



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZARAGOZA

IDEAS IRRACIONALES DE UN GRUPO DE ALCOHOLICOS DEL CECOSAM

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

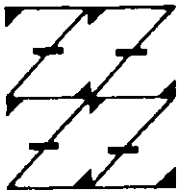
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

JOSE HUGOLINO MIGUEL GARCIA GOIZ

ASESOR: LIC. LAURA ALVAREZ SANCHEZ

UNAM FES ZARAGOZA



LO HUMANO ES DE NUESTRA REFLEXIÓN

MEXICO, D.F.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

HUGO:

Goza mientras vivas, vive la vida al máximo y  
sácale el mejor provecho. Toma tiempo para leer que  
es la mejor fuente de la sabiduría.

Te quiere

Tu padre.

## AGRADECIMIENTOS

En forma explícita, deseo manifestar mi gratitud a los maestros que a lo largo de mi vida estudiantil despertaron en mí la inquietud de seguir adelante, muy especialmente, a la licenciada Laura Alvarez Sanchez por ofrecerme el privilegio de trabajar en la asesoría de tesis.

De igual manera deseo manifestar mi agradecimiento a los sinodales por su voto de aprobación, no sólo como un requisito de titulación, en especial al licenciado Miguel Martinez Barojas, quien revisara cuidadosamente e hiciera indicaciones que aportaron nuevas ideas.

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación pretende conocer el pensamiento interno en forma de ideas irracionales, como uno de los factores de la habituación alcohólica.

Especificando qué ideas irracionales son las más frecuentes en sujetos alcohólicos a diferencia de sujetos no alcohólicos.

Se estudiaron 100 sujetos de sexo masculino, de 18 a 50 años de edad, con escolaridad primaria concluida, nivel socioeconómico bajo, de ocupación obrera, estado civil casados y religión católica.

En atención al resultado de sus respuestas de alcoholismo, se dividieron en dos grupos: (a) grupo alcohólico y (b) grupo no alcohólico. Los instrumentos de medición que se utilizaron fueron dos tests psicológicos.

Se comprobó que es verdad que el pensamiento influye en la ingestión de bebidas alcohólicas.

## Í N D I C E   G E N E R A L

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Resumen	iii
Índice General	iv
Lista de tablas	v
 INTRODUCCIÓN	 1
 C A P Í T U L O I	
 ALCOHOLISMO	 2
1.1 Antecedentes Históricos	2
1.2 Conceptos Principales	6
1.3 El Alcohol como Droga	8
1.4 Clasificación y Diagnóstico	10
 C A P Í T U L O II	
 CAUSAS DE DEPENDENCIA ALCOHOLICA	 17
2.1 Ansiedad	17
2.2 El Condicionamiento	19
2.3 Factores Genéticos y Fisiológicos	20

2.4 Factores Psicológicos	21
2.5 Factores Sociales	25

### C A P Í T U L O III

CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO	31
3.1 Consecuencias Fisiológicas	31
3.2 Efectos Congénitos	33
3.3 Consecuencias Psicológicas	34
3.3.1 Alucinosis Alcohólica	35
3.3.2 Celotipia Alcohólica	35
3.3.3 Delirium Tremens	36
3.3.4 Síndrome de Korsakov	38
3.4 Consecuencias Sociales	39

### C A P Í T U L O IV

TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO	42
4.1 Técnicas Conductuales	42
4.1.1 Terapia Aversiva mediante Farmacos	43
4.1.2 Estimulación Electrica	44
4.1.3 Sensibilización de Covert	45
4.2 El Psicoanálisis	46
4.3 Alcohólicos Anónimos	48

## C A P Í T U L O V

LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA	52
5.1 Conceptos Fundamentales de la TRE	52
5.2 Principales Ideas Irracionales	55
5.3 La Teoría ABC de la TRE	57
5.4 Existen Recaidas con la TRE	63

## C A P Í T U L O VI

METODOLOGÍA	66
6.1 Planteamiento del problema	66
6.2 Objetivos	66
6.3 Hipótesis	66
6.4 Variables	66
6.5 Sujetos	67
6.6 Material	67
6.7 Situación Experimental	69
6.8 Procedimiento	69

## C A P Í T U L O VII

RESULTADOS	71
7.1 Análisis de los Datos	73



## C A P I T U L O V I I I

DISCUSIÓN	77
8.1 Conclusiones	77
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	79
APENDICE A Test para la Detección de Alcoholismo	82
APENDICE B Inventario de Ideas Irracionales	85

## LISTA DE TABLAS

Número		Página
1	Test de detección de alcoholismo	71
2	Ideas racionales	71
3	Ideas irracionales	72
4	Frecuencias observadas	74
5	Frecuencias esperadas	75
6	Puntuación promedio del inventario de ideas irracionales	75
7	Porcentaje de sujetos que cumplen el requisito de irracionalidad	75

La presente investigación tiene como propósito dar una visión lo suficientemente amplia para comprender el problema del alcoholismo, el cual ha sido tratado por diversas corrientes psicológicas, enfoques psiquiátricos y empíricos, sin haber logrado conocer con certeza, cuáles son las motivaciones de la conducta alcohólica. Se pretendió conocer el pensamiento interno, en forma de ideas irracionales, como 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 principales para el desarrollo y mantenimiento de la conducta alcohólica.

Se hizo una revisión de estos enfoques, de las principales definiciones y clasificaciones, así como de las técnicas y tratamientos más empleados.

Se utilizó la Terapia Racional Emotiva, como técnica para el tratamiento del alcoholismo, dado que ésta se basa en la importancia que le atribuye al rol de la cognición, los modos de pensar en la conformación de la personalidad, pero también de las perturbaciones como las emociones desequilibradas o perjudiciales, a partir de los pensamientos irracionales, que son los que impiden o bloquean el logro de los objetivos del sujeto.

Resultó por lo tanto importante conocer cuáles son las frases que los alcohólicos piensan en sí mismos, y así poder detectar qué ideas y pensamientos se encuentran arraigados en su filosofía y que les hace percibir las cosas de una manera diferente, así como conocer, si las ideas irracionales que manejan los alcohólicos son diferentes a las de los no alcohólicos en contenido y frecuencia. Se realizó por lo tanto, esta investigación cuyos resultados responden a esta pregunta.

## CAPITULO I

### ALCOHOLISMO

#### 1.1 Antecedentes históricos.

Los materiales para la producción de vino han estado disponibles, hace miles de años, indudablemente el vino, se descubrió primero en forma, de zumo de fruta, de grano o de miel fermentados.

Molina y Sánchez (1985) indican, que la vid era una de las plantas que crecía en los huertos del paraíso para deleite de Adán y Eva y que la primera prenda de vestir del género humano fue precisamente, una hoja de parra.

Lo cierto es que en todas las civilizaciones de la antigüedad el vino, fue como un regalo de los dioses; los griegos lo recibieron de Dionicio, hijo de Zeus y de la mortal Semele, y en Roma representado por Baco; los egipcios lo atribuyeron en su mitología a Osiris, deidad del bien y juez de las almas que los enseñó a cultivar las tierras del Nilo.

En relación con Egipto, existen pruebas fehacientes de que el vino fue conocido desde hace cinco milenios. Así lo demuestran las inscripciones con que eran sellados los recipientes encontrados en las tumbas. Esta civilización introdujo la descripción registrada más temprana de la embriaguez, así como el primero de muchos remedios, comían col hervida antes de los banquetes y usaban el agua de dicha verdura para quitar las borracheras y para curar los efectos indeseables que producía el alcohol al día siguiente.

Cabe mencionar de las referencias bíblicas lo siguiente, la Biblia

contiene, 165 menciones en relación con el vino. Aparece la primera de ellas en el Génesis, dando la explicación de que cuando Noé salió del arca después del diluvio convirtiéndose en el segundo padre del género humano comenzó a cultivar la tierra con su familia y plantó una viña, sin embargo, ninguna de las citas bíblicas iguala en importancia en lo que al vino corresponde, a aquella del pasaje de la "Última Cena" en el que se dice que Jesús, después de bendecir y dar de comer a los apóstoles el pan que era su cuerpo, tomó un cáliz y les indicó que bebieran todos del fruto de la vid, que simbolizaba su propia sangre, la cual por muchos se derrama para el perdón de sus pecados.

Debido a que el vino ha sido, y es, un elemento básico en la dieta de los pueblos mediterráneos, no es de extrañar que en las exploraciones del descubrimiento y conquista de América ocupara un lugar importante entre las provisiones de la tripulación, soldados y colonizadores y que recién terminada la conquista de la Gran Tenochtitlán, Hernán Cortés dispuso el 20 de marzo de 1524 que todo encomendero que tuviera tierras sembrara mil sarmientos por cada cien indios y, al parecer, fueron los españoles los que sembraron las vides de la península sobre cepas silvestres.

En referencia a México, a pesar de que las culturas prehispánicas no conocían el cultivo de la vid, ni la elaboración de vinos y licores derivados de la uva, en el territorio que actualmente ocupa nuestro país existen uvas silvestres llamadas cimarrones.

Por otra parte, Tapia Conyer (1994) menciona que quizá la sustancia más antigua en el México prehispánico fue el pulque, siendo evidente el riesgo que corría el bebedor del pulque de ser poseído por los "cuatrocientos conejos", los indios de Sahagún señalan a individuos que se duermen en cuanto se emborrachan, los que empiezan a lloriquear, los que se consuelan cantando y los que buscan sólo la compañía de otros borrachos igual a ellos.

Relacionado con la luna, el pulque sólo podía ser consumido en ocasiones por individuos con características similares; iba desde dar de beber a los prisioneros víctimas en la fiesta de Huitzilopochtli en el día Cetécpatl, hasta la embriaguez general que incluía a los niños en la fiesta denominada Pillihiani. Por igual en la fiesta de la diosa Huixtocihuatl que eran los comerciantes quienes bebían.

Sin embargo el consumo de pulque en las sociedades nahuas prehispánicas se regía por criterios diferentes a nuestra cultura. El consumo de bebida era llegar a la embriaguez, exclusivamente en la práctica ritual y en fiestas que estaban permitidas.

En condiciones normales sólo podían beber los viejos sin restricciones, el Códice Mendocino señala que setenta años era la edad adecuada, aunque otros estudios dicen que era al pasar del siglo.

Como quiera que sea, el alcoholismo no era problema en las sociedades de México, quizá por las estrictas medidas de control en el consumo de bebidas embriagantes.

Con la conquista, todos los investigadores mencionan que los indios eran individuos con tendencias al alcoholismo y la cantidad de alcohólicos era abundante, debido a la desaparición del sentido religioso y a la aceptación social del mismo.

A partir del siglo XVI el pulque se convierte en bebida socialmente rechazada, a excepción de la plebe, como los dueños de las haciendas pulqueras.

Sin embargo, Velasco Fernández (1988) señala que, otra bebida mexicana más es el tequila. En 1524, la tribu de los tiquila conocieron la fermentación del maguey, esto debe haberse realizado después de la conquista, puesto que antes se desconocía, y no se contaba con utensilios adecuados para su preparación, se dice que sólo tomaban tequila los ancianos y sacerdotes

Relacionado con la luna, el pulque sólo podía ser consumido en ocasiones por individuos con características similares; iba desde dar de beber a los prisioneros víctimas en la fiesta de Huitzilopochtli en el día Cetécpatl, hasta la embriaguez general que incluía a los niños en la fiesta denominada Pillihianí. Por igual en la fiesta de la diosa Huixtocihuatl que eran los comerciantes quienes bebían.

Sin embargo el consumo de pulque en las sociedades nahuas prehispánicas se regía por criterios diferentes a nuestra cultura. El consumo de bebida era llegar a la embriaguez, exclusivamente en la práctica ritual y en fiestas que estaban permitidas.

En condiciones normales sólo podían beber los viejos sin restricciones, el Códice Mendocino señala que setenta años era la edad adecuada, aunque otros estudios dicen que era al pasar del siglo.

Como quiera que sea, el alcoholismo no era problema en las sociedades de México, quizá por las estrictas medidas de control en el consumo de bebidas embriagantes.

Con la conquista, todos los investigadores mencionan que los indios eran individuos con tendencias al alcoholismo y la cantidad de alcohólicos era abundante, debido a la desaparición del sentido religioso y a la aceptación social del mismo.

A partir del siglo XVI el pulque se convierte en bebida socialmente rechazada, a excepción de la plebe, como los dueños de las haciendas pulqueras.

Sin embargo, Velasco Fernández (1988) señala que, otra bebida mexicana más es el tequila. En 1524, la tribu de los tiquila conocieron la fermentación del maguey, esto debe haberse realizado después de la conquista, puesto que antes se desconocía, y no se contaba con utensilios adecuados para su preparación, se dice que sólo tomaban tequila los ancianos y sacerdotes

y se utilizaba como remedio en articulaciones, según testimonio del médico español Jerónimo Hernández.

Se comercializó a principios del siglo XVIII, ya que en 1758 se le dieron a José Antonio Cuervo, extensas tierras para la siembra del maguey, por orden del corregidor de la Nueva Galicia.

Referente a la cerveza, los indios preparaban bebidas, como el sendecho y el tesguino, haciéndolo de maíz fermentado y de pinole, hasta que en 1544 Alfonso de Herrera pidió permiso a la Corona para establecer una cervecería al estilo europeo. Siendo virrey de la Nueva España don Antonio de Mendoza, Carlos V le concedió el permiso para elaborar cerveza en las Indias durante un período de 20 años; autorizándole todas las tierras necesarias para cultivar oblon.

En 1544, se inició la fabricación de cerveza en México, de hecho, Molina y Sánchez (1985) refieren que se preparó con maestros calderos y aparejos que trajo de Flandes, y se vendió a ocho reales la arroba, prometiendo abaratar su costo más adelante. Y continuando su producción, ya que no se conservaba por mucho tiempo en buen estado.

Siendo en 1860 cuando comenzó a funcionar en México una fábrica llamada San Diego, y en 1875, Santiago Graff instaló otra en Toluca; pero de hecho se inició en Monterrey con la cervecería "Cuauhtémoc" iniciada por el alemán José Schneider el ocho de noviembre de 1890; en 1894 se fundó la cervecería Moctezuma en Orizaba, otra en Chihuahua por Juan Terrazas, y en Sonora por los alemanes Schole, Hoeffler y Grunning, otra en Mérida por la familia Ponce Cámara, y en 1922 se constituyó la cervecería Modelo por españoles dirigidos por Braulio Iriarte, en la ciudad de México.

En la actualidad hay instaladas, 20 empresas en 11 ciudades con más de 40 marcas, embotelladas y enlatadas tales como: cerveza clara (pilsen),



semiobscura (viena) y obscura (munich), cuya fabricación colocó a México, entre las 10 primeras naciones mundiales otorgándole el primer lugar en Latinoamérica.

En relación con el vino, su producción se realizó a partir del 20 de febrero de 1822, al respecto, Velasco Fernández (1988) indica que, los vinos importados estuvieron etiquetados con un 20 por ciento de impuestos y los de la nación, con un 12 por ciento, elevándose la importación, con lo cual las fábricas de Chihuahua y Coahuila recibieron un gran estímulo.

En 1870, Evaristo Madero (tío del iniciador de nuestra revolución) adquirió las bodegas de San Lorenzo, importó de Europa uvas, renovó los equipos e introdujo mejoras en la producción, continuando sus descendientes.

Durante la Segunda Guerra Mundial, aumentó la demanda de la industria nacional, y en 1948, las fábricas más grandes de la nación se agruparon en la Asociación Nacional de Viticultores, incorporándose en 1950 y 1954, otras menos importantes.

Al término de 1970, el X Censo Industrial dice que la nación tiene 64 establecimientos para la fabricación de vinos de mesa y aguardientes, 13 en Aguascalientes, 12 en Coahuila, siete en Baja California Norte, cuatro en Chihuahua, tres en Nuevo León y las demás en el Distrito Federal, Baja California Sur, Durango, Sonora, Guerrero, Jalisco y Puebla.

### 1.2 Conceptos principales.

Actualmente para muchos les resulte sorprendente el hecho que aún hoy no hay un acuerdo general sobre el concepto de alcoholismo.

Sin embargo se pretende definirlo a nivel de Organismos Mundiales, tales como la Organización Mundial de la Salud.

De acuerdo con Kessel y Walton (1991) señalan que, en 1951 la OMS

menciona que, son alcohólicos aquellos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol ha llegado a tal grado que manifiestan cambios mentales y físicos, su mal funcionamiento social y económico; o los que muestran cualquiera de los signos anteriores.

Por otra parte, la definición referente a la dependencia del alcohol establece los siguientes criterios para su diagnóstico, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1997).

Consumo de la sustancia que trae como consecuencia deterioro y malestar, expresado por tres o más de los criterios siguientes en un período consecutivo de 12 meses:

Consumo de cantidades mayores de la sustancia, para obtener el efecto deseado (tolerancia).

Aún cuando el consumo de bebidas sea menor, su efecto es el mismo. La reducción o el cese de alcohol provoca el síndrome de abstinencia. La abstinencia causa malestar y deteriora la esfera psicosocial del individuo, recurriendo a otro tipo de sustancia.

La sustancia es tomada en cantidades mayores, o durante un tiempo más largo de lo que se pensaba.

Existe un deseo persistente de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

Perdida de tiempo tanto para obtener la sustancia, así como para recuperar los efectos de la misma.

De acuerdo con Aguilar Siller (1995) indica que, para la mayor parte de los sujetos de Alcohólicos Anónimos (A.A), parece tener más sentido, lo referente al concepto del alcoholismo.

El alcoholismo es una enfermedad progresiva que no se puede curar, pero al igual que otras se puede controlar. Muchos Alcohólicos Anónimos refieren que el alcoholismo es una necesidad física y mental por beber,

sin importar las consecuencias, y que no se pueden tratar sólo con fuerza de voluntad.

Gelder, Gath y Mayou (1993) indican que, la investigación realizada en la OMS por Edwards y col en 1977, sugiere que se deben recordar las diferencias entre dependencia y abuso de alcohol.

En 1977, se recomienda el término Síndrome de Dependencia Alcohólica, referente a un desajuste mental o físico cuando se suspende el consumo de la bebida, acompañada de temblores, alucinaciones transitorias, crisis convulsivas y delirium tremens.

Por otra parte, Rodríguez Martos (1990) sugiere que, la definición de abuso del alcohol por parte de la OMS es el siguiente: consumo exagerado de una sustancia, considerando el uso habitual.

### 1.3 El alcohol como droga.

Como señala Rodríguez Martos (1990), que la OMS define como droga en 1964 a toda sustancia que introducida en el organismo vivo por cualquier vía, modifica una o varias funciones de éste, siendo el alcohol una droga psicotrópica capaz de ejercer un efecto sobre el Sistema Nervioso Central (SNC).

Se dice que alguien depende de una droga cuando la necesita porque ya, se ha habituado a ella, como sugiere el Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo (CESSAL), en 1991. Cuando se deja de ingerir ésta provoca síntomas orgánicos que a veces son muy graves, y se habla de dependencia física; cuando por el contrario no ocurre ningún trastorno serio se llama dependencia psíquica. El alcohol es capaz de producir las dos formas de respuesta.

Asimismo G. Davison y J. Neale (1991) indican que, el alcohol se ingiere con la finalidad de disminuir la tensión que producen ciertas situaciones angustiantes o provocadoras de ansiedad, sin aumentar constantemente la

dosis y sin sufrir ninguna reacción de abstinencia, cuando se deja de ingerir. Esto no significa que el individuo con dependencia psicológica deje de sentir efectos desagradables cuando ésta no se encuentra a su disposición. Cuando a una persona se le priva de cualquier cosa de la que llegó a depender, es probable que actúe en forma negativa, y que se muestre agitada, nerviosa o de alguna otra manifestación negativa.

Debido a que en casi todas las sociedades se permite ingerir bebidas alcohólicas, rara vez es considerado como una droga, que afecta el Sistema Nervioso Central. El alcohol al actuar como depresor, empieza por entumecer los centros nerviosos periféricos, cuya función principalmente es inhibitoria. Así el efecto del alcohol es estimulante. Reduciendo las tensiones e inhibiciones, y el individuo puede experimentar una creciente sensación de sociabilidad y de bienestar.

Las cantidades mayores de alcohol interfieren con los procesos complejos del pensamiento, por lo que se experimentan dificultades en la coordinación motora, el equilibrio, el lenguaje y la vista. El alcohol puede calmar el dolor, e ingerido en dosis mayores puede inducir sensaciones sedantes y sueño.

Antes que se descubrieran las técnicas modernas de anestesia a los pacientes que se iban a operar se les administraban licores.

Asimismo, los efectos a corto plazo que producen cantidades moderadas de alcohol no son perjudiciales para el bebedor con experiencia, excepto cuando éste realice actividades que exijan una aguda concentración y coordinación de sus movimientos musculares, como el conductor de un automóvil. Para el bebedor inexperto, aún cantidades moderadas de alcohol pueden causar sensaciones desagradables de náuseas, aturdimiento y dolor de cabeza.

Aunque el efecto del alcohol en el organismo varía dependiendo de su ingesta, sí puede afirmarse, en términos generales, que el alcohol tiene efecto depresor sobre el Sistema Nervioso Central, y que por tanto alteran en mayor o menor medida las funciones mentales (pensamiento, atención, memoria, juicio y percepción).

La certeza de que esta alteración es transitoria es muy arraigada y confirmada por la experiencia misma, para ciertos individuos, particularmente aquellos que son susceptibles de desarrollar dependencia, estas alteraciones no resultan desagradables; por el contrario, aminoran angustias, temores, ocultan y ayudan a negar hechos dolorosos de la vida.

#### 1.4 Clasificación y Diagnóstico.

G. Davison y J. Neale (1991) indican que, en un estudio a 2000 alcohólicos, realizado por Jellenick en 1952, encontró que los historiales parecen tener una misma similitud.

Indica las cuatro etapas por las cuales pasa el alcohólico hasta convertirse en dependiente, las cuales son: 1. Fase prealcohólica, 2. Fase prodromal, 3. Fase crucial, 4. Fase crónica.

Todo sujeto puede asumir las características de las cuatro fases:

1. Fase prealcohólica: el individuo bebe en sociedad y en ocasiones inmoderadamente con el fin de aliviar tensiones y olvidar problemas. Al principio es raro que se embriague, pero con el tiempo empieza a ocurrir con mayor regularidad para buscar, los efectos tranquilizantes del alcohol.
2. Fase prodromal: el sujeto puede empezar a beber a escondidas como también puede sufrir amnesias. El bebedor permanece consciente, habla de un modo coherente y realiza otras actividades, aún sin aparentar un grave estado de intoxicación, aunque después no pueda recordar lo que ocurrió. El alcohol generalmente empieza a tomarse más como una droga y menos como bebida.

El individuo comienza a darse cuenta de su conducta, sintiéndose avergonzado por ella, aunque preocupándose al mismo tiempo acerca de dónde y cuándo podrá tomarse su proxima copa.

3. Fase crucial: el individuo corre un gran peligro de perder todo lo que valora. Ya perdió el control sobre su conducta. Una vez que toma la primera copa, sigue bebiendo hasta sentirse demasiado enfermo o demasiado embrutecido para continuar haciéndolo. Empieza igualmente a deteriorarse el ajuste social del individuo, bebiendo durante todo el día, lo cual se vuelve evidente para su patrón, su familia y los amigos. Descuida su alimentación, sufre su primer período de varios días en estado de ebriedad, y puede experimentar delirios y alucinaciones al dejar de beber. El individuo todavía tiene la capacidad de abstenerse. De un golpe puede dejar de tomar alcohol por varias semanas o incluso meses, pero, en cuanto toma la primera copa, se repite toda la secuencia. El alcohólico llega incluso a pensar que necesita una copa para empezar el día, así que bebe desde la mañana.

4. Fase crónica: el beber es continuo y cada vez más frecuente. El individuo ya no vive sino para beber. Sus sistemas corporales se acostumbran de tal manera al alcohol que, de no recibirlo, sufre reacciones de abstinencia. Al no tener ningún licor a su alcance, consumirá cualquier líquido que contenga alcohol: como puede ser loción para después de rasurar, tónicos para el cabello, etc, por otra parte sufre desnutrición, y otros fenómenos fisiológicos. Descuida su apariencia personal y pierde su autoestima, casi no siente remordimientos por su conducta. Finalmente ya no le importa en absoluto, la familia, sus amigos, el trabajo y su posición social. Además del deterioro psicológico producido por el alcoholismo, éste causa también, un profundo daño fisiológico. Casi todos los tejidos y órganos del cuerpo se ven afectados por un consumo prolongado de alcohol. La

desnutrición sufrida puede ser grave. Se cree que los alcohólicos crónicos de más edad, tienen una deficiencia de vitamina B, que causa una gran pérdida de la memoria (psicosis de Korsakoff), y una drástica reducción en la ingesta de proteínas causando cirrosis del hígado, enfermedad en la cual se forma una cantidad excesiva del tejido conjuntivo, que reemplaza a las células del hígado, dificultando así la circulación sanguínea. Otros cambios comunes son las lesiones en las glándulas endócrinas, fallas en el funcionamiento del corazón, hipertensión y hemorragias capilares, que causan edema y enrojecimiento de la cara.

El detener bruscamente la ingesta de alcohol puede causar efectos dramáticos en un alcohólico crónico, sintiéndose atemorizado, deprimido, débil, agitado e incapaz de conciliar el sueño. Se observan temblores en sus músculos, sobre todo los de la fina musculatura de los dedos, rostro, labios y lengua, lo mismo que un aumento en sus pulsaciones y presión sanguínea.

Después de beber durante algunos años un alcohólico puede también sufrir el delirium tremens (Dts), al disminuir el nivel de alcohol existente en su sangre. Suda en abundancia y sus pupilas tardan en reaccionar ante los cambios de la luz. Empieza a temblar y a delirar. Sus alucinaciones son principalmente visuales y auditivas, aunque también pueden ser táctiles.

Lozoya Flores (1984) indica que, la asociación dedicada al problema del alcoholismo es Alcohólicos Anónimos la cual trabaja en base a la clasificación de cuatro fases: Fase prealcohólica, Fase prodrómica, Fase crítica y Fase crónica.

La fase prealcohólica, es el inicio del futuro bebedor cuando aún no tiene problemas con la bebida, la cual consiste en los siguientes criterios:

1. Lagunas mentales
2. Beber a escondidas
3. Preocupación por el alcohol
4. Beber con astucia
5. Sentimientos de culpa por la manera de beber
6. Evita hablar del alcohol
7. Frecuencia de las lagunas mentales

Al entrar al número ocho, se inicia la fase prodrómica, en donde se desarrolla propiamente la enfermedad y se presenta.

8. Pérdida de control
9. Razona su comportamiento de bebedor
10. Presiones sociales
11. Comportamiento fanfarrón
12. conducta agresiva
13. Remordimientos persistentes
14. Período de abstinencia total
15. Modifica sus hábitos de beber
16. Alejamiento de las amistades
17. Abandono de empleos
18. Subordinación completa al alcohol
19. Apatía hacia otros intereses
20. Nueva interpretación de sus relaciones interpersonales
21. Lástima de sí mismo
22. Fuga geográfica
23. Cambio de las costumbres familiares
24. Resentimientos sin motivo
25. Abastecimiento de alcohol



26. Descuido de su alimentación
27. Primera hospitalización
28. Disminución del impulso sexual
29. Celotipia alcohólica
30. Bebe en ayunas

A partir del punto 31 se inicia la fase crítica, donde dan inicio los síntomas de la enfermedad ya en desarrollo.

31. Períodos de embriaguez prolongada
32. Deterioro mental
33. Disminución de la capacidad mental
34. Psicosis alcohólica
35. Bebe con personas socialmente inferiores
36. Consumo de productos industriales

A partir del punto 37, continua la fase crónica, donde se llega al desarrollo final, el más grave de la enfermedad.

37. Disminución de la tolerancia al alcohol
38. Temores sin causa
39. Temblores impersistentes
40. Inhibición psicomotora
41. Pensamiento obsesivo hacia el alcohol
42. Vagas aspiraciones religiosas
43. Todo el sistema de racionalizaciones fracasa
44. Hospitalización definitiva
45. Pérdida de la vida

En este aspecto, Milhorn, H. (1990) plantea que, la clasificación hecha por Jellineck en 1960, está basada en su definición, donde sugiere que el alcoholismo es cualquier empleo de bebidas alcohólicas que causan

daño al sujeto, a la sociedad o a ambos. Sin embargo Jellineck no considera al alcoholismo como una sola entidad, sino que identifica cinco categorías que el refirió como: Alfa, Beta, Gama, Delta y Épsilon.

Alcoholismo alfa: representa una dependencia, puramente psicológica a los efectos del alcohol para olvidar el dolor corporal y emocional, pero ésta no lleva a una pérdida del control ni a incapacidad de abstenerse.

Alcoholismo beta: Es aquella clase de alcoholismo en la que pueden ocurrir consecuencias alcohólicas tales como neuropatía, gastritis, cirrosis hepática, sin dependencia física ni psicológica del alcohol.

El alcoholismo gama: se refiere a aquella clase de alcoholismo en la que interviene: (a) tolerancia biológica al alcohol; (b) metabolismo celular adaptativo; (c) síntomas de aislamiento y dependencia física y (d) pérdida de control.

Alcoholismo delta: manifiesta las tres primeras etapas características del alcoholismo gama, al igual que una forma menos marcada de la pérdida de control de la bebida, incapacidad de abstenerse.

Alcoholismo épsilon: 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, mientras que en el caso del alcoholismo beta, los cambios fisiológicos que ocurren serían el resultado del exceso en la bebida el cual por sí mismo no indica ninguna enfermedad física ni psicológica.

El tiende a considerar el alcoholismo gama y beta como enfermedades, ya que los cambios fisiológicos mismos llegan a aumentar la necesidad del consumo alcohólico.

Como se observó la conceptualización del alcoholismo, presenta en términos generales una serie de etapas, por medio de las cuales se

desarrolla una dependencia hacia el alcohol, en el cual intervienen algunos factores, tanto biológicos, psicológicos y sociales para el desarrollo del mismo.

CAPITULO II  
CAUSAS DE DEPENDENCIA ALCOHOLICA

2.1 Ansiedad.

De acuerdo con el (CESSAL, 1991), tanto la angustia como la depresión son sentimientos que todos experimentamos en el curso de la vida, pero varía la forma en que cada quien los enfrenta para superarlos, dependiendo de estados emocionales difíciles de comprender para quien los sufre, ya que provocan sensaciones de vacío vital, frustración, inseguridad y devaluación de sí mismo. Las personas que han logrado un buen desarrollo de su personalidad muestran, una mejor capacidad para superar sus estados de angustia y depresión. Reconocen los conflictos que los originan y toman decisiones razonables y conscientes que a corto o a largo conducen a su superación. Pero muchos otros individuos, sobre todo aquellos que no logran integrar de manera adecuada los sentimientos de confianza, independencia e iniciativa, reaccionan de manera menos exitosa. Como no experimentan la aceptación de sí mismos y su autoestima, pueden adoptar una actitud de huida ante sus conflictos, reconocen el problema pero en vez de enfrentarlo tratan de escapar de él, a veces por medio de la ingestión de alcohol, reduce la intranquilidad, pero no remueve los problemas, por el contrario, al recurrir constantemente a la bebida les provoca nuevos problemas, además, como el alivio es pasajero, se genera la posibilidad de un círculo vicioso que finalmente puede llevar a la dependencia del alcohol.

En términos generales, beber por ansiedad se debe algunas de las

siguientes razones: (CESSAL, 1991).

El sujeto puede superar sus sentimientos de inferioridad, creándole confianza.

Permite al individuo funcionar en situaciones que en otras ocasiones lo paralizarían, aliviando su ansiedad.

Puede emplearse el alcohol para reducir la culpa, ira y la aflicción, y así huir de las responsabilidades.

El emborracharse puede constituir un sustituto para la expresión directa de sentimientos agresivos.

Más aún para comprender mejor por qué algunas personas desarrollan la dependencia del alcohol más fácilmente que otras, es preciso recordar que se habla de una droga que tranquiliza, es decir disminuye o suprime sentimientos tan desagradables como la angustia y la depresión.

En general se usa el término angustia como sinónimo de ansiedad, para referirse al peligro indeterminado. Expresiones como las de, siempre estoy ansioso, presiento que algo va a ocurrir; este estado se acompaña de síntomas biológicos: taquicardia, sudoración de las manos, problemas respiratorios, etc.

Por otra parte la depresión es un término que se utiliza para referirse a un estado de tristeza e infelicidad que puede llegar a la desesperación y que es acompañada de ideas de inaceptación de sí mismo.

Vallejo Ruiloba (1994) menciona que, estudios genéticos realizados por Winokur en 1983, han despertado interés de la relación de alcoholismo en los hombres y depresión en las mujeres.

Tal vez ambas entidades son enfermedades distintas con una relación aparente.

Sin embargo la teoría que hace referencia al alcoholismo, se debe a que el sujeto bebe para reducir su estado de ansiedad.

Se puede decir que muchos sujetos empiezan a beber, pero no se explica la conducta durante la ingesta por largos períodos.

G. Davison y J. Neale (1991) plantean que, en un estudio realizado por Nathan y cols en 1970, se observaron sujetos alcohólicos, dentro de un pabellón.

Se les permitió trabajar, con el fin de obtener puntos que podían después cambiar por alcohol. Una evaluación de sus estados de ánimo realizada en base a una lista de autorreporte compuesta por parámetros indicó que se encontraban en realidad más sujetos ansiosos y deprimidos por haber bebido, obteniendo resultados similares que cuando no habían ingerido alcohol.

## 2.2 El condicionamiento.

Vallejo Ruiloba (1994) al referirse a Conger (1956) y a Yates (1977) indica que, el alcohol posee un efecto inmediato que por un mecanismo de reforzamiento puede adquirirse el hábito de beberlo, y que los individuos con problemas personales o ambientales descubren en la bebida un efecto inmediato y la conducta de beber resulta reforzada.

Es decir; el punto de partida, es que el sujeto alcohólico aprende a beber, su conducta de bebedor lo recompensa y descubre en la bebida un efecto ansiolítico inmediato, y la ingestión resulta reforzada. El premio pueden ser algunos cambios psicológicos placenteros, la supresión del estrés o la posibilidad de vivenciar diversas experiencias agradables. Se dice también que la conducta del bebedor resulta de la necesidad que tienen los jóvenes de imitar el comportamiento de los adultos y que los efectos reforzadores pueden ser la aprobación del grupo, la facilitación de la interacción social, la relajación ante los problemas diarios y la posibilidad de sentirse independientes y seguros de sí mismos.

Dentro de esta posibilidad se considera que la ingestión de alcohol

es una conducta aprendida, como el hacerlo de golpe, así como la elección de determinadas bebidas en momentos y situaciones determinados.

G. Davison y J. Neale (1991) indican que, en un estudio realizado por Dollar y Miller en 1950, ofrecieron como solución al alcoholismo el concepto de dilación del gradiente reforzador, como un estímulo inmediato que, puede ejercer un efecto más poderoso que una recompensa mayor que no sigue inmediatamente a la respuesta.

### 2.3 Factores genéticos y fisiológicos.

Cada individuo en el momento de la concepción recibe un conjunto de material genético y según Vallejo Ruiloba (1994) basándose en estudios realizados por Cadoreth, Gath (1978;) Ewing, (1980;) Goodwin, (1979) sugiere que, la dependencia alcohólica puede estar condicionada por un factor genético.

Por ejemplo en 1970 estudios de adopción llevados a cabo en Dinamarca concluyen que los hijos de alcohólicos tienen cuatro veces más la probabilidad de ser alcohólicos, independientemente de quien haya llevado a cabo su crianza.

Los estudios de adopción permiten ver que el 50 por ciento de los alcohólicos tienen descendencia alcohólica, mientras que el otro 50 por ciento no, llegando a la conclusión característica de, historia familiar alcohólica, inicio precoz de la enfermedad; dependencia más rápida y algún otro trastorno de conducta.

En época más reciente, el estudio de Cadoreth y Gath, encontraron la existencia de un factor genético independientemente del medio ambiente en que el sujeto ha crecido. Ponen de manifiesto la existencia de posible herencia que permita la detección precoz de estos sujetos y la frecuencia para evitar una dependencia al alcohol.

En referencia a las teorías fisiológicas, G. Davison y J. Neale (1991) al referirse a Mittelman, Roe, (1945;) a Roueche, (1962;) y Williams (1959) indica que, algunos sujetos se sensibilizan hacia ciertos alimentos.

Mittelman, Roe y Roueche dicen que, los granos que constituyen las fuentes principales de las bebidas alcohólicas, como el trigo, el maíz y el centeno, tal vez sean los alimentos que ayuden a no tomar alcohol.

Pero, como el alivio sólo es de breve duración, el sujeto debe volver a consumir pronto dicho alimento para obtener un mayor alivio de esta conducta.

Descubrieron que los hijos de padres alcohólicos como los hijos de padres no alcohólicos, tienen las mismas posibilidades de ser alcohólicos.

Aunque se puede decir que el alcoholismo debe considerarse como una dependencia fisiológica mantenida por una necesidad biológica.

La teoría genotrópica de Williams indica que, el alcoholismo se desarrolla a partir de una deficiencia en la nutrición. Sugiere que los alcohólicos sufren de una incapacidad congénita para producir ciertas enzimas, por lo cual no pueden digerir determinados alimentos. El consumo excesivo de alcohol de alguna manera calma la necesidad fisiológica de las sustancias faltantes.

Las pruebas reunidas hasta la fecha no indican que se pueda transmitir genéticamente una predisposición fisiológica hacia el alcoholismo. A pesar de que entre los parientes de alcohólicos y los hijos de padres alcohólicos existe un mayor número de ellos que entre la población en general.

#### 2.4 Factores psicológicos.

Hay muchas hipótesis y teorías psicológicas que intentan explicar el alcoholismo y por qué se genera. Cormillot y Lombardini (1992) plantean una personalidad del alcohólico, como base para desarrollar la enfermedad, otras aluden a los aspectos inconscientes que actúan como resultado de los



procesos de desarrollo durante la infancia y otras sostienen que el alcoholismo es una consecuencia de un desorden de la personalidad.

Por otra parte, la mayoría de las explicaciones psicoanalíticas sobre el alcoholismo señala como primera causa, una fijación en la etapa oral del desarrollo psicosexual. Y así G. Davison y J. Neale (1991) al referirse a Knigth en 1937, sugieren que durante esta etapa de maduración, las primeras relaciones entre madre e hijo frustran las necesidades de dependencia al niño. Las diversas teorías psicoanalíticas difieren en la función que atribuyen al exceso de la bebida. Por ejemplo, Knigth propuso que la experiencia que pudo tener el alcohólico con una madre sobreprotectora produjo en él una fuerte necesidad de seguir siendo dependiente. Al frustrarse esta necesidad, se siente irritado, agresivo y culpable por sus impulsos. Bebe inmoderadamente para reducir estos impulsos y también para castigar a quienes lo privan de su cariño de tipo homosexual. Estos impulsos reprimidos lo llevan a beber en cantinas en compañía de otros hombres, actividad que supuestamente permite al alcohólico obtener alguna de sus satisfacciones emocionales que no recibió de las mujeres.

Kessel y Walton (1991), siguen estudiando la personalidad de los alcohólicos, pero no se puede decir, que exista una personalidad alcohólica única. No obstante, se trata de reconocer tipos característicos que ocurren frecuentemente con alcohólicos, tales como:

La falta de confianza de uno mismo, que se puede aliviar a través de la bebida. Las personas que necesitan armarse de valor encuentran que, en efecto, la bebida les hace más valientes.

Más aún la disminución de la autoestima, motiva al individuo a ingerir alcohol, para obtener confianza y seguridad y así calmar y disipar el miedo a ciertas situaciones sociales.

Es necesario explicar por qué algunas personas beben cuando están solas.

La bebida puede cambiar el estado interior de una persona, el alcohol es un psicotrópico, que produce una sensación de placer, tranquilidad o incluso exaltación.

Siendo posible distinguir dos clases de personalidad propensas a la bebida excesiva, la primera, personas con poca autoestima, tienen poca confianza y pueden estar disgustadas consigo mismas. Con frecuencia estos sujetos fueron privados de afecto en la niñez, descuidados e incluso maltratados. Para ellos el autocastigo es una característica, el alcohol es un descanso del constante complejo de inferioridad y de un continuo autorreproche.

Asimismo, otras explicaciones psicoanalíticas sugieren que, el alcoholismo es un mecanismo de defensa para reducir problemas emocionales o eliminar sentimientos de culpa.

Más aún el segundo tipo de personalidad alcohólica, donde es considerado al sujeto como indulgente con él mismo, con frecuencia consentido en su niñez por padres excesivamente cariñosos o ansiosos. Estos sujetos pueden encontrar que las obligaciones y responsabilidades interfieren en su persona.

Estas dos clases de personalidad indican, cómo pueden variar sus emociones, algunos descubren que el alcohol les ayuda a reducir la tensión personal, mientras otros llegan a depender del alcohol, para alcanzar un estado de exaltada satisfacción.

Sin olvidar que el alcoholismo es consecuencia de un desorden de la personalidad, se evalúa la personalidad observando cómo se comporta una persona y de qué manera responde a los distintos sucesos que ocurren en su vida. En términos clínicos la personalidad se diagnostica a través del estudio de los rasgos de una persona, como dependencia, pasividad, niveles de hostilidad, grados de pesimismo, etc., y estudiando las relaciones del sujeto con la gente que es importante en su vida. Si éstas son razonablemente

sostenidas, coherentes y emocionalmente gratificantes, se dice que la personalidad es normal. La personalidad se diagnostica como anormal cuando las relaciones con los demás son desequilibradas. Pueden ser demasiado dependientes y apegados, agresivos o demasiado indiferentes a la gente e incapaces de relacionarse con calidez.

Quizá la personalidad pueda estar desequilibrada en distintos grados. Los desórdenes leves pueden no ser evidentes para los demás y sólo aparecen cuando la persona misma revela que tiene problemas sociales, como los sociópatas, que no pueden ajustarse a las reglas de su grupo social. Viven al día y no hacen planes para el futuro, ni experimentan sentimientos ordinarios y son incapaces de establecer relaciones cálidas, de ahí el término desafectivo. Es común que los sociópatas antisociales no sientan culpa mientras realizan sus perversidades o delitos, ni tengan remordimientos después. Los sociópatas agresivos causan graves daños a los demás y pueden ser violentos: la frialdad y dureza de esa gente es a menudo extrema. Los sociópatas pasivos a veces se convierten en vagabundos o personas sin rumbo, estos, sujetos son bien conocidos en sus círculos sociales, además se incluye que no hay una relación de este trastorno de personalidad, con la dependencia alcohólica. Sus relaciones más estrechas son las relaciones antisociales.

G. Davison y J. Neale (1991) indican que Jones, en una investigación realizada a largo plazo en Oakland, California en los años 30, estudió una muestra de niños que fueron localizados a mediados de los 60, siendo entrevistados en los años de 1968 a 1971, referente a su conducta de consumo de alcohol. Según las respuestas que dieron a estas preguntas, se clasificaron en cinco categorías.

1. Bebedores problemáticos
2. Grandes bebedores (dos o tres copas al día)
3. Bebedores moderados

#### 4. Pequeños bebedores

#### 5. No bebedores y abstemios

Se obtuvo información acerca de esta muestra de población durante sus últimos años en la escuela superior. Sus padres habían informado detalles de su vida, los compañeros de clase se evaluaron entre sí y se autoevaluaron en pruebas de personalidad y entrevistas.

Jones descubrió que los bebedores problemáticos del sexo masculino todavía tenían algunos rasgos que los había caracterizado durante su adolescencia: impulsividad nunca controlada, comportamiento extrovertido y cierta tendencia a reafirmar su masculinidad.

### 2.5 Factores sociales.

No hay un patrón uniforme en el desarrollo social del alcoholismo, sin embargo, se tratarán algunos de los factores que influyen, tales como: (I. Sarason y col, 1990).

Factores étnicos y culturales: es decir, los diferentes grupos y sociedades que tienen diferentes costumbres con la bebida, en algunos grupos tienen usos específicos en ceremonias o fiestas.

Es decir, las distintas costumbres que una sociedad tiene respecto de diferentes eventos son, sin duda una guía que muestra a sus sujetos determinadas pautas de convivencia, y las conductas que serán aceptadas y rechazadas, y lo mismo sucede con el uso del alcohol.

En algunos grupos sociales el consumo de alcohol está prohibido, por ejemplo, para los mulsulmanes o para los mormones. Ya sea por creencia religiosa o por temor a las consecuencias, en estas sociedades parece haber muy baja incidencia de alcoholismo.

En cambio, en otras culturas, el uso del alcohol tiene un sentido ritual. Acompaña las prácticas religiosas, las distintas ceremonias y festejos,

y hasta es considerado como un signo de camaradería compartir una copa. En las sociedades con estas características hay más alcohólicos que en las anteriores.

En términos generales puede decirse que los individuos tienen diferentes costumbres relacionadas con la bebida que contiene alcohol, utilizándolas por convivencia, compañerismo, creencias religiosas o por un sentido ritual.

Existen algunos factores que podrían predecir la aparición de problemas de alcoholismo en una sociedad; tales como: (Cormillot y Lombardini, 1992).

Normas excesivamente permitidas con la bebida.

Carencia de normas que regulen el consumo de bebidas alcohólicas.

Aceptación cultural del beber fuerte y de las borracheras.

Popularización del uso del alcohol para reducir la tensión y el estrés.

Falta de adecuadas campañas de prevención que provean información y enseñanza sobre el alcohol y su consumo.

El estudio de Gudeman y McCord (citado en G. Davis y J. Neale, 1991), revela la importancia de los antecedentes étnicos y culturales entre las causas del alcoholismo masculino en los Estados Unidos. Se observó a varios jóvenes que durante su adolescencia habían sido examinados varios años antes. Al examinar los historiales de quienes se habían convertido en alcohólicos, los investigadores no descubrieron nada en favor de las teorías que relacionan este hábito con una fijación oral, aunque sí encontraron la relación existente entre el alcoholismo y los antecedentes étnicos. Por lo general, había más alcohólicos entre los jóvenes de origen americano, europa occidental, europa oriental e irlandesa que entre los de origen italiano o latino. Descubrieron una relación entre el alcoholismo y clase social, el número de alcohólicos pertenecientes a la clase media era mayor que el de quienes pertenecían a la clase inferior. A pesar de la relación existente entre los antecedentes

étnicos y el alcoholismo, no es afirmativo que algunos Judíos son alcohólicos y que no todos los irlandeses son dependientes a las bebidas embriagantes.

I. Sarason y col (1990) indican que, otro factor importante es la presión de los compañeros; la bebida tiene lugar principalmente fuera del hogar, si la mayor parte de los compañeros del grupo beben, el sujeto también siente deseos de hacerlo, para poder formar parte del grupo.

La bebida ayuda a algunos sujetos a enfrentar sus problemas, aprendiéndose a través del reforzamiento, aceptación de los amigos, imitación, y después sólo beben para aliviar la abstinencia.

Influyen de manera indispensable las relaciones paternas: si ambos padres beben, hay más probabilidad que los hijos también beban y como indica Cormillot y Lombardini (1992), la familia constituye una pequeña sociedad con costumbres y valores propios.

Se considera importante dar a los hijos información veraz y oportuna de los efectos del alcohol, y lograr que tanto la actitud como el comportamiento de los propios padres no contradigan esta información, (CESSAL, 1991). De igual manera es deseable que ningún adulto de los que convive con los niños en el hogar beba para resolver sus problemas.

Algunos padres ocultan las bebidas a los ojos de los niños, lo que puede crear un ambiente de sobreprotección que niega la realidad; lo mejor es conducir la educación de los hijos de manera que puedan reconocer las tensiones sociales y tomar decisiones bajo su propia responsabilidad, pero basadas en una adecuada información y reforzadas por la conducta de ambos padres.

Debiendo equilibrar el amor y la conducta de manera que los hijos sepan lo que se espera de ellos y sean libremente responsables. Es decir los padres de familia que conocen y valoran la información disponible sobre el alcohol

y sus efectos, y que han tomado decisiones razonables acerca de la bebida, promuevan más fácilmente las mismas actitudes y conductas en sus propios hijos.

La familia es el primer núcleo de seres humanos con el que un individuo debe relacionarse, y no cabe duda de que la es, así como la fuente de los elementos del aprendizaje social, y el proceso por medio del cual el niño aprende el conocimiento informal, los valores humanos, las actitudes y las reglas de convivencia. Así, todas las experiencias individuales de la familia o del medio social contribuyen al desarrollo de la personalidad. Si son negativas, la probabilidad de que aparezcan problemas de la conducta será mayor.

En el caso concreto de los problemas con la bebida, tanto el padre como la madre desempeñan una función primordial; si uno de ellos lo padece o no ha logrado una actitud responsable ante el alcohol, son mayores las posibilidades de que los hijos adquieran este mismo modelo de comportamiento. Pero no es la presencia de un alcohólico en la familia el único elemento que hay que tomar en consideración. Las experiencias negativas en la vida de un sujeto, como el divorcio de los padres, la desintegración familiar, la pobreza, contribuyen a producir desorientación e infelicidad y la búsqueda de satisfactores, como el alcohol. Sin embargo, la riqueza, la posición económica desahogada, tampoco es una situación que proteja contra el alcoholismo.

Varios estudios señalan que en las sociedades en las que raramente se presentan problemas de alcoholismo existen ciertas características comunes: (CESSAL, 1991).

Los padres beben moderadamente.

No es aceptable el consumo excesivo de alcohol.

Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, en poca cantidad y muy rebajadas. Las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos.

Las bebidas se consideran como alimentos, y se consumen casi siempre en las comidas.

No se da a las bebidas ningún valor subjetivo; y el ingerirlas no es virtuoso ni vergonzoso, ni prueba que el bebedor se más viril.

La abstinencia es una actitud aceptable.

No es aceptable llegar a la embriaguez.

Se bebe responsablemente.

Por otra parte, existen algunos aspectos negativos que a veces contribuyen a crear actitudes irresponsables de los niños frente al alcohol, de acuerdo con Gelder y cols(1993), por ejemplo, cuando ambos padres trabajan dedican menos tiempo a sus hijos y tienen, por lo tanto, menor probabilidad de transmitir el sentimiento de autoestima. Los niños deben ver a sus padres seres seguros de sí mismos dispuestos a comprender sus problemas y ayudarles en cualquier situación.

Asimismo, otro factor que influye es la ocupación, el riesgo de la bebida se incrementa en algunos grupos de trabajadores: albañiles, cocineros, meseros, cantineros, empleados de cervecería, ejecutivos, vendedores, periodistas, médicos e impresores.

Más aún ciertos factores sociales condicionan el comportamiento del individuo, como es señalado por el CESSAL, (1991).

No hay aspecto social que no pueda unirse a la ingestión de bebidas alcohólicas, además de la propaganda que se les hace en los diferentes medios de comunicación.

Es considerado que el número de expendios, el bajo costo de las bebidas



y la propaganda, son factores que aumentan el consumo. Los medios de comunicación como la radio y la televisión son más efectivos. En su propaganda se encuentran mensajes que intentan convencer de que consumiendo tal o cual marca, aumenta el nivel personal y se logra la felicidad, creando ideas erróneas respecto al consumo de bebidas alcohólicas.

Mediante el uso de imágenes y frases, se asocia al éxito, la atracción física, la aventura y la diversión.

En los últimos años se observa un incremento del gasto publicitario, no sólo con el interés de aumentar el número de consumidores si no, de modificar sus hábitos de ingestión.

La OMS señala que en la última década se advierte un incremento notable de la ingestión de alcohol en todo el mundo, y propone que prohibiendo toda la propaganda y limitando la producción, distribución y venta de bebidas alcohólicas, se logre bajar el índice de alcoholismo de una población determinada. Las investigaciones más objetivas así lo señalan y una prueba de este acierto es que muchos países donde estaba prohibida toda propaganda, como en la Unión Soviética y otros estados de Europa Oriental, el problema del alcoholismo es muy grave. Pero esto no quiere decir que no deban regularse estas actitudes mediante la ley. En México, en la nueva legislación sobre la salud, se aborda con claridad estos asuntos y se establecen medidas adecuadas sobre la propaganda y la disponibilidad de las bebidas que contienen alcohol.

Se dice entonces, que todo defecto hereditario funcional, metabólico o nutricional, necesita de la concomitancia de otros factores como los psicológicos y los socioculturales, para adquirir relevancia como precipitante del alcoholismo.

## CAPITULO III

### CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO

#### 3.1 Consecuencias fisiológicas.

G. Davison y J. Neale (1991), plantean en qué forma altera el alcohol el funcionamiento del organismo, considerando cómo se metaboliza, después de ingerirlo, el alcohol pasa rápidamente a la corriente sanguínea a través de las paredes del estómago, pero la mayor parte llega hasta el intestino delgado.

A partir de ese momento sufre oxidación, el cual se combina con oxígeno y se desintegra en forma de dióxido de carbono y agua, el sitio principal de oxidación es el hígado. Muchos efectos del alcohol están en proporción directa a nivel de la droga en la corriente sanguínea, dependiendo de la cantidad consumida en determinado tiempo, influyen algunos factores personales en la retención de alcohol y que reduzca su absorción, la corpulencia del sujeto, su alimentación, así como el funcionamiento del hígado.

Asimismo, la desnutrición es común entre los alcohólicos. Tapía Conyer (1994) indica que, se debe a que se consume menos alimento, pero aunque se tenga buena alimentación, el alcohol puede interferir en una buena digestión, pudiéndose presentar anemia.

Es factible que el consumo excesivo de alcohol conduzca a un daño físico en diferentes formas como lo indica A. Magie (1931), y puede ejercer un efecto directo en cerebro. Un nivel más bajo de alcohol en la sangre deprime el Sistema Nervioso Central, afectando algunas zonas, como el control de

sí mismo, después de dos o tres tragos los controles desaparecen momentáneamente, por lo que el bebedor pierde sus inhibiciones, habla en exceso, se comporta agresivo o deprimido.

La ingestión de tragos eleva el contenido del alcohol en la sangre y como resultado se trastorna la memoria, la coordinación muscular y el equilibrio; al seguir bebiendo se deprimen los centros cerebrales profundos, se entorpecen las percepciones y queda afectada la zona del juicio.

Al continuar bebiendo, el alcohol termina por anestesiar los niveles cerebrales más profundos y el bebedor puede tornarse inconsciente y puede morir.

Se dice entonces, que el consumo excesivo de alcohol daña el sistema nervioso, que puede dar como resultado; neuropatía periférica, epilepsia y degeneración cerebelosa, las complicaciones raras son atrofia óptica, mielinosi s p ó n t i c a cerebral, síndrome de Marchiafava-Bignami, desmielinización diseminada del corpus callosum, tractos ópticos y pedúnculos cerebelosos.

El alcohol predispone al aumento de algunos cánceres en el cuerpo, como la boca, la garganta, el esófago, el del hígado, el del páncreas, de los intestinos y la parte superior del estómago, cuanto más bebe una persona, tanto mayor es el riesgo de desarrollar alguno o algunos de estos cánceres.

El primer cambio del hígado después del consumo de bebidas alcohólicas es la acumulación de grasa en las células (hígado graso), como consecuencia, se forman bandas fibrosas.

Dando como consecuencia la cirrosis, de acuerdo con H. Kaplan y B. Sadock (1992), esta enfermedad degenerativa es el resultado de una transformación del tejido del hígado. Cerca del 10 por ciento de los alcohólicos desarrollan cirrosis hepática, entre las complicaciones más graves de la

cirrosis se encuentran las varices esofágicas. Con el cese de la ingesta y un adecuado suministro de alimentos, los pacientes cirróticos mejoran notablemente.

La gastritis es otro hallazgo común en los alcohólicos, así como las úlceras gástricas.

Esto significa que cuando se bebe alcohol, todos los tejidos del organismo se ven afectados en una forma u otra, debido a que es transportado por la sangre, y llega a todos los tejidos y células del organismo.

### 3.2 Efectos congénitos.

Lozoya Flores (1934) indica que, en una investigación realizada en Norte America por el Dr. Badr en 1976, se encontró que el alcohol es uno de los factores predisponentes para la alteración de los cromosomas. A esta respuesta llegó después de realizar dos experimentos; primero; se analizaron células de sujetos alcohólicos y de abstemios, observando el tipo y la frecuencia de los cambios estructurales de los cromosomas.

Las diferencias eran notables, después se tomaron glóbulos blancos de sujetos normales no dados a la bebida, y se sometieron a dosis de alcohol y acetaldehído para analizar el efecto sobre los cromosomas.

Las cantidades fueron proporcionales a lo que tomaría un bebedor moderado, y se demostró que el acetaldehído es un tóxico potente que produce alteraciones en los cromosomas, siendo el nivel de acetaldehído más alto en los alcohólicos.

Se pudo atribuir otras anormalidades congénitas, que pueden provocar en el ser humano el Síndrome de Down, retraso mental, desórdenes de la conducta, etc.

Existe por lo tanto, la posibilidad que existan en los alcohólicos alteraciones estructurales, así como, un aumento en el número de cromosomas, y en la frecuencia de aberraciones cromosómicas.

Por mucho tiempo se ha sospechado que el consumo de alcohol en las mujeres embarazadas pueden ser una causa de anomalías sobre el desarrollo y crecimiento de los niños.

En estudios sobre este aspecto, Madden, J (1990) al referirse a Jones, (1973) a Kessel, (1977) y Sullivan, (1899) plantea que, las mujeres tienen mayor probabilidad de dar a luz productos mortinatos o que sus hijos mueran durante la lactancia a diferencia de las mujeres no alcohólicas.

Las características descritas incluyen retraso físico y mental con problemas para prosperar en el desarrollo, irritabilidad e hiperactividad infantil, así como distintas malformaciones en cabeza y cara. Las anormalidades craneofaciales incluyen microcefalia, baja implantación de los pabellones auriculares, fisuras palpebrales pequeñas, microftalmía y dobleces epicánticos, el centro de la cara es ancho y chato, la nariz corta y levantada, el labio superior presenta el surco central demasiado largo con el borde muy delgado de color barmellón.

Asimismo factores medicosociales están presentes en estas madres además del consumo exagerado de bebidas alcohólicas.

Los factores que pueden contribuir al daño fetal son: la pobreza, las deficiencias nutricionales, el consumo de tabaco excesivo, el abuso de drogas y la insuficiente atención clínica.

En la actualidad se dice que el alcohol puede ocasionar daño fetal, aunque el desarrollo completo del síndrome fetal del alcohol no es tan común como los grados menores de retraso.

### 3.3 Consecuencias psicológicas.

Lozoya Flores (1984) indica que, cuando el alcohol es ingerido en forma excesiva, puede producir trastornos como: Alucinosis Alcohólica, Celotipia

Alcohólica, Delirium Tremens, Síndrome de Korsakov y Deterioro Alcohólico.

### 3.3.1 Alucinosis Alcohólica.

La presencia esencial de la alucinosis alcohólica es generalmente auditiva, que se presenta después de que el sujeto se ha recuperado de los síntomas de la abstinencia; como indica Madden, J (1990) estas alucinosis son voces que con frecuencia son acompañadas de sonidos en la mente del alcohólico, las voces se refieren y le hacen comentario sobre su conducta de él mismo en tono insultante o amenazador. Sin embargo, no se presentan trastornos del pensamiento, la persona mantiene contacto con la realidad.

Por ejemplo, las voces pueden ser escuchadas nada más en una cantina llena de sujetos donde la persona no está en condiciones de verificar si alguno de los presentes produce los sonidos.

Esta psicosis empieza a desaparecer cuando la persona es ingresada a un hospital y suspende la ingestión alcohólica, pero persiste en personas alcohólicas excesivas con síntomas demenciales, y en aquellas personas que más tarde se diagnosticarán como esquizofrénicos.

Se han visto alucinaciones alcohólicas en sujetos a principio de los 20 años, siendo la edad más común de inicio alrededor de los 40 años, tras 10 o más años de bebida excesiva. Se ha comprobado que las alucinosis es cuatro veces más en los hombres que en las mujeres.

### 3.3.2 Celotipia alcohólica.

Las dudas y sospechas de acuerdo con la felicidad de la pareja sexual son excusas que tanto hombres como mujeres mencionan con frecuencia para explicar su dependencia alcohólica, y como sugiere Madden, J (1990), los sentimientos de celos van desde las sospechas ligeras y pasajeras cuando el sujeto se encuentra en estado de ebriedad, hasta las sospechas firmes que permanecen durante la abstinencia.

Pueden surgir acusaciones de infidelidad sin fundamento y con frecuencia llegan a ser extremas e insultantes, se puede acusar de incesto a la esposa o al esposo, de homosexualidad o prostitución, tales acusaciones pueden venir acompañadas de violencia.

Las reacciones de la esposa o del esposo con frecuencia son ligeras, cuando las acusaciones de infidelidad ocurren nada más en estado de ebriedad y a la mañana siguiente se muestra arrepentimiento y una afirmación quizá de haber sufrido amnesia, entonces el cónyuge puede descartar los celos al considerar que no representan la conducta sobria del bebedor, casi siempre el cónyuge adopta la posición más correcta de no darle mucha importancia al incidente y trata de olvidar el asunto. Pero los delirios o ideas de celos, cuando provienen de un sujeto que bebe en exceso pueden representar un riesgo para la vida de la esposa.

Asimismo, los celos de los alcohólicos son considerados como la intoxicación de la substancia, así como de las reacciones de la persona ante la impotencia que ocasiona el alcohol en bebedores excesivos.

De tal manera que un alcohólico con impotencia puede sospechar que su cónyuge busca relaciones sexuales con otra persona.

Y con frecuencia detestan tener relaciones sexuales con un alcohólico que bebe excesivamente.

### 3.3.3 Delirium tremens.

Esta es la forma más grave del síndrome de abstinencia, entre los alcohólicos hospitalizados, cerca del 5 por ciento desarrollan delirium tremens, de acuerdo con H. Kaplan y B. Sadock (1992), indican que, los factores causantes en el delirium tremens suelen ser la presencia de otras enfermedades, aquellas a las que no son intocables los alcohólicos: neumonía, fracturas, traumatismos craneales y enfermedades hepáticas.

El delirium tremens tiene lugar casi al tercer día del cese o reducción de alcohol, puede ocurrir antes pero raramente después.

Madden, J (1990), casi siempre se presenta temblor de tal modo que cuando el paciente se acuesta, incluso la cama puede ponerse a temblar. La conciencia se encuentra obnubilada, el sujeto no puede orientarse en tiempo ni espacio, los períodos de atención disminuyen, el sujeto se distrae por estímulos tanto externos como internos, de tal modo que es incapaz de concentrarse en un mismo asunto por más de un instante.

El paciente internado en un hospital puede dirigirse a los que lo rodean para ofrecerles a tomar y puede gritar ordenando a un cantinero imaginario para que les sirva de tomar a todos, las ilusiones pueden presentarse.

Las alucinaciones visuales son frecuentes, son objetos de gran tamaño, pero con mayor frecuencia son objetos pequeños, que en ocasiones se mueven con rapidez, las alucinaciones pueden referirse a objetos como el tamaño de una persona, que en estado de delirio se le proporciona el tamaño promedio de 10 a 40 cm, (alucinaciones liliputienses).

Las alucinaciones auditivas, como los sonidos, voces o música, son frecuentes en el delirium tremens. Se originan por las funciones perceptuales dentro del cerebro, si los sonidos alucinados vienen acompañadas de imágenes, que ambas están sincronizadas. Por ejemplo, el sujeto puede ver y escuchar un grupo de músicos Liliputienses tocando una melodía, de tal manera que su conducta concuerda con los sonidos.

Cuando hay delirios son de naturaleza paranoide; se entienden como intentos del paciente de explicarse los fenómenos de su delirio que, además se originan en atmósfera de temor y se agravan más cuando el sujeto retroalimenta sus propios temores.

El efecto causante es la ansiedad, que progresa hacia el miedo. Con frecuencia la sospecha está presente, el delirante experimenta períodos



de euforia alcohólica y puede sobrevenir una inquietud muy pronunciada.

El delirium tremens se agrava durante la noche, período en que la ausencia de los estímulos normales, la restricción del contacto humano y la disminución de la iluminación y el ruido agravan el estado delirante, es por esto que el tratamiento de esta psicosis busca evitar la privación sensorial.

Desde el punto de vista físico, esta condición promueve deshidratación y deficiencia de sodio, potasio y magnesio.

Por otra parte, las crisis convulsivas semejantes a la epilepsia tipo gran mal, son otra secuela distinta del síndrome de abstinencia alcohólica.

#### 3.3.4 Síndrome de korsakov.

Es una encefalopatía crónica no exclusiva del alcoholismo, ya que otras causas pueden desencadenarla; se considera asociada a una lesión que afecta los círculos hipocampo-mamilo-talámicos.

Determinados traumatismos craneoencefálicos son responsables de cuadros Korsakoides.

Cuando aparece en un alcohólico, se piensa que el factor causante de la enfermedad es la falta de tiamina.

El cuadro clínico se caracteriza por problemas amnésicos y neuríticos como son: (Vallejo Ruiloba, 1994).

No es posible recordar los hechos sucedidos después del inicio de la enfermedad (amnesia de fijación).

Las lagunas que aparecen en la memoria, tienden a ser rellenadas con materiales falsos (confabulación).

El paciente reconoce a personas a las que, en realidad no conoce (falsos reconocimientos).

Se afectan las extremidades y es motivo de calambres y atrofia muscular (polineuritis).

Si bien en un principio del cuadro, se puede remitir mediante la abstinencia y la administración de complejo vitamínico B por vía parental, que puede dar como consecuencia un problema irreversible.

### 3.3.5 Demencia alcohólica.

H. Kaplan y B. Sadock (1992), ellos indican que, el rasgo esencial del alcoholismo es una demencia que puede persistir por lo menos tres semanas a la abstinencia alcohólica, en personas que han bebido excesivamente durante mucho tiempo, y rara vez aparece antes de los 35 años.

Como consecuencia se da una alteración del funcionamiento social u ocupacional.

No se ha comprobado hasta la fecha si la demencia alcohólica es una consecuencia del alcoholismo o una consecuencia indirecta de la nutrición.

En el trastorno amnésico por el alcohol pueden presentarse algunos rasgos de demencia, caracterizado probablemente por el fallecimiento de neuronas.

### 3.4 Consecuencias sociales.

El alcoholismo es uno de los mayores problemas de salud pública que enfrentan muchos países del mundo, y se considera como el tercer problema sanitario del país. (Vallejo Ruiloba, 1994). La gravedad de la problemática causada por el consumo de alcohol se ha tratado de cuantificar a diferentes niveles.

Debe señalarse que es difícil establecer la proporción de alcohólicos entre la población en general. Las estadísticas difieren, lo cual es lógico si se tiene su distinta procedencia.

Debe tenerse en cuenta que muchos sujetos alcohólicos tienden a ocultar su condición. Por lo general se considera que son alcohólicos del 4 al 12

por ciento de las personas, según la población y la zona de estudio.

Respecto al sexo, también se hallan fuertes diferencias en los datos obtenidos de unos países y otros, aunque es un hecho que el número de alcohólicos es mucho mayor entre los hombres.

Se origina una consecuencia social, en forma de: (Vallejo Ruiloba, 1994), asistencia médica, familiar, laboral, en accidentes de tráfico y violencia.

Asistencia médica. Las diferentes estadísticas son alarmantes no sólo por su costo, sino por el aumento de la muerte alcohólica, refiriéndose como causa de mortandad.

En lo que respecta a la familia. La tensión marital y familiar es inevitable, el divorcio es alto, resultando el ambiente perjudicial para los niños, y las esposas pueden manifestar depresión, aislamiento social, intento de suicidio a causa del alcoholismo y la violencia.

En el trabajo. Por lo general el alcohólico muestra desde disminución en eficacia, y despidos constantes hasta un desempleo permanente.

Hay también fuertes accidentes de conductores alcohólicos. De acuerdo con R. Kaplan y B. Sadock (1992), la mayoría de los estudios indican que, de un 60 a un 80 por ciento de conductores detenidos tienen problemas con la bebida. Siendo diferentes en parámetros de personalidad, algunos más susceptibles a padecer depresión, tendencias de pensamiento paranoide y agresión cuando son detenidos.

Estas detenciones representan un método para iniciar las técnicas apropiadas de tratamiento, en muchos en una etapa precoz del alcoholismo excesivo.

La bebida excesiva es asociada con violencia y criminalidad. Según Madden, J (1990), la conducta de un alcohólico aumenta y también las probabilidades de inducir violencia por parte de otros individuos.

Es decir; la relación entre el alcohol y la violencia se puede iniciar cuando las personas son aún muy jóvenes por un deseo excesivo por la bebida.

Cabe mencionar que todas las personas, que tienen problemas con el alcohol, deben acudir a algún tipo de tratamiento, como pueden ser a través de Técnicas conductuales, Psicoanálisis y a través de la Asociación de Alcohólicos Anónimos.

CAPITULO IV  
TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

4.1 Técnicas conductuales.

La terapéutica conductual en el tratamiento del alcoholismo se centra en el concepto de que el Síndrome del Alcoholismo puede ser descompuesto en partes que pueden ser aisladas, estudiadas y modificadas.

H. Kaplan y B. Sadock (1992) indican que, estudios realizados por L. Thornike en 1874-1949 encontraron que el modelo de condicionamiento clásico, también llamado condicionamiento de respuesta, resulta de la presentación repetida y simultánea de un estímulo condicionado (un vaso de alcohol), y otro que evoca la respuesta, estímulo incondicionado (una droga que produce náusea), de tal modo que el estímulo termina por provocar la respuesta (vómito). La relación momentánea entre la presentación de ambos es importante, y puede durar entre una fracción de segundo hasta varios segundos para que el aprendizaje sea óptimo.

El condicionamiento operante o instrumental. En el condicionamiento clásico, el sujeto es pasivo o se restringe su participación. Y en el condicionamiento operante, el sujeto participa activamente y reacciona de cierta forma para obtener su recompensa, es decir, el aprendizaje se logra a partir de una acción. Por ejemplo, el sujeto aprende que la abstinencia lleva a una reducción de la náusea condicionada. La respuesta de no tomar alcohol se fortalece al reducir la sensación desagradable aprendida (náusea).

El condicionamiento operante se relaciona con el aprendizaje por ensayo

y error, en el cual el sujeto aprende el funcionamiento correcto después de realizar distintos intentos, en un organismo vivo que reacciona libremente teniendo un comportamiento instrumental por que genera una recompensa.

El condicionamiento operante se llama a veces condicionamiento instrumental por ese motivo. La ley de los efectos de Thorndike estipula que ciertas respuestas se ven reforzadas por la recompensa y que el organismo aprende de estas experiencias.

El alcoholismo es una área del comportamiento a la que se ha aplicado el modelo de la terapia aversiva, la cual consiste (Wolpe, J 1993), en administrar un estímulo aversivo para inhibir una respuesta emocional, con la cual disminuye su hábito.

La aversión se utiliza en el tratamiento de las obsesiones, compulsiones, fetichismo, objetos inadecuados, y en las toxicomanías (alcoholismo).

La dinámica de la terapia consiste en presentar, en presencia del estímulo de la respuesta, un estímulo aversivo fuerte en una extremidad. Al mismo tiempo el estímulo es condicionado en gran medida ante las respuestas que provoca el estímulo aversivo.

#### 1.1.1 Terapia aversiva mediante fármacos.

Algunos investigadores iniciaron hace muchos años el tratamiento del alcoholismo, como lo sugiere Wolpe, J (1993) al referirse a Lemere, Voegtlin, (1950;) Sanderson, Campel, Laverty, (1963) al indicar que, las técnicas de aversión de agentes químicos que actúan fisiológicamente producen náuseas.

Lemere y Voegtlin (1950) señalan que, consiste en dar al paciente una droga que produce náuseas, como la emetina, apomorfina o cloruro de oro, enseguida darle de tomar su bebida alcohólica favorita. La combinación de ambas se administra de una semana a 10 días, sometiendo a prueba la eficacia de la técnica dándole al sujeto el alcohol solo. Si se logra condicionamiento,

la vista del alcohol produce náuseas.

La bebida alcohólica se pone frente a la nariz del paciente y se le pide que inhale profundamente, después que tome un poco y la saboree, que la pase por toda su boca y la trague, se sirve otra copa y el mismo procedimiento se repite.

Estos investigadores se dieron cuenta que el 38 por ciento de los 4096 sujetos tratados siguieron siendo abstemios cinco años o más y el 23 por ciento 10 años o más después del tratamiento.

Sin embargo, el método es extremadamente lento y requiere someter por un período largo de tratamiento a los sujetos. Es probable que en un hospital para tratamientos de refuerzo habría mayor probabilidad de éxito.

Sanderson, Campel y Laverty (1963) indican que, algunas drogas como el Scoline al ser administradas en dosis suficientes, producen parálisis respiratoria temporal que, constituye una experiencia terrorífica.

Si se le presenta alcohol al paciente cuando se encuentra justo al calor de su terror, se puede establecer una respuesta condicionada de miedo y aversión a la droga. El sujeto es colocado en una cama, adheridos a él un respirador y un polígrafo que mide la tensión muscular y la respiración entre otras respuestas. Se le inyecta una dosis de 20 mg, de Scoline, tan pronto como hay evidencias de insuficiencia respiratoria, el médico lleva la botella de alcohol a los labios del sujeto y deposita unas cuantas gotas en su boca. Durante el período de apnea, que dura entre 30 y 150 segundos, el paciente puede respirar gracias al respirador, tan pronto como hay señales de la respiración normal. Se quita el alcohol.

#### 4.1.2 Estimulación eléctrica.

Wolpe, J (1993) sugiere que, una ventaja de la estimulación eléctrica es que se puede espaciar temporalmente con precisión respecto

a la conducta que se va a modificar. Dependiendo de las circunstancias del caso, se administra el choque eléctrico en presencia de los objetos reales o las situaciones que forman la base de la conducta obsesiva o de otras conductas indeseables, o con relación a representaciones imaginarias o fotografías de ellos, la fuente de la estimulación aversiva que más se prefiere es la corriente farádica o la alterna, por que se pueden mantener en niveles estables durante períodos largos, si es necesario, los electrodos se pegan al antebrazo del sujeto.

Lozoya Flores, (1984) menciona que, algunos otros investigadores iniciaron el tratamiento del alcoholismo, al referirse a Azrin, Holz, (1966;), Blake, (1977;) J. Thimas, Voegtlin, Broz; (1949), plantean a la estimulación eléctrica como un método de aversión efectivo.

Azrin y Holz (1966) señalan que, el choque eléctrico ofrece varias ventajas respecto a otros estímulos, tiene pocas contraindicaciones físicas y produce efectos similares a diferentes intensidades de los individuos.

Al parecer, las variedades del condicionamiento aversivo han resultado más afortunadas para tratar el alcoholismo que otras formas de tratamiento.

Blake (1977) indica que, hay mayor abstinencia cuando se combina la aversión y un entrenamiento en relajación, este procedimiento combinado produjo un 45 por ciento de abstinencia en un período mayor de un año, mientras que el condicionamiento aversivo sólo produjo un 23 por ciento de abstinencia.

J. Thimas, Voegtlin y Broz (1949) hallaron que, el condicionamiento aversivo por si sólo resultaba de lo más afortunado con pacientes alcohólicos que adquieren el hábito social de beber.

#### 4.1.1.3 Sensibilización de covert.

El estudio de Cautela (citado en I. Sarason y col, 1990) indica que, se pueden utilizar imágenes y fantasías aversivas en vez de choques eléctricos



y sustancias químicas.

Cautela (1967), se entrena al sujeto para que cierre los ojos e imagine que está a punto de tomar una bebida alcohólica, enseñándoles a imaginar sensaciones de náusea y vómito, su repetición es frecuente y se supone que establecerá una aversión al alcohol.

Wolpe, J (1993) al referirse a Anant, (1990) Azrin, (1967) Holz, (1966) plantea que, se puede describir al sujeto en vergüenza ante lo ocurrido, pudiendo utilizar otras reacciones sociables desagradables.

Holz (1966) propone que, se han derivado y adaptado las siguientes guías prácticas basadas en las emociones:

El estímulo debe ser intenso como sea necesario para bloquear totalmente la respuesta placentera.

El estímulo aversivo debe ser administrado al mismo tiempo que la respuesta.

El estímulo aversivo no debe incrementarse de manera gradual, sino que debe presentarse con una intensidad alta determinada.

La frecuencia de administración debe ser alta como sea posible; en condiciones ideales, el estímulo debe aplicarse con cada provocación de la respuesta para ser eliminado.

Debe existir un objetivo emocional alternativo que no sea castigado, pero que producirá el mismo o más reforzamiento que el de la respuesta que se está eliminando.

La terapia de aversión no debe administrarse antes de investigar las posibilidades de la respuesta de ansiedad de la conducta inadaptativa y de tratarlas si se encuentran.

#### 4.2 El psicoanálisis.

El fundamento teórico para el tratamiento del alcoholismo parte de

la influencia del inconsciente en la conducta del individuo, (Lozoya, Flores 1984), en donde la terapia consiste 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 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. La relación entre paciente y terapeuta es considerada esencial, 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 por que nunca antes había experimentado reacciones objetivas a su conducta. El paciente podrá enfrentarse a lo que anteriormente reprimió a causa de las vivencias de su pasado, la experiencia de la terapia ha sido el medio por el que el ego del individuo puede tener la fuerza de manejar el material reprimido de manera integradora.

Si bien en lo teórico resalta la importancia de las experiencias psicosociales e interpersonales como determinantes de la organización psíquica, como lo indican Fuentenebro y Vázquez (1990). Igualmente se concede gran importancia a la estructura, funciones y desarrollo del yo como entidad reguladora de los instintos y a las nociones de normalidad, adaptación y dominio. Así, esta variante del psicoanálisis define que el origen de la patología es un defecto estructural, razón por la que trata la experiencia tanto en sus aspectos conscientes como inconscientes. En cuanto a la técnica,

las sesiones oscilan entre tres o cinco veces por semana y normalmente el paciente es tratado en la situación de diván, aunque en los momentos de crisis suele utilizarse de cara a cara. El tratamiento pretende el cambio estructural promocionando el funcionamiento, dominio y madurez del yo. Al terapeuta le está permitida una actitud activa pero no una conducta directiva.

#### 4.3 Alcohólicos anónimos.

En 1935 dos alcohólicos conocidos como Bill, W. y el doctor Bob, se reunieron en Akron, Ohio, en E.U.A. para discutir la manera de como podrían evitar recaer en la bebida, (Madden, J. 1990). Ellos indican que, en poco tiempo atrajeron a otros alcohólicos y se decidió fundar una organización que ahora se conoce como Alcohólicos Anónimos (A.A). Este movimiento impresionó a los médicos y a otros profesionales por la determinación y habilidad de muchos alcohólicos para dejar la bebida.

Quizá porque Alcohólicos Anónimos posee sólo un mínimo de organización, esta asociación es la más conocida de las organizaciones encaminadas a la rehabilitación de los alcohólicos, ya que ellos se autodirigen.

A.A. Es un programa de autoayuda que le da gran importancia a la necesidad de que el alcohólico despierte espiritualmente, (R. Channon y J. Davis 1991). Estos investigadores señalan que, A.A sigue siendo la piedra fundamental de cualquier programa de sobriedad. Los 12 pasos, enfatizan la impotencia del alcohólico para tratar la adicción por sí solo y aceptan la fuerza de un poder superior y el grupo funciona como auxiliar para superar el alcoholismo.

Esta asociación es sin duda la que mejores resultados ha obtenido en el tratamiento del alcoholismo, sin duda, algunas de las afirmaciones que hacen para lograr el éxito parecen un tanto exageradas, por ejemplo, la declaración de que dos tercios de sus miembros que deseen recuperarse logran abstenerse permanentemente con su ayuda, no obstante al estar basado en

su tratamiento filosófico, logran dejar de beber.

A.A. es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza, para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse a sí mismos. De acuerdo con Aguilar Siller (1995), el único requisito para ser miembro, es el deseo de dejar la bebida, no se pagan honorarios ni cuotas, nos mantenemos con nuestras propias contribuciones, no está afiliado a ninguna religión, partido político, organización o institución diversa. No es su intención intervenir en controversias, no respalda ni se opone a causa alguna. Nuestro objetivo es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

La explicación para la mayor parte de los miembros, parece tener más sentido de que el alcoholismo es una enfermedad progresiva que no se puede curar, pero al igual que algunas enfermedades se puede detener.

El criterio es que los alcohólicos son personas enfermas que pueden recuperarse si siguen un programa, que ha demostrado tener un buen éxito en millones de hombres y mujeres.

Una vez que el alcoholismo se ha presentado, no existe voluntad ni deseo de seguir enfermo, no hay perversidad moral, en esta etapa, la libre voluntad no se encuentra presente, ya que el que sufre ha perdido ante el alcohol el poder de escoger, lo importante es afrontar la propia enfermedad y aprovechar la ayuda que está disponible: también debe existir un deseo de recuperarse. La experiencia muestra que el programa funciona para todos los alcohólicos que son sinceros en sus esfuerzos para dejar de beber, y no funciona para aquellos que no tienen la certeza absoluta de que quieran hacerlo.

A continuación se mencionan los pasos que se sugieren como un programa de recuperación a todos los alcohólicos interesados en este problema:

( Aguilar Siller, 1995).

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que sólo un Poder Superior podría devolvernos al sano juicio.
3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.
4. Sin ningún temor hicimos 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 liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente, a cuanto nos fue posible, el daño que les habíamos causado, salvo aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo experimentado un despertar como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros actos.

Es muy raro ver fracasar a una persona que haya seguido el sistema;

los únicos que no se recuperan, no quieren hacerlo o carecen de capacidad para darse lealmente al programa. La recuperación sólo se logra si se cuenta con capacidad suficiente para ser honrado, nadie puede engañarse a sí mismo y el alcohólico generalmente tampoco puede engañar a los demás, aunque en su pensamiento así lo crea.

Es decir, la terapia que se ha descrito anteriormente significa, los primeros tres pasos, cuando el sujeto comienza a sentirse sin ayuda y a ganar el control interno propio, de acuerdo con E. Nace (1990).

Los pasos 4 y 5 son paralelos, a una psicoterapia por autoexamen.

Los pasos 6 y 7 se consideran como defectos de carácter, que pueden conducir a un trastorno de personalidad, si no se tratan adecuadamente.

Los pasos 8 y 9 promueven las relaciones interpersonales.

El paso 12 se observa como la etapa aguda y final.

Ya que se han abordado las aportaciones psicoanalíticas, conductistas y de alcohólicos anónimos, se plantea a la terapia racional emotiva, como una de las técnicas más adecuadas para abordar el problema de alcoholismo.

## CAPITULO V

### LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

#### 5.1 Conceptos fundamentales de la tre.

El alcoholismo, como muchos otros problemas que preocupan al individuo, es uno de las más difíciles de abordar, (Lozoya Flores, 1984) ya que no es un problema que se dé en unos pocos, sino que éste se presenta, en una gran mayoría de cualquier sociedad y de cualquier sistema social, afectando las relaciones familiares, laborales y sociales de quien lo padece.

Se parte de que el pensamiento interno, en forma de ideas irracionales, es 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 llevan a ingerir alcohol.

Cormillot y Lombardini (1992) indican que, la terapia racional emotiva (TRE), es una de las técnicas más adecuadas para abordar el problema del alcoholismo, dado que esta técnica, se basa en la importancia que le atribuye al rol de la cognición, los modos de pensar en la conformación de la personalidad, pero también en las perturbaciones como las emociones desequilibradas o perjudiciales, a partir de los pensamientos irracionales, que son los que impiden o bloquean el logro y los objetivos del sujeto. Y por otra parte en el tratamiento de las adicciones, el abuso de las drogas y alcoholismo, así como desarrollar una filosofía más racional y un estilo de vida más resistente al estrés.

La (TRE), es una técnica apropiada para casi todos los problemas emocionales, con la excepción de la esquizofrenia severa, manía extrema,

lesión orgánica cerebral y retraso mental.

Por consiguiente, el modelo ABC de la TRE tiene como principio la forma de pensar del individuo, según V. Caballo (1991) quién indica que, este modelo sostiene la manera como la persona interpreta su ambiente, sus circunstancias, y las creencias que han desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general.

A continuación se describen las definiciones que siguen influyendo en la TRE, de acuerdo con Huber y Baruth (1991) al referirse a Ellis en 1979.

El punto de vista racional emotivo: menciona que, los sujetos nacen con predisposiciones biológicas, como tener relaciones de sexo, cariño, y a convivir en un grupo social. Teniendo una predisposición a ser educados y a aprender las costumbres de las personas con las que se convive. La perfección es inalcanzable.

Es factible, cometer errores y a derrotarse a sí mismos en el objetivo de sus metas. Se hallan constantemente en un proceso de cambio y no en un estado estático, teniendo un grado de determinación potencial, lo sepan o no.

Por consiguiente, se pueden lograr cambios a nivel afectivo, conductual y cognitivo.

El punto de vista se ve alterado por las creencias personales que los individuos tienen de sus percepciones, los seres humanos se preocupan no por las cosas, sino por las interpretaciones que se hacen de ellas.

Por último, las conclusiones erróneas que sacan los sujetos acerca de su mundo son las que contribuyen a la disfunción humana.

La perspectiva racional emotiva se refiere a los pensamientos que ayudan o molestan a los sujetos a alcanzar sus metas y objetivos. En cambio, irracional se refiere a pensamientos que bloquean el logro de los objetivos.



Así como las emociones y conductas racionales, se refieren a las que ayudan a los sujetos a alcanzar sus metas y objetivos, las emociones desequilibradas o perjudiciales, como los pensamientos irracionales, son los que impiden o bloquean el logro de objetivos y metas.

Se postula que los conocimientos, las emociones y la conducta son inseparables y se influyen recíprocamente.

Por ejemplo, Ellis (1979) dice que, un cambio importante en la filosofía de un sujeto puede ayudar a producir cambios importantes y duraderos, tanto en las emociones como en la conducta.

El funcionamiento emocional es un requisito previo para el funcionamiento conductual equilibrado.

En tanto los sujetos permanecen trastornados, su habilidad para resolver problemas tenderá a verse afectada negativamente y su capacidad disminuirá. Cuando el equilibrio emocional se reduce, las intervenciones se pueden centrar en enseñar a los clientes cómo elegir o cambiar su entorno a fin de reducir las condiciones perjudiciales.

El punto de vista racional emotivo se conoce por su esquema ABC, acontecimientos (A), las creencias (B) y las consecuencias (C). El esquema comienza con un suceso activador (A), mientras que el punto de vista racional emotivo sostiene, que las importantes contribuciones de las creencias (B) de la persona, acerca de lo ocurrido en A conducen a (C).

La perspectiva racional emotiva aboga por interacciones hedonistas, esto es, una experiencia agradable a largo alcance, estimula a las personas a experimentar el placer y a evitar o eliminar el dolor, sin impedir el logro de sus objetivos.

Esta perspectiva distingue entre satisfacción absoluta y satisfacción relativa.

La tranquilidad absoluta se refiere al grado de placer o

insatisfacción de interacciones de relación cuando éstas se valoran con respecto a algún modelo ideal y absoluto, cuyo alcance es altamente improbable.

La tranquilidad relativa se refiere al grado de satisfacción o insatisfacción de las interacciones de relación cuando éstas se valoran con respecto a otras alternativas posibles.

Por último, la racionalidad como filosofía de la relación aboga por determinados estilos de vida, es mejor haber amado y perdido que nunca haber amado nunca y vale la pena luchar por lo que vale la pena tener.

## 5.2 Principales ideas irracionales.

En este aspecto, Davis, Robbins y McKay (1985), describen las 10 ideas irracionales postuladas por Ellis en 1962.

1. Para un sujeto, existe una necesidad absoluta de cariño y aprobación de sus semejantes, familia y amigos.

Es realmente imposible gustar a todas las personas que nos rodean, incluso aquellas personas a las que les gustamos básicamente y nos aprueban, desaprobarán algunas de nuestras conductas y aptitudes.

2. Hay que ser competente y casi perfecto en todo lo que se inicia.

Los resultados de la creencia de que uno ha de ser perfecto son: los autorreproches ante el fallo, disminución de la autoestima, aplicación de patrones perfeccionistas al cónyuge y a los amigos y miedo a intentar cualquier cosa.

3. Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.

Una posición más real es la de pensar que tales personas se comportan de modo antisocial. Quizá se debe a que son, ignorantes o neuróticas y lo que deberían hacer es intentar cambiar su conducta.

4. Es horrible cuando las personas y las cosas no son como uno quisiera que fueran.

Cualquier inconveniente, problema o fallo que aparezca en su camino se interpreta de este modo. El resultado es una profunda irritación e intenso estrés.

5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.

Atribuir la falta de felicidad a los acontecimientos es una forma de evitar enfrentarse con la realidad. Las propias interpretaciones de los hechos son las que causan la infelicidad.

6. Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o peligrosa.

Desarrollar miedo o ansiedad ante lo desconocido hace que la extinción sea más difícil y aumenta el estrés; por el contrario, reservar las respuestas de miedo al peligro real permite disfrutar de lo incierto como una experiencia nueva y excitante.

7. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.

Hay muchas formas de eludir responsabilidades: Tendría que encontrar otro trabajo, pero estoy demasiado cansado para ponerme a buscarlo en los ratos libres.

8. Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.

Las opiniones y conocimientos de sus necesidades particulares quedan atrapados por la dependencia hacia una autoridad superior.

9. El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.

Sólo porque una vez algo le afectó de forma importante no significa que deba continuar con las conductas que desarrolló en esta situación primera. Hay que aprender de las experiencias pasadas, pero no debemos permanecer atados a ellas todo el tiempo.

10. La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.

Existen más formas de felicidad que la relajación absoluta.

La TRE, propone un tratamiento eficaz para las toxicomanías, en este caso el alcoholismo.

La psicoterapia puede servir como una contramedida poderosa, como piensan los individuos acerca de sí mismos y del mundo y el significado que la toxicomanía ha adquirido en su vida.

M. Bernard y Ellis (1990) ellos indican que, el modelo de la TRE, incluye elementos teóricos que se dirigen a los pensamientos filosóficos, claves del toxicómano y que son sensibles a su desorden interno.

1. Trata explícitamente con los temas filosóficos que estan bloqueando el cambio.
2. Se dirige al tema del hedonismo a corto plazo frente al hedonismo a largo plazo.
3. Se centra en la dificultad de lograr un cambio básico, superar el hábito de un tóxico.
4. Recalca lo importante que es contrarestar los síntomas secundarios del sujeto.
5. Enfatiza la importancia de realizar cambios directa y rápidamente en las conductas derrotistas del cliente.

### 5.3 La teoría abc de la tre.

M. Bernard y Ellis (1990) ellos indican que, la TRE es más conocida por su famosa teoría del ABC del pensamiento irracional y perturbación emocional, que acepta la importancia de las emociones y conductas, poniendo interés en los pensamientos de los problemas humanos.

La identificación de las ideas irracionales se logra enseñándole al sujeto el ABC de la TRE en donde A es el acontecimiento activador que sirve como causa a C, consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales de A. Las personas comienzan por intentar alcanzar sus metas (M) en un tipo de ambiente, y se encuentran con una serie de acontecimientos activadores y experiencias (As) que les ayudan a alcanzar o bloquear sus metas. Cuando las personas se encuentran muy disgustadas, son propensas a solucionar y responder a estas (As) de manera eficaz y por tanto bloquear el logro de sus metas debido: (a) sus predisposiciones biológicas o genéticas; (b) sus antecedentes constitucionales; (c) sus aprendizajes interpersonales y sociales; y (d) sus patrones de hábitos adquiridos y predisponentes.

Las personas tienen incontables creencias (Bs), o pensamientos sobre sus (As); y estas (Bs) tienden a ejercer sobre sus (Cs) cognitivas, emocionales y conductuales.

Apesar de los (As) a menudo parecen contribuir directamente a las (Cs), esto raramente puede ser así, porque las (Bs) sirven como mediadores entre los (As) y las (Cs). Por lo tanto, las personas nunca experimentan A sin B y C; y de la misma manera raramente B sin C o A.

Las propiedades específicas de las creencias pueden resumirse de la siguiente manera (M. Bernard y Ellis, 1990).

1. Las creencias pueden contemplarse como construcción hipotética que abarca al menos tres subclases distintas del fenómeno cognitivo: (a) los pensamientos creados por el sujeto y de lo que es consciente en un momento determinado; (b) los pensamientos del sujeto, que no tienen una conciencia inmediata; y (c) las creencias más abstractas que el individuo puede mantener en forma general.
2. Las creencias más abstractas que tienen los sujetos no se articulan oralmente, el cual se elaboran y se llega a conclusiones sobre lo

que observan, acerca de lo que les está ocurriendo a ellos mismos, a los demás, y al mundo que les rodea.

3. Las creencias abstractas pueden diferenciarse en base a si reflejan cualidades absolutas o imperativas (irracionales) o cualidades relativistas y condicionales (racionales).
4. Las creencias irracionales que las personas tienden a mantener pueden agruparse en tres fundamentos, cada uno con muchas derivaciones: (a) debo hacerlo bien y ganar reconocimiento, o de lo contrario será inútil, (b) los demás deben tratarme con consideración y amabilidad exactamente de la manera que deseo que me traten; si no lo hacen la sociedad y el universo entero deben condenar, castigar y maldecirles severamente por su falta de consideración y, (c) las condiciones bajo las que me desarrollo deben estar de tal manera arregladas que yo pueda tener todo lo que desee, confortable, rápida y fácilmente, sin hacer prácticamente nada que no desee.
5. Hay cuatro modos de pensamiento autoderrotista que se derivan de estas creencias irracionales y conducen a perturbaciones psicológicas: (a) el dramatizar (es tremendo o terrible); (b) el es que no puedo soportarlo, (c) inutilidad (soy una persona que no vale nada sino puedo hacerlo bien y ganar todo el reconocimiento que debo); y (d) totalidad o sobregeneralización ilusoria (siempre fracasaré y nunca tendré éxito).
6. Las creencias abstractas suelen ser la expresión de los valores de las personas y como tales juegan un papel importante en la explicación de las metas básicas y los propósitos que dirigen las conductas de las personas.
7. Las creencias hacen referencia a las valoraciones y evaluaciones que hacen las personas de sus interpretaciones, expectativas e

inferencias de la realidad.

8. Las creencias irracionales pueden distinguirse de las expectativas, inferencias y conclusiones, en tanto en cuanto estas últimas pueden considerarse asunciones sobre la realidad de la que puede probarse su verdad o mentira, mientras las creencias se juzgan como irracionales cuando expresan demandas incondicionales y absolutistas que no ayudan al individuo a ser feliz y lograr sus metas.

Las personas a veces aprenden creencias irracionales y asunciones erróneas de sus padres o educadores, por ejemplo, debo tener buena suerte, pero ahora que he roto este espejo el destino me va a deparar mala suerte, y esto será terrible.

Tienden a aprender estas creencias irracionales y a mantenerlas muy rígidas porque probablemente nacen con una fuerte tendencia a pensar irracionalmente. De hecho las personas a menudo aprenden criterios normativos prácticos y racionales y lo que hacen es sobregeneralizar, exagerar y acabar en creencias irracionales.

La TRE define la hipótesis de que con frecuencia toman sus criterios aprendidos y los transforman irracionalmente en demandas absolutistas hacia sí mismos, hacia otros, y hacia el universo que los rodea.

La TRE plantea la hipótesis de que cuando la (C) consiste en una perturbación emocional (por ejemplo, depresión), (B) suele, aunque no siempre, causar de una manera importante a la (A).

Cuando los (As) fuertes o poco comunes contribuyen o causan (Cs), y cuando los factores fisiológicos causan (Cs), es frecuente que hayan unas (Bs) acompañantes.

Cuando las (Cs), pensamientos, sentimientos y consecuencias conductuales aparecen como consecuencias de (As y Bs) interactúan con (A) y (B).

Al mismo tiempo, las creencias de las personas (Bs) están ligadas

o relacionadas incluyendo sus (As) y sus (Cs). Por lo tanto (A), (B) y (C), están estrechamente relacionadas, ninguna existe sin las otras dos.

La TRE mantiene que las personas a menudo usan sus procesos cognitivos de manera autoderrotista, porque esta es la forma más natural y fácil de pensar. Así la TRE, busca los síntomas primarios del cliente.

La observación clínica sobre qué personas tienden a espiarse y condenarse a sí mismas en cuanto tienen síntomas primarios, y por lo tanto desarrollan síntomas secundarios que les incapacitan, apoya la hipótesis de la TRE de que las cogniciones son enormemente importantes en el desarrollo de sentimientos y conductas neuróticas y que una psicoterapia eficaz debe incluir una metodología racional emotiva.

Pero la teoría ABC también es una teoría de la personalidad que enseña cómo las personas crean, en gran medida, sus propios sentimientos positivos o negativos, y cómo pueden cambiarlos si quieren hacerlo.

Uno de los fundamentos de la teoría de la TRE es que cuando las personas se perturban a sí mismas casi siempre aceptan o inventan creencias irracionales (Bsr), fuertes, absolutistas y de necesidad obligatoria, y así, Bernard y Ellis (1990) al referirse a Korzybsky, (1933;) Maultsby, (1975;) y a Phadke, (1982) plantean que, uno de los métodos para ayudar a vencer o eliminar sus perturbaciones consiste en enseñarles cómo discutir en el punto (D), (discusión para cada creencia irracional), y a realizar a cabo este proceso, durante las sesiones terapéuticas y por su cuenta hasta llegar a (E), (creencias racionales eficaces), una nueva filosofía eficaz que les capacite para pensar y comportarse de manera más racional y autorreforzante.

Korzybsky (1933) dice que, la discusión de las ideas irracionales puede llevarse a cabo a nivel cognitivo, y pueden ser sustituidas por creencias racionales o frases sensatas de afrontamiento; pueden contradecirse al



sustituirse por imágenes mentales positivas.

Maultsby (1975), dice que la discusión de las creencias irracionales pueden sustituirse mediante la aplicación de muchos otros tipos de métodos de pensamiento.

Phadke (1982), dice que la discusión de las ideas irracionales pueden ser divididas entre subdes: (a) detectar las ideas irracionales, (b) debatir las creencias irracionales y demostrar a sí cómo y por qué no se sostienen y (c) discriminar las creencias irracionales de las creencias racionales y demostrarse a sí mismo cómo las primeras conducen a resultados pobres, mientras las últimas a resultados más sanos.

Por otro lado se esbozan las dinámicas de la toxicomanía desde la perspectiva de la TRE, incluyendo elementos teóricos que se dirigen a las asunciones filosóficas del alcohólico y son también sensibles a sus desórdenes internos (M. Bernard y Ellis, 1990).

1. La TRE se centra en lograr un cambio básico, especialmente el hábito de un tóxico.
2. Trata los temas filosóficos que están bloqueando el cambio.
3. Se dirige al tema del hedonismo a corto plazo frente al hedonismo a largo plazo.
4. Recalca la importancia de contrarrestar los síntomas secundarios del cliente.
5. Enfatiza la importancia de realizar cambios directos y rápidamente en las conductas autoderrotistas del cliente.

A la vez que el terapeuta ayuda al toxicómano a ganar control sobre sus hábitos, se pretende un objetivo fundamental: ayudar a las personas a cambiar algunos de sus pensamientos filosóficos más básicos sobre sí mismos y sobre el mundo. Y así fomentar cambios más duraderos en sus niveles de

malestar emocional.

M. Bernard y Ellis (1990) indican que, estas son las estrategias de discusión para cambiar los pensamientos del toxicómano.

Refutar la ansiedad por el malestar: para luchar contra la ansiedad por el malestar la primera tarea consiste en ayudar a la persona a cambiar sus evaluaciones sobre el malestar de algo terrible que no puede soportar algo desagradable, que desde luego puede soportar. Pedir evidencias de que no pueden soportar el malestar, ayuda a menudo al paciente a darse cuenta de cómo exagera su malestar definiendo una situación desagradable como una situación intolerable.

Refutar la indefensión: la convicción de las personas de que son incapaces de cambiar, debe ser abordado de inmediato de forma que la persona pueda adquirir rápidamente una sensación de esperanza.

Refutar la autocondena: es decir, cuando se recriminan a sí mismos por encontrarse mal.

#### 5.4 Existen recaídas con la tre.

Dada la dificultad de superar un hábito tóxico y la facilidad con la que puede volverse a establecer dicho hábito, la recaída es siempre una posibilidad real, por lo tanto conviene que el terapeuta haga conocer esta posibilidad a la persona y proponga estrategias para disminuir la gravedad y duración del período de recaída. Ciertamente es que el éxito a largo plazo en la lucha contra la toxicomanía depende de la capacidad del propio sujeto para sobreponerse rápida y efectivamente a la recaída.

Por lo tanto se especifican estrategias para prevenir la recaída. M. Bernard y Ellis, (1990), indican que, un factor de riesgo importante de recaída para toxicómanos tiene lugar bajo las circunstancias siguientes: (a) cuando los toxicómanos están solos, (b) se encuentran emocionalmente trastornados

y (c) juzgan sus trastornos como, insoportables. El terapeuta puede descubrir el riesgo en estas situaciones; además de animar a los sujetos a planificar respuestas de afrontamiento, y alternativas cuando se encuentren solos y tentados a ser indulgentes consigo mismos.

A menudo, la conducta de los toxicómanos está ligada a los amigos y personas queridas, y suelen estar sujetos a una gran presión para retornar a los hábitos tóxicos. La estrategia para manejar esta presión tiene dos partes: desafiar los pensamientos que llevan al cliente a sucumbir a tales presiones y desarrollar las habilidades asertivas que les capaciten para rechazar de manera persistente las peticiones de insistencia que les son formuladas. Los temores de los sujetos de no complacer a otros, los hacen vulnerables a estas presiones sociales.

Temen que si rechazan las ofertas que les formulan sus amigos, serán rechazados y esta perspectiva les aterra.

Una vez que los sujetos empiezan a luchar contra su temor a ser rechazados, por no hacer lo que se les pide, pueden aprender y practicar competencias asertivas.

El negarse persistentemente a las peticiones de otros para seguirles la corriente en lo que piden es tanto una decisión como una competencia. Las competencias asertivas implicadas en resistir la presión social, incluyen saber deshacer los comentarios agresivos y manipuladores de otros, exponer las preferencias de uno, y pedir a otras personas que cesen en sus tácticas de presión.

Así cualquier estudio sobre el tratamiento de las toxicomanías sería incompleto, si no se aborda el importante rol que juegan las técnicas conductuales. Hay dos razones básicas por las que los practicantes de la TRE incluyen técnicas conductuales en el tratamiento de las toxicomanías,

porque favorecen una adquisición rápida de la conducta deseada, ya que son una de las estrategias para enfrentar la indefensión de las personas.

Se concluye entonces, que no existen condiciones necesarias para el cambio de la personalidad, sino que tan sólo son deseables, sin embargo se considera que la TRE, en la experiencia de Ellis, por lo menos, es una de las técnicas para lograr el cambio de ideas irracionales a ideas más racionales en el tratamiento del alcoholismo.

## CAPITULO VI

### METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Consulta de Salud Mental, dependencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la ciudad de México, D.F., los meses de octubre a diciembre de 1997.

#### 6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación pretende conocer si el pensamiento interno en forma de ideas irracionales, como 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 llevan a ingerir alcohol. Confrontando los alcohólicos y los no alcohólicos.

#### 6.2 OBJETIVO

Identificar qué ideas irracionales son las más frecuentes en sujetos alcohólicos a diferencia de sujetos no alcohólicos.

#### 6.3 HIPÓTESIS

La hipótesis de la presente investigación es la siguiente:

Hi: Las ideas irracionales de los alcohólicos son diferentes a las ideas irracionales de los no alcohólicos, en frecuencia y contenido.

#### 6.4 VARIABLES

Las variables de la investigación son las siguientes:

V1: Alcohólistmo

V2: Ideas Irracionales

### 6.5 SUJETOS

Se seleccionaron 100 adultos de sexo masculino, de 18 a 50 años de edad, con escolaridad mínima de primaria concluida, con nivel socioeconómico bajo, de ocupación obrera, estado civil casados y religión católica.

La selección de los sujetos se efectuó mediante un muestreo no probabilístico, sujetos voluntarios sin referencia similar a la de la investigación. La muestra estudiada representó el 100 por ciento de los adultos atendidos en la institución durante el periodo de investigación.

Sin embargo, para los fines del presente estudio la muestra fue dividida en dos grupos, en relación del resultado del test de detección de alcoholismo.

Grupo (A): 50 alcohólicos      50%

Grupo (B): 50 no alcohólicos    50%

---

100%

### 6.6 MATERIAL

Los instrumentos de medición que se utilizaron fueron dos tests psicológicos para la presente investigación.

Las pruebas psicológicas fueron: (a) el test para la Detección de Alcohólistmo y (b) el Inventario de Ideas Irracionales.

El primero se utiliza conjuntamente en la asociación de alcohólicos anónimos, ya que constituye una forma de medición clara y objetiva del estadio alcohólico, qué consta de 26 preguntas,(Robertson N, 1991).

Por otra parte el inventario de ideas irracionales, que mide la forma en que la persona piensa y siente acerca de varias cosas, qué consta de 100 preguntas, (Davis et al, 1985).

En primer instante se aplico el test para la detección de alcoholismo, con un tiempo máximo de 30 minutos.

Dicho criterio consistio en contestar afirmativamente nueve preguntas, de los sujetos alcohólicos y ocho preguntas de los sujetos no alcohólicos.

Si usted contesta SI a cada una de las preguntas, tiene algunos síntomas que pueden indicar alcoholismo.

El Estadio prematuro es considerado como (No alcoholismo) por que es el inicio del futuro bebedor, y por el momento no le causa ninguna dificultad para controlar su conducta sobre el beber alcohol.

Pregunta 1 a 8. Estadio prematuro.

Pregunta 9 a 21. Estadio mediano.

Pregunta 22 a 26. El comienzo de la etapa final del alcoholismo.

Consecutivamente se aplicó el inventario de ideas irracionales, con un tiempo máximo de una hora.

Este inventario está compuesto por 100 afirmaciones, (Lozoya Flores, 1984) que pueden ser contestadas: (1) completamente en desacuerdo, (2) moderadamente en desacuerdo, (3) ni acuerdo ni desacuerdo, (4) moderadamente de acuerdo y (5) completamente de acuerdo.

Dado que las opciones de las respuestas del inventario están numeradas del 1 al 5 según el acuerdo o desacuerdo que exista por parte de quien contesta, se utilizarón estos números como medida de irracionalidad en cada una de las ideas; cuando la irracionalidad esté dada por estar de acuerdo con la idea expresada se anotarón los números tal y como aparecen en las respuestas, cuando por el contrario la irracionalidad esté dada por estar

en desacuerdo por la idea expresada, entonces los números de las respuestas deberán invertirse.

Como el número tres indica una respuesta neutral, es decir, no existe acuerdo o desacuerdo, por lo tanto no expresa irracionalidad, por lo cual se tomarán como racionales las ideas que promedien en sus 10 ideas representativas con el número inferior a tres y aquellas que promedien un número mayor a tres serán consideradas como irracionales.

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

#### 6.7 SITUACION EXPERIMENTAL

La aplicación de los instrumentos se realizó en el Centro de Consulta de Salud Mental, ubicado en eje cinco esquina guerra de reforma, tercera sección, Jurisdicción Iztapalapa.

Su mobiliario en la sala de espera es de 40 sillas, con una superficie de 50 metros cuadrados. Para disposición de sujetos que acuden a sus servicios. Con condiciones ambientales favorables: iluminación adecuada, ruido mínimo y ventilación adecuada.

#### 6.8 PROCEDIMIENTO

El estudio se llevó a cabo en la sala de Consulta Externa, área donde se encuentran los sujetos que acuden a consulta.

Mediante la invitación a participar, se detectó a los sujetos que reunieron los requisitos necesarios para ser sujetos del estudio: (a) sexo masculino, (b) de 18 a 50 años de edad, (c) escolaridad primaria concluida, (d) nivel socioeconómico bajo, (e) ocupación obrera, (f) estado civil casados



y (g) religión católica.

Se visito a cada uno de los sujetos en sus respectivos asientos, se les explicó el objeto de la investigación y se les pidio su participación voluntaria, garantizándoles el anonimato de sus respuestas. Si el sujeto accedía a participar, primero se efectuo la aplicación del test para la detección de alcoholismo, con un tiempo máximo de 30 minutos. y enseguida proseguido del inventario de ideas irracionales, con un tiempo máximo de una hora.

Tanto las indicaciones como la aplicación de los test se llevaron a cabo individualmente, junto al asiento del sujeto.

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizo la estadística no paramétrica, exclusivamente la Ji cuadrada o  $X^2$ , además de efectuarse el análisis estadístico de los datos con un nivel de confianza de .05.

CAPITULO VII

RESULTADOS

Al comparar los dos grupos estudiados, se decidió presentar los resultados más relevantes de la muestra estudiada, considerada en su conjunto.

Preguntas	Estadio prematuro	Estadio mediano	Etapa final
1 a 8	50	0	0
9 a 21	0	50	0
22 a 26	0	0	0

TABLA 1. TEST DE DETECCIÓN DE ALCOHOLISMO.

Como se indica en la tabla número uno, presentada sobre los estadios de alcoholismo, 50 sujetos responden a las preguntas 1 a 8 donde son considerados como no alcohólicos. Y 50 más responden a las preguntas 9 a 21, donde se consideran como alcohólicos en estadio mediano.

Ningún sujeto del grupo (A) alcohólicos, se encuentra en el inicio de la etapa final del alcoholismo.

Enseguida se describen los resultados de las Ideas Racionales e Irracionales de ambos grupos:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Grupo (A)	229	213	207	230	195	226	203	187	233	171	2094
Grupo (B)	261	312	265	282	213	322	261	235	270	231	2652

TABLA 2. IDEAS RACIONALES.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Grupo (A)	261	279	289	262	296	266	290	304	264	313	2824
Grupo (B)	232	181	229	212	279	176	237	255	225	262	2288

TABLA 3. IDEAS IRRACIONALES.

Como se observa en la tabla número dos, la puntuación obtenida de ambos grupos en las ideas racionales es superior en el grupo no alcohólico. Y en la tabla número tres y grafica número uno, el grupo alcohólico rebasó la irracionalidad en las ideas 8 y 10 que se refiere a: dependencia y solución de ideales, mientras el grupo no alcohólico no rebasó esta irracionalidad en ninguna de sus 10 ideas, las de mayor aproximación son, las ideas cinco y 10 referente a: locus de control externo y solución de ideales.

## 7.1 ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos se realizó a través de la prueba Ji o Chi cuadrada, prueba estadística para evaluar, hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, X<sup>2</sup>. La Ji cuadrada se calcula a través de una tabla de contingencias o tabulación cruzada, que es una tabla de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable. A su vez, cada variable se subdivide en dos o más categorías, (Hernández y cols, 1996).

En la tabla de contingencia se anotan las frecuencias observadas en la muestra de investigación, posteriormente se calculan las frecuencias esperadas para cada celda. La frecuencia esperada de cada celda, casilla o recuadro, se calcula mediante la siguiente fórmula aplicada a la tabla de frecuencias observadas.

$$f_e = \frac{(\text{total o marginal del renglón}) (\text{total o marginal de la columna})}{N}$$

Donde "N" es el número total de frecuencias observadas.

Para la primera celda (Ideas Racionales y Grupo (A) alcohólicos, la idea no.1) la frecuencia esperada sería:

$$f_e = \frac{(490) (4746)}{9858} = 235.9$$

Una vez obtenidas las frecuencias esperadas, se aplica la siguiente fórmula de Ji cuadrada:

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Donde  $\sum$  implica sumatoria.

"O" es la frecuencia observada en cada celda.

"E" es la frecuencia esperada en cada celda.

PROCEDIMIENTO PARA CALCULAR LA JI CUADRADA. X<sup>2</sup>.

CELDA	O	E	O - E	(O - E) <sup>2</sup>	$\frac{(O - E)^2}{E}$
-------	---	---	-------	----------------------	-----------------------

I.R. GRUPO (A)					
Idea no. 1	229	235.9	-6.9	47.6	0.20
I.R. GRUPO (B)					
Idea no. 1	261	237.3	23.7	561.6	2.36

Así sucesivamente, hasta el término de las frecuencias observadas.

El valor de  $X^2$  para los valores observados es de 232.15

Para saber si el valor de  $X^2$  es o no significativo, debemos calcular los grados de libertad.

Estos se obtienen mediante la siguiente fórmula:

$$GI = (r-1)(c-1)$$

"R" es el número de renglones de la tabla.

"C" el número de columnas.

$$GI = (20-1)(2-1) = 19$$

Y acudimos a los grados de libertad, eligiendo nuestro nivel de confianza (.05). Si nuestro valor calculado de  $X^2$  es igual o superior al de la tabla, decimos que las variables están relacionadas.

El valor que requerimos empatar o superar al nivel del .05 es de 30.144.

El valor de  $X^2$  calculado es de 232.15, que es muy superior al de la tabla:  $X^2$  resulta por lo tanto significativa.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
GRUPO (A)	R	229	213	207	230	195	226	203	187	233	171	2094
	I	261	279	289	262	296	266	290	304	264	313	2824
GRUPO (B)	R	261	312	265	282	213	322	261	235	270	231	2652
	I	232	181	229	212	279	176	237	255	225	262	2288

TABLA 9. FRECUENCIAS OBSERVADAS.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Grupo (A)	R	235.9	236.9	238.7	236.9	236.4	236.9	237.3	236.4	239	233	2367.4
Grupo (B)	I	254.1	255.1	257.3	255.1	254.6	255.1	255.7	254.6	258	251	2550.6
	R	237.3	237.3	237.8	237.8	236.9	240	240	235.9	238.3	237.3	2378.6
	I	255.7	255.7	256.2	256.2	255.1	258	258	254.1	256.7	255.7	2561.4

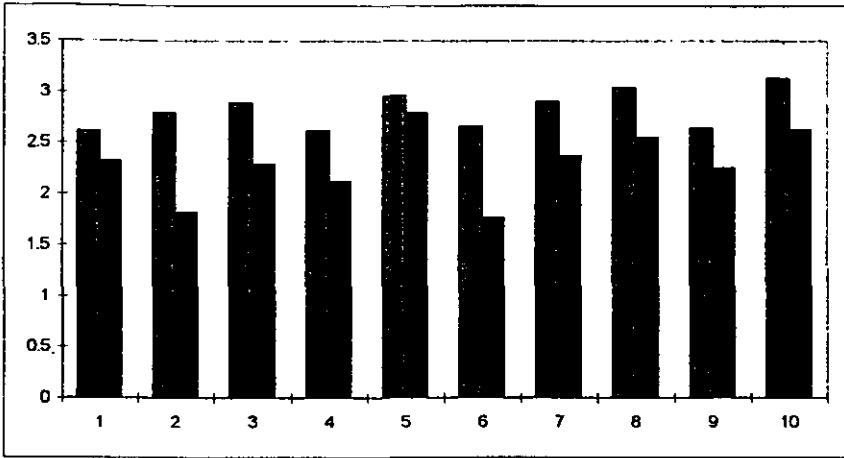
TABLA 5. FRECUENCIAS ESPERADAS.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grupo (A)	2.61	2.79	2.89	2.62	2.96	2.66	2.90	3.04	2.64	3.13
Grupo (B)	2.32	1.81	2.29	2.12	2.79	1.76	2.37	2.55	2.25	2.62

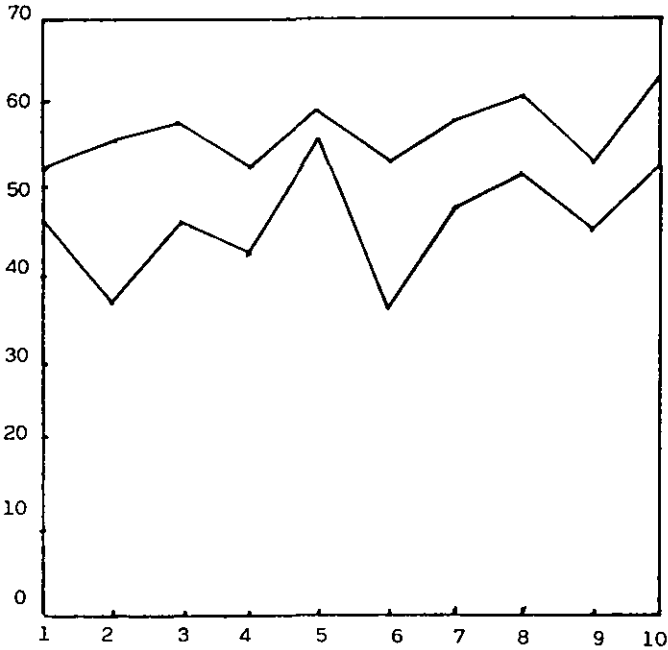
TABLA 6. PUNTUACION PROMEDIO DEL INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grupo (A)	52.2	55.8	57.8	52.4	59.2	53.2	58	60.8	52.8	62.6
Grupo (B)	46.4	36.2	45.8	42.4	55.8	35.2	47.4	51	45	52.4

TABLA 7. PORCENTAJE DE SUJETOS QUE CUMPLEN EL REQUISITO DE IRRACIONALIDAD.



GRAFICA 1. IDEAS RACIONALES E IRRACIONALES DE AMBOS GRUPOS.



GRAFICA 2. PORCENTAJE DE SUJETOS QUE CUMPLEN EL REQUISITO DE IRRACIONALIDAD DE AMBOS GRUPOS.

## CAPITULO VIII

### DISCUSION

#### 8.1 CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación, indican que el pensamiento interno de los individuos en forma de ideas irracionales, es un factor para el desarrollo del alcoholismo, ya que han aprendido a discriminar que éste les proporciona, hasta cierto punto, la disminución de la emoción que les aqueja. 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 inventario de ideas irracionales han sido detectadas en todos los sujetos alcohólicos de esta muestra, aunque éstas varían entre unos y otros, sin embargo, se encontraron algunas que se manifiestan en la mayor parte de ellos como son: una persona debe, esto es, necesita depender de otras para pedirle ayuda y consejo, trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes, etc.

Es también común que se digan frases que implican: siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa, rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida, etc.

Siendo importante el pensamiento interno en la dependencia alcohólica, es así, que tanto la aproximación conductista, como la psicoanalítica han abordado el tratamiento del alcoholismo.

La aproximación conductista por medio de los eventos observables, la aproximación psicoanalítica ha buscado la causa de esta conducta en etapas



tempranas del desarrollo a partir del material reprimido en el inconsciente, la asociación de alcohólicos anónimos por medio de su experiencia.

Debido a estas razones las técnicas cognitivas son una aproximación más para el tratamiento del alcoholismo, la cual toma en cuenta la cognición del individuo, en este caso, la terapia racional emotiva, que se utiliza para cambiar las ideas irracionales a ideas más racionales de los individuos.

En la TRE, el terapeuta enseña al sujeto a hacer, sobre sus propias creencias irracionales, cambios a ideas racionales. Cuanto más vigorosa sea la discusión en el punto D, mejor se preparará para enfrentar racionalmente las futuras contingencias que se presenten en el sujeto.

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

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

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Siller, O. (1995). Salud por México: los efectos del alcohol. México: Avalar Editores Impresores, 22-23, 39, 143.
- Bernard, M. y Ellis, A. (1990). Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva. Spain: desclee De Brouwer, 26-32, 220-221, 228-231, 238-239.
- Caballo, V. (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo XXI, 475.
- Centro de Estudios Sobre Alcohol y Alcoholismo. (Cessal). (Ed). (1991). Las bebidas alcoholicas y la salud. (3rd. ed). México: Trillas, 41, 59-63, 86-88.
- Cormillot, A. y Lombardini, T. (1992). Beber o no beber: esa es la cuestión. México: Paidós, 79, 83-84, 240-241.
- Channon, R. y Davis, J. (1991). Psiquiatría: diagnóstico y tratamiento. México: Panamericana, 211.
- Davis, M., Robbins, E. E. y McKay, M. (1985). Técnicas de autocontrol emocional. España: Martínez Roca, 91-92.
- Davison, G. y Neale, J. (1991). Psicología de la conducta anormal. México: Limusa, 280-287, 290-294.
- Fuentenebro, F. y Vazquez, C. (1990). Psiquiatría y psicología clínica. (vol. 1-2). España: McGraw-Hill, 1191.
- Gelder, M., Gath, D. y Mayou, R. (1993). Psiquiatría. (2a. ed.). México: Interamericana, 502, 507, 512.
- Hernández Sampier., R. Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1996). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill, 408-412.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

- Huber, Ch. H. y Baruth, L. G. (1991). Terapia familiar racional emotiva. España: Herder, 38-41, 50, 55.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1992). Compendio de psiquiatría. (2a. ed.). México: Salvat, 170-171, 433-436, 441.
- Kessel, N. y Walton, H. (1991). Alcoholismo: cómo prevenirlo para evitar sus consecuencias. México: Paidós, 19, 54-58.
- Lozoya Flores, H. (1984). Terapia racional emotiva en el tratamiento del alcoholismo. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F, 16-20, 65, 69, 76-78, 143.
- Madden, J. S. (1990). Alcoholismo y farmacodependencia. (2a. ed.). México: El Manual Moderno, 51-54, 94-96, 114, 137, 143.
- Magie, A. (1991). Alcohol: sus efectos y como vencerlo. Revista Cruzada Prosalud, 1, 4-5.
- Milhorn, H. T. (1990). Chemical dependence, diagnosis treatment and prevention. New York: Springer-Verlag, 132-133.
- Molina, P. V. y Sánchez Medal, L. (1985). El alcoholismo en México. México: Fundación De Investigaciones Sociales, 3-6, 13-14, 23.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV). (Ed). (1997). Spain: Masson, 187-189.
- Nace, E. (1990). Personality disorder en the alcoholic patient. Revista Psichiatr, 1, 256-260.
- Robertson, N. (1991). Alcohólicos Anónimos. Argentina: By Javier Vergara, 329-331.
- Rodríguez Martos, A. (1990). Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Barcelona: Salvat, 3-5.
- Sarason, I. y Sarason, B. (1990) Psicología anormal. (3rd. ed). México: Trillas, 402, 412.

- Tapia Conyer, R. (1994). Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas. México: El Manual Moderno, 3-4, 267.
- Vallejo Ruiloba, J. (1994). Introducción a la psicología y la psiquiatría. (3rd. ed.). México: Salvat, 585-588, 595.
- Velasco Fernández, R. (1988). Alcoholismo: visión integral. México: Trillas, 21, 60-61.
- Wolpe, J. (1993). Práctica de la conducta. (3rd. ed.). México: Trillas, 247-248, 251, 257-260.

## APÉNDICE A

## TEST PARA LA DETECCIÓN DE ALCOHÓLISMO

- |     |   |    |    |
|-----|---|----|----|
| 1.  | ¿Suele usted beber con exceso después de un contra tiempo, una disputa, o cuando el jefe está en un mal día?  | SI | NO |
| 2.  | Cuándo está en problemas o se siente bajo presión, ¿acostumbra beber más que lo habitual?   | SI | NO |
| 3.  | ¿Ha notado usted que está capacitado para ingerir más licor ahora que cuando comenzó a beber?   | SI | NO |
| 4.  | ¿Se ha levantado por la mañana descubriendo que no puede recordar parte de la noche anterior, aún cuando sus amigos le digan que no llegó a desmayarse? | SI | NO |
| 5.  | ¿Cuándo está bebiendo con otras personas, trata de obtener algún trago extra sin que aquellas lo sepan?   | SI | NO |
| 6.  | ¿Existen algunas ocasiones en las cuales usted se siente molesto si no consigue alcohol?  | SI | NO |
| 7.  | Recientemente, ¿ha notado que cuando comienza a beber está mucho más urgido por el primer trago que lo que solía estarlo antes?                         | SI | NO |
| 8.  | Algunas veces, ¿se siente un tanto culpable por beber?  | SI | NO |
| 9.  | ¿Está usted secretamente irritado por los comentarios de familiares o amigos sobre su tendencia a la bebida?  | SI | NO |
| 10. | Ultimamente, ¿ha notado un incremento en la frecuencia de sus apagones de memoria?  | SI | NO |
| 11. | ¿A menudo encuentra que desea seguir bebiendo después que sus amigos dijeron que ya había tenido lo   |    |    |

- |  |    |    |
|--|----|----|
| suficiente?  | SI | NO |
| 12. ¿Tiene habitualmente una razón para aquellas ocasiones en las cuales bebe con exceso?  | SI | NO |
| 13. Cuando esta sobrio, ¿lamenta con frecuencia cosas que ha hecho o dicho cuando está bebido?   | SI | NO |
| 14. ¿Ha tratado de cambiar marcas de bebida o seguido diferentes planes para controlar sus tragos?   | SI | NO |
| 15. ¿Ha fracasado en muchas oportunidades sobre el hecho de mantener las promesas que hiciera a usted mismo sobre el control o el cese de su ingestión alcohólica? | SI | NO |
| 16. ¿Trató alguna vez de controlar la bebida cambiando de trabajo o mudandose a alguna nueva localidad?  | SI | NO |
| 17. ¿Trata de evitar a los familiares o amigos íntimos cuando está bebiendo?   | SI | NO |
| 18. ¿Se le han incrementado los problemas financieros o de trabajo?  | SI | NO |
| 19. ¿Hay mucha gente que parece que lo trata mal sin una buena razón?  | SI | NO |
| 20. Cuando bebe, ¿come poco o irregularmente?  | SI | NO |
| 21. ¿Algunas veces por la mañana tiene temblores y lo ayuda el tomar un trago?   | SI | NO |
| 22. ¿Supone que ya no puede beber tanto como lo solía hacer alguna vez?  | SI | NO |
| 23. ¿Algunas oportunidades permaneció ebrio durante varios días?   | SI | NO |
| 24. ¿Se siente a veces muy triste y se pregunta si la vida vale la pena vivirla?   | SI | NO |
| 25. En oportunidades, ¿ve u oye cosas que no son reales?   | SI | NO |

26. ¿Se siente atemorizado despues de que ha bebido?

SI

NO

## APÉNDICE B

## INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES

1. Es muy importante para mi 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 sucede 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 me molestan.	1	2	3	4	5
7. Frecuentemente voy retrasando decisiones.	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 molestan.	1	2	3	4	5
15. Las personas no se perturban por las situaciones si no 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 adelante y terminar las tareas desagradables cuando se me presentan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. No hay una solución 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 otro es mejor 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 ocurra 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. 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 preocupa por eso.	1	2	3	4	5
37. 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 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. Acepto las cosas como son, aunque no me guste.	1	2	3	4	5
45. Una persona no esta triste o enojada por mucho tiempo a menos que él lo quiera así.	1	2	3	4	5
46. No puedo tolerar el probar fortuna.	1	2	3	4	5
47. La vida es demasiada 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 contra de los que otros piensan.	1	2	3	4	5
52. Soy feliz en algunas actividades por que me gusta sin importarme si soy bueno en ellas.	1	2	3	4	5

53. El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena.	1	2	3	4	5
54. Si las cosas me molestan, las ignoro.	1	2	3	4	5
55. Mientras más problemas se tengan, menos feliz es uno.	1	2	3	4	5
56. Rara vez me preocupo por el futuro.	1	2	3	4	5
57. Rara vez abandono las cosas.	1	2	3	4	5
58. Soy el único que puede resolver mis problemas.	1	2	3	4	5
59. Rara vez pienso en las experiencias pasadas me están afectando ahora.	1	2	3	4	5
60. Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad.	1	2	3	4	5
61. Aunque la aprobación de los demás me gusta, no es una necesidad para mi.	1	2	3	4	5
62. Me molesta que otros sean mejores que yo en algo.	1	2	3	4	5
63. Todos son basicamente buenos.	1	2	3	4	5
64. Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero sin sentirme culpable por ello después.	1	2	3	4	5
65. Nada es en sí mismo molesto: la molestia depende de como se interprete el fenómeno.	1	2	3	4	5
66. Me preocupo demasiado por cosas futuras.	1	2	3	4	5
67. Me es difícil hacer tareas desagradables.	1	2	3	4	5
68. Me desagrada que otros tomen mis decisiones.	1	2	3	4	5
69. Somos esclavos de nuestra historia personal.	1	2	3	4	5
70. Es raro encontrar una solución perfecta para algo.	1	2	3	4	5
71. Me preocupo por qué tanto me aprueba la gente.	1	2	3	4	5
72. Me molesta muchísimo cometer errores.	1	2	3	4	5
73. Es injusto que "paguen justos por pecadores".	1	2	3	4	5
74. Me gusta el camino fácil de la vida.	1	2	3	4	5
75. 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 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 haré.	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 oportunidad.	1	2	3	4	5
84. Me disgusta la responsabilidad.	1	2	3	4	5
85. Nunca hay razón para permanecer acorralado por mucho tiempo.	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 desafíos 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, a pesar de que el resultado puede ser 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