfocadas sobre sucesos desagradables en sus vidas. Hasta que se desarrolla la depresión. El cónyuge del paciente entonces puede responder por sentimientos de culpa que

conducen a una conducta de protección y simpatía con el paciente.

El Funcionamiento somático del paciente se refiere a todas las sensaciones corporales, incluyendo tacto, oído, olfato, gusto y visión. La información sobre el funcionamiento físico general que incluye dolores de cabeza, malestares estomacales y salud general, se codifica aquí. Hay una amplia publicación de investigación en cuanto a la contribución de las variables psicológicas de la psicopatología (Hammon y Stanfiel. 1977) En circunstancias de crisis, nos interesa en particular las correlaciones somáticas de la angustia psicológica y/o problemas físicos que pudieran precipitarla. En muchos casos, una crisis agravará los problemas físicos existentes o conducirá a conductas que, si se continúan por periodos largos, pueden tener un efecto deletéreo para la salud. La valoración de esta modalidad conduce directamente a la primera labor de la resolución de la crisis, supervivencia física.

La Modalidad Interpersonal incluye información sobre la cantidad y calidad de las relaciones sociales entre el paciente y familia, amigos, vecinos y trabajadores. Se proporciona atención al número de contactos en cada una de estas categorías y a la naturaleza de las relaciones, en particular al papel que toma el paciente con algunos íntimos (co-igual, líder, pasivo/dependiente, etc.).

Por último, los procesos mentales se codifican bajo la Modalidad Cognoscitiva. Aquí se incluyen imágenes o descripciones mentales en cuanto a metas en la vida, recuerdos del pasado y aspiraciones para el futuro, así como rumiaciones no controladas relativamente, como sueños de día y noche. La cognición es un nivel que se utiliza para referir al rango total de pensamientos, y en particular las aseveraciones de sí mismas que hace la gente con respecto a su conducta, sentimientos, funcionamiento físico y otros. Dirigida a tendencias recientes en las terapias cognoscitivas, esta modalidad incluye la atención a lo catastrófico y la sobregeneralización (Beck, 1976), así como a diferentes formas de pensamiento irracional (Ellis y Harper, 1976). También es la categoría dentro de la que se codifica el proceso de pensamiento psicótico más tradicional (como paranoia).

PERFIL DE LA PERSONALIDAD CASIC.

Modalidad/sistema.

CONDUCTUAL.

Variables/subsistemas.

Patrones de trabajo, juego, pasatiempos, ejercicio, dieta, (hábitos alimenticios y de bebida), conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas o tabaco; presencia de cualesquiera de las siguientes: suicida, homicida o actos agresivos.

Métodos de enfrentamiento con estrés.

Modalidad/sistema.

AFECTIVA.

Variables/subsistemas.

Sentimientos sobre cualesquiera de las conductas mencionadas; presencia de

sentimientos como ansiedad, cólera, alegría, depresión, etc.; afectos apropiados a las circunstancias de la vida. ¿los sentimientos se expresan u ocultan?

Modalidad/sistema

SOMÁTICA.

Variables/subsistemas.

Funcionamiento físico general, salud.

Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otra afección somática; estado general de relajamiento/tensión ; sensibilidad de la visión, tacto, gusto, oído, olfato.

Modalidad/sistema.

INTERPERSONAL.

Variables/subsistemas.

Naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, fuerzas interpersonales y dificultades; cantidad y frecuencia del contacto con amigos y conocidos; papel asumido con diversos íntimos (pasivo, independiente, líder, co-igual); estilo en la resolución del conflicto (asertivo, agresivo, introvertido); modo interpersonal básico (compatible, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso dependiente).

Modalidad/sistema.

COGNOSCITIVA.

Variables/subsistemas.

Sueños actuales de día y noche, imágenes mentales del pasado o futuro; autoimagen; propósitos de la vida y razones de su validez; creencias religiosas, filosofía de la vida; presencia de cualesquiera de lo siguiente: catástrofe, sobre generalización, delirios, alucinaciones, diálogo interno irracional, racionalizaciones, ideación paranoíde; actitud general (positiva/negativa) hacia la vida.

NOTA.

Las fuentes de información incluyen la entrevista clínica, informes de los miembros de la familia, amigos y fuente de referencia, cuestionarios.

Capítulo 2

2. LA ADOLESCENCIA.

Adolescencia (Latín, adolescencia, ad; a, hacia + olescere: forma incoativa de oleré, crecer) significa la condición o el proceso de crecimiento. El término se aplica específicamente al período de la vida comprendida entre la pubertad y el desarrollo completo del cuerpo. Suele incluirse a ambos sexos en el periodo comprendido entre los 13 y los 21 años. El crecimiento y modificaciones de su cuerpo al llegar a la pubertad—(latín, pubertas de púber: adulto) capacidad de engendrar—imponen al adolescente un cambio de rol frente al mundo exterior, y el mundo externo se lo exige si él no lo asume. Esta exigencia del mundo exterior es vivida como una invasión a su propia personalidad. Aunque él no quiera –sobre todo el adolescente que cambia de golpe—es exigido como si fuera un adulto, y esa exigencia del mundo exterior por lo general lo conduce—como defensa—a mantenerse en sus actitudes infantiles.

La característica de la adolescencia es que el niño, quiera o no, se ve obligado a entrar en el mundo del adulto; y se podría decir que primero entra a través del crecimiento y los cambios de su cuerpo y mucho más tarde de sus capacidades y sus afectos. Es muy frecuente que a los 16, 17 o 18 años se muestren muy maduros, en algunos aspectos, pero paradójicamente inmaduros en otros. Esto surge por un juego de defensas frente al nuevo rol y frente al cambio corporal que es vivido como una irrupción incontrolable de un nuevo esquema corporal que le modifica su posición frente al mundo externo y lo obliga a buscar nuevas pautas de convivencia. Lo que ha aprendido como niño, en aprendizaje y en adaptación social ya no le sirve. El mundo externo y él mismo exigen un cambio en toda su personalidad. Frente a esta invasión la primera reacción afectiva del niño es un refugio en su mundo interno; es como si él quisiera reencontrarse con los aspectos de su pasado para poder enfrentar después el futuro. Si se aleja del mundo exterior y se refugia en el mundo interno, es para estar "seguro", porque en todo el crecimiento existe un "impulso hacia lo conocido y temor a lo desconocido". Ese refugio en la infancia se debe no solamente a que le cuesta hacer el "duelo de la infancia" sino que la infancia misma es lo que él conoce. Su rol frente al ambiente inmediato, o frente a la escuela, frente a las bandas de compañeros es "un rol de niño", al cual él ya estaba adaptado desde muchos años atrás.

Prima en ese momento una actitud crítica frente al mundo externo y a los adultos en general; él no quiere ser como determinados adultos que rechaza con violencia y elige en cambio un ideal. El mundo interno que ha ido desarrollando a través de toda su infancia identificándose con aspectos de sus padres, maestros o

figuras sustitutivas de ambos le servirá de "puente" para reconectarse con un mundo externo que es nuevo para él, a consecuencia de su cambio de estatus.

El duelo por la infancia y los padres de la infancia involucra al yo y al mundo externo. "No soy un niño, yo mismo he perdido mi condición de niño, mis padres son los padres de un adulto y yo tengo que comportarme como tal, como mi cuerpo, mi mente y la sociedad me lo exigen." (Averastury A. 1988).

TEORIAS DE LA ADOLESCENCIA.

Visión Psicosociológica.

Subraya la influencia de los factores externos que se caracteriza por el aprendizaje de nuevos papeles sociales, no es un niño pero tampoco un adulto, es decir su estatus social es difuso en este desarrollo del nuevo papel social. El adolescente debe buscar la independencia frente a sus padres. Surgen ciertas contradicciones entre deseos de independencia y la dependencia de los demás; puesto que se ve muy afectado por las expectativas de otros.

ERIKSON.

Para Erikson, (1976), la adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles.

PIAGET.

Éste autor señala la importancia del cambio cognitivo y la relación de la afectividad, este cambio genera nuevo egocentrismo intelectual, confiando excesivamente en el poder de las ideas.

COLEMAN.

Define la adolescencia como crisis, si bien los conflictos se dan en una secuencia de tal forma que el adolescente pueda hacerle frente y resolver tantos conflictos sin saturarse.

2.1 CUERPO Y CRISIS DE IDENTIDAD.

Con la entrada a la pubertad se produce una experiencia similar a la que tuvo lugar hacia el final del segundo año de vida; la distinción de “ser—no—ser” y la progresiva estructuración de un primer YO corporal.

El adolescente presionado por las transformaciones corporales puberales debe forjar una imagen de sí mismo, que contemple la integración de las diferentes zonas erógenas (que en un principio permitieron el descubrimiento “por partes” del propio cuerpo) y su subordinación a la genitalidad, con lo cual su cuerpo pasa a tener un claro significado sexual.

Queda claro que, llegada la pubertad, la “aparente” tranquilidad de los periodos precedentes se trunca. Se pone en cuestión una imagen corporal construida hasta entonces en términos generales de “inocencia”, por lo que ésta deberá ser reelaborada y aceptada. Tarea que será tanto más difícil cuanto peores hayan sido las experiencias afectivas tempranas.

El cuerpo total, completo, se asume ahora como una entidad totalmente diferenciada (dicotomía “yo—no—yo), pero a su vez, el adolescente se encuentra ante la imperiosa necesidad de estructurar un nuevo YO corporal y conformar en torno al mismo una nueva identidad. Proceso nada fácil si tenemos en cuenta que el YO a esta edad es lo suficientemente débil como para tener dificultades en la aceptación e integración del cúmulo de transformaciones que de forma intrusiva se apoderaron de él. Con la irrupción de la maduración sexual, el adolescente puede sentirse falto de coherencia interna y, por lo tanto, verse perturbado el propio sentido de la identidad.

Es frecuente el sentimiento de extrañeza y de no reconocimiento del propio cuerpo que invade al adolescente, como si de una esquizofrenia se tratara. Tiene la sensación de estar deformado físicamente, carencia que no tiene por que corresponderse con la realidad, ya que se trata de falsas percepciones de la imagen de sí mismo.

La rebeldía, inversión de los afectos... son mecanismos de defensa que encontramos en el proceso más normal del desarrollo adolescente como formas de desvinculación de las figuras parentales. Sólo si las experiencias tempranas han sido fundamentalmente positivas, el yo adolescente encuentra la fuerza y base necesarias para afrontar el sentimiento de vacío que acompaña la ruptura de estas primeras identificaciones (pérdida de las partes infantiles del Self).

Ya Freud en el Yo y el Ello (1923) puso de relieve la importancia de la relación con el propio cuerpo para el desarrollo de la personalidad y, en particular, para la percepción y prueba de realidad.

Es decir hablaríamos en el caso de la adolescencia, de la invasión irresistible de lo pulsional y corporal sobre el yo. Ante esta situación el yo tendrá que recurrir a los mecanismos de defensa para salvaguardar su integridad. Como por ejemplo.

El Ascetismo.

Que presupone la total represión de la energía pulsional, pero no sólo se prohíbe la satisfacción del instinto propiamente sexual (como serían las citas con el otro sexo, los paseos... Y por supuesto la masturbación) sino que la prohibición puede llegar a ser tal que abarque cualquier manifestación instintiva (evitar satisfacer el hambre, el frío, el cansancio...). El adolescente castiga cruelmente su "cuerpo sexuado". La anorexia mental es un ejemplo claro en el que se recurre a este mecanismo de defensa.

Atletismo.

Yo atlético como antítesis al yo ascético. Las transformaciones corporales del adolescente conducen a un incremento de la masa y fuerza muscular que favorecen el recurrir a la acción (hiperactividad), como forma de hacer frente a las angustias y conflictos propios de la adolescencia. El temor a la pasividad, al infantilismo, a las tendencias homosexuales, conducen al adolescente a reafirmarse con el propio cuerpo Atlético, viril. Se recurre al deporte como forma de canalizar las pulsiones libidinales y agresivas (competición). No rechazan el cuerpo sino que "Lo cultivan", lo controlan.

Intelectualismo.

No se prohíbe la expresión del instinto, sino que se desplaza. El refugiarse en la labor intelectual responde únicamente al intento de dominar la actividad instintiva; de ahí que el contenido de sus deliberaciones se correspondan con sus inquietudes psíquicas. De hecho, se conectan los procesos instintivos con representaciones que los hacen accesibles a la conciencia y, por tanto, dominables en un nivel psíquico diferente.

Siguiendo con la asociación entre experiencia corporal contra conciencia del YO, podríamos decir que éstas guardan una relación inversa pues, en muchas de las manifestaciones contraculturales adolescentes el culto a la corporalidad supone y conduce a una clara pérdida de conciencia del Yo.

2.2 IDENTIDAD VERSUS CONFUSIÓN DE ROL.

En la adolescencia todas las mismidades y continuidades en las que se confiaba previamente vuelven a ponerse en duda, debido a una rapidez del crecimiento corporal que iguala a la de la temprana infancia, y a causa del nuevo agregado de la madurez genital. Los jóvenes que crecen y se desarrollan, enfrentados con esta revolución fisiológica en su interior, y con tareas adultas tangibles que los aguardan, se preocupan ahora fundamentalmente por lo que parecen ser ante los ojos de los demás en comparación con lo que ellos mismos sienten que son, y por el problema relativo a relacionar los roles y las aptitudes cultivadas previamente con los prototipos ocupacionales del momento.

La integración que ahora tiene lugar bajo la forma de identidad yoica es, como ya se señaló, más que la suma de las identificaciones infantiles. Es la experiencia acumulada de la capacidad del yo para integrar todas las identificaciones con las vicisitudes de la libido, con las aptitudes desarrolladas a partir de lo congénito y con las oportunidades ofrecidas en los roles sociales. El sentimiento de la identidad yoica, entonces, es la confianza acumulada en que la mismidad y la continuidad interiores preparadas en el pasado encuentren su equivalente en la mismidad y la continuidad del significado que uno tiene para los demás, tal como

se evidencia en la promesa tangible de una "carrera".

El peligro de esta etapa es la confusión de rol. Cuando ésta se basa en una marcada duda previa en cuanto a la propia identidad sexual, los episodios delincuentes, de dependencias y abiertamente psicóticos no son raros. (Erikson, E. 1976).

IDENTIDAD PSICOSOCIAL.

Un síndrome como el de la "confusión de identidad" no es sólo cuestión de autoimagen o aspiraciones, roles y oportunidades contradictorias, sino un padecimiento central peligroso para la totalidad de la interacción ecológica de un organismo mental con su "medio ambiente", el medio ambiente del hombre, después de todo, es el universo total compartido. Los síntomas de la confusión de la identidad, por tanto, podían ser encontrados en la esfera psicosomática al igual que en la psicosocial, en el tiempo al igual que en el individuo.

La identidad psicosocial demostró estar "localizada" en tres órdenes en los que el hombre vive en todo tiempo.

1-- El orden somático, por el cual el organismo busca mantener su identidad en una renovación constante de la mutua adaptación del medio interno y el medio ambiente.

2—El orden Yoico, es decir, la integración de la experiencia y conducta personales.

3—El orden social mantenido unido por organismos yoicos que comparten una ubicación histórico—geográfica.

Estos tres órdenes, sin embargo, propenden a ponerse mutuamente en peligro, incluso en la medida en que se relacionan entre sí. Gran parte de la tensión creadora del hombre al igual que su conflicto debilitador se originan en esta incompatibilidad. Y es que estos órdenes parecen apoyarse mutuamente tan sólo en proyectos utópicos, que dan al hombre el ímpetu visionario para corregir a

intervalos los resultantes peligros para la salud, la cordura y el orden social. También, dentro de este contexto, se vuelve estratégico el estudio de la crisis de identidad durante la adolescencia, debido a que durante esta etapa de la vida el organismo se encuentra en el clímax de su vitalidad y potencia, a que el Yo debe integrar formas nuevas de experiencia intensiva ya que el orden social debe proporcionar una identidad renovada para sus nuevos miembros, para así poder reafirmar –o renovar—su identidad colectiva.

(Erikson 1985).

2.3 DUELOS EN LA ADOLESCENCIA.

De acuerdo con Aberastury, (2008), en la adolescencia se puede observar la elaboración de tres duelos fundamentales, y cómo estos repercuten en la esfera del pensamiento.

- 1) Duelo por el cuerpo infantil.
- 2) duelo por la identidad y el rol infantil;
- 3) duelo por los padres de la infancia.

Duelo por el cuerpo infantil.

En virtud de las modificaciones biológicas características de la adolescencia, el individuo, en esta etapa del desarrollo, se ve obligado a asistir pasivamente a toda una serie de modificaciones que se operan en su propia estructura, creando un sentimiento de impotencia frente a esta realidad concreta, que lo lleva a desplazar su rebeldía hacia la esfera del pensamiento. Este se caracteriza, entonces, por una tendencia al manejo omnipotente de las ideas frente al fracaso en el manejo de la realidad externa. Vive en ese momento la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aún en la infancia y con un cuerpo que se va haciendo adulto. Esta contradicción produce un verdadero *fenómeno de despersonalización* que domina el pensamiento del adolescente en los comienzos de esta etapa, que se relaciona con la evolución misma del pensamiento. Las palabras son las adquisiciones culturales transmitidas a los niños por los padres. La pérdida de los objetos reales se va sustituyendo por símbolos verbales que son las palabras. Estos símbolos pueden manejarse omnipotentemente en su sustitución fantaseada, y a medida que el pensamiento evoluciona, lo conceptual simbólico reemplaza cada vez más a lo concreto real egocéntrico. En el adolescente normal este manejo de las ideas le sirve también para sustituir la pérdida de su cuerpo infantil perdido y la no adquisición de la personalidad adulta, por símbolos intelectualizados de omnipotencia, reformas sociales y políticas, religiosidad, en donde él no está directamente comprometido como persona física (ya que en este estado se siente totalmente impotente e incomodo), sino como entidad pensante. Niega así su cuerpo infantil perdido, y en fluctuaciones incesantes con la realidad, que lo ponen en relación con sus padres, su familia y el mundo concreto que lo rodea y del cual depende, elabora esa pérdida y va aceptando su nueva personalidad.

La despersonalización del adolescente implica una proyección en la esfera de una elucubración altamente abstracta del pensamiento y explica la relación lábil con objetos reales a los que rápidamente pierde, como pierde paulatina y progresivamente su cuerpo infantil.

“Esto nos permite seguir el equilibrio progresivo y comprender el papel específico de la vida mental, el cual consiste en conquistar una movilidad y reversibilidad completas, imposibles de realizar en el plano orgánico”. (Rosenthal, G. y Knobel,

M. 2008).

Duelo por la identidad y por el Rol infantil.

En la infancia, la relación de dependencia es la situación natural y lógica; el niño acepta su relativa impotencia, la necesidad de que otros se hagan cargo de cierto tipo de funciones y su yo se va enriqueciendo mediante el proceso de proyección e introyección que configura la identificación. En la adolescencia hay una confusión de roles, ya que al no poder mantener la independencia infantil y al no poder asumir la independencia adulta, el sujeto sufre un fracaso de personificación y así, el adolescente delega en el grupo gran parte de sus atributos, y en los padres, la mayoría de las obligaciones y responsabilidades. Recurre a este mecanismo esquizoide quedando su propia personalidad fuera de todo el proceso de pensamiento, con un manejo omnipotente; es la irresponsabilidad típica del adolescente, ya que él entonces nada tiene que ver con nada y son otros los que se hacen cargo del principio de realidad. Así nos podemos explicar una característica típica de la adolescencia, "la falta de carácter" surgida de este fracaso de personificación, que a su vez lo lleva a confrontaciones reverberantes con la realidad; un continuo comprobar y experimentar con objetos del mundo real y de la fantasía que se confunden también, permitiéndole a su vez despersonalizar a los seres humanos, tratándolos como objetos necesarios para sus satisfacciones inmediatas. Esta desconsideración por seres y cosas del mundo real hace que todas sus relaciones objetales adquieran un carácter, si bien intenso, sumamente lábil y fugaz, lo cual explica la inestabilidad afectiva del adolescente, con sus crisis pasionales y sus brotes de indiferencia absoluta. Aquí, la exclusión del pensamiento lógico, que surge del duelo por el rol infantil, se convierte en la actuación afectiva, como el duelo por el cuerpo de la infancia se convertía en la actuación motora. El manejo objetal, realizado de la manera descrita, lo lleva a una serie de continuos cambios, a través de los cuales establecerá su identidad, siguiendo un proceso lógico de maduración. En este desarrollo, y en parte, por los mecanismos de negación del duelo y de identificación proyectiva con sus coetáneos y con sus padres, pasa por periodos de confusión de identidad. El pensamiento, entonces, comienza a funcionar de acuerdo con las características grupales, que le permiten una mayor estabilidad a través del apoyo y del agrandamiento que significa el yo de los demás, con el que el sujeto se identifica.

Esta sería una de las bases del fenómeno de las "barras", en donde el adolescente se siente aparentemente tan seguro, adoptando roles cambiantes y participando de la actuación, responsabilidad y culpas grupales. Estas experiencias grupales son trasladadas a su propio proceso de pensamiento, en el cual los afectos y los objetos depositarios de los mismos son también fragmentados y tratados con prescindencia de una responsabilidad personal. Amor y odio, culpa, reparación, son intermitentemente vividos con intensidad y rápidamente eliminados, para volver a ocupar posteriormente el pensamiento, en ese proceso constante de aprendizaje que significa este juego de manejo objetal y afectivo.

Normalmente, el adolescente va aceptando las pérdidas de su cuerpo infantil y de su rol infantil, al mismo tiempo que va cambiando la imagen de sus padres infantiles, sustituyéndola por la de sus padres actuales, en un tercer proceso de duelo.

Duelo por los padres de la infancia.

La relación infantil de dependencia se va abandonando paulatina y dificultosamente. La impotencia frente a los cambios corporales, las penurias de la identidad, el rol infantil en pugna con la nueva identidad y sus expectativas sociales hacen que recurra a un proceso de negación de los mismos cambios, que concomitantemente se van operando en las figuras y las imágenes correspondientes de los padres y en el vínculo con ellos, que por supuesto no permanecen pasivos en estas circunstancias, ya que también tienen que elaborar la pérdida de la relación de sometimiento infantil de sus hijos, produciéndose entonces una interacción de un doble duelo, que dificulta aun más este aspecto de la adolescencia. Se pretende no sólo tener a los padres protectores y controladores, sino que periódicamente se idealiza la relación con ellos, buscando un suministro continuo que en forma imperiosa y urgente debe satisfacer las tendencias inmediatas, que aparentemente facilitarían el logro de la independencia. El pensamiento se expresa aquí en forma de contradicciones: es la necesidad inmediata del automóvil familiar (dependencia), para mostrarse como adulto y dueño de la potencia familiar (seudoindependencia). La demanda desconsiderada y a veces inoportuna de dinero (dependencia) para manejarse como un individuo adulto y potente ante los demás (seudoindependencia).

Las contradicciones de pensamiento de este tipo, tan frecuentes en la adolescencia, nos muestran la falta de elaboración conceptual y la permanencia en niveles inferiores de este proceso. Esta misma contradicción produce

perplejidad en el manejo de las relaciones objetales parentales internalizadas y rompe la comunicación con los padres reales externos, ahora totalmente desubicados el contexto de su personalidad. Figuras idealizadas deben sustituirlos, y entonces el adolescente se refugia en un mundo autista de meditación, análisis, elaboración de duelo, que le

permite proyectar en maestros, ídolos deportivos, artistas, amigos íntimos y su diario, la imagen paterna idealizada. Esta soledad periódica del adolescente es activamente buscada por él, ya que le facilita su conexión con los objetos internos en este proceso de pérdida y sustitución de los mismos, que va a terminar enriqueciendo el yo. El diario que frecuentemente llevan los adolescentes sirve para la externalización de los objetos internos y de sus vínculos, permitiendo el control y cuidado de los mismos en el exterior. Esto facilita la elaboración de las relaciones objetales perdidas, mediante la fijación de las mismas en su diario.

2.4 CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA.

Una de las etapas del desarrollo Humano, donde el crecimiento se hace mas evidente es en la adolescencia. Generalmente este "estirón" comienza Hacia los 12 años y en los chicos hacia los 13 años, terminando entre los 18 y 21 años.

Los cambios más importantes en el paso de la niñez a la adolescencia se manifiestan de manera física, social y psicológica.

-CAMBIOS SOCIALES.

Se expresa un cuestionamiento del medio familiar, escolar y social. Al mismo tiempo, hay un mayor acercamiento e identificación con grupos de la misma edad y el mismo sexo.

-CAMBIOS PSICOLÓGICOS.

Hay cambio del pensamiento concreto por el pensamiento formal. Surge una inquietud por conocer más sobre la sexualidad. Se despierta un interés por el sexo opuesto. El carácter termina de formarse. Se adquiere una manera de pensar o

concebir el mundo. También, se medita acerca de cómo le gustaría llegar a ser. En este periodo, se inspiran los proyectos, la vocación y el plan de existencia o de vida. Los valores propios se integran a las experiencias y al estilo de vida. Al llegar a la etapa adulta, cada persona crea por si misma la historia de su propia vida: decide el curso que seguirá para alcanzar sus objetivos y anhelos, y toma el mando de su destino.

--CAMBIOS FÍSICOS.

El desarrollo del cuerpo alcanza su madurez sexual. Para ello se dan muchos cambios internos y externos y un crecimiento general acelerado. Pero toma más años aprender a adaptarse a la nueva madurez sexual y a ejercer una paternidad responsable.

La adolescencia es una etapa en la que se busca la identidad, se rebelan ante la autoridad, luchan por su independencia, buscando ser aceptados por sus compañeros, pasan por cambios en su cuerpo y en la imagen que tienen de ellos mismos. Es una etapa de búsqueda de valores. Hay un conflicto entre los valores propios y los de sus padres, amigos y maestros. En la adolescencia se tienen dos tipos de conflictos: uno entre lo que se tiene y lo que se quiere tener, el otro es entre lo que se es y lo que les gustaría ser.

Es una etapa de mucha inseguridad y dudas. Es una etapa en la que se deja de ser niños y aún no se es adulto. Para los padres es difícil aceptar que ya no son los niños de ayer. Para ellos es muy difícil aceptar que todavía no son adultos. Y los padres suelen vivir un conflicto similar, pues desean que sus hijos se independicen al tiempo que desean conservarlos dependientes. Como resultado pueden darles a sus hijos mensajes dobles, pues dicen una cosa pero comunican lo opuesto con sus acciones

Las amistades se vuelven más importantes de lo que eran antes y muchas veces se dejan que influyan fácilmente en ellos. Además se ven y sienten diferentes. Todo este mundo tan cambiante los lleva muchas veces a conflictos con ellos mismos y con los demás, en especial con la familia.

Los adolescentes tienen necesidad de poner a prueba lo que sus padres y otros adultos les han enseñado.

En la lucha por la independencia, a menudo rechazan los intentos de los padres por ayudarlos o guiarlos ignorando las opiniones de ellos por considerarlos "pasados de moda".

Los conflictos entre padres e hijos se deben a que los adolescentes desean hacer cosas para las que según los padres no están preparados. Una vez que las dos partes se ponen de acuerdo entre lo que está y no está permitido, el conflicto desaparece. (Pick y Vargas, 2006).

2.5 FACTORES DE RIESGO.

DEFINICIÓN.

Los factores de riesgo son aquellos hechos o circunstancias cuya presencia aumenta las posibilidades de un individuo o grupo social de consumir drogas. Existe una conocida triada constituida por drogas/ambiente/personalidad, a la cual podemos acudir para ubicar el origen de cualquiera de los factores de riesgo. Siguiendo con este esquema y nos referimos por ejemplo, a la *propia Droga como Factor de Riesgo*, podemos admitir sin dificultad que no es lo mismo a efectos de que las personas decidan probarla, el que exista una oferta amplia o reducida de dicha droga entre un grupo social determinado.

También sabemos que cada droga entraña su propia peligrosidad y tiene una capacidad adictiva distinta a las demás. Incluso según la forma de presentación en el mercado cambian las posibilidades de inducir adicción. También es obvio que no todos los ambientes o familias tienen la misma influencia sobre las conductas adictivas. No puede ser lo mismo ser hijo de una familia burguesa tradicional o pertenecer a un sector de la población marginal, aunque en ambos casos pueden darse condiciones de riesgo en función del ambiente, pero que obviamente serán distintas. Podemos pensar en otros factores ambientales que

tienen su peso decisivo como son la existencia de compañeros consumidores, el consumo de los padres, etc.

Si pensamos en la singularidad de cada persona, han que admitir que no todas las personalidades presentan la misma conflictividad o las mismas carencias o las mismas actitudes, lo cual influye en su proclividad hacia el consumo de drogas. Podemos añadir a ello toda la base genética, que empieza a ser explorada, y que introduce diferencias indudables entre los individuos. <<La reacción de cada individuo a una determinada dosis de droga será diferente según los factores fármaco genéticos individuales: el interior de las neuronas cerebrales, la distribución y el número de receptores, la acción de las enzimas inactivadoras y las que determinan la síntesis de los neurotransmisores, y el tejido hepático, la actividad de los sistemas oxidativos y de conjugación. Todos estos procesos están genéticamente determinados y serán variables de un sujeto a otro. Ello puede explicar cómo ciertos individuos son más o menos sensibles al riesgo de las diversas drogas capaces de generar dependencia. La edad es, de igual modo, un factor importante a tener en consideración: Los jóvenes, los adolescentes cuya actividad dopaminérgica es óptima, serán particularmente sensibles a los efectos de las drogas>> (Nahas y Trouvé, 1992). Si pensamos en las múltiples combinaciones y conexiones que se pueden establecer entre estos tres sectores (personalidad, ambiente y drogas), tendremos acceso a una combinación amplia de posibilidades, que es lo que cabe esperar en la realidad. (Amador Calafat Far 1995).

Fuentes de Estudio de los Factores de Riesgo.

El conocimiento de los factores de riesgo se nutre principalmente de tres fuentes: la clínica, la epidemiología y la teoría. Tradicionalmente fue la clínica la inspiradora de las primeras explicaciones de la dinámica del abuso de drogas. Los propios terapeutas, a partir de la experiencia clínica y del conocimiento de las familias de los toxicómanos, fueron los que establecieron las primeras hipótesis y señalaron factores de riesgo.

La Epidemiología es otra de las fuentes de las que se nutre el estudio de los factores de riesgo. Ofrece ventajas porque aporta datos sobre poblaciones amplias y la prevención es sobre todo un instrumento que se mueve precisamente sobre grupos de población extensos. Además la epidemiología nos permite dirigirnos a la población normalizada, antes de que la droga haya hecho estragos

en su personalidad y su conducta.

La Teoría es la tercera fuente. Muchos de los estudios del pasado han sido hechos sin contar con la teoría. La existencia de la teoría permite la integración, la interpretación y la búsqueda de nuevos factores de riesgo o nuevas relaciones entre ellos.

Clasificación de los factores de riesgo.

Una clasificación más simple de los factores de riesgo puede ser.

--GENÉTICOS: Diferente carga genética que condiciona los efectos de las drogas en cada individuo, niveles de tolerancia individuales ante el uso de drogas, etc.

--PSICOLÓGICOS: Conflictividad personal, tendencia al desviacionismo, resistencia a la frustración, búsqueda de sensaciones, depresividad,....

--AMBIENTALES: Presión del grupo, importancia de la oferta de drogas, precio de las drogas, actitud social ante las drogas, control social, represión,....

Factores de riesgo más investigados.

1—Uso o abuso de alcohol, tabaco y otras drogas u otros comportamientos desviantes en la familia.

2—Familias conflictivas o divorciadas.

3—Bajo nivel económico, pobreza (aunque disponer de dinero es factor de riesgo en aquellas zonas en las que existe un buen nivel de vida).

4—Carencia de modelos de identificación en la familia.

5—Iniciación temprana en el uso de drogas.

6—Asociación con compañeros que usan drogas.

7—Historia personal de rebeldía contra la autoridad, bajo interés por los estudios o comportamientos antisociales.

8—Poca resistencia a la frustración y búsqueda constante de satisfacciones y aventuras.

9—Sociedad muy permisiva hacia el uso de drogas o hacia comportamientos desviantes.

FACTORES DE RIESGO EN LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL.

En el problema de la dependencia al alcohol (alcoholismo) intervienen factores sociales, familiares, individuales, biológicos y educativos. Estos factores interactúan y constituyen una condición de riesgo que pueden orillar a una persona a consumir alcohol.

DEPENDENCIA ALCOHOLICA.

--Entre los factores FAMILIARES que se han asociado al consumo de alcohol encontramos, la presencia de padres autoritarios y violentos, padres sobre protectores, la falta de conocimiento y de estímulo a las capacidades de los hijos, antecedentes familiares de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, la ausencia física o emocional de uno o ambos padres, y la existencia de un ambiente conflictivo o desintegrado.

La proximidad a la familia y la existencia de buenos lazos afectivos con los adultos disminuye la necesidad de dependencia y permeabilidad hacia el grupo; y en todo caso disminuye la probabilidad de que el individuo busque pertenecer a grupos desviacionistas o que usen drogas.

--Factores SOCIALES encontramos la existencia de actitudes y valores que promueven el consumo y que se manifiestan a través de los medios masivos de comunicación, la tolerancia y permisividad de las autoridades para el consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol, la presión de grupos de consumidores, la presión de las empresas productoras, la moda, la disponibilidad, o un fácil acceso a las sustancias.

--Los Factores EDUCATIVOS se pueden enlistar: ausencia de estímulo a la creatividad, autoritarismo, falta de comunicación entre los alumnos, maestros y padres de familia, y un sistema educativo centrado en el contenido y no el alumno.

--Como ejemplo de factores BIOLÓGICOS se encuentran: la susceptibilidad a las sustancias y la constitución genética.

--Los factores INDIVIDUALES que pueden intervenir son: experiencias negativas y frustrantes repetitivas, baja resistencia ante situaciones conflictivas, actitudes y

valores que aprueben el consumo, falta de metas a futuro planes poco realistas problemas de identidad, desconocimiento de los propios valores, falla en los procesos de toma de decisiones, falta de **asertividad**, **baja autoestima**, influencia de compañeros, curiosidad. (Pick y Vargas 2006).

Capítulo 3

3. SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (ALCOHOLISMO).

ALCOHOLISMO.

El consumo de sustancias psicoactivas permitidas o lícitas (alcohol, tabaco) que comienza como una forma de experimentación, de diversión o evasión, termina en algunos casos por crear una problemática y una cronificación del individuo que la consume y su familia.

El alcoholismo es uno de los problemas sociales en la sociedad contemporánea que merece un análisis científico por los factores con que se relaciona, entiéndase factores que lo propician y consecuencias. El alcohol no es sólo la drogadicción más generalizada, sino además abre las puertas para el consumo de otras sustancias.

En nuestro país, el 45.2% de la población mayor de 15 años consume bebidas alcohólicas, con un índice de prevalencia de alcoholismo entre el 7 y el 10 %, uno de los más bajos de Latinoamérica, con predominio en edades comprendidas entre los 15 y 44 años. Se señala que en los últimos 15 años el consumo ha aumentado notablemente en nuestro País, que el 90,4% de la población inicia la ingestión del tóxico antes de los 25 años y que la mayoría de los bebedores problema se encuentra entre los 25 y 42 años. Se calcula que el alcoholismo puede incidir hasta en el 40% en los ingresos de los servicios de urgencia y que el 2% de los enfermos que ingresan en los servicios médicos hospitalarios sufren de una enfermedad causada o agravada por el abuso de alcohol.

El alcohol etílico o etanol, es un alcohol alifático que se obtiene de la fermentación de diversos granos, frutos y plantas, y se encuentra contenido en diferentes proporciones en las bebidas alcohólicas. Como el alcohol etílico es una droga legal, su consumo se encuentra muy ampliamente difundido en el planeta. Su importancia descuellera además, por la existencia de una combinación habitual con otros psicotrópicos consumidos por los pacientes abusadores y adictos, quienes a menudo incluyen al alcohol como la sustancia de inicio de sus abusos tóxicos o bien la combinan, esperando alcanzar un refuerzo de los efectos de otras sustancias. En cualquier caso se trata de una sustancia prototípica de adicción, cuya diseminación produce por cierto, para decirlo en términos sencillos y categóricos, el síndrome de intoxicación más frecuente encontrado en las unidades de urgencia en nuestro medio.

Habitualmente la vía de administración del etanol es oral, sin embargo, la absorción puede llevarse a cabo a través de casi todas las mucosas del cuerpo.

El alcohol etílico o etanol se absorbe rápidamente por el tubo digestivo a nivel del estómago, intestino delgado y colon. El etanol vaporizado puede absorberse por vía de la inhalación hacia los pulmones para de ahí diseminarse por la circulación general a toda la economía. El tejido subcutáneo y la piel, son vías a través de las cuales el alcohol también puede ser absorbido, sin embargo, esta última vía es poco importante en cuanto a su práctica.

.Aunque socialmente el efecto del etanol no se reconoce como sedante, lo cual es una equivocación por demás común, esta sustancia ejerce una acción depresora sobre el sistema nervioso central SNC. El consumo continuado de etanol genera tolerancia. Esta se produce por el desarrollo de una depuración acelerada del alcohol. Cuando esto sucede, también se induce tolerancia cruzada a otras sustancias tales como anestésicos generales y otros depresores del SNC. Los neurotransmisores serotonina y la noradrenalina juegan un papel importante en el desarrollo de la tolerancia.

3.1 TEORÍAS SOBRE EL ALCOHOLISMO.

TEORÍA BIOFISIOLÓGICA.

Aunque todavía no se han encontrado bases orgánicas para el alcoholismo, continúa la investigación sobre sus posibles determinantes biofisiológicos. Recientemente estos esfuerzos se han centrado de forma preferente en el estudio del posible papel de los factores genéticos en el alcoholismo. El apoyo del punto de vista genético del trastorno procede de los estudios con gemelos humanos (Kaij, 1960), los cuales indican que los gemelos monocigóticos presentan un índice mayor de concordancia para el alcoholismo que los dicigóticos, así como de la investigación animal donde se han producido cepas de ratones que de forma innata prefieren el alcohol (Rodgers y Mc. Cleary 1962) Y, por último de los estudios de adopciones, que muestran que los niños adoptados, uno de cuyos padres naturales fue alcohólico presentan proporciones más altas de alcoholismo cuando son adultos que los niños adoptados cuyos padres naturales no fueron alcohólicos, (Goodwin 1973).

TEORÍAS SOCIOCULTURALES.

Aunque los factores culturales puedan predisponer al alcoholismo las variables sociales juegan un papel más importante en la manifestación de la adicción que en su predisposición. Esas variables pueden también actuar induciendo al alcohólico a que continúe bebiendo a pesar de las fuertes presiones hacia la abstinencia que provenga de otras fuentes. En este sentido Braucht, Brakarsh, Follingstad Y Berry (1973). Concluyen que la presión de los iguales juega entre los adolescentes, un papel especialmente importante en el desarrollo de los patrones desviados de

TEORIA PSICOANALITICA.

Los psicoanalistas ven al alcohólico de diversos modos, por un lado principalmente como un suicida esforzándose por destruir una "mala madre coercitiva" con la que el se ha identificado, también como "defendiéndose" así mismo de una depresión subyacente, bebiendo para olvidar o bien para defenderse de una ansiedad abrumadora.

Freud, se refirió a las drogas como "quita penas" que permitirían esquivar los límites que la realidad impone.

TEORIAS CONDUCTUALES.

Las conductas que las personas muestran son aprendidas por observación, sea deliberada o inadvertidamente, a través de la influencia del ejemplo. Observando las acciones de otro, se forma en uno la idea de la manera cómo puede ejecutarse la conducta y en ocasiones posteriores, la representación sirve de guía para la acción

La conducta de beber es una forma aprendida de reducir la ansiedad condicionada, implícita en la hipótesis de que beber alcohol es una respuesta reductora de tensión, está el supuesto de que el alcohol alivia los elevados niveles de ansiedad en los alcohólicos. Un estudio reciente que comparó sujetos alcohólicos y no alcohólicos respecto a diversas dimensiones comporta mentales, (Nathan Y O. Brien (1971), revelaron que el alcohol realmente incrementa los niveles de ansiedad y depresión en los sujetos alcohólicos.

3.2 LAS CONSECUENCIAS QUE TIENE PARA LA JUVENTUD EL ALCOHÓLISMO.

La investigación ha demostrado que:

--Los jóvenes que empiezan a beber antes de los 15 años tiene 4 veces más posibilidades de desarrollar dependencia al alcohol, que aquellos que empiezan a los 21 años.

--El uso de alcohol sólo o en combinación con otras sustancias, es un predictor del inicio temprano de actividad sexual, que traerá como consecuencia mayor índice de embarazos en adolescentes, enfermedades etc.

--El uso de alcohol está presente en el crimen juvenil; produce disminución o falta de precauciones, lo que hace más vulnerable a la víctima.

--El alcoholismo en Estados Unidos está relacionado con las tres principales causas de muerte en jóvenes menores de 24 años: accidentes homicidios y suicidios.

--El alcohol está presente en cientos de accidentes en carreteras que tienen los jóvenes.

--Los problemas académicos, la deserción escolar y el vandalismo de la juventud están ligados al alcohol.

--En los casos de violación con frecuencia el alcohol está presente en la víctima y en el violador.

COSTO SOCIAL.

El uso de alcohol y drogas se ha incrementado en los últimos años, hasta adquirir en ocasiones formas epidémicas.

El abuso del alcohol acarrea secuelas específicas bien reconocidas entre las que podemos mencionar las siguientes:

--Consecuencias para la salud como muerte prematura y su efecto en los sistemas de salud pública, el costo del tratamiento y la prevención, el costo del hospital; problemas en recién nacidos (síndrome de alcohol fetal); complicaciones psiquiátricas; consecuencias médicas de los crímenes violentos y mortalidad.

--Conducta criminal entre la que destaca la violencia pública y doméstica. Se calcula que el abuso de alcohol contribuye al 25 o 30% de los crímenes violentos.

--Accidentes automovilísticos.

--Pérdida de trabajo, pérdida de productividad y ausentismo, etcétera.

DAÑOS FÍSICOS.

El etanol es una molécula alifática por lo que el daño puede manifestarse en el hígado, cerebro, corazón, páncreas, sistema digestivo, sistema reproductor, sistema inmunológico, y endócrino. Dado que el hígado metaboliza la mayor parte de la sustancia, la enfermedad hepática (esteatosis, hepatitis, fibrosis, cirrosis) hace que los órganos que dependen de su actividad también se afecten (riñones, estómago, cerebro, intestino grueso y delgado).

3.3 ETAPAS DEL ALCOHOLISMO.

La dependencia que el consumo de etanol produce se debe tanto al ampliamente documentado mecanismo de habituación psíquica como de la física, las cuales tienen relación con los diferentes patrones de consumo. Éstos van desde ingestión regular y diaria de grandes cantidades de alcohol, hasta largos intervalos de sobriedad intermitentes o mezclados con periodos de embriaguez cotidiana. En ambos casos, el sujeto tiende a incrementar paulatinamente la cantidad ingerida, y pese a sus esfuerzos, su voluntad es incapaz de controlar la ingestión, empleando cada vez más tiempo en actividades relacionadas con la dependencia, evidenciando así el deterioro de su vida laboral y familiar, al igual que tolerancia a la ingestión y las complicaciones físicas.

Existen sujetos que consumen alcohol para sentir bienestar. Otros bebedores intentan escapar de sus problemas y de la angustia de la vida diaria; son dependientes del alcohol como de un tranquilizante o de una ayuda que les permita vivir las situaciones con menor angustia. La ingestión de bebidas alcohólicas y el ambiente confortable que ordinariamente la rodea, se convierten en una necesidad psicológica apremiante. En ausencia del alcohol aparece inquietud y angustia en el sujeto, los cuales desaparecen al ingerirlo de nuevo.

La dependencia psicológica se manifiesta como un estado de angustia cuando falta el alcohol; en cambio, la dependencia física provoca el llamado *síndrome de abstinencia*.

El alcohólico necesita alcohol para realizar sus funciones y la falta de ingestión le provoca dolor de cabeza, malestar general, temblor, etc. Uno de los cuadros más graves provocados por la abstinencia es el *delirium tremens*.

ETAPA I.

1—Bebe demasiado en todas las reuniones.

2—Aumenta su tolerancia y la frecuencia de ingestión.

Necesita más licor para lograr el mismo efecto, y busca cada vez más pretextos para beber.

3—Bebe con avidez.

No lo hace para saborear el licor o por motivos sociales; sino para sentir el efecto.

4—Sufre lagunas mentales.

Son una forma de amnesia temporal u olvidos que ocurren durante una borrachera.

5—Siente preocupación por beber.

Aun durante periodos de sobriedad, pasa el tiempo pensando en el alcohol. (OBSESIÓN).

6—Bebe furtivamente.

Lo hace en situaciones en las que no se bebe, y en mayor cantidad que otras personas que estén bebiendo con moderación; o si no, bebe a escondidas.

7—Manifiesta un cambio en la actitud y forma de beber.

Se vuelve más reservado acerca de su forma de beber, y tiende a quitarle importancia en vez de fanfarronear sobre la cantidad de licor que consume.

ETAPA II.

Durante esta etapa el individuo:

8—Sufre pérdida de control.

Ya no puede controlar ni la cantidad de alcohol que consume en una ocasión dada, ni la frecuencia de la ingestión.

9—Bebe en la mañana para curarse la cruda.

Pierde la coordinación; necesita una copa para calmar sus nervios y hasta para realizar las tareas más simples.

10—Siente aumento del impulso sexual y, al mismo tiempo, impotencia o frigidez.

Tiene que probar su virilidad o su feminidad, pero no puede hacerlo por debido a los efectos del alcohol.

11—Inventa un sistema de pretextos.

Intenta justificar su forma de beber, tanto ante sí mismo como ante su familia. (RACIONALIZA).

12—Sufre por los reproches de la familia.

La familia reacciona con reproches y rechazo.

13—Derrocha.

Gasta el dinero irresponsablemente, pide prestado, pierde el dinero, fanfarronea de lo que no tiene.

14—Muestra agresividad y conducta antisocial.

Hasta en los momentos de abstinencia piensa que todo el mundo ésta contra él, y se desquita en cualquier forma.

15—Siente remordimientos persistentes después de las borracheras.

Se arrepiente de los actos cometidos durante las borracheras, y continuamente prometer cambiar.

16—Hace intentos de dejar de beber.

Se promete a sí mismo y a su familia que dejara de beber, y lo hace, pero sólo por poco tiempo.

17—Cambia su modo de beber.

Cree que si cambia de tipo de bebida o bebe en distintas circunstancias puede controlarse.

18—Ocasiona la pérdida de sus amistades.

Sus amistades se retiran por su forma de beber, y él se aleja de ellas, por que teme que le juzguen.

19—Siente resentimiento.

Cree que el mundo ésta en contra de él, se siente atrapado , y lo resiente.

20—Pierde su trabajo, o cambia frecuentemente de trabajo.

El beber se ha vuelto más importante que su trabajo, trayendo como consecuencia que éste se vea afectado.

21—Su familia se aparta, forma una unidad defensiva, y cambia de hábitos respecto a las

amistades y la comunidad.

Ahora ha resultado afectada toda la familia, está desligada del mundo que le rodea.

22—Piensa en el escape geográfico.

Cree que si pudiera empezar de nuevo, en una nueva comunidad, todo se compondría. Pero escapa del medio y no de sí mismo.

23—Recurre al ocultamiento.

Esconde y preserva la provisión de alcohol. Vive con el temor de que le llegue a faltar la bebida.

24—Hospitalización, divorcio, accidentes y arrestos.

Los siguientes casos pueden producirse en cualquier momento.

ETAPA III.

En esta etapa el individuo:

25—Sufre borracheras prolongadas.

Periodos de beber incontrolados que pueden durar de varios días a varias semanas.

26—Pierde la tolerancias al alcohol.

Una pequeña cantidad de alcohol lo emborracha.

27-- Le lleva más tiempo recuperarse de una borrachera.

28—Padece temores indefinidos.

Oye ruidos y brinca. Se siente cada vez más atacado.

29—Se derrumba su sistema de pretextos. Ya no trata de justificar su forma de beber.

30—Tal vez tenga que ser recluido en una institución mental.

(Stemper, L. 1993).

Existe evidencia clínica de que el alcoholismo destruye las células nerviosas. Se ha descrito una serie de cuadros clínicos de enfermedades con daño cerebral producido por el alcohol. Estos cuadros Psiquiátricos desaparecen cuando el

sujeto se abstiene durante un periodo largo, uno de los cuadros más frecuentes es el Delirio Celotípico alcohólico, que se manifiesta con celos patológicos. Otros cuadros pueden incluir periodos alucinatorios con sensaciones de ser perseguido y amenazado. En otras ocasiones, el deterioro de las células nerviosas a causa del alcohol puede producir demencia.

El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años, los primeros síntomas muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

Según la OMS " Son alcohólicos aquellos que beben en exceso y cuya dependencia ha alcanzado un grado tal, que determina la aparición de visibles perturbaciones interpersonales, físicas y del inadecuado funcionamiento social y económico. El alcohólico se caracteriza por depender del alcohol, tanto física como psíquicamente, y la incapacidad de detenerse o abstenerse.

3.4 ESTADÍSTICAS

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y GEOGRAFIA INEGI.

Síntomas de dependencia.

Las adicciones representan uno de los grandes problemas de salud pública del país y es relevante en la etapa juvenil porque es cuando hay mayor exposición al riesgo (se inicia) y se consolida su uso y consumo.

Otra forma de describir el consumo de alcohol es a partir del patrón de consumo (cantidad de alcohol ingerida por tiempo). En los jóvenes de 12 a 17 años, destacan los que nunca han ingerido alcohol o no lo hicieron durante el último año (abstemios, 74.3%), y los que consumen de una a cuatro copas por lo menos una vez a la semana o cinco copas o más hasta tres ocasiones por mes (bebedores frecuentes, 1.4%) junto con los que beben diariamente y que al menos una vez a la semana consumen cinco copas o más por ocasión (bebedores consuetudinarios, 1.1%). Para los jóvenes de 18 a 29 años los abstemios concentran 47.5%, los bebedores frecuentes 4.1% y los bebedores consuetudinarios, 5.3 por ciento.

En su mayoría los jóvenes de 12 a 17 años beben cerveza (39.3%), seguida por los vinos de mesa (22.3%) y los destilados (ron, brandy, etc., 21.6%), en los de 18 a 29 años, el orden es: cerveza (45.6%), destilados (29.3%) y vinos de mesa (12.7%).

Para determinar si se tiene dependencia al alcohol la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, considera siete indicadores; cuando la persona presenta por lo menos tres, entonces se dice que hay dependencia al alcohol. En el país existen 4.16 millones de jóvenes con dependencia al alcohol que representan 15.55 del total de personas de 15 a 29 años del país (26 906 989).

El síntoma dependencia que más se presenta en la población de 15 a 29 años es la incapacidad de control que representa casi 3 millones de jóvenes (11.1%), le siguen la abstinencia (8.6%) y la tolerancia (5.4%) con 2.3 y 1.4 millones, respectivamente. El indicador con menos incidencia (210 285) es el referido al uso continuo a pesar de tener conciencia de los problemas que causa el consumo.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y GEOGRAFIA (INEGI).

Población de 15 a 29 años que ha consumido alcohol por síntomas de dependencia. (INEGI).

2002

Síntomas de dependencia porcentaje		total
Tolerancia.	1442468	5.4
Abstinencia.	2324616	8.6
Incapacidad de control. 11.1		2988096
Deseo persistente	459126	1.7
Emplea mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos	243705	0.9
Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo	292421	1.1
Uso continuado a pesar de tener conciencia de problemas causados por el consumo	210285	0.8
Población que cumple el criterio de dependencia	4169331	15.5

Nota. No se presentan totales porque una persona puede presentar más de uno de los síntomas de dependencia.

Los porcentajes se calculan con respecto al total de la población de 15 a 29 años (26 906 989).

Fuente: INEGI, SSA. INPRF. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Base de datos . Procesó INEGI.

Capítulo 4

4. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

Hay dos clases de psicoterapia: la científica y la no científica. En la segunda, los terapeutas establecen hipótesis sobre la forma en que las personas actúan y en que algunos de sus actos disfuncionales pueden ser cambiados; y se quedan completamente convencidos de que determinado método de cambio, llamado sistema terapéutico funciona con eficacia. Sin embargo, sólo en la terapia científica comprueban realmente sus hipótesis, hacen experimentos controlados para mostrar si la persona que se somete a su forma de terapia mejora o no y si, en caso de hacerlo, mejora más que la persona que se somete a otra forma de tratamiento. Continúan comprobando tales hipótesis para ver si nuevas evidencias las apoyan o las niegan.

La terapia Racional Emotiva no sólo intenta ser científica en el sentido que se acaba de describir y poner sus teorías a disposición de todos para su confirmación o no confirmación empírica, sino que también enseña a sus pacientes a hacer lo mismo sobre sus teorías acerca de sí mismos y de los demás; a discutir sus propias ideas, a descubrir lo que lleva a resultados “buenos” o positivos, y a descartar aquellos que conducen a consecuencias “malas” o negativas. Por consiguiente, uno de los principales principios de la TRE consiste en establecer cuáles son las creencias (o hipótesis) irracionales de la persona sobre sí misma y sobre los demás y luego, discutir tales hipótesis si parecen producir escasas consecuencias emocionales y conductuales.

Al mismo tiempo que hace mucho hincapié en el análisis cognoscitivo y filosófico, la TRE constituye un enfoque amplio del tratamiento psicológico, ya que especifica e intensamente emplea métodos emotivos y conductuales que ayudan a las personas a ver sus creencias irracionales, y esto las ayuda a discutir y desechar tales ideas. Se supone que las personas se trastornan en formas complejas (es decir, cognoscitivas, emotivas y conductuales), por lo tanto, no existe un modo sencillo de ayudarse ellas mismas a estar menos alteradas. Lo que podríamos llamar sus problemas psicológicos surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas acerca de lo que les sucede en el punto A (Acontecimientos o experiencias activantes).

Sin embargo, tales problemas consisten también en reacciones emocionales insuficientes o excesivas a tales experiencias activantes, asimismo, pueden comprender habitualmente patrones de comportamiento disfuncional, como sus adicciones destructivas de la salud (p.e. comer en exceso y fumar), y la evitación de actos de protección de la salud (p.e. limpiar sus dientes y hacerse examinar

con regularidad por el médico y el odontólogo⁹. Debido a que el “trastorno” incluye elementos cognoscitivos, emotivos y conductuales, la TRE proporciona un análisis multifacético y ataca dichos elementos, por lo que es, casi invariablemente, un acercamiento a la terapia CEC (cognoscitiva, emotiva, conductual). (Ellis, A. Abrahms, E. 1980).

4.1 ABC DE LA TRE.

Desde un punto de partida cognoscitivo o filosófico, la TRE parte de la suposición o hipótesis de lo que llamamos nuestras consecuencias o reacciones emocionales (punto C) proceden principalmente de nuestras ideas o creencias (Beliefs) concientes o inconcientes (punto B) o de nuestras evaluaciones, interpretaciones y filosofías acerca de lo que nos ocurren el punto A (experiencias activantes). Este es el sistema A-B-C de formación y cambio de personalidad cuando en el punto A caemos enfermos o tenemos una importante tarea o somos rechazados por alguna persona que consideramos significativa y nos sentimos ansiosos o deprimidos en el punto C (consecuencia), A puede parecer causar o conducir a C directamente. Sin embargo, en realidad es B (nuestro sistema de creencias) lo que directamente nos hace ansiosos o deprimidos, aunque A puede también haber contribuido. B consta, en primer lugar de un conjunto de creencias racionales como por ejemplo “ ¡cuánto molesta estar enfermo!”. Quisiera hallarme sano, y encuentro muy desagradable tener esta enfermedad”; y en segundo, de otro conjunto de ideas irracionales, como: “No debo caer enfermo, y tengo que recuperar la salud fácil y rápidamente. Sería **terrible y catastrófico** que no pudiera conseguirlo”

4.1.1 DINÁMICA DE LA TRE.

La TRE procede de escuela estoicas de filosofía, especialmente las escuelas budistas del Oriente y las estoicas de los griegos y los romanos en el Occidente. Siendo aún más fuerte quizá que dichas escuelas, la TRE sostiene que virtualmente no hay razones “legítimas” para que las personas, incluyendo a nuestros pacientes, se vuelvan emocionalmente preocupadas, histéricas o trastornadas,

con independencia de la clase de estímulo desagradable que estén sufriendo en el punto A. Sin embargo, a diferencia de algunas de las escuelas orientales y estoicas, la TRE estimula a las personas a sentir emociones fuertes apropiadas, tales como pena, pesadumbre, Disgusto, molestia, espíritu de rebeldía y determinación a cambiar, cuando tienen mala salud u otras experiencias activantes desagradables. Pero sostiene que cuando experimentan ciertas emociones disfuncionales o contraproducentes en el punto C (consecuencia), como sentimientos de culpa, depresión, inutilidad o rabia, están actuando y sintiendo de modo inapropiado, tales emociones inadecuadas proceden en gran parte de hipótesis antiempíricas y no comprobables de que las cosas **deben o tienen** que ser distintas de las formas en que indudablemente son.

Se puede resumir la parte cognoscitiva de la teoría y la práctica de la TRE en la forma siguiente: en el punto A los pacientes tienen una experiencia (o un agente o una acción) activamente acerca de la cual se encuentran trastornados (en el punto C) Ejemplo una mujer acude al consultorio para su examen físico anual y después de realizadas las pruebas pertinentes, el médico le dice que es posible que tenga un cáncer cervical temprano. En el punto B (sistema de creencias) ella tiene, primero, un conjunto de ideas racionales sobre su experiencia activante (A): Ejemplo cree o se dice a sí misma: "Sería una desgracia que tuviera cáncer cervical. Ciertamente no me gustaría." Esta creencia es racional por que la paciente llega a (A) su experiencia activante, con metas y valores distintos, incluyendo el fuerte deseo de permanecer viva, ser feliz y evitar dolor innecesario. Por consiguiente, apenas sería racional o realista si pensara: "¡Que grande sería que descubrieran que tengo cáncer cervical o que estoy enferma de alguna otra cosa!".

Sin embargo, su paciente también tiene otro conjunto de creencias irracionales en el punto B, como por ejemplo "No debo tener un mal grave como el cáncer cervical. ¡Que terrible sería! NO Podría soportar semejante eventualidad." Tales creencias son irracionales porque: 1) no hay razón por la que ella no deba o no pueda tener cáncer, aunque hay varias razones para creer que esto sería una gran desdicha e iría contra sus metas y sus valores básicos 2) no sería tan terrible si ella tuviera cáncer, ya que terrible normalmente significa totalmente inconveniente o más que desdichado. Y aun si ella tuviese esta clase de grave mal, todavía podría contender con él y lograr cierta cantidad distinta de felicidad al permanecer viva (la cual en realidad podría ser bastante grande). 3) Ciertamente le sería posible soportar, aunque no le gustara, una condición indeseable, como el cáncer cervical. Sin embargo, podría contender con ella y

probablemente la superaría. Y aun si, en el peor de los casos, muriera de ese tipo de condición (lo que hoy en día es muy improbable, pero esta dentro del dominio de la posibilidad), ella podría soportar el echo de morir.

Por consiguiente, al tener tales creencias irracionales esta paciente se halla pidiendo o exigiendo, mas bien que intensamente deseando o prefiriendo, tener buena salud. Y sus demandas o exigencias, mas que ayudarla a contender con la posibilidad de mala salud, ayudaran a que se sienta severamente trastornada o "mas enferma" de lo necesario.

Si su paciente siguiera con sus creencias racionales de que se encontraba saludable, desearía las consecuencias racionales tales como el interés legitimo de estar sana y sin cáncer. Así pues, podría creer que " seria una desgracia que estuviera enferma", y se sentiría determinada a procurar mantenerse saludable. Si por azar, su examen médico y las pruebas de diagnóstico indicaran cáncer cervical verdadero, se sentiría excepcionalmente trastornada, disgustada y triste sobre tales pruebas; y sus sentimientos y actos serian muy apropiados a sus metas de permanecer viva y feliz sobre su situación , que está produciéndose en el punto A (experiencias activantes). Estos

sentimientos apropiados la ayudarían a contender con lo que quiera que le pasara en el punto A.

En otras palabras, no tendría lo que llamamos síntomas alterados, neuróticos o superactivos o consecuencias inapropiadas: por que no la ayudarían a contender sus experiencias activantes en el punto A sino que tendrían consecuencias apropiadas que le ayudarían a contender con el cáncer cervical, si, es que en realidad lo tuviera. Sus creencias racionales de que "es una gran desdicha, pero sólo una desdicha, el que yo este enferma", tiende a ayudarla a enfrentar sus valores o metas básicos: los de permanecer viva y ser tan feliz como pueda realmente serlo mientras está viva.

De este modo, usted puede ayudar a su paciente con temor de cáncer cervical a discutir (en el punto D) sus creencias irracionales hasta que ella los reemplace con un nuevo efecto cognoscitivo que la haga regresar a sus creencias racionales originales, e incluso llegar más allá de éstas, ya que idealmente su nueva filosofía puede ser un punto de vista mas general y orientado al futuro, de acuerdo con este liniamiento: "Si en realidad sería bastante desgraciada si tuviera

cáncer y ciertamente si muriera de él. Sin embargo, puesto que soy un ser humano mortal, que siempre es heredero de varias clases de debilidades, no es imposible que pudiera verme aquejada por una enfermedad tan grave como ésta. Las probabilidades son que no lo esté, y que, aunque llegue a estarlo, me recuperaré.

Así pues, usted puede ayudar a que su paciente discuta sus creencias irracionales en dos niveles: el primero, considerando el "horror" de contraer cáncer cervical, y el segundo considerando la "terribilidad" de hacerse ella misma ansiosa acerca de esa posibilidad. Cuando la ayude a desvanecer su ansiedad y su ansiedad sobre la misma, entonces avanzará normalmente hacia el punto (eE, su efecto emocional) de discutir sus creencias irracionales. Así tendrá menos inclinación a la ansiedad, la compasión de sí misma y la depresión .

Finalmente, en EC (efecto conductual) tenderá a actuar sobre la base de sus nuevos sentimientos y cogniciones. Se someterá a las pruebas diagnósticas con menos vacilación, ya que estará ahora determinada a hacer todo lo que pueda para ayudarse a sí misma, sin importar lo molesta que se sienta durante el proceso. Hará los arreglos para una operación quirúrgica, si tal es la opinión de su médico. Tomará las medicinas necesarias o practicará los ejercicios sin quejarse. Hará lo que parezca mejor para prevenir cualquier recurrencia de su trastorno ginecológico o cualquier provocación de una nueva dolencia física.

Si la TRE es utilizada con éxito, dicha paciente iniciará un profundo y amplio cambio en su filosofía sus emociones y comportamiento.

La TRE, al enseñar firmemente a las personas a evitar cualquier tipo de clasificación global o propia y estimularlas, en cambio, al medir sus características y realizaciones, a fin de ayudar a corregir su comportamiento y aumentar su alegría, las lleva al nivel más profundo de cambio de personalidad. Al utilizar la TRE, usted no ofrece a sus pacientes una panacea que ponga fin a todas sus

desdichas penas, frustraciones y molestias. Sin embargo les indica en forma fácilmente comprensible y realista, como poner de manifiesto, combatir y radicalmente desarraigar, las principales fuentes de sus innecesarios pensamientos, emociones y comportamientos negativos y autodestructivos. (Ellis, A. Abrahams, E. 1980).

4.2 LA TEORIA DEL ABC DE LA TRE.

Las más importantes teorías de la RET justifican impresionantemente la hipótesis de la misma.

Hipótesis 1: El pensamiento crea la emoción.

El pensamiento humano y la emoción no constituyen dos procesos separados o diferentes, sino que se hallan muy relacionados. El conocimiento representa una operación intermediara entre los estímulos y las respuestas. Lo que llamamos emociones y comportamiento no se originan de las reacciones de las personas a su medio ambiente sino también de sus pensamientos, creencias y actitudes ante ese ambiente. Utilizando los términos de la teoría RET, de la emoción y de personalidad, A (un acontecimiento activador o una experiencia activadora) no causa exclusivamente C (una consecuencia emocional) B (las creencias sobre A de las personas) influyen más fuerte y directamente o "causan" C. (Ellis, 1957-1975).

Hipótesis 2: Los procesos semánticos y las autoafirmaciones afectan la conducta.

Las personas siempre se hablan a si mismas; las diferentes cosas que ellas se dicen y la forma en que se las dicen, afectan mucho a sus emociones y a su conducta y algunas veces las lleva a sentirse perturbadas emocionalmente.

La psicoterapia efectiva consiste en parte en ayudarlas a que se hablen a sí mismas con más precisión, más empíricamente y racionalmente y menos absolutísticamente. (Ellis y Harper 1975).

Hipótesis 3: Los estados de ánimo dependen de la cognición.

Los estados de ánimo dependen muchísimo de lo que crean o lo que se digan a sí mismas. Cuando se dicen a si mismas y creen en ideas optimistas, esperanzadoras y alegres tienden a sentirse felices, jubilosas, contentas o serenas; cuando se dicen ideas pesimistas, cínicas, desesperadas y predicen un futuro sombrío,

tienden a sentirse tristes, malhumoradas, desgraciadas y deprimidas. La terapia eficaz a veces consiste en ayudar a los pacientes a tener ideas optimistas y alegres, y a dejar sus puntos de vista indebidamente pesimistas acerca del presente y del futuro.

Esta hipótesis sobre los estados de ánimo constituyen una subdivisión de la idea general de las cogniciones que afectan muchísimo a las emociones; también se relacionan con los temas de la expectativa, del pensamiento positivo y de la inutilidad aprendida. Como hipótesis independiente surge principalmente de las teorías de los terapeutas cognitivo- conductuales y de los filósofos mencionados anteriormente y de mis propias teorías de la terapia racional emotiva (Ellis, 1958 1977, Ellis y Harper 1975).

Hipótesis 4: La Conciencia, "insight" y la auto-indicación afectan la conducta.

Las personas no solamente tienen la capacidad de pensar (y generalizar), sino de pensar acerca de sus pensamientos y de pensar acerca del pensamiento de sus pensamientos. Casi siempre observan y conocen su conducta; y por esta observación y cognición cambian mucho su conducta. Siempre que se sienten perturbadas emocionalmente (v.g. con ansiedad, deprimidas u hostiles) tienden a percibir y pensar acerca de su perturbación y por ello o se perturban más (v.g. angustiadas por su ansiedad o deprimidas por sus sentimientos de depresión) o disminuyen su perturbación. La conciencia, la "insight" y la autoindicación, por tanto, incluye los procesos cognitivos que afectan muchísimo a la conducta y al cambio de conducta. Los psicoterapeutas tienen como una de sus funciones principales ayudar a sus clientes a aumentar su conciencia de lo que hacen para perturbarse a si mismos y a utilizar esta conciencia para que cambien su conducta perturbada.(Ellis, 1970- 1974 y Raimy, 1975).

Hipótesis 5: La imaginación y la fantasía son intermediarios de las emociones y de los comportamientos.

Las personas no sólo piensan acerca de lo que les ocurre con palabras y frases, sino que también lo hacen de forma no verbal, es decir con imágenes, fantasías, sueños y otra clase de representaciones pictóricas. Tales imágenes contienen la misma clase de mensajes intermediarios cognitivos que las frases verbales y estos conocimientos influyen poderosamente en las emociones y en los comportamientos, en las perturbaciones emocionales y ayudan a las personas a cambiar sus emociones, sus comportamientos y sus perturbaciones.(Freud, 1965, Wolpe, 1958, Bandura, 1969, Beck, 1970, A. Lazarus, 1971, Stampfl y Levis 1967).

Hipótesis 6: La cognición, la emoción y la conducta se hallan interrelacionadas.

La cognición, la emoción y la conducta humana no constituyen entidades separadas sino muy estrechamente relacionadas y se influyen muchísimo. La cognición influye de modo significativo en la emoción y en la acción; y la acción en la cognición y en la emoción. Cuando las personas cambian una de estas tres modalidades de comportarse, tienden a cambiar al mismo tiempo las otras dos. La terapia eficaz consiste en que los terapeutas traten conscientemente de ayudar a los clientes a que mejoren sus perturbaciones emocionales y conductuales enseñándoles varias técnicas cognitivas emotivas y conductuales.(Ellis, 1958- 1977; Ellis y Harper 1975, Goldfried y Davison, 1976; A. Lazarus, 1971-1976; Meyer 1948-1958; y Pion 1976).

Hipótesis 7: La cognición puede afectar al "biofeedback" y al control de los procesos fisiológicos.

Cuando las personas perciben sus propios procesos (y a veces sienten horror ante ellos); por eso influyen de modo significativo en su conducta posterior de forma buena (ayudándose) o mala (perjudicándose) al percibir, fijarse y conocer sus reacciones fisiológicas, pueden cambiar frecuentemente estas reacciones dramáticamente, bien sea consciente o inconscientemente-- por ejemplo, aumentan o disminuyen el ritmo de sus pulsaciones, las reacciones galvánicas de la piel, sus experiencias de dolor y muchas funciones del sistema nervioso central autónomo que normalmente no controlan voluntariamente. Su capacidad para hacerlo así depende aparentemente y en gran medida de sus cogniciones; éste les proporciona una evidencia clara de la influencia importante de la cognición en las funciones emotivas y conductuales.(Green, 1973, Kamiya 1968; N.Miller1969, Olds, 1960).

Hipótesis 8: Existen influencias innatas sobre las emociones y la conducta.

Las personas parecen tener tendencias innatas y adquiridas muy fuertes a pensar, sentir emociones y comportarse de cierta forma, aunque casi ningún comportamiento arranca solamente del instinto y casi todos tienen poderosos factores ambientales y de aprendizaje que influyen en él. Especialmente en el campo de las emociones perturbadas, las tendencias biológicas innatas y el aprendizaje adquirido ayudan a crear y mantener lo que llamamos perturbación emocional. Por tanto sería mejor que los terapeutas se enfrentaran a estos hechos y se los comunicaran a veces a los clientes para ayudarles a ver: (1) las razones complejas de su perturbación ; (2) la dificultad que encontrarán probablemente

en esforzarse para perturbarse menos a sí mismos ; (3) la facilidad con que volverán a caer en el comportamiento perturbado que anteriormente habían mejorado. (Ellis, 1962-1977 y Maultsby, 1975).

Hipótesis 9: La expectativa influye en la conducta.

Cuando las personas esperan que algo les va a ocurrir o que los demás reaccionarán o responderán de una manera concreta, actúan muy distinto de cuando tienen otra clases de expectativa. Su expectativa cognitiva influye muchísimo en el grado de su perturbación emocional y en la manera de reaccionar ante la terapia y los terapeutas.

En la RET y los procedimientos cognitivos de la conducta, los terapeutas pueden utilizar las expectativas de sus clientes para ayudarles a superar sus perturbaciones. (Rosenthal y Frank, 1956; Meichenbaum y Smart 1971).

Hipótesis 10: El lugar percibido de control influye en la conducta.

Cuando las personas ven las situaciones, las reacciones de los demás y su propia conducta que están bajo su control actúan de diferente forma que cuando ven estas situaciones y comportamientos como originándose de fuentes externas o como fuera de su control. Por tanto ellas pueden superar su emotividad y su comportamiento perturbado si un terapeuta les ayuda a ver como utilizan las fuentes externas para formar reacciones y como pueden controlar sus propios pensamientos, sentimientos y acciones hasta cierto punto a así minimizar sus perturbaciones. (Witkin 1954-1975).

Hipótesis 11: Los errores de atribución influyen en las emociones y en la conducta.

Las personas atribuyen motivos, razones y causas a otras personas, a acontecimientos externos y a estados físicos internos; estas atribuciones influyen de modo significativo en sus propias emociones y conducta, incluso cuando las fundamentan en percepciones y concepciones bastante falsas o equivocadas. Muchas de sus perturbaciones emocionales provienen de sus atribuciones equivocadas. A veces podemos facilitar la superación de tal perturbación ayudándoles a comprender y cambiar sus erróneas atribuciones cognoscitivas. (Bem, 1965-1967; Kelley 1968, y Schacter y Singer 1962).

LA MEDIACIÓN COGNITIVA DE LA PERTURBACIÓN EMOCIONAL.

Hipótesis 12: Las personas tienen una tendencia innata y adquirida a pensar irracionalmente.

Las personas tienen fuertes tendencias innatas y adquiridas a establecer valores básicos (especialmente los valores de supervivencia y felicidad) y a pensar y actuar racionalmente (incitando al logro de tales valores) e irracionalmente (saboteando el logro de tales valores). Casi todas las personas con frecuencia tienen varias ideas importantes irracionales o modos absolutistas y antiempíricos de pensar que se interfieren con sus pensamientos, emociones y comportamientos sanos y correctos. Cuando cambian estas ideas, su conducta perturbada también tiende a cambiar de modo significativo. En una terapia eficaz, el terapeuta intenta demostrar a los clientes su forma de pensar y su conducta irracional. (Adler, 1927-1929; Dubois, 1907; Ellis, 1962; Kelly, 1955; Breuer y Freud, 1895- 1957).

Hipótesis 13: Las personas tienden a auto-valorarse.

Las personas tienen tendencias muy fuertes innatas y adquiridas no solamente a valorar sus actos, comportamientos, actuaciones y características como "buenas" o "malas" sino valorar sus yos, sus esencias, sus totalidades de la misma forma. Estas auto-valoraciones influyen profundamente en sus emociones y comportamientos y constituyen una de las principales fuentes de sus perturbaciones emocionales. La psicoterapia eficaz consiste especialmente en ayudar a los individuos que se denigran a sí mismos a tener una alta estima y a valorarse a sí mismos como buenos; o, preferiblemente, a continuar valorando sus actos y características de acuerdo con los resultados agradables o desagradables que producen, pero de ningún modo a valorar sus yos, o esencias. (Adler 1927-1929; Berne 1964; Branden 1969; Fromm 1941- 1947; Horney 1965; Jung 1954; y Rogers 1961-1071).

Hipótesis 14: La actitud cognitiva de defensa depende de la autocondena.

Cuando las personas perciben su conducta como "mala", "equivocada", "incompetente" o "vergonzosa", con frecuencia no quieren reconocer ante sí mismos ni ante los demás que han pensado o actuado "mal" y utilizan varias clases de pensamientos de defensa para oscurecer o negar sus actos "erróneos".

Con ese propósito racionalizan, reprimen, compensan, utilizan la formación de reacción y emplean otras formas de mecanismos de defensa. Su principal motivo al utilizar tales pensamientos de defensa se deriva de su autovaloración y auto-condena. Una técnica muy eficaz para deshacer esas actitudes de defensa y para ayudarles a cambiar su conducta inapropiada que se defienden a sí mismas de percibirla como tal, en capacitarles a que dejen de auto-condenarse y de denigrarse por las frustraciones e inconvenientes que encuentran. (A. Freud, 1948-1975; Fenichel, 1945).

Hipótesis 15: Las personas tiene una escasa tolerancia a la frustración.

Las personas tiene una tendencia innata y adquirida a una escasa tolerancia de frustración (ETF), a hacer cosas que parecen más fáciles a corto plazo incluso aunque a veces ofrezcan pocos resultados para el futuro; a buscar una gratificación inmediata y estimulante que ofrece recompensas muy engañosas; y a olvidar y eludir comportamientos y acciones que le supondrán recompensas más interesantes. Mientras sus formas de actuación y sus puntos de vista Hedonistas les ayudan a sobrevivir y a alcanzar mayor felicidad en algunos aspectos, sus tendencias poderosas más hacia un hedonismo de corto alcance que a otro de más largo alcance resultan ser contraproducentes.

La perturbación emocional en gran medida consiste o engloba una variada y escasa tolerancia de frustración. Siempre que las personas se producen a sí mismas ansiedad, depresión, odio o indisciplina, incluso cuando notan sus síntomas y se deciden a trabajar para mejorarlas, normalmente sabotean sus esfuerzos terapéuticos hasta cierto punto o hacen progresos transitorios y vuelven a sus formas anteriores y perturbadas, en parte o en gran medida por buscar facilidad o comodidad y por ceder a ETF. Una terapia eficaz consiste a menudo en capacitar a los clientes para que logren una mayor tolerancia de frustración o una perspectiva filosófica que reconozca que el éxito viene pocas veces sin dolor y que sería mejor que trabajaran en cambiarse a si mismos y que la condición humana requiere ordinariamente, para alcanzar el máximo de felicidad y libertad, mucha disciplina continuada por toda la vida y una determinación activa para cambiar los estímulos perjudiciales cuando sea posible y también a aceptarlos cuando no se pueda cambiar.(Ellis, 1962-1975; Ellis y Harper, 1975; Ellis y Knaus, 1977; Glasser, 1965).

Hipótesis 16: La anticipación de la amenaza afecta a la perturbación emocional.

Las personas no solamente reaccionan ante una amenaza real y manifiestan

temor o ansiedad cuando tal peligro existe, sino que también anticipan o imaginan condiciones de amenaza y reaccionan a menudo con tanta perturbación a tal anticipación o imaginación como a una amenaza real. Por tanto la anticipación de la amenaza constituye un importante proceso cognitivo de mediación en la perturbación emocional; y para realizar una psicoterapia eficaz, los terapeutas tendrían que afrontarla e interceptar esta mediación. (Folkins, 1970; Grings, 1973; Krupat, 1974; Jordan y Kepler, 1970; R. Lazarus, 1966; Rakover y Levita, 1973; Suls y Miller, 1976).

TÉCNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

Hipótesis 17: La terapia activa-directiva es más útil que la terapia pasiva.

Las personas tenderán a recibir una ayuda más eficaz de una terapia altamente activa-directiva que de un enfoque psicoterapéutico más pasivo y menos estimulante; porque las personas tienen tendencias muy poderosas innatas y adquiridas a perturbarse emocionalmente, por que piensan, sienten y se comportan de forma contraproducente desde la primera infancia en adelante, porque se adhieren fuertemente a sus pensamientos y sentimientos auto-saboteadores, y por que vuelven a caer en ellos una vez que han cambiado transitoriamente. (Adler,1927-1929; Alexander y French, 1946; Ellis, 1957-1974; Ferenczi, 1952; Garner, 1970; Goldfried, y Davison 1976;).

Hipótesis 18: La discusión y la persuasión del terapeuta son muy útiles.

Las personas con frecuencia defienden ideas irracionales, inconsistentes lógicamente, antiempíricas y absolutistas. Estas ideas tienden a producirles resultados innecesarios y contraproducentes. Porque estas ideas no están de acuerdo con la realidad, un terapeuta o profesor puede demostrarles cómo sus creencias irracionales no se pueden defender como verdaderas y puede probar que al continuar creyendo en estas irracionalidades casi inevitablemente les ocasionará un dolor innecesario. Tal terapeuta o colaborador puede a veces persuadir a las personas a que cambien o venzan sus creencias irracionales y sus comportamientos perturbados causados por ellas. Una psicoterapia eficaz requiere casi necesariamente que el terapeuta activa y directamente discuta, desafíe y cuestione las filosofías irracionales de los clientes y que les persuada a adoptar unas creencias menos contraproducentes. (Adler 1927-1929; Ellis y Gullo, 1972; Ellis y Knaus, ,1977; Frankl, 1966; Phillips, 1956; Raimy, 1975).

Hipótesis 19. Es deseable el trabajo personal.

Las personas se habitúan a pensar, emocionarse y actuar de determinadas formas perturbadas y consciente o inconscientemente practican en exceso estos comportamientos durante muchos años hasta que se convierten en "una segunda naturaleza". Por esta razón las personas se resisten a cambiar con gran dificultad y casi siempre se requiere una práctica activa considerable para deshacer sus malos hábitos y para impedir que recurran a ellos. Por tanto al psicoterapia eficaz requiere que se asigne mucho trabajo personal activo-directivo, especialmente en la forma de la práctica en vivo que interrumpe y contradice el comportamiento perturbado. Es necesario a veces una práctica forzada, repetitiva y conjuntamente la cognoscitiva, emotiva y conductual en vivo e imaginativamente. (Ellis y Harper, 1975; Ellis y Knaus, 1977; Master y Johnson, 1970; Maltby y Ellis 1974; Salter, 1949; Wolpe 1958).

Hipótesis 20: El insulto percibido y el intento produce cambios en la conducta.

Las personas tienden a sentirse más perturbadas y a cambiar su conducta más drásticamente cuando piensan que los demás han intentado denigrarles o insultarles que cuando les ven actuar mal pero no de forma insultante. Sus percepciones de las intenciones de los demás a hacerle daño o a humillarles tienden a veces a afectarles más que sus percepciones del daño real que los demás les causan, por tanto una terapia eficaz consiste en ayudar a los clientes a no tomar los insultos de los demás demasiado en serio y a ayudarles a que acepten a los demás sin condenarles aunque actúen contra ellos e incluso aunque lo hagan intencionalmente. (Lang, Goeckner, Adesso y Marlet, 1975; Rule y Hewitt 1971; y Steele, 1975).

Hipótesis 21: La catarsis de las emociones perturbadas no es terapéutica.

La catarsis de la emoción perturbada y especialmente de varias formas de ira (incluso la hostilidad, el resentimiento, la rabia y la agresión física) puede tener efectos menores al aliviar estas emociones pero a menudo resulta ser perjudicial ya que tiende a reforzar las filosofías o creencias que las personas emplean para

crear estas sensaciones. Así la filosofía que está detrás de la ira incluye casi invariablemente la creencia racional, <<¡no me gusta tu conducta y deseo que dejes de actuar así!>> y la creencia irracional o el imperativo absolutista, <<porque no me gusta tu conducta debes dejar de actuar así! ¡Y eres considerado como una persona podrida si actúas así!>>. La expresión o catarsis de la ira refuerza la creencia irracional de las personas y por eso les ayuda a sentirse mejor en vez de ser mejores. Al abandonar el imperativo irracional de que los demás les traten bien o de que el mundo les debe dar lo que ellas quieren, las personas lo que hacen es más perder la ira que suprimirla o reprimirla; por eso mejoran su estado emocional y les hace estar menos dispuestas a una ira futura. (Bandura y Walters 1963; Ellis y Gullo, 1972; Berkowitz, Green, y Macaulay, 1962; Kaufmann y Feshbach, 1963; Novaco, Pissano y Taylor, 1971).

Hipótesis 22: Las personas tienen la elección del cambio conductual.

Aunque no parece existir el puro libre albedrío y aunque el comportamiento humano está determinado al menos en parte por los factores o <<causas>> biológicas y ambientales sobre las que un individuo tiene relativamente poco control, por eso existe un alto grado de probabilidad que las personas harán una cosa y no harán la otra, y las personas tienen todavía un amplio margen de elección o libertad y pueden (con mucho trabajo) determinar en parte la forma de sentir y actuar. Por su capacidad en este aspecto, los clientes pueden ir a la terapia y elegir trabajar (o no trabajar) en ayudarse a sí mismos; por eso pueden elegir en gran medida cambiar algunas perturbaciones más <<naturales>> y más tiempo practicadas. Así como las personas pueden eliminar sus bloques emocionales pueden también elegir actualizar su potencial y capacidad de lograr una mayor felicidad y un mejor desarrollo de su personalidad. (Ellis, 1973; Ellis y Harper, 1975; Friedman, 1975; Perls, 1969; y Rogers, 1961-1971).

Hipótesis 23: Los Métodos cognitivos -Conductuales son eficaces.

Cuando las personas perciben su conducta como menos deseable, o cuando se sienten emocionalmente perturbadas, tienen una gran capacidad de decidir cambiar o seguir las diferentes clases de procedimientos de auto-control y auto-dirección para producir tal cambio. Modifican más sus emociones y su conducta utilizando los principios de auto-control que cuando están controlados o dirigidos por otros. El auto-control tiene elementos muy marcadamente cognitivos, (así como también conductuales) y una terapia eficaz consiste frecuentemente en ayudar a los clientes a utilizar mucha auto-dirección cognoscitiva. (Wolpe, 1958-1975; Wolpe y Lazarus, 1966; Ellis y Harper, 1975; Glaseer, 1965).

Hipótesis 25: La desviación o distracción tiene valor terapéutico.

Las personas tienden a centrarse principalmente en una cosa al mismo tiempo. Si quieren dejar de concentrarse en un conjunto de pensamientos perturbadores (tales como sentirse horribles por el fracaso, el rechazo o la frustración), pueden cambiar de modo significativo sus emociones y comportamientos, al menos temporalmente, en otros conocimientos o cosas no perturbadoras (por ejemplo sobre el placer, la meditación, las fantasías, la relajación o sensaciones físicas). Por consiguiente una buena dosis de psicoterapia consiste en la diversión o distracción cognitiva.

Muchas veces esta forma de tratamiento puede conducir a buenos resultados terapéuticos. (Ellis, 1976; Hartman y Fithian, 1972; H. Kaplan, 1974, Master y Jonson, 1970; Semans, 1956).

Hipótesis 26: La educación y la información juegan un papel importante en la terapia.

Las personas se enseñan o condicionan a sí mismas a emocionarse y comportarse de varias formas, además de aceptar las enseñanzas de los demás. Su auto-condicionamiento y aceptación de las enseñanzas de los demás influye mucho en sus perturbaciones emocionales. Una función importante de una psicoterapia eficaz es la educación y la reeducación: proporcionándoles una información e instrucción interesantes a los clientes de diversas formas para ayudarles a comprender lo que han hecho para perturbarse a sí mismos y lo que pueden hacer para curarse, o estar menos perturbados. (Adler, 1929; G. Brown, 1971; Dinkmeyer, 1973; Ellis, 1962-1977).

Hipótesis 27: La sugestión, la auto-sugestión y la sugestión hipnótica influyen fuertemente en la conducta.

Las personas tiene una fuerte tendencia a pensar, emocionarse y comportarse de acuerdo con las sugerencias de los demás, incluso cuando estas sugerencias llevan a deficientes resultados individuales o sociales. Toman estas sugerencias y las convierten en poderosas auto-sugerencias porque afectan mucho su propia conducta. Estas fuertes tendencias a actuar crédulamente influye mucho en su perturbación emocional. Por la misma razón, ellas pueden con frecuencia mejorar sus perturbaciones actuando sobre la auto-sugestión, sobre la sugestión de los

demás o sobre la sugestión hipnótica. Casi toda psicoterapia contiene poderosos elementos de sugestión ; una forma eficaz de terapia la utiliza conscientemente hasta cierto punto. Sin embargo, una terapia eficaz y elegante intenta al mismo tiempo ayudar a los clientes a tener menos sugestibilidad y hacerse más influenciables por su propio pensamiento basado empíricamente y experimentalmente y menos influenciable por la sugestión absolutista de los demás. (Barber,1961-1969; Blum, Geiwitz y Steward, 1967; Ellis, 1977; Levitt, DenBreeijen y Persky, 1960).

Hipótesis 28: El modelado y la imitación produce un cambio de conducta.

Las personas tiene tendencias innatas y adquiridas a imitar o copiar los modelos que ven en los demás y esto cambia mucho sus pensamientos, emociones y actos de acuerdo con lo que perciben en sus prototipos. Muchas veces adquieren o mejoran sus perturbaciones emocionales al seguir el modelo de otros, consciente o inconscientemente. La imitación y seguir el ejemplo de otros casi siempre engloba unos marcados procesos cognitivos de mediación. Cuando las personas perciben explícitamente la forma de poder imitar para ayudarse a sí mismas, pueden hacer esto más fácil e intensamente que cuando tienen poca o ninguna consciencia de utilizar la imitación. Una terapia eficaz consiste a veces en que el terapeuta les enseñe conscientemente a usar los procesos de imitación y ayudar a los clientes a tener una consciencia clara de la forma en que pueden emplear la imitación de los demás para que superen sus perturbaciones. (Bandura, 1968-1969; Ellis, 1977; Rogers, 1961-1971).

Hipótesis 29: El aumento de las destrezas para solucionar problemas es terapéutico.

Las personas tienden a utilizar los métodos de solucionar problemas y los cognitivos relacionados al tratar de superar sus perturbaciones emocionales y su comportamiento inapropiado. Esas deficientes habilidades y destrezas para solucionar los problemas tienden a crear mayor perturbación y peor funcionamiento que los que tienen mayores destrezas en este campo. El mostrar a los clientes la manera de aumentar las destrezas en la solución de sus problemas constituye una forma eficaz y cognoscitiva de psicoterapia. (Ellis, 1977; Ellis y Harper, 1975; Goldfried y Davison, 1976; Goldfried y Goldfried, 1975; Goldfried y Merbaum,1973).

Hipótesis 30: El desempeñar un papel y el ensayo conductual tienen componentes cognitivos y pueden ser terapéuticos.

Cuando las personas adoptan un papel y lo desempeñan en un acontecimiento importante real o hipotético, con frecuencia les influye para experimentar pensamientos, sensaciones y comportamientos que se diferencian mucho de los que experimentarían de otra forma. A veces pueden perturbarse a sí mismos y también ayudarse a mejorar sus perturbaciones por las experiencias del desempeño de un papel. Como el modelado y la imitación el desempeñar un papel lleva consigo diversos elementos cognitivos que ayudan a las personas a cambiar sus sensaciones y actos perturbados. El desempeño de un papel que incluye un análisis claro y cognitivo de las sensaciones tenidas al desempeñarlo y que incluye una reestructuración cognitiva de las actitudes manifestadas en esas experiencias resultará más eficaz terapéuticamente que desempeñar dicho papel sin esta clase de análisis cognitivo o reestructuración cognitiva. (J. L. Moreno 1934-1947; Corsini, 1966; Breenberg, 1974; Yablonski, 1965; Kelly, 1955; Lazarus, 1976; O'Connell, Baker, Hanson y Emalinski, 1973-1974)

Hipótesis 31: El entrenamiento en una destreza o habilidad puede tener eficacia terapéutica.

Cuando las personas reciben un entrenamiento eficaz en algunas destrezas-- por ejemplo, en la afirmación, en llevar vida social, en la técnica del sexo en la clarificación de valores, muchas veces cambian su manera de pensar, de emocionarse y comportarse y algunas veces se ponen mucho menos perturbados emocionalmente. Estos cambios no solamente se producen por el aumento de sus destrezas sino también por la percepción de sus capacidades y sus auto-valoraciones acerca de sus competencias recién adquiridas. Una terapia eficaz requiere a veces algún entrenamiento en las destrezas y que se les ayude a los clientes a percibir sus habilidades capacidades de diferente forma cuando adquieren nuevas destrezas. También requiere ayudarles a que se acepten incondicionalmente a pesar de su falta de destrezas. Así como el entrenamiento en las destrezas les capacita a los clientes a cambiar sus percepciones de sus habilidades así el ayudarles a percibirse de diferente forma les capacita para adquirir mejores destrezas. (Ellis, 1962-1973; Ellis y Harper 1975; Goldfried y Davison, 1976^A. Lazarus, 1971-1976; Master y Johnson, 1970; Rimm y Master, 1974; Salter, 1949; Wolpe y Lazarus, 1966).

Hipótesis 32: Existen importantes diferencias entre la RET y los otros tipos de terapia.

Aunque la RET utiliza muchas técnicas que parcialmente se entremezclan con las utilizadas por otros sistemas de terapia, existen importantes diferencias entre la

práctica de la RET y las de las otras terapias importantes.

Concibo la RET como una especial imbricación con la terapia cognitivo-conductual y como una de las principales técnicas cognitivo-conductual (Ellis, 1969).

4.3 LAS CREENCIAS IRRACIONALES.

En una primera formulación, Ellis las agrupo en 11 ideas irracionales basicas que podriamos resumir asi.

1) Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada

persona significativa de su entorno.

2) Para considerarme a mi mismo como una persona valida, debo ser muy competente,

suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.

3) Las personas que no actúan como "debieran" son viles, malvadas e infames y deberían ser

castigadas por su maldad.

4) Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría.

5) La desgracia y el malestar humano están provocadas por las circunstancias externas, y la

gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.

6) Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo

pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.

7) Es mas fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.

8) Debo depender de los demás y necesito de alguien mas fuerte en quien confiar.

9) Lo que me ocurrió en el pasado , seguiría afectándome siempre.

10) Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.

11) Existe una solución perfecta para cada problema y si no la hallamos seria catastrófico.

Estas 11 ideas irracionales fueron sintetizadas mas adelante (Ellis 1977 a) en tres ideas irracionales básicas, las Exigencias Absolutistas o necesidades.

1) -Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar, o de lo

contrario soy considerado como podrido-

2) -Tú debes de actuar de forma amable, considerada y justa conmigo, o de lo contrario eres

un canalla-

3) -Las condiciones en que vivo deben seguir siendo buenas y faciles, para que pueda conseguir

prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo o incomodidad, o de lo contrario el

mundo se convierte en despreciable, y la vida casi no merece vivirla-.

4.4 TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA RET.

TECNICAS COGNITIVAS.

- Discusión o debate de las ideas irracionales (la principal).
- Tareas escritas para detectar y cambiar pensamientos.
- Resolución de problemas: ver la vida en términos de resolución de problemas, y manteniendo una actitud de preferencia, de no-exigencia.
- Precisión semántica: en base a la idea de que el lenguaje determina al pensamiento.
- Referenciar (ventajas e inconvenientes de mantener un hábito).
- Frasas d superación y autodoctrinamiento en filosofías racionales.
- Detectar, discutir, y cambiar las falsas atribuciones, buscando hipótesis alternativas.
- Usar la imaginación y la fantasía.
- Leer y escuchar material RET.
- Humor e intención paradójica.
- Enseñar RET a otras personas.

TECNICAS EMOCIONALES.

- Exposición a emociones indeseables.
- Técnicas de expresión emocional, pero detectando las ideas que estan en su base.
- Aceptación incondicional a nivel cognitivo, verbal, emocional y conductual para facilitar la auto aceptación incondicional por parte del propio paciente.

--Autodescubrimiento del terapeuta: contar si han tenido problemas similares y los han superado mediante la RET.

--Usar historias, chistes, leyendas, parábolas y canciones.

--Ejercicios para superar la vergüenza.

--Ejercicios de autorrevelación de algo íntimo, secreto o vergonzoso.

--Dramatización (psicodrama y juego de roles).

--Autoafirmaciones violentas y dramáticas.

Ellis, Krieger. (1980).

4.5. ASERTIVIDAD.

CONCEPTO.

En latín *assérere*, *asertum* significa afirmar, defender, vindicar y con ello queda dicho el significado de la palabra asertividad: un aplomo y una agresividad bien entendida; un saber marchar por la vida con el paso firme y la frente en alto; un hábito de manifestarse a partir de posturas de autoestima y confianza en sí

mismo. (Rodrigues, 1997).

El arte de la asertividad es hacer valer los derechos propios diciendo lo que necesitamos, creemos, sentimos y pensamos, de manera clara, directa, firme, sin agredir, respetando a las otras personas (Pick, S. Vargas, E. 1997).

Actuar Asertivamente significa tener la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa, y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario. Ser Asertivo no es ganarle al otro: es triunfar en el respeto mutuo, en la continuidad de los acercamientos satisfactorios y en la dignidad humana, no importando que a veces no se logre un resultado práctico o personalmente beneficioso o inclusive que se requiera ceder. (Aguilar 1993).

5.1 DERECHOS ASERTIVOS.

1) A Considerar tus propias necesidades.

Es conveniente salir al encuentro de nuestras necesidades sin que por ello descontemos las de los demás; buscar un plano de igualdad es legítimo. Nosotros y nadie más tenemos la responsabilidad de satisfacer nuestros propios requerimientos.

2) A cambiar de opinión.

Tenemos derecho a cambiar de opinión . No porque ya hemos emitido un juicio debemos forzosamente apegarnos a el. Pero, es recomendable no estar cambiando constantemente de opinión , sobre todo si ésta repercute en consecuencia para los demás.

3) A ser tratado con respeto y dignidad.

Es importantísimo practicar el respeto a los demás, a sus formas diferentes de manifestarse, y comprender que la otra persona tiene el mismo derecho.

4) A cometer errores.

Tienes el deber de tratar honestamente de no cometer los mismos errores un y

otra vez. Es mucho mejor aprender del error que condenarte por ello.

5) A tener y a expresar tus propios sentimientos y opiniones.

Es conveniente hacer esfuerzos para controlar sentimientos negativos que provienen de ideas irracionales que tú alientes en tu pensamiento o expresar opiniones ofendiendo a los demás.

6) A rehusar peticiones sin sentirse culpable o egoísta.

Reusar no significa rechazar a la persona, sino poner límites. Pero tienes la responsabilidad de respetar también un NO de los demás.

7) A establecer tus propias prioridades y tomar tus propias decisiones.

Es importante aprender a responsabilizarnos de las consecuencias de nuestros actos sin culpar a los demás indiscriminadamente.

8) Asentirte bien contigo mismo.

Aceptarte como eres no implica la negación del deseo de mejorarte, sino tu valoración y reconocimiento positivo y alegre de lo que hayas logrado (sea lo que fuere), al momento presente. Reconocer ante nosotros mismos los esfuerzos que hacemos por superarnos y ser en una palabra nuestros mejores amigos.

9) A pedir lo que quieres.

Tu derecho a pedir no debe confundirse con el querer EXIGIR que los demás te den lo que tu quieres. Es importante respetar las decisiones de los demás.

10) A hacer menos de lo que eres humanamente capaz de hacer.

Puedes hacer tu trabajo agradable, pedir que te ayuden, establecer ambientes cómodos que te faciliten las tareas pero sin justificar por ello acciones irresponsables.

11) A tu privacidad, a que te dejen solo.

Es conveniente ordenar el tiempo en tal forma que nos permita desarrollar las actividades que se desean ejercer en soledad. No hacerlo así, a la larga nos puede llevar a la agresión o desesperación con los demás.

12) A calmarte, tomar tu tiempo y pensar.

Las mejores decisiones se dan porque pensamos acertadamente sobre las situaciones, esto hace indispensable que nos demos todo el tiempo que consideremos necesario para reflexionar.

(sin actuar deliberadamente con calma para afectar a los demás). En un mundo de prisa como el que vivimos se requiere de mucha reflexión y ésta se da idealmente en condiciones de tranquilidad.

13) A no usar tus derechos.

No es una obligación ser asertivo o defender tus derechos siempre; eres libre de decidir incluso renunciar a algo. Exigirte ser siempre asertivo es una meta ilusoria.

14) A tener éxito.

Existe el miedo al éxito por pensamientos negativos que indican que si lo obtenemos no podremos enfrentar adecuadamente las nuevas responsabilidades. Es mejor hacernos responsables de combatir las ideas de "no voy a poder", prepararnos con el mejor esfuerzo en lugar de culpar a las circunstancias que se presentaron o a la mala suerte que "explica" un fracaso.

15) A obtener la calidad real a lo que pagaste.

A veces las fallas en productos o servicios no son intencionales. Más que evaluar a las personas, la meta es defender el derecho que tienes.

16) A pedir reciprocidad.

Si tú das tienes derecho a pedir, no exigir, actos recíprocos. Es importante hacerte responsable de tu decisión de dar, que es independiente de los demás, que pueden actuar como deseen, y no culpar después.

17) A ser feliz.

Ser feliz es una responsabilidad personal en la que los demás pueden ayudar, pero en nosotros está el dar la última palabra. Procurar tu felicidad, es pensar también en los demás. Para ser feliz, también hay que aprender a serlo.

5.2 TIPOS BÁSICOS DE CONDUCTA.

La sociedad ganaría mucho si estuviera formada por personas asertivas. Cuando hacemos valer nuestros derechos, cuando comunicamos clara y directamente lo que queremos y lo que esperamos de los demás, somos apreciados por nuestra sociedad. Cuando no nos apreciamos a nosotros mismos nos sentimos inseguros o culpables de expresarnos abiertamente. Cuando nos damos cuenta de la inseguridad o culpa, es el momento de meditar y seguir adelante hasta hacer valer nuestros derechos. (Pick y Vargas. 2006).

Parece increíble que la mayoría de nosotros no conozcamos con suficiente profundidad una noción tan básica como la de los derechos humanos; ignoramos que tenemos derecho a ser personas falibles, con límites, sentimientos, necesidades y que merecemos ser tratados con respeto y dignidad.

A veces, acostumbrados al maltrato verbal o físico desde pequeños, entendemos los actos irrespetuosos como una de las cosas inevitables en la vida, no exploramos otras alternativas y acabamos soportando automáticamente, sin crítica alguna, violaciones a nuestros derechos. (Aguilar 1993).

Tres tipos básicos de conducta.

Conducta pasiva.

Es la forma de expresión débil de los propios sentimientos, creencias u opiniones que al no responder a los requerimientos de la situación interpersonal que se enfrenta, permite que se violen los derechos de la persona.

Causas comunes

- 1) Falta de control emocional, predominio del temor y la ansiedad.
- 2) mensajes sociales (No seas egoísta, que bueno eres, nunca te enojas, etc.).

3)No vales lo suficiente.

4)falta de habilidad.

5)Ignorar tus derechos como persona.

Conducta agresiva.

El comportamiento agresivo es otra práctica común y por demás innecesaria en las relaciones humanas. Aprendimos que para expresar enojo, inconformidad o malestar, señalar a los demás lo inadecuados o incompetentes que son.

Es la forma de expresión de los sentimientos, creencias u opiniones que pretende hacer valer lo propio, atacando o no considerando la autoestima, dignidad, sensibilidad o respeto de los demás. En muchos casos de acción agresiva, ésta se debe a ideas negativas que quitan seguridad en la persona, provocando que se sienta amenazada o vulnerable ante la situación. Desencadenando rápidamente comportamientos de defensa o ataque a los demás, formando una especie de círculo vicioso.

Causas comunes.

1)Falta de control emocional, predominio de la inseguridad e irritación.

2)No reconocer los derechos de los demás o los propios.

3)Previa conducta no-assertiva.

4)Éxito previo al haber actuado agresivamente.

5)Errores en la forma de expresión.

6)Intolerancia a la frustración.

Conducta Asertiva.

Como alternativa de comunicación más efectiva y satisfactoria, como mecanismo para alentar relaciones constructivas, respetuosas y como vehículo para ganar en un bienestar personal que no sea insensible a los demás, la asertividad ofrece respuestas eficaces y prácticas que es útil conocer.

La opción asertiva plantea como innecesaria la posición extremista de la conducta pasiva y agresiva, promueve la dignidad y el autorrespeto en un plano de igualdad con los demás. Sus componentes básicos son:

- 1)Respetarte a ti mismo.
- 2)Respetar a los demás.
- 3)Ser directo.
- 4)Ser honesto.
- 5)Ser apropiado.
- 6)Control emocional.
- 7)Saber decir.
- 8)Saber escuchar.
- 9) Ser positivo.
- 10) Lenguaje no verbal.

Los lenguajes son sistemas de señales y de símbolos; y por supuesto que no sólo símbolos verbales. Emitimos mensajes:

- ° Con nuestro Rostro: es tan elocuente en sus gestos y expresiones, que resulta imposible compilar un diccionario de expresiones faciales.
- ° Con nuestras posturas: la de un oyente aburrido es muy diferente de la de uno entusiasmado, con deseos de que la conferencia se prolongue una hora más.
- ° Con nuestra voz: su tono, su volumen, su velocidad, su fuerza, su modulación, comunican tanto o más que el contenido de las palabras.
- ° Con nuestro tacto: con un apretón de manos o con un abrazo o con un empujón , comunicamos afecto, firmeza, rechazo, indiferencia y muchos otros

sentimientos.

° Con nuestro uso del espacio: el sentarnos cerca o lejos de un interlocutor, el poner o no un mueble entre él y nosotros, el sentarnos en el círculo de sillas o fuera de él, cuando llegamos tarde a una reunión, son otros tantos lenguajes que piden interpretación.

° Con nuestra mirada: es tal vez el instrumento más fino y más sutil para comunicar matices de nuestras emociones, de nuestra voluntad y de nuestras actitudes hacia las personas.

° Con nuestros movimientos: nuestros ademanes, nuestro andar y nuestros tics nerviosos nos delatan cuando hay ojos clínicos que nos observan. Freud dijo una vez que "platicamos con las puntas de nuestros dedos". (Rodríguez, M. 1997, p. 56).

EJEMPLOS DE RESPUESTAS AGRESIVAS, PASIVAS Y ASERTIVAS.

Pick, S. y Vargas

(2006)

AGRESIVIDAD	PASIVIDAD	ASERTIVIDAD
1. ¿Quieres ir a la fiesta hoy en la noche ?		
"No voy a la fiesta con alguien tan aburrido como tú"	"Ay, me da pena ir ¡Decide tú por mí. No sé qué hacer"	"No gracias. No quiero acompañarlos en esta ocasión. Tengo que atender algunas cosas personalmente"
2.- Quiero que te acuestes conmigo.		
¿Y si me embarazo? A ti que, ¿verdad?	"Es que, no sé. ¿tú que crees? ¿Cómo lo verán mis amigas?"	"No me siento lo suficiente segura todavía. No quiero acostarme contigo y no me lo pidas. Yo lo decidiré."
3.- ¡Todos le entran a la droga! ¿Acaso tú no?		
"Yo hago lo que se me da la	"No sé que hacer. ¿Qué tal si	"Aunque todos lo hagan, yo

gana, no me molestes."	mis papás se enojan?"	no tengo deseos de hacerlo"
4.- ¿Por qué no quieres tener relaciones sexuales conmigo?		
"Porque no se me da la gana"	"Es que a lo mejor me embarazo. No sé. ¿Y si me castigan mis papás?"	"Todavía no me siento preparada. No quiero tener relaciones." sexuales." sesexuales."
5.- Una copita a nadie le hace daño. No seas miedoso.		
"Sabe espantoso y no me gusta."	"Tal vez otro día lo pruebe"	"No gracias. No es por miedo sé que no me va a ser bien, así que por favor no insistas." por fa por favor no insistas."

AUTOESTIMA. "El amor a sí mismo".

La autoestima es una necesidad muy importante para el ser humano. Es básica y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el

desarrollo normal y sano; tiene valor de supervivencia.

El no tener una autoestima positiva impide nuestro crecimiento psicológico. Cuando se posee actúa como el sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando es baja, disminuye nuestra resistencia frente a las adversidades de la vida. Nos derrumbamos ante vicisitudes que un sentido más positivo del uno mismo podría vencer. Tendemos a estar más influidos por el deseo de evitar el dolor que de experimentar la alegría. Lo negativo ejerce más poder sobre nosotros que lo positivo.

Si tenemos confianza objetiva en nuestra mente y valor, si nos sentimos seguros de nosotros mismos, es probable que pensemos que el mundo está abierto para nosotros y que respondemos apropiadamente a los desafíos y oportunidades. La autoestima fortalece, da energía, motiva. Nos impulsa a alcanzar logros y nos permite complacernos y enorgullecernos de nuestros logros: experimentar satisfacción .

La autoestima se proclama como necesidad en virtud de que su ausencia (relativa) traba nuestra capacidad para funcionar. Por eso decimos que tiene valor de supervivencia.

Resumiendo en una definición formal: la autoestima es la predisposición a experimentarse como competente para afrontar los desafíos de la vida y como merecedor de felicidad.

Los Pilares Duales de la Autoestima son:

Autoeficacia y autodignidad son los pilares duales de la autoestima positiva. La falta de cualquiera de ellos la menoscaba. Son las características que definen al término debido a que son fundamentales. No representan significados derivados o secundarios sino la esencia de la autoestima.

La experiencia de la autoeficacia genera el sentido de control sobre la propia vida, que asociamos con el bienestar psicológico, la sensación de estar en el centro vital de la propia existencia, a diferencia de ser un espectador pasivo o víctima de los acontecimientos.

La experiencia de la auto dignidad posibilita un sentido benevolente no neurótico de comunidad con otros individuos, la fraternidad de la independencia y la consideración mutua, a diferencia del aislamiento del resto de los humanos.

En los problemas de adicción se aprecia claramente una evitación de la consciencia. Podemos volvernos adictos al alcohol o las drogas o las relaciones destructivas, en cuyo caso la intención implícita es siempre mejorar la ansiedad y el dolor: rehuir la consciencia de nuestros sentimientos íntimos de impotencia y sufrimiento. Aquello a lo que nos hacemos adictos son tranquilizantes y sustancias psicoactivas. Con ello no se extinguen la ansiedad y el dolor, sino que solamente se vuelven menos conscientes. Como inevitablemente resurgen con una intensidad aún mayor, son necesarias dosis de veneno cada vez mayores para mantener contenida la consciencia.

La autodestrucción es un acto que como mejor se lleva a cabo es en la oscuridad.

Cuando nos volvemos adictos a los estimulantes, estamos evitando el agotamiento o la depresión que pretendemos enmascarar. Sea lo que sea lo que implica un caso particular, lo que siempre hay es una evitación de la consciencia. En ocasiones lo que se evita son las implicaciones de un estilo de vida para cuyo mantenimiento son necesarios estimulantes. Para el adicto el enemigo es la consciencia. Si tengo razones para saber que el alcohol es peligroso para mí y sin embargo bebo, primero tengo que apagar la luz de la consciencia. Si sé que la cocaína me ha costado mis tres últimos empleos y sin embargo opto por esnifar, primero debo poner en blanco mi conocimiento, debo negarme a ver lo que veo y a saber lo que sé. Si reconozco que estoy en una relación destructora para mi dignidad, ruinosa para mi autoestima y peligrosa para mi bienestar físico, y no obstante opto por permanecer en ella, primero

tengo que acallar la voz de la razón, aturdir mi cerebro y volverme funcionalmente estúpido. La autodestrucción es un acto que como mejor se lleva a cabo es en la oscuridad. (Branden, N. 1994).

ENTRENAMIENTO ASERTIVO.

El entrenamiento asertivo involucra adquirir habilidades en dar y recibir elogios con facilidad, iniciar, mantener o finalizar conversaciones con otros, expresar como nos estamos sintiendo y como evitar que otros tomen ventaja de nosotros.

Al principio el terapeuta debe proporcionar una buena dosis de aliento para el modelamiento. Premiar la actuación del modelo aumenta las probabilidades de que algunos miembros del grupo se propongan como voluntarios en el futuro para dichas tareas. Pero ¿que tal si la actuación del modelo es inadecuada? En nuestra experiencia eso es muy raro, en El entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del cliente para adoptar esa conducta de manera socialmente apropiada. Usualmente las metas conductuales incluyen la expresión de sentimientos negativos como el odio y el resentimiento, pero a menudo los procedimientos asertivos se emplean para facilitar la expresión de sentimientos positivos como el afecto y el elogio.

Se supone que la asertividad incrementada beneficia al cliente en dos formas significativas: en primer lugar se considera que comportarse de manera más asertiva inspira en el cliente un mayor sentimiento de bienestar. Wolp (1958. 1969). Considera que la respuesta asertiva es muy similar a la relajación muscular profunda, en cuanto a su capacidad para inhibir recíprocamente la ansiedad. Los informes subjetivos de los clientes sometidos al entrenamiento asertivo tienden a corroborar el punto de vista de que la aserción realmente inhibe la ansiedad. En segundo lugar se admite que al comportarse de manera más asertiva, el cliente será más capaz de lograr recompensas sociales (así como materiales) significativas, obteniendo así mayor satisfacción de la vida.

El entrenamiento asertivo puede ser efectivo y económico presentada dentro del ambiente del grupo aparte de las consideraciones económicas, hay algunas razones convincentes para suponen que el entrenamiento en grupo tiene que ser superior al tratamiento individual. El grupo que consiste (usualmente) de dos terapeutas y de 5 a 10 clientes puede proporcionar un consenso listo para lo que es apropiadamente asertivo en una situación dada, puede suministrar varios modelos así como un variado grupo de personas "objeto" para los ejercicios de aserción pudiendo suministrar también reforzamiento social masivo para lograr

mejores actuaciones en los papeles de cualesquier miembros.

El ejercicio principal del grupo claro está, es el ensayo conductual.

Las reglas para implementar el ensayo conductual en grupo son virtualmente las mismas que se utilizan en el tratamiento individual. Cuando un miembro presenta al grupo un problema particular, se le pide que juegue el papel de su respuesta típica, misma que de manera amistosa y sin enjuiciamientos evalúan los demás miembros del grupo. De cada miembro se espera que asuma alguna responsabilidad para el entrenamiento de sus compañeros, si bien se espera que el terapeuta proporcione más orientación que los demás miembros del grupo. Después que se a evaluado la respuesta inicial de un miembro, uno de los terapeutas puede decir "Ahora decidamos sobre lo que podría ser una respuesta, asertiva apropiada en esta situación " dentro de un grupo sin experiencia, esta declaración se recibe con silencio, requiriéndose que uno de los terapeutas proporcione la respuesta adecuada, Si bien se toman providencias para desvanecer este exceso de confianza de los miembros hacia el terapeuta. Una vez emitida la respuesta alternativa, el grupo la discute hasta que se alcanza el acuerdo que realmente es apropiada. Un grupo de miembros voluntarios modela entonces la respuesta, o bien el terapeuta si no hay voluntario. Puesto que el modelamiento de la respuesta es una experiencia de aprendizaje, tanto para el actor como para el observador, generalmente es más productivo que actúe como modelo parte porque ya se ha establecido acuerdo sobre la respuesta apropiada; pero si uno de los terapeutas no considera acertada la situación, puede decir enseguida: "eso esta en el terreno correcto, pero que tal lo siguiente" modelando a continuación la respuesta . Una vez modelada la respuesta efectiva, se pide al miembro que originalmente presentó el problema que la ensaye, siendo elogiado por todos los miembros del grupo en caso de que haya una mejoría. Dado que usualmente se pregunta al miembro como se siente, si hay indicaciones de alguna ansiedad, se le pide que repita la respuesta. Normalmente el nivel de ansiedad disminuye gradualmente durante el segundo intento. (Rimm, y Master, 1984).

CONCLUSIÓN.

El alcohol como una droga permitida o lícita, que comienza como una forma de experimentación, de diversión o evasión, va manifestando sus efectos muy sutilmente a largo plazo, con el consumo regular y periódico, hasta el abuso. Creando una dependencia y cronificación alcohólica.

Lo más preocupante es que el inicio del consumo de alcohol, es a edades más tempranas en las zonas urbanas, de 12 a 17 años con un 35% que han consumido alcohol (ENA-2002), Encuesta Nacional de Adicciones. Ya que el diagnóstico, es de que cuando empiezan a edades tempranas a beber el pronóstico es que se conviertan en alcohólicos.

Los patrones de consumo, en una dependencia alcohólica, van desde la ingestión regular y diaria de grandes cantidades de alcohol, hasta largos intervalos de sobriedad intermitentes o mezclados con periodos de embriaguez cotidiana: en ambos casos, el sujeto tiende a incrementar paulatinamente la cantidad ingerida, y pese a sus esfuerzos, su voluntad es incapaz de controlar la ingestión, empleando cada vez más tiempo en actividades relacionadas con la dependencia. Evidenciándose el deterioro de su vida personal, laboral y familiar.

Las encuestas presentadas en el Instituto Nacional de Estadística y geografía INEGI. Muestran, los síntomas de dependencia más relevantes, donde el mayor porcentaje de entre todos los síntomas. Son la incapacidad de control con 11.1%, le sigue el periodo de abstinencia con 8.6%, cabe destacar estos dos síntomas por que nos lleva a la conclusión de que el abuso y el incremento paulatino de la cantidad ingerida de alcohol los lleva a la pérdida de control sobre la bebida, y el mecanismo que emplean para recuperar el control equivocadamente, es la abstinencia, que les provoca niveles elevados de ansiedad; regresando a la ingesta de más alcohol para aliviarla, convirtiéndose así en un círculo vicioso, del que les es muy difícil salir.

La detección temprana de un problema de alcoholismo, es la clave para ofrecer al adolescente la oportunidad de aceptar ayuda y evitar que se vea envuelto en una espiral de deterioro personal y familiar. Detectar la existencia de una dependencia en sus inicios puede ayudar a prevenir el alcoholismo crónico.

El taller de Intervención en Crisis de segundo Orden, en este caso con Terapia Racional Emotiva y entrenamiento asertivo para ayudar al adolescente a tratar el impacto del periodo de crisis por el que cursa, tiene por objetivo. Atenuar, disminuir, retardar o evitar el alcoholismo en los jóvenes.

Ya que los adolescentes en esta etapa de crisis, no tienen metas claramente definidas a futuro, manejan planes poco realistas, problemas de identidad, pertenencia y desconocimiento de los propios valores.

En muchos casos manejan pensamientos irracionales absolutistas como: querer ser perfectos en todo, una necesidad imperiosa de ser reconocidos y aceptados por los grupos de iguales, y el conseguir todo lo que desean sin mucho esfuerzo e incomodidad. Siendo una etapa de mucha inseguridad y dudas, en donde es difícil aceptar que todavía no se es adulto. Provocándoles perturbaciones emocionales y conductuales, que los hacen vulnerables a las presiones sociales, a la curiosidad y la tendencia a correr riesgos.

También los niveles de ansiedad y la depresión, debido al mundo tan cambiante que viven, los lleva a conflictos con ellos mismos, con los demás y la familia. Que hacen difícil que los adolescentes resistan la presión de los compañeros a seguir tomando y a decir No, al uso y abuso del alcohol, que los conduce a la dependencia y el alcoholismo.

Se eligió como tratamiento la Terapia Racional Emotiva, por que ayuda a identificar los pensamientos irracionales como, los debes de, tengo que, deben de absolutistas y de exigencias que como ya mencionamos, manejan los adolescentes, y que además les crean temor mucha ansiedad y depresión, Cambiando estos pensamientos a través del cuestionamiento enérgico, y la Dinámica del A, B, C, a ideas y pensamientos Racionales (C y D). Además, por que a diferencia de otras terapias, es directiva, dinámica y breve.

Y el entrenamiento Asertivo que desarrolla habilidades para la comunicación y conductas positivas, por medio del conocimiento de los valores y derechos Asertivos. Ya que los jóvenes presentan conductas con mayor frecuencia del tipo pasivo dependiente, donde permiten que se aprovechen y abusen de ellos por que ignoran sus derechos, y el otro extremo es una conducta agresiva, debido a ideas negativas que les restan seguridad y los hace sentirse amenazados y vulnerables ante cualquier situación. Siendo una alternativa la conducta Asertiva, que promueve una comunicación más efectiva y satisfactoria, y como vehículo para ganar en bienestar personal, promoviendo la dignidad y el autorrespeto en un plano de igualdad con los demás.

De tal forma que la parte racional del joven aunada a una comunicación asertiva, le permitan elevar la autoconfianza y su autoestima, expresando el acuerdo o desacuerdo sin temor o culpa; ante las presiones ambientales y

sociales que se le presentan en el transcurso de la vida. Evitando de esta manera caer en el abuso del alcohol y el alcoholismo.

BIBLIOGRAFIA.

1. Aberastury, M. Knobel (2008) La Adolescencia Normal. Ed. Paidós Educador. México
2. Aguilar, E. (1993). Como ser tú mismo sin culpa. Ed. Pax. México.
3. Bandura, A. (1969) Principios de modificación de conducta. Ed. Trillas México.
4. Bandura, A. Ribes E. (1978) Modificación de la Conducta. Análisis de la agresión y la delincuencia. Ed. Trillas. México
- 5.. Bishop S. (2000) Desarrolle su Asertividad. Ed. Nuevos Emprendedores. Barcelona.
6. Becoña, E. López, A. Salazar, I. (1995) Drogodependencia 1V Prevención. Universidad de Santiago de Compostela.
9. Branden, N. (2007) El poder de la autoestima. Como potenciar este recurso Psicológico. Ed. Paidós. México.
10. Branden, N. (2006) Los 6 pilares de la autoestima. Ed. Paidós. México
11. Erikson, E. (1976) Infancia y Sociedad. Ed. Paidós México.
12. Erikson, E. (1985) Sociedad y Adolescencia. Ed. Siglo veintiuno. México.
13. Ellis, A. Eliot, A.(1980) Terapia Racional Emotiva. Ed. Pax. México.
14. Ellis, A. Krieger, R. (2003). Manual de Terapia Racional Emotiva. Desclee de Brouwer Biblioteca de Psicología.
15. Freud, S. (1988) El Ello y el Yo. Ed. Orbis. México.
16. Garza, F. Vega, A. La juventud y las Drogas. Guía para padres, jóvenes y maestros. Ed. Trillas. México.
17. Pik, S. Vargas, E. (2006). Yo adolescente. Ed. Ariel escolar. México

18. Rimm, D. C. y Masters, J.C. (1984). Terapia de la Conducta. Ed. Trillas. México.
19. Rodríguez, M. (1997). Comunicación y Superación personal. Capacitación integral. Ed. Manual Moderno.
20. Souza, M. y Machorro. (1998) Síndromes Adictivos. Diagnostico y tratamiento. Ed. JG11. México
21. Samper, L. (1993) Cuando las drogas entran en su Hogar. Ed. Panorama México.
22. Slaikeu, K. A. (2000) Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Ed. Manual Moderno. México
23. Velasco, F. (2000). La familia ante las Drogas. Ed. Trillas. México

CONSULTAS EN INTERNET.

26. <http://www.alcoholinformate.org.mx/investigaciones.cfm?pinvestigacion=234>
27. [www./caritas.cl](http://www.caritas.cl)
28. http://www.ispet.rimed.cu/pages/saludweb/temas/E_antidroga/historia.htm
29. www.iasis.dfgob.mx/ccadf/odf/alcohol.pdf
30. www.geocites.com/drogodependencia/consumo.htm
31. ww.jeanet.com/drogas/infor.htm/
32. <http://www.lasdrogas.info/blog/?p=3>

TALLER.

INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN CON TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y ENTRENAMIENTO ASERTIVO PARA LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES.

La población a la cual se enfocará este taller es la ADOLESCENCIA, debido a que es una etapa de transición y cambios biológicos, psicológicos y sociales de mucha inseguridad y dudas, por lo cual se considera una población vulnerable a caer en el alcoholismo. Siendo de vital importancia para el joven, ya que se busca en este proceso la independencia, la comprensión de valores y la identidad.

OBJETIVOS.

- Que el adolescente tenga conciencia, de que el alcohol, como otras drogas crea dependencia.
- Que maneje un pensamiento apegado a la realidad, racional.
- Conozca sus derechos.
- Maneje valores.
- Obtenga una comunicación asertiva.
- Habilidad para manifestarse en los acuerdos y desacuerdos.
- Habilidad para las relaciones interpersonales.
- Habilidad en la toma de decisiones.
- Habilidad en la solución de problemas.
- Confianza.
- Autorrespeto.

primera sesión.

ALCOHOLISMO.

--El Alcoholismo, ¿quita penas o pone cadenas?

--Consecuencias, (personales, psicológicas y sociales).

--Dependencia.

--Cuestionario CASIC.

Segunda sesión .

PENSAMIENTOS IRRACIONALES.

--Cuestionario de pensamientos irracionales.

--Las emociones que provocan como factores de riesgo.

--Someter a prueba y desafiar los pensamientos irracionales.

--¿Cuál es la evidencia?

--¿Existen explicaciones alternativas?

--¿Qué pasa si resulta cierto? ¿Cuáles son las verdaderas implicaciones?

--Ventajas y desventajas.

Tercera sesión.

PENSAMIENTOS RACIONALES.

--Entrenamiento del A, B, C de la TRE:

--Manejo de los pensamientos Racionales.

--Emociones resultantes.

--Técnicas.

Cuarta sesión .

ASERTIVIDAD.

- Cuestionario de Asertividad.
- Tipos Básicos de conducta.
- Derechos de la Asertividad.
- Conocimiento de sí mismo. Autoestima (amarse a si mismo).

Quinta sesión.

COMUNICACIÓN SANA.

- Comunicación asertiva.
- Habilidades de relación social.
- Toma de decisiones y solución de problemas.
- Dinámicas de entrenamiento, (Psicodrama, modelamiento, juego de roles y otros juegos).

CIERRE.

EVALUACIÓN DEL TALLER Y REVICIÓN DE EXPECTATIVAS.

En el entendido de que la familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio. Que a su vez rige el funcionamiento de sus miembros, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. Se recomienda un taller de Orientación a padres o tutores responsables de los Adolescentes.