



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA**

**TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN EL
TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

HUGO LOZOYA FLORES

MEXICO, D. F.

1984



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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
--------------------	---

PRIMERA PARTE

EL ALCOHOLISMO, SUS CAUSAS, CONSECUENCIAS Y TRATAMIENTOS TRADICIONALES

1. EL ALCOHOLISMO	4
1.1 ANTECEDENTES	
1.2 CONCEPTO	
1.3 CLASIFICACION Y DIAGNOSTICO	
2. CAUSAS DE ADICCION ALCOHOLICA	26
2.1 ANSIEDAD	
2.2 EL CONDICIONAMIENTO	
2.3 INFLUENCIA SOCIAL	

2.4	LA EXPLICACION PSICOANALITICA	
2.5	LOS FACTORES GENETICO Y FISIOLOGICO	
2.6	EL LENGUAJE INTERIOR	
3.	CONSECUENCIAS	41
3.1	EN LO INDIVIDUAL	
3.2	EN LO SOCIAL	
3.3	EFFECTOS CONGENITOS	
4.	TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO	
4.1	TECNICAS CONDUCTUALES	
4.2	EL PSICOANALISIS	
4.3	LOS ALCOHOLICOS ANONIMOS	

SEGUNDA PARTE

LA TRE, ELEMENTO BASICO DE LA TERAPIA MULTIMODAL

5.	TERAPIA MULTIMODAL	86
----	--------------------------	----

5.1	EL MODELO MEDIACIONAL	
5.2	AUTOINSTRUCCION	
6.	LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA	115
6.1	CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA TRE	
6.2	PRINCIPALES IDEAS IRRACIONALES	
6.3	LA TEORIA ABC DE LA TRE	

TERCERA PARTE

RELACION ENTRE IDEAS IRRACIONALES Y ALCOHOLISMO

7.	FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA	143
7.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
7.2	OBJETIVOS	
7.3	HIPOTESIS	
7.4	METODO	
7.4.1	MATERIAL	

7.4.2 SUJETOS

7.4.3 PROCEDIMIENTO

8.	RESULTADOS	152
	TABLA I	
	TABLA II	
9.	DISCUSION	156
10.	CONCLUSIONES	161
11.	ANEXO I	164
12.	ANEXO II	173
13.	BIBLIOGRAFIA	188

INTRODUCCION

El problema del alcoholismo, ha sido tratado por diversas corrientes psicológicas, por enfoques psiquiátricos y empíricos, sin haber logrado conocer con certeza, cuales son las motivaciones de la conducta alcohólica. Planteamos en este trabajo un enfoque basado en el lenguaje interno del individuo, como el factor principal para el desarrollo y mantenimiento de la conducta alcohólica.

Se ha hecho una revisión de estos enfoques, de las principales definiciones y clasificaciones, así como de las técnicas y tratamientos más empleados, haciendo una crítica de ellos. Se ha propuesto también el empleo de la Terapia Multimodal, el empleo de la Autoinstrucción y sobre todo de la Terapia Racional Emotiva, como métodos para el tratamiento del problema, debido a su eficacia para lograr cambios sustanciales en la filosofía de los individuos. Resulta por tanto fundamental, conocer cuales son las frases que los alcohólicos se dicen a sí mismos, para poder detectar que ideas y pensamientos se encuentran arraigados en su filosofía, y que les hacen percibir las cosas de una manera dife

rente como hemos supuesto. Se realizó por lo tanto, una in
vestigación cuyos resultados tratan de responder a esta pre
gunta.

PRIMERA PARTE

EL ALCOHOLISMO, SUS CAUSAS, CONSECUENCIAS Y TRATAMIENTOS

TRADICIONALES

1. EL ALCOHOLISMO

1.1 ANTECEDENTES

Los materiales para la producción de alcohol han estado disponibles hace al menos 200 millones de años; indudablemente el alcohol se descubrió primero en forma de zumo de fruta, de grano o de miel fermentados. Los etimólogos han encontrado que sus raíces las forma una palabra cuyo significado comprende conceptos como los de miel, dulce, bebida embriagante y borrachera. El hecho que se asocie a la embriaguez mas bien que la miel, la fruta o el grano sugiere que aquella hubo de ser la fuente principal temprana del alcohol. Prácticamente en cualquier época que el hombre ha vivido el alcohol ha estado presente en una forma u otra.

Los ejemplos más antiguos de escritura cuneiforme en Mesopotamia, que datan aproximadamente de 5 000 años a.c. indican que el alcohol se utilizaba entonces como elemento de placer; escritos posteriores revelan que ya 2 300 años a.c. había tabernas en Mesopotamia.

Esta civilización introdujo la descripción clínica registrada más temprana de la embriaguez, así como el primero de muchos remedios propuestos para la "modorra" "Si un individuo ha tomado vino fuerte, su cabeza resulta afectada y olvida sus palabras y su habla se hace confusa; su mente se desvía y su mirada tiene una expresión fija; para curarlo, tómese regaliz, alubias y adelfa (y otras muchas sustancias no identificadas) que se combinan con aceite y vino antes de acercarse la diosa Gula (o puesta del sol), y en la mañana antes de salir el sol y antes que nadie le haya besado, hacerle tomarlo y curará." (Rouche, 1960) en (Zax y Cowen 1978, p. 263)

Los primeros exploradores europeos encontraron vinos y cerveza locales en los rincones más profundos de Africa e inclusive entre las tribus menos avanzadas de Estados Unidos y Sudamérica. De las numerosas culturas de la edad de piedra que han sobrevivido hasta los tiempos más modernos, únicamente tres parecen no haber utilizado alcohol, esto es las que viven en regiones polares, los aborígenes australianos y los primitivos que vivían en la Tierra del Fuego (Digest, 1978, p. 71).

También la mitología griega nos da referencia del vino donde hay todo un dios que lo representa: Dionisio, hijo de Zeus, nacido en Tebas y que en Roma estaba representado por Baco. Los antiguos rendían culto a Dionisio y a Baco en las orgías paganas en las que se llegaba a todos los excesos. Muy lejos de las bacanales griegas y romanas se halla la referencia bíblica del vino ofrecida por Jesús en la última cena donde extendió el cáliz a sus apóstoles con la frase: "bebed, que esta es mi sangre", consagrando esta fórmula sacramental. Menos edificante es otra referencia bíblica, la de la embriaguez milenaria del patriarca Noé. (Digest, 1978, p. 71). Encontramos también versiones mesoamericanas como la leyenda de Xóchitl descubridora de la miel del maguey y el descubrimiento del pulque debido a los toltecas y el conocido relato de la partida de Quetzalcóatl después de una borrachera con pulque (Calderón, 1968, p. 5)

Esta existencia del alcohol en casi todas las culturas existentes constituye un testimonio de su importancia como fuerza en la vida del hombre. Pues desde la milenaria Mesopotamia las bebidas alcohólicas han avanzado en peligrosa invasión hasta convertirse en objeto de

preocupación para científicos, legisladores y gobernantes. La situación ha llegado al punto de que las estadísticas ofrecen cifras impresionantes de alcohólicos y de consecuencias catastróficas en muy variables aspectos de la sociedad; asomémonos entonces a nuestra realidad.

En la Secretaría de Salubridad se afirma que uno de cada diez mexicanos entre los 15 y 60 años presentan diversos grados de alcoholismo y que de no frenarse esta situación en los próximos años podrán ser dos de cada diez quienes padezcan esta situación. Del total de alcohólicos del país 40% es de sexo femenino, según el Instituto de Orientación y Defensa de la Mujer y asegura que el 82% de los divorcios y separaciones se deben al alcoholismo. El problema llega a tal magnitud que en la organización Alcohólicos Anónimos grupo 24 horas se reciben 450 llamadas diarias de gente que quiere información sobre este problema que resulta demasiado complejo para que se pueda considerar solamente como una ofensa criminal o espiritual, un mal hábito, una adicción, un estado tóxico o una enfermedad. Es también una aflicción de la sociedad en sí, un problema que compete no sólo al médico y al farmacólogo sino

también al antropólogo, sociólogo, legislador, jurista, criminalista, psicólogo, economista y al gobernante.

1.2 CONCEPTO

El concepto de alcoholismo depende del entendimiento del paciente como humano. No hay entidad tal como "Personalidad alcohólica", algunos alcohólicos son sumisos, dependientes, homosexuales, etc., lo cual dificulta una definición, razón por la que existen tantas y tan variadas definiciones de lo que es el alcoholismo, que no ha sido posible llegar a conjeturar una universalmente aceptada.

Sin embargo se pretende dar ésta a nivel de Organismos Mundiales como lo es la Organización Mundial de la Salud (Sede en Ginebra, Suiza) en donde se ha establecido definir a partir de 1951 a la población de alcohólicos como aquellos "bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado que muestra una notable perturbación mental con sus relaciones interpersonales y con su mal funcionamiento social y económico, o muestra signos preliminares de dichos desarrollos" (Yates,

Aubrey, 1970, p. 349),

Cabe recordar brevemente las diferencias entre toxicomanía y hábito según la Organización Mundial de la Salud.

La toxicomanía está caracterizada por:

- a) Una necesidad o deseo de continuar la ingestión y de procurársela por todos los medios.
- b) Tendencia a aumentar la dosis
- c) Dependencia de orden psicológico, y a veces físico, concerniente a los efectos de la droga
- d) Efectos dañinos, si existen, principalmente para el individuo

Por otra parte el criterio conductual juzga la severidad del problema del alcoholismo en base a: (1) la persona reporta una pérdida del control de su conducta de beber;

(2) "necesita un trago" para iniciar la mañana, para el transcurso del día, o para prepararse a sí mismo en situaciones de stress; ha llegado a ser dependiente del alcohol; (3) ha perdido su empleo(s), familia, o amigos por su forma de beber; (4) ha experimentado lagunas mentales, incrementado su tolerancia al alcohol o ambos con un beber continuo; (5) reporta síntomas de abstinencia cuando deja de beber, es físicamente dependiente del alcohol. (DSM III, p.78)

La definición dada por el DSM III en cuanto a la dependencia del alcohol establece los siguientes criterios para el diagnóstico:

A. Patrón patológico de uso del alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido al uso del alcohol; necesidad diaria del alcohol para la actividad adecuada; incapacidad para disminuir o dejar de beber; repetidos esfuerzos para controlar o reducir el exceso de bebida (período de abstinencia temporal o restricción de la bebida durante determinadas horas del día); embriaguez (permaneciendo intoxicado durante todo el día, durante al menos dos días); consumo ocasional de licores para animarse (o su equiva-

lente en vino o cerveza); períodos de amnesia para los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación ("blackouts"), continuación en el consumo de alcohol, a pesar de que el sujeto sabe que los trastornos físicos graves que padece se exacerban con la ingesta.

Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso del alcohol; por ejemplo, actos violentos durante la intoxicación, faltas en el trabajo, pérdida del empleo, problemas legales discusiones o problemas con familiares o amigos debido al uso excesivo del alcohol.

B. Cualquiera de las dos, tolerancia o abstinencia:

Tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado, o disminución notable del efecto utilizando de forma regular la misma cantidad de alcohol.

Abstinencia: Desarrollo de la abstinencia del alcohol (por ejemplo, temblor matutino y malestar aliviado por la bebida) después de abandonar o reducir la bebida. (DSM III, p. 79).

1.2 CLASIFICACION Y DIAGNOSTICO

La clasificación psiquiátrica que en el caso del alcoholismo es la más usual configura 3 entidades diagnósticas posibles: (1) alcoholismo social, (2) alcoholismo neurótico y (3) alcoholismo psicótico. Estas categorías no tienen exclusividad entre ellas y de hecho raramente son vistas en forma pura. Un paciente que comience en una categoría puede más tarde asumir las características de las tres. Sin embargo, una forma por lo general predomina y es la que desde el punto de vista de la psiquiatría dictará el enfoque terapéutico.

(1) En lo social, el adaptarse al grupo a menudo es la base del alcoholismo inicial. En algunas subculturas el ser capaz de aguantar la bebida constituye parte de la definición de hombría. Esto no es diferente de otras formas de conducta adquiridas del mismo modo, ejemplo, la drogadicción, las apuestas o la delincuencia. En ocasiones no es el grupo de colegas sino miembros significativos familiares los que sirven como modelo para una conducta de embriaguez.

Otra definición aceptada por algunos especialistas es la del Doctor Mark Keller del Centro de Estudios Sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers. "El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo." (Velasco, 1981, p.25)

Las definiciones presentadas son buenas para esos fines y, sin embargo, sabemos que hay grados de alcoholismo, y que entre un sujeto alcohólico y otros puede haber tanta diferencia como entre dos individuos normales, ya que las características del individuo son tales que se configuran en un cuadro inicial, el hábito, y un cuadro final, la toxicomanía verdadera con todas las posibilidades intermedias. Hacen falta entonces otras definiciones secundarias y clasificaciones que ayuden a comprender mejor la situación particular de cada persona que ingiere bebidas alcohólicas, sea o no un alcohólico, Incluiremos algunas clasificaciones con el fin de tener una visión más completa del asunto.

(2) En el alcoholismo neurótico las personas que no son alcohólicas pueden beber unos cuantos tragos de vez en cuando y aún (raras veces) emborracharse, pero por lo general se controlan aún cuando el alcohol les sea de alguna utilidad. En la vida del paciente alcohólico neurótico, la pérdida del control constituye una ocurrencia regular. (Solomon, Patch, 1976. p.78).

(3) El alcoholismo psicótico incluye dos subtipos: alcoholismo esquizofrénico y alcoholismo depresivo. En cualquiera de ellos la ayuda es buscada al final de una parranda de varios días cuando el paciente se encuentra bajo el efecto del delirium tremens o alguna otra forma de sintomatología del síndrome de abstinencia. Las tasas de morbilidad y mortalidad son elevadas en estos casos. (Solomon, Patch, 1976. p. 78).

El alcoholismo psicótico es una indicación de psicopatología grave. El bacanal puede representar un intento de desesperado para impedir un brote psicótico o puede de hecho ser parte de una etapa inicial de un brote actual. (Solomon, Patch, 1976. p, 79).

El alcoholismo esquizofrénico se caracteriza por la alcoholización impulsiva intensa acompañada de signos de disociación mental que exceden grandemente los observados en las intoxicaciones alcohólicas ordinarias, ejemplo: amnesia, estados de fuga, conducta extravagante, orgías sexuales, crisis de cólera y conducta violenta aún hasta llegar a la mutilación criminal y el asesinato. Entre cada bacanal, algunos de estos individuos pueden aparecer normales con un mínimo de caracteres de la personalidad esquizoide; en el otro extremo, los individuos pueden mostrar una esquizofrenia clara pero retener el control suficiente para continuar funcionando en la comunidad.

El alcoholismo maniaco depresivo se caracteriza por ba canales graves a menudo menos compulsivas que las del alcoholismo esquizofrénico y alternando con frecuencia con depresión intensa, en algunos casos la racha alcohólica termina con un período de depresión prolongada del cual el paciente no es capaz de desenmarañarse. El paciente puede aislarse por largos períodos y puede suicidarse. (Solomon, Potch, 1976. p.79)

Por otra parte, la más importante de las instituciones dedicada al problema del alcoholismo, Alcohólicos Anónimos, ha llegado a la siguiente clasificación que consta de cuatro fases enmarcadas dentro de un continuo: Fase Prealcohólica, Fase Prodrómica, Fase Crítica y Fase Crónica.

En la primera es el inicio del futuro bebedor cuando aún no tiene problemas, se compone de los siguientes pasos:

1. Lagunas mentales
2. Beber de escondidas
3. Preocupación por el alcohol
4. Beber con ávidez
5. Sentimiento de culpa por su manera de beber
6. Evita hablar de alcohol
7. Frecuencia de las lagunas mentales

Al entrar al No. 8 (Fase Crítica) es en donde se desarrolla la enfermedad.

8. Pérdida de control

9. Razona su comportamiento de bebedor

10. Presiones sociales

11. Comportamiento grandioso y fanfarrón

12. Conducta marcadamente agresiva

13. Remordimientos persistentes

14. Periodo de abstinencia total

15. Modifica sus hábitos de beber

16. Alejamiento de las amistades

17. Deja empleos

18. Subordinación completa al alcohol

19. Apatía hacia otros intereses
20. Nueva interpretación de sus relaciones interpersonales
21. Compasión de sí mismo
22. Fuga geográfica
23. Cambio de las costumbres familiares
24. Resentimientos irrazonables
25. Protección de su abastecimiento de alcohol
26. Descuido de su alimentación
27. Primera hospitalización
28. Disminución del impulso sexual
29. Celos de los alcohólicos
30. Bebe en ayunas

A partir del punto 31 se inician los síntomas de la enfermedad ya en desarrollo.

31. Períodos de embriaguez prolongada

32. Marcado deterioro moral

33. Disminución de las capacidades mentales

34. Psicosis alcohólica

35. Bebe con personas socialmente inferiores

36. Consumo de productos industriales

A partir del punto 37 se llega al desarrollo final, más grave de la enfermedad.

37. Disminución de la tolerancia al alcohol

38. Temores indefinibles

39. Temblores persistentes

40. Inhibición psicomotora
41. El beber adquiere carácter obsesivo
42. Vagas aspiraciones religiosas
43. Todo el sistema de racionalizaciones fracasa
44. Hospitalización definitiva
45. Pérdida de la vida

(A.A. Compendio, 1960)

La clasificación hecha por J. M. Jellineck está basada en su definición elaborada en 1960 en que menciona que: el alcoholismo es "cualquier empleo de bebidas alcohólicas que causen daño al individuo, a la sociedad o a ambos." Sin embargo Jellineck no considera al alcoholismo como una sola entidad (y por consiguiente con una sola etiología única) sino que distingue cinco categorías principales.

1) El alcoholismo alfa representa una dependencia o confianza continua, puramente psicológica en los efectos del alcohol para olvidar el dolor corporal o emocional, pero ésta no lleva a una pérdida del control ni a incapacidad de abstenerse.

2) El alcoholismo beta es aquella clase de alcoholismo en la que pueden ocurrir complicaciones alcohólicas tales como neuropatía, gastritis, cirrosis hepática, sin dependencia física ni psicológica del alcohol.

3) El alcoholismo gama se refiere a aquella clase de alcoholismo en la que interviene: a) aumento adquirido de la tolerancia tisular al alcohol; b) metabolismo celular adaptativo; c) síntomas de aislamiento y "apetito", es decir, dependencia física y d) pérdida de control.

4) El alcoholismo delta manifiesta las tres primeras etapas características del alcoholismo gama, al igual que una forma menos marcada de la cuarta característica, esto es, en lugar de la pérdida del control, hay

incapacidad de abstenerse,

5) El alcoholismo epsilon se refiere a crisis periódicas del alcoholismo. Jellineck no considera como enfermedades al alcoholismo alfa y beta ya que cree que el alcoholismo es un síntoma de una perturbación subyacente, mientras que en el caso del alcoholismo beta los cambios fisiológicos que ocurren serían el resultado del exceso en la bebida la cual de por sí no indica ninguna patología causal física ni psicológica. El tiende a considerar el alcoholismo gama y el delta como enfermedades, ya que los cambios fisiológicos mismos llegan a aumentar la necesidad del consumo alcohólico. (Yates, 1970. p.349)

Se hace necesaria en esta parte una revisión del término anormalidad, dado que la conducta alcohólica puede, o no, ser etiquetada como tal, dependiendo del contexto social en que se encuentren quienes beben alcohol.

La anormalidad es social, no sólo porque ocurre en situaciones sociales, sino también porque está incluido

en la estructura misma de una sociedad y puede ser com
prendida únicamente examinada sobre el fondo de la cul
tura en que ocurre.

Esto no significa que las bases biológicas o psicológi
cas de la anormalidad carezcan de importancia y que
puede prescindirse de ellas. No puede negarse que una
parte considerable de los desórdenes mentales es deter
minado por causas que no son directamente sociales.
Hay consecuencias psicológicas de las lesiones cerebra
les, del alcoholismo, el enviciamiento con drogas, etc.
Al mismo tiempo, no debe olvidarse que aún esos facto
res tienen un aspecto social. Por ejemplo, el alcoh
olismo y el entregarse a las drogas no sólo son causas
sino también efectos de las dificultades de la persona
lidad; representan en muchos casos una evasión del
mundo social que de otra manera sería insoportable.
Además, debe mostrarse que los efectos sobre la con
ducta, de un agente físico tal como el alcohol, se en
cuentran íntimamente relacionados con los fenómenos de
los patrones culturales. (Klineberg, 1975)

Un estudio realizado por Bunzel (1940) del alcoholismo

en comunidades de indios americanos, en Chichicastenango, Guatemala y Chamula, México, pone esto de manifiesto. En el primer grupo se bebe con exceso y, mientras esto ocurre, hay frecuentes reacciones sexuales y agresivas que normalmente son inhibidas. Las autoridades no conservan el control y ocurren frecuentes "orgías colosales en las que los hombres permanecen ebrios durante muchos días consecutivos." En Chamula también se bebe con exceso; durante las fiestas, "toda la población, en diversos grados, se encuentra intoxicada durante un día o una semana." Sin embargo, los efectos son diferentes; hay poca agresión, las inhibiciones sexuales no se relajan, el jolgorio es pacífico y termina en estupor. Bunzel encuentra la explicación de estas diferencias en todo el complejo de instituciones económicas, sociales y religiosas características de las dos sociedades, respectivamente.

Estas y otras consideraciones conexas han llevado a muchos especialistas en ciencias sociales a la conclusión de que la anormalidad mental debe ser considerada como una enfermedad de la sociedad, más que de los individuos que la componen.

Podemos extrapolar el concepto de anormalidad a lo que la sociedad ha creado como valores y que se han convertido en dogmas que a fin de cuentas son los causantes de la irracionalidad de muchos individuos al creer ciertos y válidos todo este sistema de valores impuestos socialmente. Aunque los factores sociales de la anormalidad son factores importantes, esto no debe considerarse como medio de justificar la conclusión de que solo los factores sociales son los causantes de ello.

2. CAUSAS DE ADICCION ALCOHOLICA

2.1 ANSIEDAD

Consideremos ahora como se da el proceso de la habituación y la adicción al alcohol basándonos en primer término en sus funciones habituales como posibles motivadoras para la ingestión; consideremos entonces a las siguientes como tales:

- a) Crear confianza: con el alcohol, el paciente puede superar sus sentimientos de inferioridad.
- b) Alivio de la ansiedad: el alcohol permite al paciente funcionar en situaciones que en otras ocasiones lo paralizarían.
- c) Huida de la responsabilidad: puede emplearse el alcohol para suprimir la culpa, la ira y la aflicción.
- d) Sustituto de la hostilidad: el emborracharse puede constituir un sustituto para la expresión directa de sentimientos agresivos (Pancheri, 1979).

Cada una de estas funciones puede ser concebida a partir del constructo de ansiedad que desempeña un papel central en casi todas las teorías de psicopatología; estas tienen en común la suposición de que los comportamientos desviados, que enmarcan al paciente neurótico y psicótico, son básicamente reacciones de ajuste que evitan o finalizan un estado emocional dominante e inmensamente terrorífico: la ansiedad.

Se atribuye a la ansiedad la propiedad de aumentar la actividad biológica, reducir la eficacia comportamental y estereotipar y fijar reacciones defensivas de evitación; si aquella no disminuye, estas reacciones crecen en frecuencia, vigor y estereotipia hasta que ya no son coherentes con las normas sociales. (Kanfer y Phillips, 1976).

Existen investigaciones como las de Masserman y Yum (1946), quienes encontraron que después de haber provocado una neurosis experimental en gatos, manifestaban una preferencia por beber alcohol mezclado con agua. Esto sugiere que bajo condiciones de conflicto, el alcohol es un reductor de impulsos; siendo probablemente

el de la ansiedad el que disminuye (Maher, 1977). De la provocación de neurosis en gatos como base, Masserman procedió a explorar varias posibilidades clínicas relevantes; por ejemplo, una ramificación de esos esfuerzos proporcionó información sobre el estudio del alcoholismo. Se drogó con alcohol a animales con fobia y se le regresó a la cámara, con lo que se redujo la conducta neurótica y volvió la normal. Cuando posteriormente se dio a esos animales la oportunidad de elegir entre una bebida alcohólica y otra no alcohólica, más o menos la mitad de los animales neuróticos que participaron en esos experimentos comenzaron a manifestar una preferencia nada felina por el alcohol. Más aún, en la mayoría de los casos la preferencia se presenta con la suficiente insistencia y duración para merecer el nombre de adicción. Masserman, 1950 en (Maher, 1977 p.201)

Ejemplificando en sujetos pensantes, la acción del alcohol para reducir el nivel de ansiedad es clara: beber un vaso para salir adelante en condiciones de stress es una práctica bastante difundida para que merezca aún subrayarse; el uso muy difundido de ofrecer y de ingerir bebidas alcohólicas para calentar el ambiente

en encuentros sociales, testimonia la acción ansiolítica del alcohol en situaciones ansiógenas provocadas por un grupo y así mismo la acción brevemente afrodisíaca atribuida a la ingestión de alcohol encuentra su razón en la de la tensión ansiosa que puede verificarse en las relaciones con otro sexo.

Generalmente todas estas situaciones ansiógenas son fisiológicas y el individuo normal logra superarlas aún sin recurrir al alcohol; no obstante en algunos individuos en quienes están presentes situaciones conflictivas no resueltas que generan un continuo estado de ansiedad y depresión, en quienes la tolerancia a la frustración y a los sentimientos de culpa es baja, en quienes existe una condición de inmadurez y de dependencia emocional, la ingestión del alcohol puede tornarse el medio habitual para reducir el nivel de ansiedad, dadas las fallas de los otros sistemas de control utilizados. Naturalmente, en sujetos alcohólicos se echa a andar un círculo vicioso, en el que, aparte del real efecto ansiolítico del alcohol, este último se emplea en virtud de una espera "mágica" de su efecto. El pensamiento de que sólo a través de una bebida alcohólica podrá obtenerse un alivio a su condición de

sufrimiento lleva al paciente a una espera espasmódica y obsesiva (y, por tanto, susceptible de potencializar el nivel de ansiedad inicial) de la ingestión liberadora del alcohol. A ello se agrega también cierto grado de dependencia física por el cual dentro de ciertos límites el metabolismo está condicionado a la ingestión del alcohol, generando en caso de suspensión el verdadero síndrome de abstinencia (Solomón y Patch, 1976).

2.2 EL CONDICIONAMIENTO

Es necesario conocer como, a través de procesos de aprendizaje; se llega a la adicción alcohólica. Keehn (1969) y otros afirman que el mejor modo de comprender la cuestión de la drogadicción o la "dependencia" como fenómeno conductual, es estudiando cómo se adquiere y mantiene la conducta de drogadicción. Por ello se puede considerar a esa "dependencia conductual" producto de una combinación de determinantes conductuales, en la que la respuesta final produce un reforzamiento frecuente e inmediato y se demoran relativamente bastante las consecuencias aversivas de la droga. En tales circunstancias, cuando la bebida produce un resultado reforzante y se demora mucho el resultado aversivo, y

cuando se ha generado la conducta será sumamente resis
tente al cambio (Sandler y Davidson, 1977).

No obstante la pureza del condicionamiento operante o instrumental es una ficción. Una secuencia repetida de respuesta refuerzo se da generalmente en presencia de señales situacionales más o menos estables que pueden funcionar como EC, lo que permite el condicionamiento clásico sobre la base del aparejamiento del EC y el si
guiente estímulo reforzante o EI (Kanfer y Phillips, 1976). Por esta mezcla de operantes y respondientes, el ambiente social concurrente al acto de beber y la multitud de señales asociadas con la secuencia comple
ta, muestran claramente que una simple analogía de la laboratorio, sea el condicionamiento clásico de la vista del alcohol o un castigo operante por beber, sólo pre
sentan un pequeño ejemplo de los comportamientos que intervienen (Kanfer y Phillips, 1976 p.115).

Otro error fundamental al atribuirse al condicionamiento de evitación la primitiva suposición de que este ti
po de aprendizaje subyace en la formación de numerosos síntomas neuróticos tales como fobias, histeria y otros

comportamientos evitativos que la sociedad considera anormales. El dilema técnico radica en la descripción de los factores emocionales precisos que mantienen ese comportamiento cuando el organismo no experimenta el EI en cientos o aún en miles de ensayos (Kanfer y Phillips, 1976). Podemos concluir ahora que las impurezas del modelo de sustitución del estímulo en el caso clínico, son consecuencias inevitables de la dificultad de aislar unidades de respuesta en el comportamiento humano. Los estudios sobre alcoholismo señalan el punto donde las respuestas clásicamente controladas representan sólo una pequeña parte en la secuencia conductual. Muchas operantes, respuestas verbales mediadas y experiencias fisiológicas complejas son componentes del acto patológico. (Kanfer y Phillips, 1976 --- p. 153)

2.3 INFLUENCIA SOCIAL

Si bien los principios de aprendizaje citados antes han demostrado que son sumamente útiles en el laboratorio de psicología, no bastan para explicar muchos, si no todos, los cambios de la conducta que aparecen fuera del laboratorio. Bandura y Walters, 1963 reconocen

la validez de la teoría operante para explicar la aparición de conducta que ya forma parte del repertorio de quien aprende, pero observan que no explica adecuadamente la aparición de conducta nueva que quien aprende no ha mostrado anteriormente (en Lindgren, 1977 p. 71). Skinner (1963) explica la aparición de respuestas nuevas como un moldeamiento o reforzamiento de las sucesivas aproximaciones a la nueva conducta. (Lindgren, 1977, p.71). No obstante tal como señalan Bandura y Walters, la conducta social que las personas aprenderían sería mínima si tuvieran que depender de los procesos minuciosos, exigentes y tediosos de condicionar aproximaciones sucesivas a la conducta deseada; el procedimiento que emplean los animales superiores y particularmente el hombre es el de la imitación, sin embargo Bandura y Walters consideran que el reforzamiento es parte muy importante del proceso de aprendizaje. En primer lugar, los individuos que sirven como modelos de otros, suelen reforzar las aproximaciones de su conducta mediante elogios o cualquier otra forma de reforzamiento (en Lindgren, 1977, p.73) es necesario además para comprender el aprendizaje social de un individuo determinar cuales son los grupos de referencia que utiliza; qué importancia da a cada uno de ellos y qué es lo que aprende de cada cual. Es evidente que un indivi

duo no puede imitar la conducta total ni siquiera de un solo grupo de referencia; tiende a escoger ciertas características o aspectos entre la gran diversidad que el grupo presenta, tal vez las actitudes y los valores son lo más importante psicológicamente que se aprende del grupo de referencia, porque sirven de base a un vasto complejo de conducta social. Al igual que otra clase de diferencias individuales que hemos mencionado, los valores y las actitudes se aprenden, es decir, aprendemos a apreciar o preferir un tipo de acontecimiento, curso de acción u objeto en vez de otros posibles o que están a nuestro alcance. (Bandura y Walters en Lindgren, 1977, p. 78)

2.4 LA EXPLICACION PSICOANALITICA

La explicación psicoanalítica del alcoholismo se basa en la naturaleza predominantemente sexual del inconsciente, la cual es precedida por el concepto del determinismo psíquico o causalidad, es decir, el que todo acontecimiento psíquico está determinado por los que lo precedieron además del concepto de que la conciencia es la característica inusitada más que la regular de los procesos mentales, los cuales tienen un signifi

cado fundamental y son frecuentes en el comportamiento humano y generalmente son causa de las acciones humanas (aunque pueden ser atribuidas consecuentemente a otras "causas" aparentes). Estos dos conceptos pueden expresarse conjuntamente como sigue: toda forma del comportamiento del hombre tiene una causa y es muy probable que la causa sea inconsciente. Es entonces en la búsqueda de los orígenes inconscientes de los síntomas de perturbación de naturaleza sexual en donde se encuentran las raíces de las perturbaciones, es decir, en los orígenes de la sexualidad infantil, la cual a modo de tema afirma que la libido, o fuerza vital, arrastra al individuo en busca del placer, siendo la fuerza vital de naturaleza primordialmente sexual, que incluye todos los sentimientos que hacen a una persona desear el contacto placentero con otros y hasta con sí mismo. Es desde la primera infancia que el individuo es empujado por la libido hacia la realización de la sexualidad madura. Si no encuentra serios obstáculos, el individuo progresa a través de ciertos grados de sexualidad. Si es frustrado, consistentemente el individuo puede fijar su libido en cualquiera de esos grados anteriores a su madurez y desarrollar estados patológicos correspondientes. El primer grado de la sexualidad

característica del primer año de vida del niño, es la etapa oral, durante esta fase la energía libidinosa del niño se centra en la boca, por cuyo medio obtiene satisfacción. La sensación de angustia proviene de la posibilidad de separación permanente del origen de la satisfacción (en la primera experiencia del infante, es la madre y su pecho); la angustia probablemente surge por primera vez durante la frustración del deseo que tiene el niño de mamar, la cual, a su vez, acarrea la comprensión de que el pecho está separado de él y sus deseos y, por lo tanto, puede perderse. Es esta angustia por la cual desarrolla el mecanismo de regresión a la etapa oral cuando el ego es incapaz a causa de la angustia, de resolver, los problemas de ajuste a nivel genital siendo este el caso del bebedor que se calma al tomar alcohol, (dominando el impulso agresivo del id) siendo este el primer paso para adquirir la habituación. (Keller, 1951).

2.5 LOS FACTORES GENETICO Y FISIOLOGICO

En cuanto a los estudios en el campo de la herencia existe alguna evidencia de que el alcoholismo está, en cierta medida, determinado genéticamente; sin embargo;

la herencia sola no explica la gran mayoría de casos y la disposición constitucional tiene que conjugarse con los otros factores para alcanzar un valor patogénico.

La llamada "teoría genetotrófica" de R. Williams y sus colaboradores de la Universidad de Texas, tiene aún cierta influencia tal vez porque abre posibilidades terapéuticas que de hecho proporcionan buenos resultados, si bien meramente paliativas. La hipótesis sugiere que los alcohólicos sufren un defecto genético en la producción de las enzimas necesarias para metabolizar ciertos materiales alimentarios; la deficiencia nutricional que resulta, provoca una especie de apetencia fisiológica por el alcohol de tal manera que la primera ingestión desencadena un deseo incontenible de introducir más alcohol en el organismo. Atractiva como es, esta teoría no ha podido ser comprobada ni como explicación etiológica ni como tratamiento del alcoholismo. La teoría de la alergia como causa del alcoholismo es ya relativamente vieja y está prácticamente abandonada. Postula la presencia de un factor humoral específico que sensibiliza para favorecer la ingestión excesiva de alcohol. (Folleto inédito).

El doctor Howard W. Haggard reportó resultados negati
vos en sus investigaciones practicadas tanto en anima
les como en seres humanos, y junto con él otros inves
tigadores han llegado a conclusiones semejantes. La
realidad es que los estados alérgicos pueden ocurrir a
partir de cualquiera de las sustancias que se encuen
tran en las bebidas alcohólicas, incluido, por supuesto,
el etanol mismo. Podemos en consecuencia, establecer
este criterio: la naturaleza del proceso de farmacode
pendencia al alcohol, el desarrollo de los cambios fi
siológicos a nivel de todo el organismo y las alte
raciones del sistema nervioso central que definen la
adicción al alcohol, son hasta ahora asuntos no bien
conocidos. (Velasco, 1981, p.47)

Concluimos entonces, que todo defecto hereditario, fun
cional, metabólico o nutricional, necesita de la conco
mitancia de otros factores como los psicológicos y los
socioculturales, para adquirir relevancia como preci
pitante del alcoholismo.

2.6 EL LENGUAJE INTERIOR

De acuerdo a la hipótesis que se maneja en este trabajo acerca del lenguaje interno (manejo de ideas irracionales) como causante del acto de beber, es necesario dar una breve explicación en este capítulo, acerca de la causa del acto de beber.

Los pensamientos que hacen al individuo mal ajustado, se arraigan a partir de lo que Vygotsky llama la formación de las funciones psíquicas superiores del hombre, que hunden sus raíces en el exterior del organismo biológico, en las condiciones objetivas de su existencia social; se desarrollan por un proceso de formación social en el que el lenguaje interior es la etapa final, bajo la influencia del cual, la percepción cambia de manera radical, nuevos aspectos de la memoria aparecen y se crean nuevas formas de pensamiento, que aseguran los sistemas más complejos de acción, convirtiéndose con esto el lenguaje interior, en una de las bases principales de la regulación del comportamiento, mecanismo fundamental de la formación de los vínculos temporarios y de la elaboración de los hábitos (Luria, 1968, p.133.) De este modo en el grado en que

los factores cognoscitivos sean determinantes potentes de estados motivacionales; se podrá anticipar que precisamente el mismo estado o excitación fisiológica se podrá catalogar como dicha, furia, celos o como cualquiera de la gran diversidad de clasificaciones emocionales, dependiendo de los aspectos cognoscitivos de la situación, que son en última instancia en el caso de los sujetos alcohólicos, los causantes del acto de beber.

Es esta explicación el sustento de la tesis, por lo que la segunda parte está dedicada a profundizar lo expresado a manera de resumen en este inciso.

3. CONSECUENCIAS

3.1 EN EL INDIVIDUO

a) Fisiológicas

Para comprender en qué forma altera el alcohol funcionalmente al organismo es necesario considerar como se metaboliza.

El alcohol es liberado en el cuerpo mediante un proceso conocido como oxidación, en el que el alcohol se funde con oxígeno y sus elementos básicos dejan el cuerpo como bióxido de carbono y agua. Sabemos que el alcohol se absorbe rápidamente por el intestino, pasa al torrente sanguíneo y de ahí a todos los tejidos del cuerpo. La máxima concentración de alcohol en sangre ocurre a la media hora y hasta las dos horas después de la ingestión. El hígado se ocupa de oxidar el alcohol casi en su totalidad ya que de 1 a 2 por ciento se excreta por riñones y pulmones. De modo que la velocidad del proceso de oxidación es una función del tamaño y el estado del hígado. Aunque una diversidad de

factores pueden retardar este proceso, no se conoce ninguno, en cambio, que pueda acelerarlo. Entre los factores que retardan este proceso se encuentran, la velocidad a la que es consumido y la presencia de otro alimento en el estómago. Las proteínas que son los alimentos químicamente más complejos, son las que requieren más tiempo para ser digeridas y son las que retardan en mayor grado por consiguiente, la absorción del alcohol. Una vez que el alcohol ha pasado a la corriente sanguínea sus efectos persisten hasta que está completamente oxidado. A diferencia de otros alimentos que se oxidan a una velocidad irregular, según las necesidades del organismo, y que pueden inclusive almacenarse, el alcohol, una vez introducido en la corriente sanguínea ha de eliminarse por completo. Como se metaboliza rápidamente, representa una fuente de energía considerable y puede llegar a constituir hasta 75% de nuestras calorías. El alcohol tiene una acción inmediata que puede ser catalogada de depresora. Pero esta depresión la realiza a nivel de los centros corticales y priva de inhibiciones y control a los centros basales, de manera que la conducta es más primitiva y espontánea, aunque esto no puede afirmarse rotundamente (Pancheri, 1979. p. 80.)

La disfunción cerebral inducida por alcohol conduce a trastornos en el equilibrio y a una diversidad de habilidades motoras delicadas, los trastornos talámico e hipotalámico podrán inducir un estado comatoso y la depresión de las funciones de la médula oblongada pueden traducirse en un trastorno e inclusive disfunción de la respiración y de otras funciones vitales. Este último resultado es poco corriente, porque en forma típica se produce inconsciencia antes de que la persona ingiera una cantidad suficiente de alcohol para afectar los centros medulares, los casos raros han de atribuirse a ingestión rápida de dosis muy grandes. (Zax y Cowen, 1978. p. 265).

No existe explicación para ciertos casos en que la habituación al alcohol se desvía claramente del promedio, se han aducido razones de absorción intestinal que no han sido demostradas. En el sujeto normal la intoxicación ligera aparece cuando la saturación alcohólica en la sangre alcanza 0.2% por volumen. Entre 0.2% y 0.5% hay grados crecientes de intoxicación y por encima del último nivel hay peligro de muerte.

La ingestión por largos períodos de elevada cantidad de alcohol conduce a un "síndrome de impregnación" con relativas lesiones somáticas susceptibles de empeorar progresivamente hasta un síndrome demencial; los trastornos somáticos acompañan estrechamente al cuadro clínico desde signos de gastritis hasta impotencia, polineuritis alcohólica, trastornos secundarios a las lesiones hepáticas, renales, cardíacas, etc. (Zax y Cowen, 1978)

b) Psicológicas

En los casos en que el alcohol es ingerido en forma extrema, tanto en cantidad como en frecuencia, puede producir trastornos psíquicos catalogados psíquicamente como Delirium Tremens, Síndrome de Korsakov, Alucinosis Alcohólica, Delirio de Celos y Deterioro Alcohólico.

El Delirium Tremens, está constituido por un trastorno agudo de la conciencia en alcohólicos crónicos; tiene la peculiaridad de manifestarse frecuentemente en ocasión de la suspensión brusca de alcohol en sujetos

que estaban habituados desde hacia largo tiempo a ingerir cantidades máximas. El nombre de la enfermedad deriva de un estado confusional (Delirium) y de los temblores acentuados en los miembros (Tremens). (Zax y Cowen, 1978)

El cuadro del Delirium Tremens está caracterizado esencialmente por los rasgos siguientes:

a) El aspecto general refleja las condiciones psíquicas: la expresión del paciente y su mímica reproducen las vivencias delirantes y alucinatorias que le invaden; el paciente puede gritar aterrizado, o agitarse de manera continua, o tener expresiones de ansiedad, o de terror, etc. El temblor puede no estar presente en todos los casos pero cuando está presente puede ser generalizado.

b) El trastorno de la conciencia está presente constantemente y se caracteriza por un estado onírico, en los casos más graves por un estado confusional. El estado orinoide está caracterizado por la presencia de una producción delirante, y sobre todo, por alucinaciones visuales estructuradas en escenas con fuerte carga

emotiva (escenas de agresión, escenas terroríficas, caras amenazantes, etc.) o representaciones animales (zoopsias) o pequeños animales como insectos (micropsias); también están presentes alucinaciones auditivas (voces amenazantes), gustativas (sabores de veneno, etc.), olfativas y cinestésicas. Además el paciente se siente amenazado y preocupado directamente en sus creaciones alucinatorias que tienen la característica de ser vividas con intensidad y con una fuerte carga de ansiedad; el paciente ve y siente sobre la piel pequeños animales e insectos. En los casos más graves el paciente cae en verdadero estado confusional con graves trastornos perceptivos, ideativos y afectivos que son característicos de tal trastorno de conciencia; en espacio, la memoria y la atención están gravemente comprometidos.

c) El síndrome orgánico: existen los signos de un sufrimiento orgánico generalizado, fiebre, pulso frecuente e irregular, sudoración difusa, lengua y mucosa secas (deshidratación), sufrimiento hepático y renal. A veces está presente un cuadro de polineuritis más acentuada en los miembros inferiores.

d) La evolución y el pronóstico: en los casos de delirium tremens entre el 5 y el 15% de pacientes mueren. En los otros casos generalmente tras algunos días existe una resolución del episodio o su evolución hacia una psicosis alcohólica crónica.

El síndrome de Korsakov; este síndrome se clasifica por lo general entre los trastornos del alcoholismo en cuanto que se acerca con notable frecuencia a la intoxicación crónica por el alcohol, pudiendo, no obstante presentarse en otras enfermedades orgánicas psiquiátricas. Está caracterizado por la presencia contemporánea de trastornos de la memoria de fijación, desorientación, confabulación y por la presencia de un síndrome polineurítico.

a) Etiopatogenia: La carencia de vitaminas del grupo B, secundarias a la ingestión de alcohol provoca alteraciones celulares difusas en el sistema nervioso; en algunos casos se han encontrado alteraciones electivas de los cuerpos mamilares.

b) El cuadro clínico está caracterizado, como se ha dicho, por una pérdida de la memoria de fijación; no obstante en forma paralela a la agravación de la enfermedad pueden perderse aún recuerdos fijados hace mucho tiempo. Otra característica típica está constituida por la confabulación o sea, el llenado de tales lagunas amnésicas con recuerdos del todo imaginarios y fantásticos. La conciencia parece lúcida pero se ve bien pronto que existen gruesos trastornos de la orientación, dependiente al menos en parte de las graves lagunas amnésicas. Por lo que concierne a la polineuritis, ésta puede variar desde trastornos de la sensibilidad (dolores, parestesias) hasta la pérdida de reflejos y signos de parálisis.

c) La evolución varía, en algunos casos después de 6 a 8 meses, se observa una buena recuperación; en otros, después de varios meses tiene una mejoría solo parcial sin regresión completa de los trastornos de la memoria.

Alucinosis Alcohólica; el término alucinosis empleado para definir esta especie de trastornos resulta en realidad algo impropio por cuanto se trata generalmen

te de verdaderas alucinaciones que se muestran al pa
ciente sin que exista una desestructuración paralela
del estado de conciencia. Por tanto, las alucinaciones
aparecen con conciencia lúcida, están constituidas
casi exclusivamente por alucinaciones auditivas y
en algunos casos visuales. Las "voces" tienen siempre
un contenido amenazante, alusivo y acusatorio: el pa
ciente se escucha acusado generalmente de prácticas ho
mosexuales si es hombre o de inmoralidad si es mu
jer. Las alucinaciones visuales no están estructura
das con exactitud y se hallan constituidas esencial-
mente por formas indistintas. Es muy importante el
estado de ansiedad y de miedo que acompañan al pa
ciente durante la vivencia de tales manifestaciones
alucinatorias.

Delirio de celos; se trata de un trastorno psicótico,
de estructura paranoide presente en ocasiones en alco
hólicos crónicos. Está caracterizado por la presencia
de un delirio lúcido, centrado precisamente en presen
cia de temas de celos y de infidelidad. Por lo general,
el paciente acusa a su compañera de las más absurdas
infidelidades.

El delirio puede implicar a varias personas; se observa que la aparición del delirio de celos ocurre con base en una personalidad predispuesta; en efecto, se trata de personalidades rígidas, suspicaces y por tanto inseguras que habían manifestado precedentemente sentimientos de celos.

Deterioro Alcohólico. La ingestión por largos períodos de elevada cantidad de alcohol conduce a un "síndrome de impregnación" con relativas lesiones somáticas susceptibles de empeorar progresivamente hasta un síndrome demencial.

Las características de estos pacientes, prescindiendo de la presencia de trastornos psicóticos como los descritos son:

a) El rostro es hipomímico; el aliento tiene un característico olor aromático; la palabra difícilmente se articula.

b) Los cambios caracteriales son constantes; el pacien

te presenta una extrema incontinencia emotiva, pasa con facilidad de la risa al llanto, a las reacciones agresivas incontroladas. El alcohólico crónico se torna indiferente a los problemas familiares pero es susceptible e irritable.

c) Los déficits operatorios son también constantes, desde la simple dificultad para concentrarse o prestar atención a una tarea, hasta la pérdida de la capacidad de juicio y de razonamiento. (Zax y Cowen, 1978).

3.2 EN LO SOCIAL

Se afirma que el alcoholismo es uno de los tres mayores problemas de salud pública en el país, que afecta a 1 de cada 10 mexicanos según datos de la SSA (1980) y que podrían ser 2 de cada uno en los próximos años; actualmente, según la Procuraduría General de la República existen casi 6 millones de individuos afectados por esta enfermedad en nuestro país y que a nivel mundial alcanza un número incalculable.

Afecta a la salud pública, tiene graves efectos laborales como el ausentismo, los accidentes de tránsito, las muertes violentas, etc.

Estos resultados perjudiciales se suman a la incompleta nutrición y a las enfermedades infecciosas que alcanzan un alto índice de mortalidad como es el caso de la cirrosis hepática. Se dice que son los jóvenes quienes padecen en mayor número esta enfermedad sobre todo del sexo masculino.

Se desconoce la distribución por categorías socioeconómicas, pero hay razones para suponer que el alcoholismo afecta mayormente a los jóvenes de la clase media.

En las poblaciones rurales, sobre todo en las indígenas el alcoholismo alcanza también a un alto porcentaje de niños.

Presentaré el cuadro de un bebedor inmoderado para complementar la visión de este problema.

El alcohólico tiene en constante zozobra y frustración a sus familiares y allegados. No saben nunca a qué hora ni en que condiciones va a llegar. Viven en un continuo temor de que algo trágico le suceda. Desbarata todos los planes sociales o recreativos que se hacen y su conducta impredecible hace que se le aisle del círculo social a que pertenece, la economía familiar se viene a pique, afecta el trabajo propio y la producción.

Los hijos aprenden su comportamiento en algunos casos, a otros les causa conflictos y perturbaciones emocionales.

Tiene todo tipo de accidentes: caseros, laborales, automovilísticos, etc., y cuando está agresivo causa o recibe lesiones, injurias y toda clase de agresiones a quien sea.

3.3 EFECTOS CONGENITOS

El alcohol no sólo perjudica a quien lo ingiere sino también a los descendientes a quienes a través de los cromosomas se afecta; esto fue manifestado por el Dr. Badr F. de la Universidad de Kenia en el Tercer Congreso de la Comisión Internacional para la prevención del Alcoholismo y la Drogadicción. (Material inédito).

Los experimentos realizados por el Dr. Badr señalan al alcohol como uno de los factores causantes de defectos en los cromosomas. A esta conclusión ha llegado después de realizar dos tipos de experimentos: primero, se analizaron comparativamente bajo el microscopio células de individuos alcohólicos y de abstemios, observando el tipo y la frecuencia de los cambios y las aberraciones en la estructuración de los cromosomas. Las diferencias eran notables, luego se tomaron glóbulos blancos de individuos normales no dados a la bebida, y se sometieron a diferentes dosis de alcohol y acetaldehído para analizar su efecto sobre los cromosomas.

Se cuidó que las cantidades fueran proporcionales a lo que tomaría un bebedor moderado o empedernido. Estos experimentos también revelaron graves daños estructurales correspondientes a las dosis aplicadas. El empleo del acetaldehído se debió a que este derivado del alcohol producido por una enzima en el hígado, parecía ser el agente que efectivamente causa daño a los chromosomas, tal como lo indicó ante el Congreso de la Salud Norteamericana de Genética en 1976. En efecto, estos experimentos han demostrado que el acetaldehído que se elabora en el organismo a partir del alcohol que se ha ingerido es un tóxico entre 10 y 15 veces más potente que el mismo alcohol para producir daños severos en los chromosomas. Y es bien sabido que el nivel de acetaldehído es mucho más alto en la sangre de los alcohólicos, que en el caso de los que no beben. (material inédito).

Podemos también atribuir otros resultados a estos chromosomas defectuosos, sabemos que cuando no resultan fatales en las primeras etapas de desarrollo del óvulo fertilizado, los chromosomas defectuosos causan anormalidades congénitas. La trisomía o presencia de un chromosoma extra puede provocar en el ser humano el Síndrome

me de Down, deformaciones físicas, retraso mental, desórdenes de la conducta, tumores malignos, etc. La monosomía o carencia de un cromosoma puede causar retraso en el desarrollo físico y mental, infertilidad, enfermedades cardíacas congénitas, afecciones renales, deformaciones de la columna vertebral, etc. (material inédito).

Investigaciones efectuadas en los últimos años señalan que los hijos de madres que sufren alcoholismo crónico y que siguieron bebiendo durante el embarazo, nacen con graves trastornos físicos entre los que destacan el bajo peso y tamaño, defectos congénitos del corazón, paladar hendido, deformidades de los pies, luxación de la articulación de la cadera, estrabismo y deficiencia del desarrollo físico antes y después del nacimiento. Todavía más severos que los problemas físicos que pueden afectar a los recién nacidos de madres alcohólicas, son los trastornos posteriores de la inteligencia y de la conducta debidos a los daños ocasionados en las células del cerebro durante la vida fetal. (Ve lasco, 1981, p.40)

4. TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

4.1 TECNICAS CONDUCTUALES

Las terapias del condicionamiento para tratar el alcoholismo se abandonaron durante un tiempo por la pobreza de las tasas de éxito de esos estudios, hasta los últimos años de la década de 1940 y los principios de la de 1950, cuando maduraron las condiciones para emplear en gran escala los principios y técnicas del condicionamiento y el aprendizaje en la práctica clínica rutinaria. Varios factores contribuyeron a esto, incluyendo la proliferación a partir de la Segunda Guerra Mundial, de psicólogos que se dedicaron al tratamiento de casos, la maduración tecnológica en el caso del condicionamiento clásico y en el del operante y el evidente fracaso de las técnicas tradicionales de tratamiento en los hospitales para enfermos mentales, en las instituciones para retardados y en las instituciones penales o con las formas extremas de conducta patológica, como la desviación sexual, el alcoholismo, la drogadicción y la psicosis (Sandler y Davidson, 1977).

El modelo de condicionamiento clásico se define en esencia, como la operación en que el experimentador apareja un estímulo incondicionado (EI) hasta que la respuesta condicionada (RC) siga a la sola presencia del (EI); sin embargo, el (EI) generalmente tiene características reforzantes no sólo para la respuesta condicionada (RC) y la incondicionada (RI), sino también para otros comportamientos que ocurren inmediatamente antes del (EC) y durante el intervalo entre el (EC) y el (EI). (Kanfer y Phillips, 1976, p. 114)

En el condicionamiento clásico puro, la secuencia EC-EI no es contingente (en el caso del alcoholismo). Independientemente de la naturaleza e intensidad de la respuesta del sujeto al EC, el experimentador administra el EI en la adquisición y lo retira en la extinción.

El condicionamiento instrumental u operante generalmente no da énfasis a las propiedades del estímulo, o las desconoce; más bien insiste en mantener una contingencia estricta entre la forma específica, magnitud o la

tencia de la respuesta y la entrega de un estímulo reforzante, aplicado por el experimentador, que sigue a la respuesta crítica (Kanfer y Phillips, 1976, p. 115).

La mezcla de operantes y respondientes, el ambiente social concurrente al acto de beber y la multitud de señales asociadas con la secuencia completa, muestra claramente que una simple analogía de laboratorio, sea el condicionamiento clásico de la vista del alcohol o un castigo operante por beber, sólo presentan un pequeño ejemplo de los comportamientos que intervienen (Kanfer y Phillips, 1976, p. 115).

El alcoholismo es un área del comportamiento patológico a la que se ha aplicado el modelo de terapia aversiva. El empleo de esta se puede separar, al menos conceptualmente, en tres clases.

a) Castigo; se intenta que la estimulación aversiva suprima un comportamiento indeseable.

b) Aprendizaje de escape y evitación: el estímulo aversivo que sirve para establecer nuevas respuestas que finalicen o prevengan la estimulación nociva.

c) Condicionamiento clásico (o procedimientos relacionados de aprendizaje de discriminación); la estimulación aversiva sirve para crear una nueva función de estímulo para un objeto o evento; se hace que este coincida con un estímulo que ya tiene propiedades aversivas (Kanfer y Phillips, 1976).

Ejemplos de las tres clases de estimulación aversiva:

a) Condicionamiento clásico

Modelo de Terapia

EC

E_3 = olor y vista
del alcohol

EI

choque

RC

temor,
aversión

RI

dolor, temor,
aversión

R₃ Por ejemplo, levantar la copa, saborear; pen
sar en la bebida, conversar.

(E₃ sirve de E^D, de ahí que tenga valor de C+)

b) Modelo de Castigo Operante

E	R	C	
E ₃ =	E ^D =	R ₃ =	C-
Olor y vista	Probar y	Choque dado	
del alcohol,	gustar <u>co</u>	por el <u>tera</u>	
también mira	mo se <u>ins</u>	peuta	
da y habla	tituyó		
del terapeu-			
ta			

E₃ Olor y vista de la bebida; presencia de modelos,
conversar.

R₃ Levantar la copa, saborear, pensar en la bebida,
conversar.

c) Modelo de Escape y Evitación

$E_3 = E^D = R_3 =$ choque escape del
el mismo la misma choque, por
ejemplo, es
cupir el al
cohol.

R
evitación por
ejemplo, no
beber; dar
una R alternau
tiva.

Los tratamientos de adicción, mediante estímulos aversivos, se incluyen generalmente en el condicionamiento aversivo, ya que los terapéutas investigadores más activos en esta área pertenecen a la tradición de Pavlov. Revisamos a continuación algunos de los procedimientos para la cura del alcoholismo.

El de Lemere y Voetlin (1950) está entre los mejores

estudios que utilizan una droga emética (emetina) como EI. En su procedimiento, se dieron al paciente drogas a fin de controlar serios efectos laterales, y sales orales para facilitar el vómito y emetina oral e inyectada. Justo antes del momento en que se esperaba que ocurriera el vómito y la náusea, el paciente olía y gustaba diversas formas de alcohol. En la mayoría de los experimentos también se ha dado gran cantidad de bebidas suaves y líquidos sin alcohol, antes de las sesiones, para aumentar la diferenciación entre la respuesta condicionada al alcohol y la respuesta a otros líquidos. Lemere y Voetlin (1950) informaron que el 60% de 4 000 pacientes se abstuvieron, por lo menos un año; el 51% 2 años; el 38% 5 años, con un total de 15% de abstinencia en los 13 años de seguimiento.

Un procedimiento drástico ha empleado la anectina o esculina, droga curatizante que produce temporalmente una parálisis completa, incluyendo la interrupción repentina de la función respiratoria del paciente, sin afectar el estado de conciencia. La administración de la esculina requiere una cuidadosa supervisión médica y tiene fuertes efectos de terror en el paciente, a quien se hace gustar y oler el alcohol antes de que

ocurra la parálisis. Cuando se comparó este método (Madill, Campbell, Laverty, Sanderson, Vandermater, 1966) con un grupo de pseudocondicionamiento que recibió solamente el EI, sin su aparejamiento a la vista, el gusto o el olor del alcohol y con un grupo placebo que solo recibió el EC, pero no el estímulo aversivo, no se observaron diferencias significativas durante los días de abstinencia en los 3 tratamientos con un seguimiento de 3 meses.

Como algunos de los procedimientos con drogas aversivas resultan frecuentemente efectivos para modificar la conducta patológica, pudiera ser que esté presente alguna forma de condicionamiento más eficaz que el condicionamiento clásico hacia atrás. De este modo quizá resulte más fructífero considerar como castigo a los procedimientos empleados por Voetlin y Lemere (1942) ya que después de la respuesta patológica (beber licor) viene un evento potencialmente nocivo (náuseas y vómitos) y según se afirma, se reduce la probabilidad de la respuesta (Azrin y Holz, 1966). Más recientemente se ha preferido el choque eléctrico a las drogas eméticas, como en el tratamiento de las desviaciones sexual

les probablemente por la larga historia de su utiliza
ción y por la asociación natural de la náusea y el vó
mito con la ingestión oral.

Como han indicado Azrin y Holz (1966), el choque eléct
rico ofrece varias ventajas respecto a otros estímu
los, se tiene un contacto constante con el sujeto; se
puede hacer variar el estímulo en una amplia gama de
valores, para producir así efectos diferenciales, los
efectos suelen ser inmediatos y es fácil administrar,
no necesitándose vigilancia médica; además, tiene po
cas contraindicaciones físicas y produce efectos simi
lares (aunque a diferentes intensidades) en todos los
sujetos.

Al parecer, las variedades de condicionamiento aversi
vo han resultado más afortunadas para tratar el alcoho
lismo que otras formas de tratamiento; por ejemplo, Kan
torovich (1928) halló que aparear la presencia, olor
y gusto de varias bebidas alcohólicas con choque produ
jo abstinencia total en 14 de 20 alcohólicos en un pe
ríodo de seguimiento que fue de 3 semanas a 20 meses.
En contraste, la sugestión hipnótica y el uso de medi

cina no impidieron que el paciente volviera a beber a los pocos días.

Quinn y Henbest (1967) hallaron que 7 de 10 alcohólicos bebedores de whisky, tratados mediante condicionamiento aversivo, dejaron de beberlo a raíz del tratamiento, pero siguieron bebiendo en exceso otras bebidas alcohólicas. Los 3 pacientes restantes dejaron de beber whisky a continuación del tratamiento pero siguieron bebiendo cerveza, clara u oscura, aunque no exageradamente. De este modo, cada uno de esos pacientes manifestó una especificidad de respuesta, y por lo menos 7 de los 10 no generalizaron la respuesta; empero, una vez más, no se sabe lo bastante para explicar con claridad porqué este procedimiento de condicionamiento en particular produjo una especificidad de respuesta tan extrema, mientras que los otros procedimientos aversivos de que se habló antes produjeron generalización de respuesta y ninguna especificidad obvia. (Mc Guire y Vallance, 1964)

Se ha hecho posible programar acontecimientos aversivos en la vida cotidiana del paciente. No hay ninguna

alternativa para esto cuando la conducta meta no puede provocarse en el consultorio. Por ejemplo, hay rituales que provocan situaciones particulares y no pueden conjeturarse satisfactoriamente en la imaginación. Además, si la aversión ha de tener muchas posibilidades de éxito en el tratamiento del alcoholismo o de otras toxicomanías, no es suficiente administrar estimulación aversiva solamente en conexión con las respuestas provocadas por la vista, el olor y el gusto de la droga. También es necesario combatir el deseo vehemente que surge de modo endógeno. Como no hay manera de producir el deseo vehemente en el consultorio, la terapia de aversión debe basarse en el aparato portátil de choques eléctricos para administrar estímulos aversivos en situaciones de la vida real (Wolpe, 1979).

En combinación con otras formas de condicionamiento, el condicionamiento aversivo ha sido investigado considerablemente. J. Hsu (1965) informa de una técnica en que se combina el condicionamiento clásico o el castigo con un condicionamiento por evitación. En dicho procedimiento se presentó a pacientes alcohólicos un grupo de 3 bebidas alcohólicas (cerveza, vino y whisky) y 3 bebidas no alcohólicas. Se pidió al paciente que bebie

ra en cualquier orden cada una de esas 6 bebidas, tras lo cual de 0.5 a 5 segundos después de haber bebido los líquidos alcohólicos se aplicaron en la cabeza del paciente pulsos de choque eléctrico de 30 segundos. Se siguió este procedimiento por 3 días y después de permitir al paciente en el cuarto día elegir 5 bebidas y 4 en el quinto día. Entonces los pacientes abandonaron el hospital y se le instituyó para que regresaran a las 4 semanas y a los 6 meses, a fin de recibir tratamientos de apoyo. Según el informe de Hsu el procedimiento resultó perturbador y amenazante para gran parte de los pacientes, como queda probado en la elevada tasa de deserción (sólo 16 de 40 individuos completaron el tratamiento inicial y la primera sesión de apoyo), No se han proporcionado los datos obtenidos en el seguimiento, lo que imposibilita evaluar adecuadamente este tipo de tratamiento.

Blake (1977) halló que había una mayor abstinencia en el beber por un período superior al año cuando se combinaba un condicionamiento aversivo con un entrenamiento en relajación, que cuando se empleaba por sí solo el primero. Este procedimiento combinado produjo un 45% de abstinencia en un período superior al año, mienti

tras que el condicionamiento aversivo sólo produjo un 23% de abstinencia. Si el entrenamiento en relajación hubiera sido contingente a la respuesta y al estímulo; como en la desensibilización, quizá se tendrían mejores resultados. J. Thiman (1949) y Voegtlin y Broz (1949) hallaron que el condicionamiento aversivo por sí solo resultaba de lo más afortunado con pacientes alcohólicos que hubieran adquirido su conducta patológica de beber como resultado de un prolongado y constante hábito social de beber y que tiene bastantes actitudes constructivas que mejorar a fondo en función de la sobriedad conseguida. Esto hace pensar en la necesidad de analizar la historia de cualquier conducta alcohólica cuando se planea una terapia o una modificación.

Existe un marcado interés en el aprendizaje de evitación por la primitiva suposición de que este tipo de aprendizaje subyace en la formación de numerosos síntomas neuróticos tales como fobias, histerias y otros comportamientos evitativos que la sociedad considera anormales. El dilema teórico radica en la descripción de los factores emocionales precisos que mantienen ese comportamiento cuando el organismo no experimenta el

EI en cientos o aun miles de ensayos. Cabe mencionar después de estas investigaciones, la diferenciación de los modelos de aprendizaje que utilizan estímulos aversivos, con frecuencia se encuentra en la aplicación clínica del castigo para eliminar respuestas y el hecho de que el método terapéutico se denomine castigo o condicionamiento aversivo depende más de la afinidad técnica del autor que de cualquier análisis de las operaciones que se utilicen. Generalmente el término castigo es empleado con más frecuencia para controlar actos sociales o autodestructivos.

Dentro de los procedimientos operantes se han empleado con pacientes alcohólicos ciertas variedades de contracondicionamiento aversivo. N.V. Kantarovich (1928) presentó a 20 pacientes alcohólicos tarjetas con el nombre de bebidas, olores y dibujos de botellas y tipos de mezclas alcohólicas. Se apareó cada uno de esos estímulos con un choque eléctrico, Diez alcohólicos más el grupo de control, sólo recibieron atención médica y sugerencias hipnóticas de que dejaran de beber. Una vez terminado el tratamiento, todos los miembros del grupo de control, menos uno, volvieron a beber a los pocos días de haberse completado el programa. En con

traste, 17 de los 20 sujetos experimentales desarrollaron aversiones estables al alcohol y 14 de ellos permanecieron abstemios por periodos que iban desde 3 semanas hasta 20 meses.

S. S. Anant (1967 a 1968) y B. Ashmer y L. Donner (1968) indujeron verbalmente la aversión al alcohol. El procedimiento de Anant consiste en inducir un profundo relajamiento en cada paciente y presentarle entonces una jerarquía de escenas que asocien el beber alcohol con vomitar. Anant cree que un entrenamiento en relajación hace que el paciente se muestre más influenciable a los efectos aversivos de las escenas presentadas en la jerarquía. Este investigador ha informado de una abstinencia de hasta el 96% en 26 casos y por periodos que van desde 8 hasta 15 meses, a este procedimiento Anant lo llamó sensibilización encubierta.

J. R. Cautela (1967) empleó la técnica de sensibilización encubierta en forma similar. En este tipo de tratamiento no se presentan realmente al sujeto los estímulos (o conductas) indeseables ni el estímulo aversi

vo. En vez de ello, se le dan instrucciones para que ensaye la conducta patológica y para que luego imagine algún castigo. A menudo se elige una consecuencia aversiva natural como imagen de castigo; por ejemplo, se instruye a los alcohólicos para que imaginen, entrar a un bar, pidan una copa y sientan entonces que les causa náuseas y vómito. También se puede descubrir el sujeto en vergüenza ante lo ocurrido y otras reacciones sociales desagradables. Aunque es prematuro juzgar la eficacia experimental y clínica de la sensibilización encubierta, se ha informado de varios estudios en los que se obtuvieron resultados un tanto distintos; por ejemplo Cautela (1967) ha aplicado la técnica a una variedad de problemas clínicos, que incluyen homosexualidad, delincuencia y conductas impulsivas, como fumar, beber y comer en exceso igual que las reportadas por Ashm y Donner (1968). Para evaluar la terapia aversiva en alcohólicos se necesita una serie de estudios controlados que compare los tratamientos en poblaciones con medidas fisiológicas, de actitudes y comportamientos antes, durante y después del tratamiento. Al mismo tiempo, urge que la práctica clínica sea lo más amplia posible; que incluye la terapia del comportamiento de los síntomas de ansiedad y el desarrollo de las habilidades sociales y vocacionales necesarias, que

proporcionen los reforzadores ambientales indispensables, la aversión condicionada al alcohol, la reestructuración del estilo de pensamiento.

Podemos resumir brevemente la crítica a estos métodos, por ejemplo, ni las señales condicionadas clásicamente, ni los reforzadores operantes universales presentan alternativas para la respuesta de beber alcohol, por consiguiente, es difícil y casi imposible encontrar un sustituto de la respuesta de beber, hasta que se pueda establecer en que aspecto de la cadena de comportamiento y de las consecuencias de la ingestión de alcohol se hace la sustitución. Por otra parte, en el supuesto de que los alcohólicos se refuerzan en su síntoma, ingestión de alcohol, para la reducción de la ansiedad. Si este es el caso, la ansiedad condicionada a la vista y al olor del alcohol puede incrementar la respuesta de beber, ya que este acto reducirá la ansiedad (Guinn, 1949; Eysenck y Rackman, 1965) además de la poca certeza acerca de las señales exógenas y endógenas que probablemente provocan la respuesta meta en la vida real, y mayor variabilidad en las circunstancias, métodos y otros actos que tal vez acompañen a la respuesta meta en la vida real; los alcohólicos varían

grandemente de uno a otro e indudablemente de ocasión a ocasión, en qué, cómo cuándo y por qué beben, aunque pareciera existir un común denominador. Es importante señalar también, que en cualquier conducta, especialmente en el complejo del funcionamiento humano, implica parámetros de cada uno de los factores interrelacionados de la educación conductual. Los cambios en el organismo afectan otros sistemas de respuesta, los que a su vez modifican la receptividad de la estimulación y los efectos en el ambiente de la persona. En el análisis de los modelos de aprensizaje, se deben tener presentes estas interrelaciones y reconocer que la separación de las técnicas específicas mediante modelos de aprendizaje es por pura conveniencia y con propósitos didácticos; en cada caso, los modelos pueden describir el aspecto más crítico del procedimiento sin negar la presencia de otras influencias que pudieran modificar los efectos que se producen. Finalmente debemos comentar que todos los tratamientos aversivos del alcoholismo. En el mejor de los casos, tienen como resultado una recuperación del paciente en la condición de que ya no tiene nada que ver con el alcohol. Esto no es una recuperación de la normalidad. Un paciente curado tendría que ser aquel que pudiera tomar un trago como cualquier otro. Tal resultado estará fuera de nuestro

alcanza hasta que sepamos más de los procesos relacionados con la formación de los hábitos inducidos por drogas llamados toxicomanías. Sin embargo, se ha intentado aplicar recientemente la aproximación multimodal para beber moderado, en donde una de las aplicaciones más continuadas de la modificación conductual del alcoholismo ha sido el trabajo de M.D. Sobell, Schaefer, y L. C. Sobell y sus colegas del Hospital Estatal de Patton (California). Su trabajo que está dirigido al desarrollo de técnicas para entrenar alcohólicos crónicos a beber moderado enfatiza especificaciones exactas de los parámetros de las conductas objetivo asociadas con el alcoholismo, el desarrollo de los métodos diseñados para engrandecer la calidad de los estudios de tratamientos con seguimiento, explícitamente en entrenamiento de destrezas sociales para sustituir las conductas maladaptativas que el alcohólico tendrá que abandonar, el desarrollo de los métodos permitirá el tratamiento simultáneo de grupos relativamente grandes de sujetos. (Nathan en Leitenberg, 1976, p. 31).

4.2 EL PSICOANALISIS

El fundamento teórico para el tratamiento del alcoholismo parte de la influencia del inconsciente en la conducta del individuo, la terapia consiste principalmente en llevar a la conciencia el material reprimido, sin embargo el yo debe sufrir cambios a fin de hacerse más capaz de manipular el material reprimido sacado a la luz por la libre asociación. En la terapia, por tanto, se da más importancia a la resistencia (las defensas del yo relacionado con la incapacidad del individuo para encararse y tratar a los deseos inconscientes que aparecen en el curso del análisis) y la transferencia como medio de vencer aquella resistencia y ayudar al yo a utilizar la energía psíquica que se había empleado en las mayores defensas del yo. Las relaciones entre paciente y analista son consideradas esenciales a medida que se adentra en la terapia, es decir las relaciones de transferencia, ya que a medida que el paciente revive sus experiencias de la infancia en la situación terapéutica, se efectúa un cambio en sus actitudes porque nunca antes había experimentado reacciones objetivas a su conducta. El paciente podrá enfrentarse a lo que anteriormente reprimió a causa de la censura de personas significativas en su pasado, la

experiencia emocional correctiva de la terapia ha sido el medio por el que el ego del individuo puede tener la fuerza de manejar el material anteriormente reprimido de manera integradora. (Harper, 1960)

Si bien Freud se refirió sólo ocasionalmente al tratamiento individual y de grupo basado dinámicamente regresa a ser el modo predominante del tratamiento profesional de los alcohólicos. No obstante, Freud dudaba acerca de la utilidad del psicoanálisis para las "neurosis de carácter" de las cuales el alcoholismo es una. Los resultados de una cuidadosa revisión de 49 escritos publicados entre 1952 y 1963, los cuales reportan estudios de psicoterapia con alcohólicos, obteniendo la infeliz conclusión que los autores eran incapaces de formar una opinión conclusiva, como el valor de los métodos psicoterapéuticos en el tratamiento del alcoholismo (Hill y Blaine, 1967) en (Leitenberg, 1976).

Otros, además han pretendido éxito con alcohólicos usando psicoterapia psicoanalíticamente orientada (Silber, 1970), psicoanálisis (Shentaub y Mijolla, 1968) y Terapia de Grupo dinámicamente orientada (Smith, 1969)

Desafortunadamente estas pretensiones de éxito no están acompañadas de datos empíricos que nos lleven a concluir que la utilidad de la psicoterapia para alcohólicos despecha su discriminado uso, para regresar a su restablecimiento (Nathan en Leitenberg, 1976)

4.3 LOS ALCOHOLICOS ANONIMOS

La organización Alcohólicos Anónimos es sin duda la que mejores resultados ha obtenido en el tratamiento del alcoholismo, no obstante estar basado en su tratamiento en un procedimiento empírico, veamos este procedimiento y su fundamentación (A.A. Compendio).

Los hombres y mujeres beben esencialmente porque les gusta el efecto producido por el alcohol. La sensación es tan engañosa que a pesar de que reconocen que es no civo, siguen usándolo y con el tiempo llega el momento en que no pueden diferenciar lo que es real de lo ficticio, pasando a ser la vida alcohólica una vida normal, de la cual es posible liberarse siguiendo varias reglas simples ajenas radicalmente a la creencia de que el alcoholismo es un problema de control mental

únicamente (A.A. Compendio)

Para los A.A. existe una convicción firme de que los al
cohólicos son seres que han perdido por completo la ca
pacidad de controlar la bebida, pues ningún verdadero
alcohólico ha logrado jamás recobrar el control, demo
strándose que aquel que es una vez alcohólico siempre se
rá alcohólico. Sólo así se concibe que después del
transcurso de un prolongado período de abstinencia, al
comenzar a beber de nuevo, nos hallamos en breve tiempo
en tan desastroso estado como antes.

Los A.A. se preguntan: ¿Qué clase de pensamientos do
minan al alcohólico que reta una y otra vez al diabli
llo del primer trago? esto no es siempre del descono-
cimiento del alcohólico hay quienes saben el motivo
de su conducta, sin embargo, no podría dejar de beber
a base del conocimiento que tenga de sí mismo, esta re
cuperación depende fundamentalmente del llamado desper-
tar espiritual pues no basta con regirse con un código
de principios morales o acogerse a una mejor filosofía
de la vida para contrarrestar el alcoholismo, es preci-
so hallar ese poder salvador mediante el cual es da

ble el seguir viviendo. Este es un poder evidentemente superior a nosotros mismos, Dios que tiene en este caso juega el papel primordial para lograr la recuperación, sin embargo, este acercamiento a Dios está basado en la propia concepción por rara que parezca, para acercarse y lograr contacto con él. (A.A.)

Mencionamos a continuación los pasos que se sugieren como programa de recuperación a todos los alcohólicos interesados.

1. Admitimos que éramos impotentes entre el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables
2. Llegamos al convencimiento de que solo un ser superior a nosotros mismos, podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.

4. Sin ningún temor, hacemos un inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
6. Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos librase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, el daño que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros.

10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente.

11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para aceptarla.

12. Habiendo experimentado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros actos. (A.A. Compendio)

Cada uno de estos pasos tiene características y dificultades particulares, sin embargo, no es nuestro propósito describirlas en detalle, sino tener una idea acerca de los principios de este tratamiento, con el objeto de criticarlos sobre la base de un punto de vista racional.

Ahora bien, a pesar de ser la organización A.A. en donde mayor éxito se ha tenido para la rehabilitación de pacientes alcohólicos, a pesar de no utilizar un procedimiento en el que las técnicas psicológicas definidas como tales, tengan algún papel relevante, dado que su éxito radica generalmente en aspectos empíricos, los cuales no han sido suficientemente investigados para conocer las variables involucradas en la rehabilitación.

Si bien esto es cierto, existen algunas cuestiones criticables a este tipo de tratamiento.

1. El alcoholismo es esencialmente la consecuencia de neurosis más que una enfermedad por sí misma, como se le hace ver comunmente.

Su tratamiento debería enfocarse entonces a la cura de estas neurosis más que a la enfermedad por sí.

2. El hacer referencia a una intervención divina,

más que a la capacidad de aprendizaje y la razón humanas como factores de cambio.

3. El carecer de alguna metodología para la curación de los factores curativos en su caso.

4. La supuesta rehabilitación del alcohólico que sin embargo, queda privado del saber disfrutar del alcohol sin perjudicarse, ya que no fueron enseñados para ello.

Ya que hemos sido críticos de las aportaciones psicoanalíticas, conductistas, los enfoques sociales, los A.A. y las fisiológicas, debemos proponer un marco teórico y una hipótesis sobre la adquisición y el mantenimiento de la conducta alcohólica así como una alternativa para su curación, las cuales no serán del todo opuestas a las ya mencionadas, ya que en algunos aspectos, son concordantes y auxiliares de las que a continuación se exponen.

SEGUNDA PARTE

LA TRE, ELEMENTO BASICO DE LA TERAPIA MULTIMODAL

5. TERAPIA MULTIMODAL

El objetivo fundamental de este trabajo consiste en tratar de demostrar que toda persona alcohólica es básicamente una persona afectada por su estilo de pensamiento, por sus ideas irracionales arraigadas a tal grado que la hacen llevar una vida desdichada en la cual la fuga por medio del alcohol es un reforzador inmediato y de fácil alcance.

Empezaremos por hacer una exploración de la conducta alcohólica basándonos en el conocimiento completo de las modalidades del comportamiento integradas en la exploración denominada BASIC ID, cuyas letras traducidas al español indican cada una de las modalidades que son las siguientes: Conducta, Afecto, Sensaciones, Imaginación, Cognición, Relaciones Interpersonales y Drogas.

En la medida en que alguna de estas modalidades se vea afectada por el hecho de ingerir alcohol podremos hablar de sujetos afectados por la desmedida ingestión del mismo, desechando el término alcohólico, pues es

difícil hablar de ello en forma objetiva o de acordar su denotación. Así entonces, si en alguna forma nuestra conducta, sensaciones, relaciones interpersonales, nuestro organismo, etc., son dañados por el alcohol, no importando la cantidad que se consuma, hablaremos de sujetos afectados por la ingestión de alcohol; entonces es lo cierto que cualquiera que sea el daño al individuo y al ser susceptible de corregirse o evitarse, estaremos ayudando a quienes son afectados por esto. Nos adentraremos entonces a lo que es la terapia multimodal aunque superficialmente ya que no pretendemos con este trabajo dar un enfoque profundo de la misma, sino solamente resaltar la importancia de la Reestructuración Cognoscitiva en la forma de la Terapia Racional Emotiva, tratando de demostrar que la teoría ABC de esta, da una explicación de la conducta de beber alcohol, en forma tal, que afecta algunas de las modalidades que componen la personalidad del individuo.

La Orientación Multimodal no presupone identificación alguna con una escuela específica de pensamiento psicológico; tampoco es, por sí misma, una escuela separada. Sus practicantes son pragmáticos que combinan el empirismo científico con el positivismo lógico, sin sucum

bir a razonamientos reduccionistas innecesarios. Conceptualmente, la posición positivista se toma en combinación con la instancia de una síntesis creadora. El eclecticismo técnico (en contraposición con el eclecticismo teórico) queda adoptado de esta manera (Woolkfolk, 1974, p.831). Esto implica una conciencia total de que métodos y técnicas empleados en la terapia pueden ser efectivos por razones bien diferentes a aquellas que propusieron sus originadores. Aunque el terapeuta multimodal no se adscribe a teorías particulares, en lo personal el marco de este trabajo está regido por los principios de aprendizaje (social), los procesos cognitivos, los principios conductuales y la formación de los procesos del lenguaje interno, cada uno de los cuales está sustentando experimentalmente. Suponemos, por tanto que gran parte de la terapia es educativa, y el cómo y el porqué la gente aprende, son cruciales para la efectividad de una intervención terapéutica. Los humanos somos seres que nos movemos, sentimos, pensamos y nos emocionamos. Cuando presentamos perturbaciones psicológicas cada una de estas funciones se ve alterada ya que un cambio en un área cualquiera de nuestro ser afectará cualquiera otra dimensión. Así por ejemplo, si modificamos nuestras relaciones interpersonales dicho cambio muy posiblemente alterará nuestras

cogniciones, emociones, sensaciones, autoimagen y la manera en que nos comportamos en general, de ahí la importancia de evaluar cada uno de los efectos en cada una de las modalidades que componen la personalidad. Dirijámonos entonces a este importante aspecto resaltado por la terapia multimodal, del cual, si pretendemos que la evaluación tenga una base distinta a la intuición, las decisiones dentro de la terapia deberán ser especificables, replicables y arguibles por tanto, nuestro sistema de información estará dirigido a la recopilación y análisis de datos con respecto a metas y objetivos claramente establecidos. Cuatro condiciones básicas facilitarán esto: (1) la valoración debe conllevar implicaciones directas para el tratamiento, (2) los objetivos terapéuticos deben ser especificados en términos mesurables, (3) deben especificarse las técnicas terapéuticas para cada objetivo (estas técnicas deben ser reconciliables y replicables), y (4) debe evaluarse el proceso y resultados de la terapia. Con esto la terapia multimodal pretende extender la especificidad y el método empírico de las aproximaciones conductuales a un área mayor de práctica general. Su meta final es la integración de varias técnicas de escuelas dispares de psicoterapia y el proveer un marco para estructurar su implementación (Lazarus, 1974, p. 25)

Por lo que se refiere a la valoración, el modelo multimodal no tan sólo parece permitir el establecimiento de un nexo claro entre el diagnóstico y el tratamiento, sino también un nivel adecuado de comprensividad. En este punto, la importancia del BASIC ID estriba en que todas las entradas de datos pueden ser analizadas a lo largo de este esquema. La evaluación indagadora es estructurada, por lo tanto, de tal manera que una exploración de los problemas que se presentan pueden conducir a un descubrimiento de elementos que pudieran ser pasados por alto por otros sistemas (Woolfolk, 1974, p. 831).

La construcción del Perfil Modal requiere la integración de los procesos de evaluación, establecimiento de objetivos y de especificación de las técnicas de tratamiento. Debe enfatizarse en este punto que dentro del sistema multimodal, el diagnóstico no se enfoca a la identificación de rasgos de personalidad o al descubrimiento de antecedentes históricos sino que se trata de un planteamiento esencialmente centrado en el problema que pretende identificar áreas específicas y cruciales de probable disfunción psicológica. Esta identificación y especificación precisa de cada problema den

tro de una modalidad particular ayuda ciertamente en la confección de objetivos terapéuticos (Woolfolk, 1974, p. 831). A continuación presentaremos el caso de un su jeto alcohólico evaluado en forma multimodal.

<u>MODALIDAD</u>	<u>PROBLEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>TRATAMIENTO PROPUUESTO</u>
CONDUCTA	EXCESO DE BEBER ALCOHOL	BEBER MODERADO	TERAPIA AVERSIVA
	AGRESIONES HACIA LA FAMILIA	SER ASERTIVO VS. SER AGRESIVO	
	INASISTENCIA LABORAL	ELIMINAR EL AUSENTISMO	TERAPIA CONDUCTUAL
AFECTO	ENOJO EN LA EBRIEDAD	BEBER MODERADO SIN LLEGAR A ENOJARSE	DELIBERACION RACIONAL
	DEPRESION DURAN <u>T</u> E LA CRUDA	BEBER MODERADO SIN LLEGAR A ENOJARSE	DELIBERACION RACIONAL

<u>MODALIDAD</u>	<u>PROBLEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>TRATAMIENTO PROPUESTO</u>
AFECTO	MOLESTO GENERAL MENTE	OBTENER ESTADOS MAS PLACENTEROS	RELAJACION MUSCULAR
SENSORIA	DESAGRADO DE VER A LA ES- POSA	HACER AGRADABLE LA PRESENCIA DE LA ESPOSA	DESENSIBILIZA CION SISTEMA TICA
	MOLESTIA DE OIR GRITAR A LOS HIJOS	APRENDER A TOLERARLOS	DESENSIBILIZA CION SISTEMA TICA
IMAGINACION	ESCENAS IRREALES DE GOLPEAR A LA ESPOSA Y A LOS HIJOS	ELIMINAR IMAGENES DESASTROSAS	ALTO A LA IMAGINACION
COGNICION	AUTO-VERBALIZACIO NES MACHISTAS	ELIMINAR IDEAS MACHISTAS	TERAPIA RACIO NAL EMOTIVA
	CREENCIAS IRRACIO NALES DE INFERIO RIDAD FEMENINA	ELIMINAR IDEAS MACHISTAS	TERAPIA RACIO NAL EMOTIVA

<u>MODALIDAD</u>	<u>PROBLEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>TRATAMIENTO PROPUESTO</u>
COGNICION	CREENCIAS IRRACIO NALES DE QUE LA GENTE LE DEBE REN DIR CUENTAS	MODIFICAR ESTA IDEA POR OTRA MAS RACIONAL	TERAPIA RACIO NAL EMOTIVA
RELACIONES INTERPERSO NALES	EXCESO DE DESAGRA DO POR LA FAMILIA EXAGERADO EN LA EBRIEDAD	ACEPTAR LA FORMA DE SER DE LA GEN TE	TERAPIA FAMILIAR
	EXIGENTE E IRRESPE TUOSO CON LA GENTE	HACER MENOS DEMAN DAS Y APRENDER A RESPETAR A LAS PERSONAS	REEDUCACION
DROGAS	DETERIORO FISICO POR EL ALCOHOL	CREAR HABITOS DE SALUD Y EJERCICIO	DIETA Y EJERCICIO

Ya que la valoración terapéutica se centra esencialmente en el problema, la valoración y el establecimiento de objetivos se relacionan lógicamente. También existe relación entre la valoración y el tratamiento, ya que dentro de una aproximación centrada en el problema la meta del diagnóstico es siempre el diseño del tratamiento más eficaz para cada problema particular (Michel, 1968). La selección de tratamientos apropiados (técnicas) presenta una alta probabilidad de constituir la decisión más crucial hecha por el terapeuta, y es aquí donde el marco multimodal ayuda enormemente en este tipo de decisiones al ayudar en el análisis de las quejas generales en términos de sus componentes específicos que, entonces, pueden ser tratados más específicamente a partir de técnicas particulares (Woolfolk 1974, p. 832).

El rasgo de la aproximación multimodal que la hace conducente a lo largo de la evaluación es su explicititud. Esto debido a que en cualquier punto dado de la terapia, el sistema multimodal proporciona información precisa y altamente estructurada que puede retroalimentar al sistema. El mismo esquema que generó los procesos interrelacionados de valoración, establecimiento

de objetivos y del tratamiento mismo, puede ser también utilizado para estructurar la evaluación de la exactitud de la valoración, de lo apropiado de los objetivos y de la eficacia del tratamiento. La evaluación ocurrirá dentro de cada modalidad y deberá ser de tres variedades diferentes: (1) La evaluación de la implementación se dirige a la adecuación de la aplicación de cada estrategia terapéutica. Su meta es la determinación del grado en que las técnicas terapéuticas se administran en forma apropiada y se adaptan eficazmente. (2) La evaluación del progreso implica la inspección del grado en el que la terapia produce un movimiento, en dirección de cada uno de los objetivos establecidos. El progreso de la terapia es evaluado periódica y sistemáticamente en relación al diagnóstico, objetivos y técnicas. Por lo tanto, se generan numerosas implicaciones con respecto a acciones correctivas. (3) La evaluación de los resultados ocurre al término de la terapia y proporciona la respuesta a la pregunta ¿En qué grado se cubrieron los objetivos terapéuticos? Por lo tanto, el terapeuta puede revisar los ciclos de diagnóstico, establecimiento de objetivos, tratamiento y evaluación dentro de cada modalidad, y obtener una imagen gráfica y altamente diferenciada de lo que ocurre en la terapia. (Woolfolk, 1974, p. 832).

Cabe mencionar en este punto que el terapeuta que está realmente interesado en la promoción de cambios en el cliente, es esencial que en primer lugar obtenga, una comprensión profunda del contexto total en el que ocurren las conductas. Los factores sociales y socio-económicos proporcionan el escenario total para la intervención significativa. Una vez que se tiene una idea clara de esto, la evaluación debe centrarse en los puntos básicos ya mencionados, para lo cual, se sugiere el uso de las siguientes preguntas, que versan sobre cada modalidad,

1. ¿Qué conductas particulares desea incrementar y cuáles desea disminuir?
2. ¿Qué sentimientos negativos le gustaría eliminar o reducir y qué sentimientos positivos le gustaría incrementar o amplificar.
3. De sus 5 sentidos ¿de qué reacciones particulares desea desprenderse y qué tipo de sensaciones le gustaría modificar?

4. ¿Qué "cuadros mentales" o imágenes le resultan abu
rridos o molestos al grado que le gustaría borrar
los, y qué imágenes placenteras le interesaría ha
cer más claras?

5. ¿Qué pensamientos, valores, actitudes o creencias
entran en el camino hacia la felicidad?

6. En su trato con otras personas ¿qué es lo que entra
en el camino hacia interacciones estrechas, perso-
nales, amorosas y mutuamente satisfactorias?

7. ¿Bajo qué condiciones utiliza drogas (incluyendo ca
fé, alcohol y tabaco)? (Lazarus, 1971, p. 30-31)

En el grado en que estas modalidades se vean afectadas por el consumo de alcohol, o sean causantes de esto se determinarán a los sujetos afectados por la ingestión de alcohol, sirviéndonos además como punto de partida para la implementación del tratamiento adecuado para la cura dentro de cada modalidad, con esto queremos de-
cir que es necesario especificar las metas y problemas y con ello determinar las técnicas para el tratamiento

de los problemas y poder obtener entonces una comparación sistemática del éxito de esta técnica (Lazarus, 1976).

No obstante las bases que guían el funcionamiento teórico de la terapia multimodal, muchos clínicos probablemente concuerdan con la suposición pragmática de que lo más que un paciente aprende en la terapia será lo menos que recaiga después. Entonces, un alcohólico tratado únicamente con terapia aversiva estará más expuesto a recaer que su contraparte quien además recibió terapia en relajación o asertividad. Los beneficios que añade la terapia aversiva sobre el entrenamiento en relajación serán después potencializados por la adición de un entrenamiento asertivo, la terapia familiar, la guía vocacional y, en este caso la reestructuración cognoscitiva (Lazarus, 1965). Esta generalidad implica que los cambios mínimos serán perdurables como función de la combinación de técnicas, estrategias y modalidades (Lazarus, 1976).

5.1 EL MODELO MEDIACIONAL

Debemos enfatizar el papel de la reestructuración cognoscitiva que será el punto primordial en el tratamiento aquí propuesto por las siguientes razones. Desde el nacimiento hasta la muerte, sólo un muy pequeño porcentaje de las conductas de una persona son observables públicamente. Nuestras vidas están compuestas predominantemente de respuestas privadas ante medios privados yendo desde los monólogos en la ducha hasta las fantasías seniles. Con la creciente aceptación de la investigación cognitivo conductual podemos esperar desarrollos progresivamente más prometedores encaminados a la comprensión de los procesos y los parámetros de nuestros medios privados (Mahoney, 1974, p. 1)

Skinner ha afirmado repetidamente que los modelos mediacionales de la conducta son preferibles a los no mediacionales si (y sólo si) demuestran una utilidad superior en la predicción y control de la conducta humana.

Su limitación, por supuesto, ha sido que tal superioridad

dad no se ha demostrado, Su limitación señalada en esta tesis es que, al menos en ciertas áreas del complejo funcionamiento humano, las hipótesis mediacionales ofrecen una aproximación más adecuada. Desafortunadamente, la mediación y la inferencia continúan pareciendo ser connotaciones negativas por muchos conductistas contemporáneos (Mahoney, 1974).

La evidencia convergente de los campos de percepción, la epistemología y la física enfatizan la evidencia abrumadora de la naturaleza inferencial de la experiencia diaria, por no mencionar las observaciones experimentales controladas. Así, las inferencias no son solamente justificadas, sino esenciales, en la ciencia conductual. Ninguna cantidad de elementos no mediacionales pueden eliminar totalmente los saltos conceptuales y perceptuales en nuestro análisis de la conducta. La cuestión primaria en las aproximaciones mediacional y no mediacional de la conducta no estriba en si las inferencias son justificables, sino en cuales inferencias son legítimas y útiles. Como se apuntó antes, la aceptabilidad de una hipótesis o teoría se determina por su adecuación y fuerza predictiva; no por su parsimonia o falta de inferencias.

No tenemos razón alguna para creer que los eventos observados son antecedentes o mejores, si hablamos de causas, que los no observados. Nuestra preferencia por ellos proviene de la experiencia, no de la lógica.

A menudo somos incapaces de identificar un elemento causal observable. El paciente a punto de emborracharse quizás no nos proporcione datos suficientes para señalar hacia uno o más datos observables previos que tendrán importancia sobre sus respuestas de ingerir alcohol. Incluso si lo hace, tales datos o eventos serán históricos y, por ende, estarán más allá de nuestra observabilidad actual.

Por ejemplo, en nuestras observaciones o aplicaciones clínicas a menudo escarbamos en secuencias causales únicamente en el grado en que son útiles para la terapia, dicha secuencia se expandirá apenas hasta los límites de la autoestimulación actual del individuo, o sea, hasta el patrón de monólogos privados.

El como el paciente alcohólico se convirtió en autocritico y deprimido no es terapéuticamente importante conforme al modo en que estas influencias autoestimulantes puedan ser modificadas.

De este modo uno puede generar una respuesta emocional recordando un evento emocional (Skinner, 1953). La autoexcitación mediada es un hecho bien documentado. Los efectos fisiológicos de las actividades simbólicas han sido reconocidos y explicados extensamente.

Un segundo papel de los eventos cubiertos tiene que ver con la ejecución como respuestas. En el modelo del condicionamiento cubierto, estas respuestas privadas a menudo son vistas como elementos mediadores en una cadena (Skinner, 1953; Staats, 1968 a, b). Por ejemplo, un impulso cubierto es en ocasiones puesto como estimulación antecedente mediadora y ejecución cubierta subsecuente.

El tercer papel funcional de los eventos privados trata de su capacidad para servir como consecuencia de la

conducta. Se sostiene que los eventos simbólicos pueden castigar o reforzar respuestas abiertas o cubiertas. Muchas de estas consecuencias cubiertas toman la forma de representaciones simbólicas de consecuencias externas (Mahoney, 1974). Cabe señalar en este momento que al igual que los modelos de Tolman y Lewin, el enfoque racional-emotivo, que será nuestra arma principal, se puede considerar como un modelo E - MC - R (estímulo - mapa cognitivo - respuesta). Ellis (1962) alude a este enfoque como la teoría ABC de la personalidad y de los trastornos emocionales (Lazarus, 1980, p. 158). Antes de adentrarnos en esta terapia revisaremos la importancia de los Métodos Cognitivos - Conductuales como agentes de cambio (Davidson y Goldfried, 1973) afirman "Si bien nosotros conocemos claramente la importancia de los procedimientos de condicionamiento clásico y operante como vehículos para cambios conductuales, nuestra concepción de modificación conductual no excluye aquellas investigaciones que enfatizan que lo cognitivo y otros procesos mediacionales juegan un rol significativo en el cambio de la conducta humana". (Goldfried y Goldfried en Kanfer y Goldstein, p. 89).

El temprano desentendimiento de esta variable cognitiva se debe indudablemente en parte al intento de desarrollar una orientación teniendo las bases científicas, posteriormente vino a hacer claro que este concepto era infundado. En efecto, algunas de las más respetadas autoridades en el área del aprendizaje y la psicología experimental han venido a sugerir que una concepción errónea de los procesos de aprendizaje proporciona un inadecuado sistema de referencias para comprender la complejidad de la conducta humana (Goldfried y Goldfried, en Kanfer y Goldstein, p. 90)

Una vez fundamentada la importancia del factor cognitivo nos introduciremos en la descripción del empleo de las técnicas de Reestructuración Cognitiva, utilizando preferentemente métodos como la Autoinstrucción para con ello evitar dependencias hacia el terapeuta y dar al cliente un arma que podrá utilizar por sí mismo.

5.2 AUTOINSTRUCCION

Varios procedimientos de modificación conductual pueden ser adoptados para modificar los estados propios del cliente. En efecto cuando los procedimientos de modificación conductual han sido modificados para incluir el componente autoinstruccional, se observan mayores generalizaciones del tratamiento y efectos más duraderos (Meichenbaum y Cameron, 1974). La siguiente sección describe como cada procedimiento de terapia conductual puede ser usado para cambiar el diálogo interno del cliente.

La habilidad del terapeuta para anticipar y cambiar lo que el cliente dirá (o dejará de decir) a sí mismo es un componente importante en procedimientos de entrenamiento en autoinstrucción.

Si el terapeuta sigue los patrones de pensamiento del cliente, encontrará que los procedimientos aquí descritos pueden ser aplicados a la modificación del estilo de pensamiento del cliente. El terapeuta puede además utilizar la aproximación de la autoinstrucción para el

señados para hacer saber a los clientes sus pensamientos y entrenarlos contra sus pensamientos y conductas incompatibles (Meichenbaum, 1977, p. 358)

En el proceso de cambio, lo primero es el tratamiento de problemas de autocontrol como el alcoholismo. La satisfacción de los estados propios debe ser considerada en el tratamiento. Percepciones, atribuciones y estados propios deben acompañar cualquier intento para cambiar la conducta del cliente y deben ser incluidos como objetivos para cambiar al individuo que trabaja para controlar su urgencia por beber en momentos críticos cuando su diálogo interno puede influir el éxito de la terapia sin siquiera haber sido tratado por métodos como el condicionamiento aversivo, la relación o el juego de roles. Esto es inconsistente con el análisis de Premack (1970) del mecanismo de autocontrol que contribuye a terminar con la conducta de fumar. Premack propone que la decisión de dejar de fumar resulta en una autoinstrucción que interrumpe la calidad automática del cambio conductual que constituye el acto de fumar. Un incremento en el automonitoreo

de la conducta de fumar fija el escenario para tal autoinstrucción y el desarrollo de esta autoinstrucción provee la eficacia del tratamiento (Meichenbaum, 1977, p. 360).

El proceso terapéutico puede ser visto como consecuencia en 3 fases. Estas fases no cierran el paso a la progresión y pueden ser repetidas y regresadas lo necesario para el progreso terapéutico.

Considerando las 2 primeras fases como preparadoras del cliente para el cambio, es durante la tercera fase de entrenamiento en autoinstrucción en que el terapeuta ayuda al cliente a modificar sus autoestados y a producir conductas adaptativas (Meichenbaum, 1977, p. 360)

FASE I CONCEPTUALIZACION DEL PROBLEMA

¿Cómo preparar al cliente a aceptar la explicación y la intervención del tratamiento? Un camino es tratar de modificar lo que el cliente se dice a sí mismo acer

ca de su problema o síntomas, esto es, modificar sus percepciones o atribuciones. El cliente usualmente ingresa a la terapia con una conceptualización y una definición de su problema (Meichenbaum, 1977). Existe una gran variedad de caminos en los cuales el cliente y el terapeuta pueden llegar a una conceptualización común.

Algunos terapeutas son muy directivos en cuanto a forzar en los clientes una conceptualización por la fuerza de su personalidad o de su posición. En algunos casos tales como la posición de dar ayuda han probado éxito. Una meta de esta fase inicial de conceptualización de la terapia es redefinir para el cliente y el terapeuta el problema en términos que darán al cliente un sentido de control y un sentimiento de confianza, particularmente en términos que guiarán a intervenciones conductuales específicas. De este modo el terapeuta tratará de entender la descripción y definición del cliente acerca de su problema pero no dejará sin critica el punto de vista del cliente. Entonces, cliente y terapeuta intentarán definir el problema en términos aceptables para ambos. Es esta reformulación de la conceptualización lo que provee las bases para el cambio conductual. (Meichenbaum, 1977, p. 364).

Las variables que más esencialmente determinarán el éxito en la terapia son: el grado en que el cliente y el terapeuta desarrollan esta común conceptualización con expectativas comunes y el grado en que la conceptualización dada lleva a cambios conductuales específicos que puedan ser transferidos a situaciones de la vida real. La forma en que el terapeuta discute el problema, la clase de preguntas que hace, el tipo de procedimientos de valoración que emplea, el contenido de la explicación de la terapia y la clase de tareas asignadas, son factores utilizados para llegar a una conceptualización común entre clientes y terapeuta (Meichenbaum, 1977, p. 365).

Como Goldfried, Decenteo y Weinberg (1974) han indicado, la naturaleza habitual de algunas expectativas o pensamientos es tal como el proceso de pensamiento que llega automática e involuntariamente, como muchos actos sobreaprendidos. Los estados negativos del cliente provienen de un habitual estilo de pensamiento muy similar a la automatización de pensamientos que acompañan al dominio de la habilidad motora, como manejar un carro, esquiar, etc. No obstante, el terapeuta puede hacer saber al cliente, estos procesos de pensa

miento y aumentar la probabilidad de que en un futuro el cliente note estos estados (Meichenbaum, 1977, p.367)

FASE II INTENTANDO LA CONCEPTUALIZACION

La segunda fase de entrenamiento autoinstructivo con adultos está diseñado para tener a los clientes "intentando" y consolidando la conceptualización de su problema. La fase empieza con el reporte de la tarea asignada como "escuchando" sus autoestados*. Como el cliente vaya reportando esto el terapeuta podrá tener un rol más pasivo preguntando con tacto "¿Está usted diciendo que parte de su problema es lo que se dice a sí mismo?" (Meichenbaum, 1977, p. 368)

Los clientes empiezan a descubrir que sus temores y ansiedad no son propiedad de los eventos externos, pero además que son sus propios pensamientos los que provocan la ansiedad. Note que el terapeuta toma parte con

*NOTA: Se tradujo el término selfstate como autoestado y que definimos como percepción de un estado causado por uno mismo.

la teoría que lleva a los clientes al desarrollo del tratamiento. En las sesiones terapéuticas se trabajará sobre el control de cómo se siente el cliente, sobre cómo controla su ansiedad y tensión. Esto se logrará aprendiendo a relajarse. En adición al aprendizaje en relajación, aprenderá cómo controlar el proceso de pensamiento y atención. El control de nuestro pensamiento o de lo que nos decimos a nosotros mismos, llega a nosotros en primera instancia cuando nos hacemos conscientes de que estamos produciendo autoestados negativos, haciendo catástrofes, haciendo esfuerzos irrelevantes, etc.

El reconocimiento que se realiza será de hecho un paso hacia el cambio, este reconocimiento actuará a la vez como un recordatorio, una sugestión, etc., para producir diferentes pensamientos y autoinstrucciones para rebatir y disputar nuestros autoestados. En este caso produciremos esfuerzos relevantes, autoinstrucciones y nuevas conductas adaptativas (Meichenbaum, 1977, p. 369)

FASE III MODIFICANDO AUTOESTADOS Y PRODUCIENDO NUEVAS CONDUCTAS.

Las primeras dos fases de tratamiento de autoinstrucción sirven para el propósito de enterar al terapeuta del problema del cliente e involucrar a ambos para llegar a una conceptualización común del problema. La tercera fase del tratamiento en autoinstrucción es para ayudar al cliente a modificar sus autoestados y producir nuevas conductas.

Existen una gran variedad de procedimientos terapéuticos que pueden ser empleados para cambiar los autoestados del cliente. Quizás el procedimiento terapéutico más utilizado es la terapia semántica en la forma de Albert Ellis La Terapia Racional Emotiva (TRE), (Meichenbaum, 1977, p. 372).

La aplicación de la Psicoterapia Racional Emotiva no es un simple ejercicio intelectual. La lectura, comprensión y aceptación de los principios de la vida racional conforman la etapa inicial o preparatoria de su incorporación y del cambio. A continuación el terapeu

ta ayuda al paciente a descubrir e investigar sus pro
pias nociones de autoderrota y le enseña a sustituir
las por conclusiones constructivas y razonables. El ob
jetivo, cabe recalcarlo después de esta serie de proce
dimientos, y a fin de introducirnos en la TRE, es que
el paciente logre hacer el cambio por su propia cuenta
(Lazarus, 1980, p. 162).

6. LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

6.1 CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA TRE

Hace algunos cientos de años Epictetus demostró que los humanos no se perturban por las cosas que les suceden sino por la visión de esas cosas y es actualmente este hecho el supuesto fundamental que sirve de base a la Psicoterapia Racional Emotiva, Epictetus también manifestó que los humanos traen estimulación externa con una clase de aparatos receptores que captan para crear gozo o traumas en conexión con eventos que ellos experimentan, es decir que esa visión de las cosas se adquiere por aprendizaje y llega a formar hábitos y costumbres en el individuo. Así entonces siendo el humano un individuo respondiente o creativo no sólo percibe estímulos externos sino que concomitantemente piensa o conceptualiza acerca de ellos y llega a ser perjudicado por sus propias generalizaciones y filosofías, que él percibe sucediendo estímulos en una forma distorsionada y de retroceso humano (Mahoney, 1976). Pero bien, debemos desglosar los procesos básicos del ser humano que nos llevan a sustentar el porque de su comportamiento siendo estos procesos percepción, movimiento, pensamiento y emoción, todos los cuales están

integramente relacionados entre sí. Así por ejemplo, el pensamiento aparte de consistir en cambios bioeléctricos en las células cerebrales y además de comprender el aprender, el recordar, la solución de problemas y otros procesos psicológicos similares, es también y hasta cierto punto ha de ser conducta sensorial motora y emocional. Así entonces la emoción, al igual que el pensamiento y los procesos sensoriomotores, podemos definirlos como un estado excepcionalmente complejo de reacción humana relacionada de modo integral con todos los demás procesos de percepción y respuesta (Ellis, en Millon 1974, p. 224).

En consecuencia la TRE se basa en los siguientes supuestos; primero, pensamiento y emoción no son dos procesos totalmente distintos, sino que se sobreponen significativamente en muchos aspectos, de modo que, por consiguiente las emociones desordenadas pueden mejorar a menudo cambiando uno de pensar; segundo, se establece el supuesto de que el pensar y el sentir están íntimamente relacionados y, en ocasiones sólo difieren en que el pensamiento es un modo de distinción más tranquilo, menos somáticamente afectado, (o, percibido) y menos dirigido hacia la actividad que la emoción;

tercero, entre dos individuos adultos educados en un mismo medio socio cultural pueden darse diferentes emociones pues el pensamiento y el sentir, que, por regla general son fundamentalmente una misma cosa, de modo que el pensamiento de uno se convierte en su emoción, aunque esto no implica que la emoción pueda existir sin pensamiento. Es probable que si pueda, pero en tal caso propende a existir momentáneamente, y a no ser sostenida. En todo caso aún suponiendo que en el principio mismo no tengamos pensamiento consciente o inconsciente alguno que acompañe a nuestra emoción, parece ser difícil con todo sostener una exposición emocional sin reforzarla con ideas repetidas, finalmente puesto que el hombre es un animal único, creador de signos, símbolos y lenguaje tanto el pensar como el sentir tienden a adoptar la forma de conversación con uno mismo o de frases internalizadas, y que, para todos los fines prácticos las frases que los seres humanos se dicen a sí mismos son o se convierten en sus pensamientos y emociones, así entonces las emociones positivas tales como el amor, la alegría, etc., van acompañadas de frases negativas resulta entonces que si el individuo humano no utilizará en algún nivel sus pensamientos y frases gran parte de su emoción dejaría de existir, si esta hipótesis resulta cierta podremos ex

traer corolarios significativos con respecto a trastornos emocionales o neurosis pues estas resultarían ser emociones desordenadas resultantes de un pensar ilógico e irracional (Ellis, en Millon 1974, p. 224). Ahora bien se ha mencionado que la conducta neurótica o emocionalmente trastornada es ilógica e irracional como una definición ya que si la definimos de otra forma incluiremos en ella a todos los actos de individuos estúpidos e incompetentes como los deficientes mentales o los lesionados cerebrales. Por tanto, nuestro concepto de neurosis tendrá sentido si suponemos que el individuo trastornado no es deficiente ni está afectado, sino que es teóricamente capaz de comportarse de una forma más madura, más controlada y más flexible de como lo hace normalmente (Ellis, en Millon, 1974, p. 225).

En el caso del alcohólico es evidente que encuadra dentro de nuestro concepto de neurosis ya que es una persona que ha dejado de ser capaz de comportarse adecuadamente y sin embargo podría hacerlo. El hecho de saber exactamente que un individuo es un alcohólico y como aprendió inicialmente a comportarse en forma ilógica no nos informa en modo alguno, con precisión, acerca de como mantiene su conducta actual, ni acerca

de lo que debería hacerse para cambiarla. Esto es particularmente así porque las personas están afectadas a menudo, aún tal vez por regla general, de neurosis tanto secundaria como primaria, y las dos podrían diferir acaso significativamente. Se supone, en otros términos, que los seres humanos son la clase de animales que, cuando se les educa en una sociedad por el estilo de la nuestra, tienden a caer víctimas de varias ideas falaces principales; a seguir percatándose de dichas ideas en forma irreflexiva y autosugestiva y, por consiguiente, a seguir actualizándolos a su conducta manifiesta (Ellis, en Millon, 1974, p. 225). Muchas de estas ideas irracionales son inculcadas, según los freudianos lo han señalado acertadamente, por los padres del individuo durante su infancia y se adhiere tenazmente a ellos a causa del apego a los padres y porque fueron insertadas, imprimidas o condicionadas antes de que otras formas ulteriores y más racionales de pensar hubieran tenido la oportunidad de arraigarse. Muchas de ellas, en cambio, y los freudianos no siempre lo han observado cuidadosamente, son también inculcadas por la cultura general del individuo y especialmente, por los medios de comunicación de masa en su cultura (Ellis, 1974, en Millon 1974, p. 226).

Las claves de ideas ilógicas y muchos corolarios de las mismas son la causa básica de la mayoría de los trastornos emocionales o neurosis. Porque es lo cierto que, si llegamos a creer la clase de absurdos incluidos en estas nociones, tenderemos inevitablemente a hacernos inhibidos, hostiles, defensivos, culpables, ansiosos, ineficaces, ineptos, incontrolados o infelices. En cambio, si logramos desprendernos totalmente de esta clase de pensamientos ilógicos, resultaría excepcionalmente difícil que nos sintieramos demasiado trastornados emocionalmente o, al menos, que el trastorno subsistiera por mucho tiempo (Ellis, en Millon, 1974, p. 227). Las neurosis parecen tener su origen en algunas ideas irracionales fundamentalmente falsas y suelen prolongarse con ellas. El individuo llega a creer en algunos objetivos fantasiosos, imposibles a menudo perfeccionistas, como el que debiera ser aprobado siempre por todo el mundo, que debería hacerlo todo perfectamente bien y no debería sufrir jamás desengaño en ninguno de sus deseos, y luego, pese a considerables pruebas en contra, se niega a renunciar a sus creencias ilógicas originales. Estas ideas del neurótico no son totalmente inapropiadas a su estado de infancia, pero todas ellas sí lo son totalmente en el adulto corriente. La mayoría de las ideas irracionales le son enseñada

das concretamente al neurótico por sus padres y su cultura. Las más de ellas parecen ser compartidas también por la gran mayoría de adultos de nuestra sociedad que nes teóricamente, hubieran debido ser destetados de ellas pero en realidad nunca lo fueron a medida que fueron madurando cronológicamente (Ellis, en Millon, 1974, p. 228).

6.2 PRINCIPALES IDEAS IRRACIONALES

Enunciaremos las principales ideas irracionales mencionadas por Ellis:

1. La idea de que constituye una imprescindible necesidad para el adulto ser querido y aprobado por todo el mundo y por todo lo que hace, en lugar de concentrarse en su propia estimación, en conseguir aprobación para fines necesarios (como una promoción en la profesión), y en querer más bien que en ser querido.

2. La idea de que deberíamos ser absolutamente com
petentes, apropiados, inteligentes y eficaces
en todos los aspectos posibles, en lugar de la
idea de que deberíamos hacer algo, en vez de
tratar simplemente de hacerlo bien, y de que de
beríamos aceptarnos a nosotros mismos como cria
turas muy imperfectas, afectadas de limitacion
es generales humanas y de fallas específicas.

3. La idea de que determinados actos están mal, o
son condenables o viles, y que la gente que los
realiza debería ser severamente castigada, en
lugar de la idea de que determinados actos son
inapropiados o antisociales, y que la gente que
los realiza son invariablemente estúpidos, ignor
antes o emocionalmente trastornados.

4. La idea de que la actividad humana puede obte
nerse por inercia o inacción, en lugar de la
idea de que los humanos tienden a ser más feli
ces cuando están absorbidos activa o vitalmente
en empresas creadoras, o cuando se dedican a
gente o proyectos fuera de ellos mismos.

5. La idea de que no poseemos virtualmente control alguno sobre nuestras emociones y de que no podemos evitar sentir cosas, en lugar de la idea de que tenemos, por el contrario, un control enorme sobre nuestras emociones a condición de que decidamos controlarlas y seguir la práctica de repetirnos a nosotros mismos las clases de frases apropiadas.

6. La idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible habría que preocuparse terriblemente al respecto en lugar de la idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible deberíamos enfrentarnos francamente a ello y tratar de hacerlo menos peligroso y, si esto es imposible, pensar en otras cosas y dejar de seguir diciéndonos a nosotros mismos en qué terrible situación nos encontramos o podemos encontrarnos.

7. La idea de que es más fácil evitar las dificultades y las responsabilidades para con nosotros mismos que enfrentárseles, en lugar de la idea de que el camino "fácil" es invariablemente mu

cho más difícil a la larga, y que la única forma de resolver problemas difíciles está en abordarlos con decisión.

8. La idea de que necesitamos alguna otra cosa más fuerte o mayor que nosotros mismos, en que poder confiar, en lugar de la idea de que suele ser mucho mejor valerse uno por sí mismo y tener fé en sí y en su propia capacidad de enfrentarse a las circunstancias difíciles de la vida.

9. La idea de que porque algo afectó fuertemente en alguna ocasión nuestra vida debería afectar la indefinidamente, en lugar de la idea de que deberíamos aprender de nuestras experiencias pasadas, pero sin apegarnos demasiado a ellas ni dejarnos influenciar demasiado por ellas.

10. La idea de que es terrible, horroroso y catástrofico que las cosas no sean como a uno le gustaría que fueran, en lugar de la idea de que es

una lástima que las cosas no sean tal como a uno le gustaría que fueran, y de que uno debería ciertamente trata de cambiar o controlar las condiciones, de modo que se hagan más satisfactorias; pero que, si el controlar o cambiar situaciones incómodas es imposible, es preferible resignarse a su existencia y dejar de seguir lamentándose uno de cuán malas son.

Hay que admitir, que el individuo neurótico que estamos considerando es a menudo estadísticamente normal, o que nuestra cultura es una cultura generalmente neurotizante, en la que la mayoría de la gente está más o menos emocionalmente trastornada, porque les han enseñado a creer y luego a internalizar una serie de insignes necesidades, con las que luego siguen reinfectándose a sí mismos y que han de conducirlos inevitablemente a ser unos incapaces, inútiles o desdichados. No obstante, no es absolutamente necesario que los individuos creen las nociones irracionales que, de hecho, la mayoría de ellos parecen creer actualmente, y la tarea de la psicoterapia está precisamente en tratar de hacerles dejar de creer en su ideas ilógicas y en cambiar sus actitudes de autosabotaje.

Ellis, en una manera más contundente hace que el pacien
te adopte el punto de vista de que su conducta desadap
tada y sentimientos se derivan de un sistema de creen
cias. Sin embargo uno debe distinguir claramente entre
(A) El uso intencional como tal de un sistema de creen
cias analizando en la terapia racional emotiva, la cual
conduce al cambio, y (B) la ocurrencia natural de tal
sistema de creencias, la cual contribuye a la conducta
desadaptada en primer lugar. Podemos encontrar que lo
grando que el cliente vea su conducta desde el punto
de vista de Ellis, lleva al cambio, pero de esto no se
desprende que la existencia de autorrechazo de estas
creencias es la característica que distingue a los pa
cientes de los no pacientes (Meichenbaum, 1977, p. 191)
Las poblaciones no clínicas pueden manejar muchas de
las premisas irracionales que caracterizan a las pobla
ciones clínicas. Pero lo que los sujetos no clínicos
se dicen a sí mismos acerca de las creencias irraciona
les, los mecanismos para sobrellevar que ellos emplean,
pueden no distinguirse en las poblaciones clínicas de
las no clínicas. En otras palabras, puede no ser la au
sencia de pensamientos irracionales por sí, pero más
bien una serie de técnicas de manejo empleadas para en
frentarse con pensamientos e ideas que caracterizan a
la población de los no pacientes o que determinan su

recuperación sobre los desasosiegos emocionales. El no paciente puede ser más capaz para utilizar técnicas tales como el humor, la racionalidad o lo que yo he dado en llamar "represión creativa" (Meichenbaum, 1977, p. 191). Los seres humanos son seres verbales y el pensamiento se da generalmente a través del uso de símbolos o de lenguaje. Ya que el pensamiento irracional persiste si la perturbación emocional persiste. Esto es lo que caracteriza al individuo perturbado. Perpetúa su perturbación y mantiene su conducta ilógica a través de la verbalización interna de sus ideas y pensamientos irracionales. (Ellis, 1974, p. 49)

De acuerdo con este punto de vista sobre la anomalía, el terapeuta semántico intenta alertar a su cliente sobre los autojuicios negativos e imágenes y las causas generadoras de ansiedad, autoderrota, y sobre la realización de los aspectos proféticos de esta manera de pensar. El primer objetivo de la terapia es tener al cliente enterado de la posibilidad de que sus conductas desadaptadas y desasosiegas emocionales están contribuyendo de la manera en lo que él se dice a sí mismo (Meichenbaum, 1977, p. 190). El terapeuta racional cree, en otros términos que la mayoría de las

técnicas terapéuticas usuales muestran al cliente, de liberada o inconscientemente, que es ilógico y como se volvió inicialmente tal. Sin embargo, no siempre logra hacerle ver cómo mantiene actualmente su pensar ilógico y qué es exactamente lo que debe hacer para cambiarlo, construyendo filosofías racionales generales de la vida y aplicándolas a los problemas prácticos de cada día llevando a cabo los siguientes pasos:

- a) Llevándolas a su atención o conciencia
- b) Mostrando al cliente como causan y mantienen su trastorno y su desdicha
- c) Mostrándole exactamente cuáles son los eslabones ilógicos en sus frases internalizadas
- d) Enseñándole a volver a pensar y verbalizar estas frases (y otras similares) en una forma más lógica y más constructiva.

El terapeuta lanzará su ataque en dos formas principales, a saber:

- a) Sirviendo como un contrapropagandista declarado, que contradice directamente y niega la propaganda y las supersticiones autodestructoras que el cliente aprendió y perpetúa.

- b) El terapeuta estimula, persuade, solicita y, en ocasiones ordena al cliente participar en alguna forma de actividad en la que habrá de actuar como contrapropagandista de sus propios absurdos.

Estas dos actividades terapéuticas se llevan a cabo conscientemente con el propósito principal de conseguir que el cliente internalice finalmente una filosofía racional de la vida, del mismo modo en que inicialmente aprendió e internalizó la propaganda y la superstición ilógica de sus padres y su medio cultural y que lleva con él constantemente a través de lo que Ellis ha llamado la teoría ABC de la TRE (Ellis, 1974, p. 50)

6.3 LA TEORIA ABC DE LA TRE

Lo que podríamos llamar 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 a actos destructivos de la salud (por ejemplo, beber en exceso y fumar) y la evitación de actos de protección de la salud (por ejemplo, hacerse revisar por el médico). Debido a que el "trastorno" incluye elementos cognoscitivos, emotivos y conductuales, la TRE proporciona un análisis multifacético y ataca a dichos elementos cognoscitivos, emotivos y conductuales, por lo que es casi invariablemente un acercamiento a la terapia CEC (Cognitiva, Emotiva, Conductual) (Ellis, 1980, p. 31).

Desde el punto de partida cognoscitivo o filosófico, la TRE parte de la suposición o hipótesis de lo que llamamos nuestras consecuencias o reacciones emocio-

nales (punto C) proceden principalmente de nuestras ideas o creencias (Beliefs) conscientes o inconscientes (punto B) o de nuestras evaluaciones, interpretaciones y filosofías acerca de lo que nos ocurre en el punto A (Experiencias activantes). Este es el sistema ABC de formación y cambio de personalidad, que la TRE ha hecho ahora algo famoso. Cuando, en el punto A, caemos enfermos o tenemos una importante tarea o somos rechazados por alguna persona significativa y nos sentimos ansiosos o deprimidos en el punto C (Consecuencias), A puede parecer causar o conducir a C directamente, aunque A puede también haber contribuido. B consta, en primer lugar, de un conjunto de creencias racionales como por ejemplo, "¡Cuánto molesto es estar enfermo! quisiera hallarme sano, y encuentro muy desagradable esta enfermedad"; y, en segundo, de otro conjunto de ideas irracionales, como: "No debo caer enfermo, y debo recuperar la salud fácil y rápidamente. Sería terrible y catastrófico que no pudiera conseguirlo." (Ellis, 1980, p. 32)

Utilizando la TRE el terapeuta dispone de una teoría estructurada y funcional para reconocer rápidamente las pocas creencias irracionales centrales con las que

sus pacientes tontamente se preocupan; mostrarles como se están causando sus propios problemas y síntomas emocionales; demostrarles en forma precisa cómo discutir (en el punto D) sus propias creencias irracionales y, a menudo, inducirlos a abandonar tales creencias y reemplazarlas con hipótesis más científicamente comprobables acerca de sí mismo y del mundo, que es mucho menos probable que les creen dificultades emocionales en el presente y en el futuro, se empieza por discutir, mostrando cómo descubrir, debatir y discriminar entre sus creencias irracionales. (Ellis, 1980, p. 33)

A este respecto, le explicará el método científico, ya que en las ciencias establecemos una hipótesis y luego hacemos preguntas acerca de la misma: "¿Dónde está la evidencia de que es cierto o erróneo?" Demuestre que es así. "¿Dónde se encuentra escrito que las cosas deben funcionar en la forma que indica la hipótesis?". "¿Por qué es esta verdadera o falsa?" En la TRE, usted enseña a la persona a hacer, sobre sus propias creencias irracionales, aproximadamente las mismas preguntas ya sea que estén científica, empírica y lógicamente orientadas. Cuanto más vigorosa sea la discusión que tenga en el punto D, mejor se preparará para en

frentar racionalmente las futuras contingencias que se presenten en su día. (Ellis, 1980, p. 37).

Cuando le ayude a desvanecer su ansiedad entonces avanzará normalmente hacia el punto E, su efecto emocional de discutir sus creencias irracionales. Así, tendrá menos inclinación a la ansiedad, la compasión de sí mismo y la depresión. Finalmente en Ec (Efecto Conductual) tenderá a actuar sobre la base de sus nuevos sentimientos y cogniciones (Ellis, 1980, p. 39)

Si la TRE es utilizada con éxito, dicho paciente iniciará un profundo y amplio cambio en su filosofía, sus emociones y su comportamiento. Todo lo que usted puede hacer es que el paciente siga todo el proceso cognoscitivo ABCDE de la TRE, así como explicarle por cualesquiera procedimientos diagnósticos o terapéuticos; sin embargo, deberá hacer eso con la mira de ayudarlo en diversas formas (Ellis, Abrahms, 1980, p. 40).

Como resultado de una intervención terapéutica como esta es de esperarse que el cliente reemplazará las ideas descritas anteriormente por lo siguiente:

- 1) Definitivamente es agradable el tener el amor de la gente, pero si no, yo puedo aceptarla y alegrar me a mí mismo.
- 2) Es satisfactorio hacer las cosas bien, pero es humano el cometer errores.
- 3) La gente actuará de la manera que ellos deseen, no de la manera que yo lo desee (Meichenbaum, 1977, p. 188)

Una eficaz técnica para lograrlo es la siguiente: Cuando una persona se siente sumamente perturbada (furiosa, ansiosa o deprimida), debería imaginarse a sí misma formulando a un grupo de pares (observadores objetivos) la pregunta siguiente: ¿Cuál sería para usted una reacción razonable frente a estas circunstancias? (Lazarus, 1980, p. 159)

Ahora es necesario aclarar si ¿es la TRE una forma de terapia conductual? De alguna forma si. Hans Eysenck incluye "otros métodos" en su libro "Experimentos en la terapia conductual". Gerald Davidson una cantidad de técnicas que son enseñadas para estudiantes de post doctorado en modificación de conducta en la Universidad del Estado de Nueva York en Stony Brook. Arnold Lazarus, en su libro "Terapia conductual y más allá", muestra como la emplea en su propia práctica. Aaron T. Beck, indica que esta es una de las principales terapias cognitivas que tienen un importante aspecto de toda la terapia conductual. Es también necesario aclarar algunas cuestiones importantes acerca de la TRE ¿Es la TRE poco efectiva con clientes quienes reconocen tener problemas emocionales y que están dispuestos a trabajar, entendiendo y cambiando su pensamiento y conducta?

Frecuentemente es útil con el individuo que tiene severas perturbaciones, con aquellos afligidos con frigidez e impotencia, con gente con problemas maritales, con dificultades vocacionales. Otros, particularmente aquellos que no encaran sus problemas o quienes rehusan a trabajar en terapia, así como individuos con desórdenes de carácter y abiertas reacciones psicóticas pue

den ser tratados con TRE, y ser considerablemente ayudados; pero la tasa de mejoramiento significativa es menor con aquellos individuos poco inclinados a la terapia, la TRE es más efectiva con jóvenes y brillantes clientes, pero también se ha usado con buenos resultados con mentalmente retardados, con alcohólicos, con adictos, con mayores de 60 años y con otros con quienes la mayoría de las psicoterapias muestran bajas tasas de mejoramiento.

¿Puede la terapia practicarse acaso eficazmente, pues, en todos los clientes, principalmente a través del análisis y la reconstrucción lógicos? Desafortunadamente no. En efecto, para empezar, muchos clientes no son suficientemente inteligentes para seguir un análisis rigurosamente racional. Luego, algunos individuos están tan emocionalmente trastornados, cuando van a ver al terapeuta, que no están en condiciones, al menos temporalmente de comprender y seguir los procedimientos lógicos. Por otra parte, otros clientes son demasiado viejos e inflexibles, o demasiado jóvenes o impresionables o tienen demasiados prejuicios filosóficos contra la lógica y la razón, o son orgánica o biofísicamente

demasiado débiles, o son demasiado alguna otra cosa para aceptar, al menos al principio de la terapéutica, el análisis racional (Ellis, en Millon 1974, p. 230).

¿Existen recaídas con la TRE? En el éxito el cliente siente que nada es verdaderamente perturbante, terrible u horrible, que nunca puede estar mejor sin valores (ni siendo grande); y que el humano no puede legítimamente condenarse por alguna cosa que hace. Consecuentemente, el cliente "curado" con la TRE no es creíble que experimente una recurrencia de sus viejos síntomas o un estallido de nuevos que son comunes a otras "curas" individuales. Sin embargo, de que aprende un método científico de guía con problemas personales puede usarlo para el resto de sus días, el tenderá aplicando este método a ser saludable a experimentar más el desarrollo de su personalidad después de dejar la terapia. Debe hacerse notar que un cliente, después de una terapia semántica (incluyendo TRE) es improbable que se diga a sí mismo varias cosas conscientemente o en forma deliberada cuando se enfrenta a situaciones de la vida real. Más bien, debido a la naturaleza habitual de las de algunas expectativas o ideas, es más probable que tales procesos de pensamiento sean automá

ticos e involuntarios, como otros hábitos sobreaprendidos, más aun las cogniciones desadaptadas del paciente pueden tomar una fuerza un tanto pictórica en lugar de o en adición a las formas verbales (Beck, 1970). No obstante, debemos señalar que el terapeuta que emplee solamente la reconstrucción lógica como arma terapéutica no es probable que vaya demasiado lejos con muchos de los que buscan ayuda. Reviste importancia vital, por consiguiente, que todo terapeuta que aplique un método racional básico al problema de ayudar a sus clientes a superar sus neurosis sea también muy ecléctico en el empleo de las técnicas complementarias, menos directas y algo menos racionales (Ellis, en Millon, 1974, p. 231).

Advertido que la TRE no es eficaz con toda clase de clientes y que obtiene sus mejores resultados cuando se utiliza en conexión con otras técnicas terapéuticas de empleo general o en sustitución de las mismas, es importante sugerir dos hipótesis a saber: a) que la psicoterapia que comprende una elevada dosis de análisis y reconstrucción racionales, se revelará más eficaz con más clases de clientes que cualesquiera de las terapéuticas no racionales o semiracionales de empleo

actual muy general, y b) que dosis considerable de terapéutica racional, o al menos una proporción de esta, se revelará como virtualmente la única forma de tratamiento que contribuye a socavar las neurosis básicas (en cuanto distintas de los síntomas neuróticos superficiales) de muchos clientes y, particularmente, de muchos en quienes las demás clases de terapéutica se han revelado como inoperantes. (Ellis, en Millon, 1974, p. 231).

Concluimos dentro de este marco teórico sugerido que no existen condiciones necesarias para el cambio de personalidad, sino que tan solo son deseables sin embargo, todavía considera que la terapia racional es, en su experiencia por lo menos, el método más eficaz para lograr un cambio básico de la personalidad pues es lo cierto que una vez que un individuo abandonara verdaderamente las ideas de perfeccionismo, del horror de fallar en algo, de la necesidad inexorable de fallar en algo, de la necesidad inexorable de ser aprobado por los demás, de la opinión que el mundo le debe la vida, etc... ¿qué más le queda por temer o por qué preocuparse? (Ellis, en Millon, 1974, p. 229)

Hemos sugerido hasta este momento diversas formas de enfrentar los diversos problemas del paciente alcohólico, diversas técnicas para cada problema particular siendo por tanto colaboradores, del mismo resultado ya que están ligadas entre sí propiciando un común denominador, debemos enfatizar por tanto que no existen terapias específicas a cada problema, debemos ser flexibles en el sentido de que la mejor terapia es la que mejor se adapte al individuo. Por consiguiente, se considera de fundamental importancia elegir para cada paciente en particular la terapia y el terapeuta que mejor se adecuen a sus necesidades. En este sentido, los elementos esenciales para lograr un terapeuta eficaz son la versatilidad y la flexibilidad. Esta es una razón por la cual el sugerir una terapia específica puede resultar inadecuado ya que no se ha podido verificar con métodos científicos la superioridad total de un sistema de psicoterapia, incluyendo la conductista. Incluso si se demostrara que un tipo de terapia es superior a los demás, ésta podría no resultar adecuada para aquellos individuos cuya rehabilitación requeriría el uso de determinados métodos que sólo practican otras escuelas de terapia en general, menos eficaces (Lazarus, 1980). Sin embargo es recomendable recordar ciertos factores útiles independientemente del sistema

psicoterapéutico utilizado como por ejemplo: La terapia debería tratar de aportar a los pacientes predicciones positivas realistas. Este principio está vinculado a la teoría de (Franck, 1961) que los procedimientos que crean esperanzas pueden tener en sí un poder curativo, es esencial alentar al paciente y movilizar sus expectativas de ayuda. Otra sugerencia es un auténtico rapport y una buena relación terapéutica que por lo general son factores necesarios aunque insuficientes para lograr un cambio profundo y duradero, (dentro de este marco de referencia la flexibilidad y la versatilidad son los factores claves para lograr una interacción terapéutica positiva y eficaz); inculcar el hábito de la libertad emocional que implica la capacidad de suministrar una retroalimentación honesta, es decir, mostrar los sentimientos genuinos, de manera franca y abierta. La libertad emocional se opone a la hipocresía, a la falsedad y al engaño. A diferencia de lo que se afirma corrientemente, el resultado de la libertad emocional no es la alienación o una mayor vulnerabilidad, sino una mayor disminución de la ansiedad, una capacidad para establecer relaciones estrechas y significativas, un mayor respeto de sí mismo y la adaptación a la sociedad (Lazarus, 1980, p. 106).

TERCERA PARTE

RELACION ENTRE IDEAS IRRACIONALES Y ALCOHOLISMO

7. FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

El alcoholismo, como muchos otros problemas que atañen al individuo, es particularmente, uno de los más difíciles de abordar, ya que no es un problema que se de en unos pocos, sino que este se da, en una gran mayoría de cualquier sociedad y de cualquier sistema social. En otras palabras el alcoholismo es un problema que se refuerza en las sociedades donde se da, y que arroja cifras por demás elevadas en todos los aspectos que se ven afectados por este fenómeno.

Partiendo del supuesto de que el individuo cae en el alcoholismo por una errónea concepción de sí mismo, de los eventos externos y del mundo en general. Debemos mencionar, que estas concepciones son inculcadas por los padres del individuo durante la infancia, por las condiciones culturales propias de su medio y por los medios de comunicación de masas de su cultura.

Suponiendo que estas concepciones son las que llevan al individuo a tener trastornos de tipo emocional, re

flejados en forma de tensiones y ansiedad y que el individuo cree reducir por medio del alcohol. Creemos, partiendo de estos supuestos, que la terapia racional emotiva probablemente es una de las técnicas más adecuadas para el tratamiento de este problema, ya que esta produce un cambio en la filosofía del individuo, puesto que aprenden un método científico de guía para resolver sus problemas emocionales, cambiando los conceptos e ideas irracionales por otros más racionales que podrán usar por el resto de su existencia, sin embargo, no debemos olvidar que todas y cada una de las técnicas empleadas son importantes por si mismas y como elementos de la terapia multimodal.

7.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siendo el alcoholismo uno de los problemas que alcanzan mayores dimensiones a nivel social, ya que este afecta a los individuos en cada una de sus modalidades comportamentales como son: conducta, afecto, sensaciones, imaginación, cognición y relaciones interpersonales. Esto quiere decir, que el efecto se da en toda la gama del comportamiento, ya que al afectarse cualquiera de estas, concomitantemente se afectan las demás,

con todo esto, todos aquellos individuos alcohólicos muestran un deterioro comportamental que incide directamente en todas sus relaciones; ya sean sociales, de trabajo o familiares, que son las que permiten un adecuado desenvolvimiento del individuo, dentro de la sociedad.

7.2 OBJETIVOS

General:

Se pretende demostrar, que el lenguaje interno, en forma de ideas irracionales, es un causante de la habituación alcohólica, es decir que las ideas que tienen los individuos acerca de sí mismos, de las cosas y de los eventos en general, es uno de los factores que lo llevan a ingerir alcohol.

Específicos:

Detectar qué ideas irracionales son las más frecuentes en los alcohólicos a diferencia de los no alcohólicos.

Detectar factores comunes de pensamiento en los alcohólicos, que los no alcohólicos no posean.

Detectar diferencias en el grado de irracionalidad de cada una de las ideas entre alcohólicos y no alcohólicos.

Hacer de este estudio parcialmente exploratorio, una base para la investigación posterior.

7.3 HIPOTESIS

El lenguaje interno del individuo, caracterizado por ideas irracionales acerca de sí mismo, de las cosas y de los eventos en general, es probablemente un factor que conduce a las personas a ingerir alcohol en forma tal, que se convierte en un problema.

7.4.1 MATERIAL

Cuestionarios para la detección de alcoholismo (el número necesario para detectar 40 sujetos alcohólicos y 40 no alcohólicos) Anexo 1
80 formatos IBT. Anexo 2

7.4.2 SUJETOS

Se aplicarán 140 cuestionarios para detección de alcoholismo (anexo 1) con el fin de formar a grupos de 40 sujetos, uno de alcohólicos y otro de no alcohólicos igualando los grupos en cuanto a sus características.

Los grupos quedaron integrados por sujetos que cursaban los semestres 8o. y 9o. de las carreras de Químico Fármaco Biólogo (6), Ingeniería Química (6), Biología (12), Medicina (8), Odontología (40) y Psicología (8) repartidos en igual número en ambos grupos. Las edades oscilaban entre 23 y 30 años el promedio en el grupo de alcohólicos fue de 26 años 2 meses, mienu

tras el grupo de no alcohólicos promedio 25 años 7 meses. El estado civil en los dos grupos fue de 36 solteros y 4 casados. El sexo fue igual para los dos grupos con 36 hombres y 4 mujeres. El nivel socioeconómico no fue determinado por un instrumento particular, sin embargo de acuerdo a la pregunta anexa en el IBT (anexo 2) se presume que los sujetos pertenecían a la clase media tanto alta como baja quedando repartidos en la siguiente forma: grupo de alcohólicos (22 clase media alta, 14 clase media media y 4 clase media baja); grupo no alcohólico (18 clase media alta, 17 clase media y 5 clase media baja)

7.4.3 PROCEDIMIENTO

Se aplicó el cuestionario para detección de alcoholismo a 140 sujetos aproximadamente de los cuales se obtuvieron 40 sujetos que de acuerdo al criterio utilizado se presume que son alcohólicos, dicho criterio consistió en contestar afirmativamente a más de 5 preguntas, de los sujetos no alcohólicos detectados se seleccio-

naron 40 de tal modo que las características de edad, sexo, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico fueran similares a las de los sujetos alcohólicos.

Se aplicó a los sujetos de ambos grupos el cuestionario IBT, con el cual pretendemos detectar diez ideas irracionales básicas.

El cuestionario está compuesto por 100 afirmaciones, que pueden ser contestadas estando completamente de acuerdo, moderadamente de acuerdo, ni acuerdo ni desacuerdo, moderadamente en desacuerdo y completamente en desacuerdo. En algunos casos, el estar completamente en desacuerdo, resulta irracional, por ejemplo, en la afirmación, "es muy importante para mí que otros me aprueben", el estar completamente de acuerdo con esto, resulta totalmente irracional, ya que es muy poco probable que esto suceda. Por otra parte, en otras afirmaciones, el estar completamente en desacuerdo marca la irracionalidad, por ejemplo, en la afirmación, "si una persona quie-

re puede ser feliz bajo casi cualquier circun-
tancia", el estar completamente en desacuerdo,
marca la irracionalidad ya que se atribuirá la
felicidad a factores externos en lugar de los
que los seres humanos nos podemos proporcionar.

Dado que las opciones de respuesta del cuestio-
nario están numeradas del 1 al 5 según el acuer-
do o desacuerdo que exista por parte de quien
contesta, se utilizarán estos números como medi-
da de la irracionalidad en cada una de las
ideas; cuando la irracionalidad esté dada por
estar de acuerdo con la idea expresada se anota-
rán los números tal y como aparecen en las res-
puestas, cuando por el contrario la irrationali-
dad esté dada por estar en desacuerdo por la
idea expresada, entonces los números de las res-
puestas deberán invertirse. Como el número 3 in-
dica una respuesta neutral, es decir, no existe
acuerdo ni desacuerdo, por tanto no expresa irra-
cionalidad por lo cual se tomaran como raciona-
les las ideas que promedien en sus 10 ideas re-
presentativas un número inferior a 3 y aquellas
que promedien un número mayor a 3 serán conside

radas como irracionales.

Las ideas irracionales son detectadas en el IBT por diez afirmaciones cada una, de este modo la idea irracional número 1 se detecta con las afirmaciones 1, 11, 21, 31 ... y 91, la idea irracional número 2 se detecta con las afirmaciones 2, 12, 22 ... y 92, así sucesivamente hasta completar las 10 ideas irracionales.

8. RESULTADOS

Los resultados que arrojó esta investigación indican que los sujetos alcohólicos difieren de los no alcohólicos en cuanto a las respuestas dadas en el cuestionario de creencias irracionales lo que es posible observar en las siguientes gráficas elaboradas a partir de las tablas de datos respectivos.

Se puede observar en la gráfica 1, en donde se señala la puntuación promedio obtenida por los dos grupos en cada una de las diez ideas irracionales que comprende el IBT, sin embargo, cabe mencionar que las diferencias entre los grupos en cada idea es similar, esto lo podemos observar en el comportamiento de los trazos en la gráfica, a excepción de la idea irracional número 3 en donde la diferencia es mayor entre los grupos.

Se observa también que el grupo de alcohólicos rebasó el puntaje de 3 (límite de racionalidad e irracionalidad) en las ideas 2, 3, 6 y 10 mientras que el grupo de no alcohólicos sólo rebasó este puntaje en la idea número 10.

En la gráfica 2 podemos observar que hubo un mayor porcentaje de sujetos alcohólicos que cumplieron con el requisito de irracionalidad en comparación con los sujetos no alcohólicos, esto es cierto para todas las ideas irracionales. Al igual que la gráfica 1 se observa que las diferencias entre ambos grupos se comportan de manera muy similar en todas las ideas a excepción de la idea irracional número 3 en donde la diferencia entre ambos grupos es mayor y la idea número 1 en donde la diferencia entre ambos grupos es mayor y la idea número 1 en donde la diferencia es muy pequeña.

Cabe mencionar que se efectuó el análisis estadístico de los datos, específicamente la prueba Z , la cual arrojó como resultado -0.68 lo que, de acuerdo a la estadística nos permite afirmar que la hipótesis se acepta.

GRAFICA 2

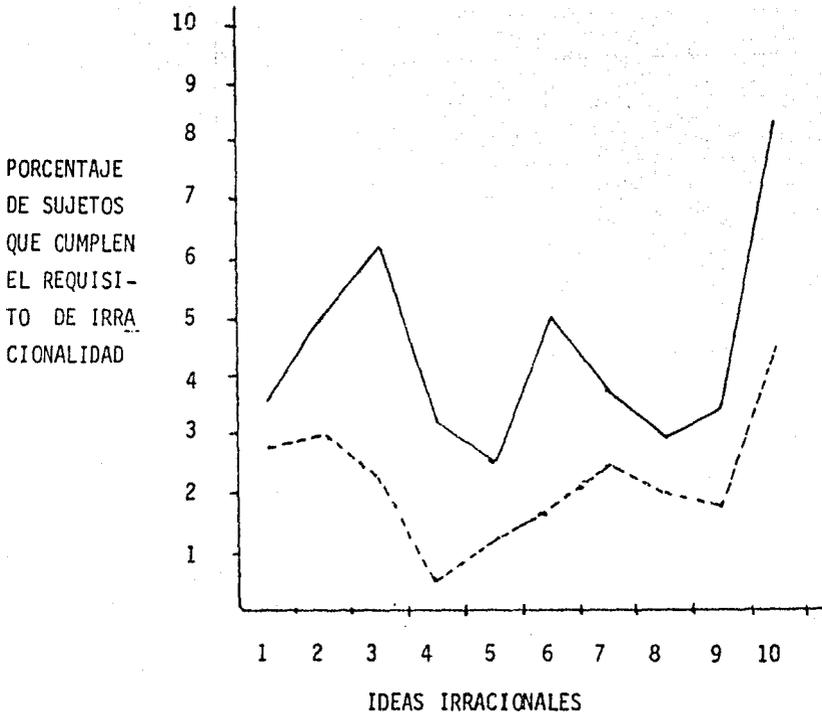
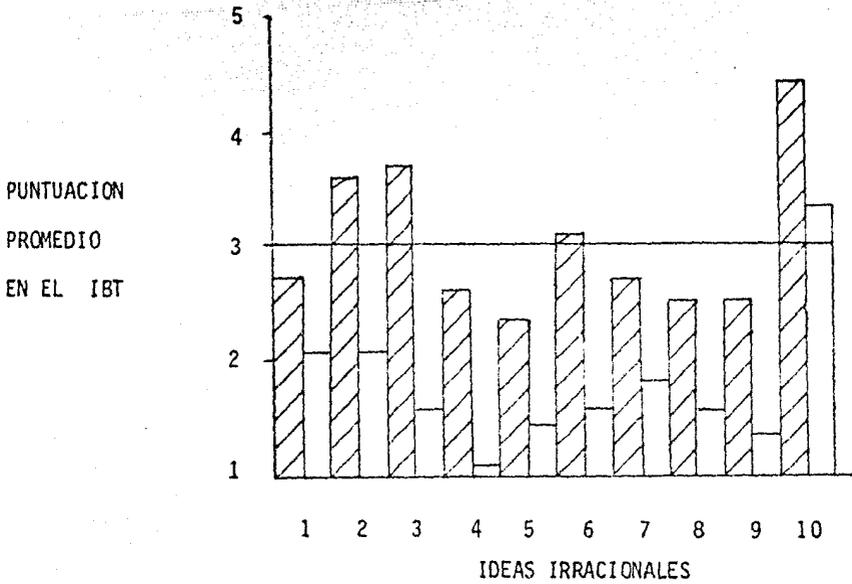


TABLA 2

PORCENTAJE DE SUJETOS QUE CUMPLEN EL REQUISITO DE IRRACIONALIDAD											no alcohólicos
	27.5	30.	22.5	5.	12.5	17.5	25.	20.	17.5	45.	
	35.	50	62.5	32.5	25	50.	37.5	30.	35.	82.5	alcohólicos
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	IDEAS IRRACIONALES										

GRAFICA 1



ALCOHOLICOS
NO ALCOHOLICOS

TABLA 1

PUNTUACION PROMEDIO EN EL IBT	2.7	3.6	3.7	2.6	2.3	3.1	2.7	2.5	2.5	4.4	alcohólicos
	2.1	2.1	1.6	1.1	1.4	1.6	1.7	1.6	1.3	3.3	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	IDEAS IRRACIONALES										

9. DISCUSION

Los resultados obtenidos en esta investigación nos sugieren que los individuos alcohólicos están influidos en alguna medida por las ideas irracionales que forman parte de su estilo de pensamiento ya que, como es posible observar en las tablas de resultados y en el análisis estadístico de los mismos, el grupo alcohólico obtuvo calificaciones significativamente más altas que el grupo no alcohólico, no obstante, debemos ser cautos al expresar el resultado de esta investigación pues hemos dejado a un lado el control de un gran número de variables, dado el tipo de diseño utilizado. Resulta difícil por tanto afirmar que la hipótesis aquí planteada halla sido comprobada, pero tenemos elementos para sospechar que el pensar irracional de los alcohólicos puede ser un factor causal importante de la conducta alcohólica, en especial de ideas como que:

Es terrible y catastrófico que las cosas no sean como a ellos les gustaría que fueran, y sin embargo no tratan de cambiarlas, de forma que les resulten menos terribles y si lo intentan y no pueden cambiarlas no tra

tan de resignarse a su existencia. Afirmaciones típicas de lo que los sujetos alcohólicos se dicen a sí mismos son: Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa, rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida, siempre tendremos problemas, yo sería diferente si hubiera tenido diferentes experiencias, las cosas deberían cambiar, etc., y toda una serie de afirmaciones que implican una demanda de cómo deberían ser las cosas. Es frecuente, también la creencia en los alcohólicos, de que ellos deberían ser apropiados, competentes y eficaces en todos los aspectos posibles en lugar simplemente de aceptarse como seres humanos con fallas y limitaciones, a este tipo de creencias la acompañan frases demandantes tales como: Odio fracasar en algo, es indispensable triunfar, debo hacer todo correctamente, el éxito es demasiado importante. Otra de las creencias que los sujetos alcohólicos de nuestra muestra es que determinados actos estén mal, o son condenables o viles, y que la gente que los realiza debería ser severamente castigada, a esta creencia le acompañan frases tales como: los que se equivocan deben ser castigados, la inmoralidad debe ser penalizada, la gente es básicamente mala, etc. Existe también aunque en menor grado la idea de que si algo es o

puede ser peligroso o temible habría que preocuparse terriblemente al respecto esta idea va acompañada de frases como: el futuro es incierto, no puedo controlar ciertas sensaciones, no puedo olvidarme de mis preocupaciones, etc.

Parecen existir factores comunes en el pensamiento de los alcohólicos, pero no debemos olvidarnos que éstos pueden estar ausentes en muchos casos y ser otro el tipo de idea o pensamiento irracional el presunto causante de la conducta alcohólica (Quizá esto explique la diferencia que se dio en la idea número 3, la primera en cuanto al porcentaje de sujetos que la manifestaron y la segunda en cuanto al puntaje promedio en que se dio). Esto es válido para todos los sujetos alcohólicos, dado que, en una u otra forma todos piensan irracionalmente y hacen evaluaciones en forma irreflexiva con respecto a su conducta alcohólica.

No obstante, el tipo de idea o pensamiento irracional que exista, afectará emocionalmente al sujeto, el inicio de esta perturbación emocional surge cuando el individuo platica con sí mismo, diciéndose toda una se

rie de frases que lo hacen emocionarse en forma exagerada y al verse imposibilitado por esta misma perturbación, para evaluar la situación de manera lógica, hace una evaluación irreflexiva, que llega a ser automática y que culmina con el acto de beber.

Ahora bien, el comportamiento se repite una y otra vez, no obstante las consecuencias aversivas que produce, en parte debido a que estas no son contingentes al acto de beber, pero principalmente, a que el sujeto evalúa su comportamiento independientemente de los resultados del mismo. Hemos desprendido ya algunos cuestionamientos de esta investigación.

Parece ser que el individuo es llevado a la conducta alcohólica por su pensar irracional, sin embargo, no sabemos realmente que diferencias existen entre su pensamiento y el de individuos neuróticos no alcohólicos, es decir, las diferencias podrían ser: cualitativas, en caso de existir diferencias entre el tipo de ideas y pensamientos como el caso de la idea número 3, y/o cuantitativas en caso de existir diferentes grados de

irracionalidad en un mismo pensamiento o idea, como es el caso de la idea número 10, o simplemente que no existe más que un diferente concepto acerca del hecho de beber alcohol en forma exagerada.

Se mencionó en los resultados el hecho de que el análisis estadístico nos permite aceptar la hipótesis aquí planteada, sin embargo, la estadística por sí no parece ser un método capaz de remediar la falta de control experimental y deja abierta la posibilidad de error al aceptar o rechazar una hipótesis, a pesar de ello nos proporciona un indicio sobre la ya mencionada aceptación de nuestra hipótesis.

10. CONCLUSIONES

Es probable que los individuos alcohólicos sean llevados entre otras posibles causas por las frases que se dicen a sí mismos, las cuales han aprendido del medio ambiente que los rodea y que van cargadas de una irracionalidad que nunca han cuestionado, aceptándolas tal y como se les han presentado. Estas frases provocan por sí mismas emociones exageradas en los sujetos, quienes con el fin de disminuirlas, beben alcohol, ya que han aprendido a discriminar que éste les proporciona, hasta cierto punto, la disminución de la emoción que originalmente les aquejaba. Esta elección es producto de una evaluación siempre irreflexiva, debido a que las ideas y pensamientos que sirven de premisas para elaborar dicha evaluación son totalmente irracionales. Estas ideas comprendidas en el IBT han sido detectadas en todos los sujetos alcohólicos, aunque éstas varían entre unos y otros, sin embargo, encontramos algunas que se manifiestan en la mayor parte de ellos como son: la demanda de que las cosas deberían ser diferentes de como son y si esto no sucede así les resulta catastrófico, diciendo frases como: las cosas deberían cambiar,

me debería ir mejor, siempre tengo problemas, no me debería pasar esto, etc.

Es también muy común que se digan frases que implican que deberían ser absolutamente competentes, apropiados e inteligentes en todas las cosas que hacen o deberían hacer, frases como: yo debería tener éxito en todo lo que hago, odio fracasar en algo, yo debería ser mejor que los demás, etc.

Es evidente la importancia del lenguaje interno en la habituación alcohólica, podemos concluir, que tanto la aproximación conductista como la psicoanalítica han errado en sus aproximaciones para abordar este tema. La aproximación conductista ha discriminado los eventos no observables y esta discriminación de los eventos no observables ha desechado la posibilidad de buscar las causas de la habituación alcohólica en los procesos de pensamiento de los individuos. La aproximación psicoanalítica ha buscado la causalidad de esta conducta en etapas tempranas del desarrollo, mediante una rebuscada red de inferencias, a partir de las cuales se concluye que el alcoholismo no es sino una manifestación regresiva de la libido a una etapa en la que fue fijada y que se ten

dría que analizar a partir del material reprimido en el inconsciente, Sin embargo, no existe evidencia de que dicho material es inconsciente, existiendo por tanto la posibilidad de que sea preconscious, es decir las ideas irracionales que el sujeto se dice a sí mismo y que son posiblemente un factor causal del acto de beber, son de algún modo inconscientes.

Debido a estas razones pareciera ser que las técnicas Cognitivo Conductuales son quizá las más apropiadas para el tratamiento del alcoholismo la cual toma en cuenta el factor cognoscitivo desechado por la teoría del E - R y minimiza las inferencias de la aproximación psicoanalítica.

ANEXO I

¿ES A. A. PARA USTED?

- | | SI | NO |
|--|-------|-------|
| 1. ¿Ha tratado alguna vez de dejar de beber por una semana (o más) sin haber logrado cumplir el plazo? | _____ | _____ |

Casi todos nosotros hemos estado "sin beber" muchas veces antes de ingresar a A. A. Hicimos serias promesas a nuestros familiares y empleadores. Juramos solemnemente. Nada resultó hasta que nos unimos a A. A. Ahora tomamos las cosas con calma, y no prometemos nada ni a nosotros mismos ni a otras personas. Nos concretamos simplemente a no beber el primer trago HOY. Nos mantenemos sobrios en un Plan de Veinticuatro Horas

2. ¿Le molestan los consejos de otras perso
nas que han tratado de convencerle que
deje de beber?

Mucha gente trata de ayudar a los bebedo
res "problema". Pero casi todos los alco
hólicos se ofenden por consejos gratui
tos sobre su excesivo beber (A. A. no im
pone sus consejos a nadie). Pero si nos
preguntan, relatamos nuestras experien
cias, y damos sugerencias prácticas para
vivir sin la bebida.

3. ¿Ha tratado alguna vez de controlarse
cambiando de una clase de bebida a otra?

Nos hemos pasado años buscando una fórmu
la segura para continuar bebiendo. Pasa
mos de las "bebidas blancas" a vinos o
cervezas; confiamos en que las bebidas
con un poco de agua no serían perjudicia
les, o bien tomamos nuestras copas "pu
ras" evitando las mezclas y los cocteles.
Tratamos de beber solamente a ciertas ho

ras. Pero cualquiera que fuera la fórmula empleada, invariablemente terminámos embriagándonos.

4. ¿Ha bebido alguna vez por la mañana durante el último año

La mayoría de nosotros tiene el convencimiento (por propia experiencia) que la respuesta a esta pregunta, facilita la casi absoluta certeza de si una persona está o no en camino de convertirse en alcohólica, o si ya ha llegado al final de su carrera de "bebedor normal".

5. ¿Envidia usted a las personas que pueden beber sin que esto les ocasione dificultades?

Es evidente que muchos millones de personas pueden beber socialmente (algunas veces excesivamente) sin perjudicarse se

riamente a sí mismos ni perjudicar a otros. ¿Se ha preguntado alguna vez por qué la bebida es una invitación a desastres para USTED?

6. ¿Ha empeorado progresivamente su problema con la bebida durante el último año? _____

Los médicos han comprobado que el alcoholismo es una enfermedad progresiva. Una vez que una persona pierde el control en su modalidad de beber, su problema empeora, nunca desaparece. Un alcohólico tiene solamente dos alternativas finales:

- a) Beber hasta morir o enloquecer;
- b) Mantenerse alejado del alcohol en cualquier forma que se presente.

La elección es sencilla.

7. ¿Ha ocasionado su forma de beber problemas en su hogar? _____

Muchos de nosotros solíamos afirmar que bebíamos debido a cosas desagradables o molestas en nuestros hogares. Nunca se nos ocurrió pensar que problemas de esta naturaleza, se agravaban en vez de solucionarse, recurriendo a la bebida.

8. En reuniones sociales donde la bebida es controlada, ¿trata usted de conseguir tragos extras?

Cuando nos tocaba asistir a esta clase de reuniones nos "fortificábamos" antes de concurrir, o generalmente, nos las ingeniábamos para obtener más de lo que nos correspondía de las raciones de nuestro anfitrión. Muchas veces seguimos bebiendo después de la fiesta.

9. A pesar de ser evidente que no puede controlarse. ¿Ha continuado usted afirmando que puede dejar de beber "por sí solo" cuando quiere hacerlo?

El engañarse a sí mismo parece ser común en todos los bebedores "problema". Casi todos los que estamos ahora en A. A. tratamos alguna vez de dejar de beber sin ayuda de nadie. No pudimos lograrlo.

10. ¿Ha faltado a su trabajo durante el último año a causa de la bebida?

Cuando bebíamos y faltábamos a nuestro trabajo, frecuentemente tratábamos de justificarnos intentando convencernos a nosotros mismos y a otros de que estábamos realmente enfermos. Argumentábamos diversas enfermedades como excusa. La realidad es que estábamos engañándonos a nosotros mismos.

11. ¿Ha tenido alguna vez "lagunas mentales" a causa de la bebida?

Las llamadas "lagunas mentales" durante las cuales continuamos en actividad, pero sin recordar nada después, parecen ser un común denominador en las experiencias como bebedores de muchos de nosotros, que ahora admitimos que somos alcohólicos. Sabemos por fin demasiado acerca de los verdaderos problemas que nos ocasionaba este período de "lagunas mentales" e irresponsabilidad.

12. ¿Ha pensado alguna vez que podría tener más éxito en la vida si no bebiera?

A. A. por sí misma no puede solucionar todos sus problemas. Pero en lo que se refiere a la bebida, puede enseñarle cómo vivir sin lagunas mentales, sin sufrir "crudas" físicas y morales, sin remordimientos o lástima de sí mismo, que es común en el bebedor alcohólico. Cuando se llega a ser alcohólico, se continuará siéndolo siempre. De modo que no

sotros en A. A. nos mantenemos alejados de ese primer trago. Cuando esto se ha logrado, la vida se torna disciplinada, exitosa y feliz.

T O T A L _____

¿CUAL ES SU RESULTADO?

¿Contestó SI a cinco o más preguntas? Si es así, las probabilidades son de que tiene un serio problema alcohólico, o que lo tendrá en un futuro cercano.

¿Por qué decimos esto? Solamente porque la experiencia de decenas de miles de alcohólicos recuperados, nos ha enseñado algunas verdades básicas, acerca de los síntomas del beber que traen problemas y de nosotros mismos.

Usted es el único que puede decir con seguridad si A. A. es para usted. Si su respuesta es que Sí, nos alegraremos de mostrarle cómo hemos podido dejar de beber. Si no puede admitir todavía que tiene un problema con la bebida, no discutiremos con usted. Lo único que podemos sugerirle es que enfoque el problema sin prejuicios. Cuando necesite ayuda, si

es que llega a necesitarla, nos alegraría compartir nuestra sociedad con usted.

ACERCA DE A. A.

Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza de poder resolver su problema común y ayudar a otros a rehabilitarse del alcoholismo.

Existen más de un millón de miembros en aproximadamente 30,000 grupos a través del mundo en más de 105 países.

El único requisito para pertenecer a esta Comunidad es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de A. A. no se pagan derechos ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. Los A. A. no pertenecen a ninguna secta religiosa, partido político, organización o institución alguna; no desean intervenir en ninguna controversia, ni tampoco apoyan o combaten otras causas. Nuestro fin primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

ANEXO II

I B T

I B T

I B T

Este es un inventario que pretende investigar la forma en que usted piensa y siente acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales usted puede estar en acuerdo o en desacuerdo. A la derecha de cada afirmación encontrará los números del 1 al 5. Usted deberá encerrar en un círculo el número que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones.

- 1 significa COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
- 2 significa MODERADAMENTE EN DESACUERDO
- 3 significa NI ACUERDO NI DESACUERDO
- 4 significa MODERADAMENTE DE ACUERDO
- 5 significa TOTALMENTE DE ACUERDO

No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación. Asegúrese de marcar como REALMENTE SIENTE acerca de la afirmación y no como usted cree que DEBERIA SENTIR. Trate de evitar las respuestas con número 3 ó neutrales lo más que sea posible.

- | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1. | Es muy importante para mí que
otros me aprueben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Odio fracasar en algo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | La gente que comete errores,
merece lo que le pasa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Usualmente acepto lo que su
cede filosóficamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Si una persona quiere, puede
ser feliz bajo casi cualquier
circunstancia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 6. | Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Frecuentemente voy retrasando decisiones importantes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Todos necesitan depender de alguien para pedirle ayuda y consejo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | "El que nace para maceta, del corredor no pasa" | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Me gusta que me respeten pero no me es necesario | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Evito cosas que no puedo hacer bien | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Muchas personas malvadas escapan del castigo que merecen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 14. Las frustraciones no me moles <u>tan</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Las personas no se perturban por las situaciones sino por lo que piensan de ellas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Siento muy poca ansiedad por "lo que pudiera ocurrir" de peligroso o inesperado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Siempre trato de salir adelan <u>te</u> y dejar terminadas las ta <u>reas</u> desagradables cuando se me presentan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Trato de consultar con un ex <u>perto</u> antes de tomar decisio <u>nes</u> importantes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. No hay una soluci <u>o</u> n perfecta para algo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 21. | Quiero que todos me estimen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | No pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | Los que se equivocan, merecen ser censurados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | Las cosas deberían ser diferentes de como son | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | Yo causo mis propios estados de ánimo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. | No puedo olvidarme de mis preocupaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. | Evito enfrentar mis problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. | La gente necesita una fuente de poder fuera de ella misma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

29. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro 1 2 3 4 5
30. Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida 1 2 3 4 5
31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros no lo estén 1 2 3 4 5
32. Me gusta triunfar en algo pero no siento que esto sea necesario 1 2 3 4 5
33. La inmoralidad debe ser fuertemente castigada 1 2 3 4 5
34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan 1 2 3 4 5
35. Las gentes miserables se han hecho miserables a sí mismas 1 2 3 4 5

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 36. Si no puedo impedir que algo suceda, no me preocupo por eso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Usualmente tomo decisiones lo más rápido que puedo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. La gente sobrevalora la influencia del pasado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Siempre tendremos algunos problemas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo, no mío | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Es importante para mí tener éxito en lo que hago | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43. Rara vez culpo a la gente por sus errores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

44. Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten 1 2 3 4 5
45. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así 1 2 3 4 5
46. No puedo tolerar el probar fortuna 1 2 3 4 5
47. La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras 1 2 3 4 5
48. Me gusta sostenerme en mis propios pies 1 2 3 4 5
49. Cada problema tiene una solución correcta 1 2 3 4 5
50. Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser 1 2 3 4 5

51. Encuentro difícil estar en . 1 2 3 4 5
 contra de lo que los otros
 piensan
52. Soy feliz en algunas actividades porque me gustan sin importarme si soy bueno en ellas 1 2 3 4 5
53. El miedo al castigo ayuda a 1 2 3 4 5
 la gente a ser buena
54. Si las cosas me molestan, las 1 2 3 4 5
 ignoro
55. Mientras más problemas se tengan, menos feliz será uno 1 2 3 4 5
56. Rara vez me preocupo por el 1 2 3 4 5
 futuro
57. Rara vez abandono las cosas 1 2 3 4 5
58. Soy el único que puede realmente resolver mis problemas 1 2 3 4 5

59. Rara vez pienso que las expe 1 2 3 4 5
riencias pasadas me están
afectando ahora
60. Vivimos en un mundo incierto 1 2 3 4 5
y de probabilidad
61. Aunque la aprobación de los 1 2 3 4 5
demás me gusta, no es una ne
cesidad para mi
62. Me molesta que otros sean me- 1 2 3 4 5
jores que yo en algo
63. Todos son básicamente buenos 1 2 3 4 5
64. Hago lo que puedo para conse 1 2 3 4 5
guir lo que quiero sin sentir
me culpable por ello después
65. Nada es en sí mismo molesto; 1 2 3 4 5
la molestia depende de como
se interprete el fenómeno

66. Me preocupo demasiado por co 1 2 3 4 5
sas futuras
67. Me es difícil hacer tareas 1 2 3 4 5
desagradables
68. Me desagrada que otros tomen 1 2 3 4 5
mis decisiones
69. Somos esclavos de nuestra his 1 2 3 4 5
toria personal
70. Es raro encontrar una solución 1 2 3 4 5
perfecta para algo
71. A menudo me preocupo por qué 1 2 3 4 5
tanto me aprueba o me acepta
la gente
72. Me molesta muchísimo cometer 1 2 3 4 5
errores
73. Es injusto que "paguen justos 1 2 3 4 5
por pecadores"

74. Me gusta el camino fácil de la vida 1 2 3 4 5
75. La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida 1 2 3 4 5
76. Algunas veces no puedo eliminar mis temores 1 2 3 4 5
77. La vida fácil es muy rara vez recompensante 1 2 3 4 5
78. Es fácil buscar consejo 1 2 3 4 5
79. Si algo afectó tu vida alguna vez, siempre lo hará 1 2 3 4 5
80. Es mejor buscar una solución práctica que una perfecta 1 2 3 4 5
81. Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente hacia mí 1 2 3 4 5

82. Frecuentemente me irrito por
pequeñeces 1 2 3 4 5
83. Con frecuencia doy a quien se
equivoca una segunda oportu-
nidad 1 2 3 4 5
84. Me disgusta la responsabilidad 1 2 3 4 5
85. Nunca hay razón para permane-
cer acongojado por mucho tiem-
po 1 2 3 4 5
86. Nunca pienso en cosas como la
muerte o la guerra atómica 1 2 3 4 5
87. Las personas son más felices
cuando se enfrentan a los de-
safíos o problemas que vencer 1 2 3 4 5
88. Me disgusta tener que depender
de alguien 1 2 3 4 5
89. En el fondo, la gente nunca
cambia 1 2 3 4 5

90. Siento que yo debería manejar las cosas en la forma correcta 1 2 3 4 5
91. Es molesto ser criticado pero no es catastrófico 1 2 3 4 5
92. Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien 1 2 3 4 5
93. Nadie es malo, aunque sus actos parezcan serlo 1 2 3 4 5
94. Rara vez me trastornan los errores de otros 1 2 3 4 5
95. El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo 1 2 3 4 5
96. Frecuentemente me descubro planeando lo que haré en ciertas situaciones peligrosas 1 2 3 4 5

97. Si algo es necesario, lo hago; por muy poco placentero que resulte 1 2 3 4 5
98. He aprendido a no esperar que algún otro esté muy interesado en mi bienestar 1 2 3 4 5
99. Yo no miro al pasado con remordimientos 1 2 3 4 5
100. No hay nada parecido a "un conjunto ideal de circunstancias 1 2 3 4 5

Edad

Sexo

Estado Civil

Escolaridad

Ocupación

Medio Socioeconómico

BIBLIOGRAFIA

- A. A.
Compendio de Publicaciones
México, 1968 - 1982; Editorial A. A., A.C.

- AI - ANON
El dilema del matrimonio con un alcohólico
México, 1971; Editorial AI-ANON, A.C.

- Binder, V., Binder A., Rimland, B.
Modern Therapies
New Jersey, 1976; Editorial Prentice Hall Inc.

- Calderón, N. G.
"Consideraciones acerca del alcoholismo entre los pueblos prehispánicos de México"
México, 1968; Revista del INN, Vol. II, No. 3, págs. 5 a 13

- DSM III
Breviario
Editorial Masson; España, 1983

- Ellis, A.
Rational approaches to counseling

- Ellis, A.
Humanistic Psychotherapy
USA, 1974; Editorial Mac Graw-Hill

- Ellis, A.
Razón y Emoción en Psicoterapia
España, 1980; Editorial DDB

- Ellis, A., Abrahms, E.
Terapia Racional Emotiva
México, 1980; Editorial Pax

- Ellis, A., Harper, R.
Gufa para la vida racional
New Jersey, 1961; Editorial Prentice Hall-Inc.

- Festinger, L., Katz, D.
Los métodos de investigación en las ciencias sociales
Buenos Aires, 1972; Editorial Paidós

- Garai Lazlo
Las necesidades específicamente humanas
Buenos Aires, 1963; Editorial Orbelus

- Goldfried, M., Davidson, G.,
Clinical Behavior Therapy
USA, 1976; Editorial Holt, Rinchartand Winston

- Harper, R.
36 Sistemas
México, 1960; Editorial Herrero, Hnos.

- Harper, R.
The New Psychoterapies
New Jersey, 1975; Editorial Prentice Hall-Inc.

- Kanfer, F., Goldstein, A.
Helping People Change
Editorial Pergamon Press, Inc.

- Kanfer, F., Phillips, J.
Principios de aprendizaje en la Terapia del comportamiento
México, 1976; Editorial Trillas

- Keller, M.
Psicología del subconsciente, moralidad y alcoholismo
USA, 1951; Editorial Weston College

- Kerlinger F.
Investigación del Comportamiento
México, 1975; Editorial Interamericana

- Lineberg, O.
Psicología Social
México, 1975; Editorial F.C.E.

- Lazarus, A.
Multimodal Behavior Therapy
New York, 1976; Editorial S.P.C. Inc.

- Lazarus, A.
Terapia Conductista, técnicas y perspectivas
Buenos Aires, 1980; Editorial Paidós

- Lindgren, Clay
Introducción a la psicología social
México, 1972; Editorial Trillas

- Luria, A.
Vygotski y las funciones psíquicas superiores
Buenos Aires, 1968; Editorial Orbelus

- Luria, A.
Lenguaje y Comportamiento
España, 1974; Editorial Fundamentos

- Maer, B. A.
Principios de psicopatología
México, 1977; Editorial Mc Graw-Hill

- Mahoney, M.
Cognition and Behavior Modification
USA, 1974; Editorial Ballinger

- Mc Guigan, P. J.
Psicología Experimental
México, 1983; Editorial Trillas

- Meichenbaum, D.
Cognitive Behavior Modification
New York, 1977; Editorial Plenum Press

- Millon T.
Psicopatología y Personalidad
México, 1974; Editorial Interamericana

- Natan, P.
Alcoholism in Handbook of Behavior Modification and
Behavior Therapy
USA, 1976; Editorial A.C.C.

- Odenhal, J.
La socialización en el desarrollo del individuo
Buenos Aires, 1968; Editorial Orbelus

- Pancheri, P.
Manual de Psiquiatría Clínica
México, 1976; Editorial Manual Moderno

- Pardiñas, M.
Metodología y Técnicas de investigación en ciencias
sociales
México, 1968; Editorial Siglo XXI

- Pérez de Francisco, C.
Humanismo y Medicina psicológica
México, 1977; Editorial Participaciones

- Pick, S., López A. L.
Cómo investigar en ciencias sociales
México, 1980; Editorial Trillas

- Sandler, J., Davidson, R.
Psicopatología
México, 1977; Editorial Trillas

- Schrawm, W.
La ciencia de la comunicación humana
México, 1975; Editorial Roble

- Skinner, B.F.
Verbal Behavior
New Jersey, 1957; Editorial Prentice-Hall

- Solomon, P., Patch, V.
Manual de Psiquiatría
México, 1979; Editorial Manual Moderno

- Velasco, F. R.
Esa enfermedad llamada alcoholismo
México, 1981; Editorial Trillas

- Vygotski, L. S.
El desarrollo de los procesos psicológicos superiores
España, 1979; Editorial Grijalbo

- Wolpe, J.
Psicoterapia por Inhibición Recíproca
España, 1975; Editorial Desdée De Brouwer

- Wolpe, J.
Práctica de la terapia de la conducta
México, 1979; Editorial Trillas

- Woolfolk, R. L.
"The Multimodal Model as a Framework decision - Making
in Psicoterapy"
Psychological Reports, (34) 1974 (831, 834)

- Yates, A.
Terapia del Comportamiento
México, 1978; Editorial Trillas

- Zax, M., Cowen, E. L.
Psicopatología
México, 1978; Editorial Interamericana