



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Escuela de Psicología Clínica

Tema:

**“ANÁLISIS DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS EN USUARIOS DE 18
A 64 AÑOS DE EDAD CON CONSUMO DE ALCOHOL, COCAÍNA,
CANNABIS DEL CENTRO DE REPOSO Y ADICCIONES C.R.A.”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciatura en Psicología Clínica

AUTORA:

Rosita Molina Cando.

DIRECTOR:

Máster Andrea Patiño

Cuenca – Ecuador

2012

DEDICATORIA

A Dios

Por haberme permitido llegar a cumplir un objetivo mas propuesto en mi camino, por iluminarme y permitirme disfrutar de esta nueva etapa en mi vida.

A mis Padres y Hermana

Su infinito amor y dedicación durante toda mi etapa educativa, este es el resultado de todo su trabajo, abnegación y confianza depositada en mi persona.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis es ineludible que te aborde un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho. Sin embargo, la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término.

Por ello, es para mí un verdadero placer expresar mi mas sincero agradecimientos de manera especial y sincera a la Magister Andrea Patiño por consentir efectuar esta tesis bajo su dirección.

Al Centro de Reposo y Adicciones “CRA” por la apertura para la realización de la investigación, de manera especial a la Psicóloga Karol Palacios por su apoyo, confianza y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigadora.

Agradezco también a Rosita Bermeo, Viviana Cedeño por haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

Contenido

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ABSTRACT	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
INTRODUCCION.....	11
CAPITULO I.....	13
TERAPIA RACIONAL EMOTIVA SEGÚN ALBERT ELLIS.....	13
1.1. Albert Ellis y sus inicios.....	13
1.1.1. Conceptos teóricos	17
1.1.1.1. Metas y racionalidad	17
1.1.1.2. Cognición y procesos psicológicos	18
1.1.1.3. Énfasis humanista-filosófico del Modelo	18
1.1.2. Terapia Racional Emotiva.....	18
1.1.2.1. Principios Básicos de la RET	20
1.1.2.2. Principales técnicas de tratamiento en la T.R.E.....	23
1.1.3. Modelo ABC.....	26
1.2. Tipos de Pensamiento	28
1.3. Sistema de Creencias.....	28
1.3.1 Creencias irracionales.....	29
1.3.2. Creencias irracionales primarias	40
1.3.3. Creencias irracionales secundarias.....	41
CAPITULO II.....	43
TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL SEGÚN ARON BECK.....	43
2.1. Beck y sus inicios	43

2.1.1. Conceptos teóricos	45
2.1.1.1. Triada cognitiva	45
2.1.1.2. Modelo Cognitivo	46
2.1.1.2.1. Presupuestos de modelos cognitivos.....	47
2.1.2. Bases teóricas	48
2.1.2.1. Esquemas cognitivos	48
2.1.2.2. Pensamientos Automáticos.....	49
2.1.2.3. Distorsiones Cognitivas.....	50
2.1.2.4. Tipos de distorsiones cognitivas	52
CAPITULO III.....	59
DROGODEPENDENCIA	59
3.1. Perspectiva General	59
3.1.1. Alcohol.....	63
3.1.1.1. Efectos en el alcohol.....	65
3.1.2. Cannabis.....	67
3.1.2.1. Efectos en el Cannabis.....	69
3.1.3. Cocaína	70
3.1.3.1. Efectos en la Cocaína.....	74
3.2. Modelos Cognitivos de la adicción	75
3.3. Teoría y terapia de la adicción.....	78
3.4. Criterios Diagnósticos.....	83
3.4.1. Abuso de sustancias.....	84
3.4.2. Dependencia de sustancias.....	86
CAPITULO IV	88

ESTUDIO DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS.....	88
4.1. Metodología.....	88
4.1.1. Universo de estudio.....	88
4.1.2. Selección y tamaño de la muestra	88
4.1.3. Criterios de inclusión	89
4.1.4. Criterios de exclusión	89
4.1.5. Instrumentos (Inventario de pensamientos automáticos “IPA”).....	89
4.2. Resultados estadísticos.....	92
4.2.1. Análisis cuantitativo.....	92
CONCLUSIONES	109
BIBLIOGRAFIA	114
ANEXOS.....	120

INDICE DE FIGURAS

Figura N° 1: Modelo simple de círculo vicioso	76
Figura N° 2: Secuencia de creencias nucleares y creencias adictivas	79
Figura N° 3: Secuencia de creencias anticipadoras y permisivas	80
Figura N° 4: Modelo completo del abuso de sustancias.	81
Figura N° 5: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas.....	95
Figura N° 6: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas en el consumo de alcohol	99
Figura N° 7: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas en el consumo de cannabis	103
Figura N° 8: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas en el consumo de cocaína	107

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Frecuencias de Distorsiones Cognitivas	93
Tabla N° 2: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas	94
Tabla N° 3: Frecuencias de Distorsiones Cognitivas en el consumo de alcohol....	97
Tabla N° 4: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas en el consumo de alcohol.....	98
Tabla N° 5: Frecuencias de Distorsiones Cognitivas en el consumo de cannabis	101
Tabla N° 6: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas en el consumo de cannabis	102
Tabla N° 7: Frecuencias de Distorsiones Cognitivas en el consumo de cocaína.	105
Tabla N° 8: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas en el consumo de cocaína .	106

RESUMEN EJECUTIVO

El modelo cognitivo, tal como lo expresa Beck (2002), propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común denominador una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Por lo que las distorsiones cognitivas son engaños que se cree la gente y de los que se está completamente convencido.

Las formas de pensar distorsionadas son difíciles de diagnosticar y tratar porque están fuertemente asociadas a su forma de percibir la realidad. Incluso la persona más sana y racional del mundo opera a cierta distancia de la realidad: y mucho aun cuando los pacientes son dependientes de las drogodependencias.

Es así que se puede manifestar que en el estudio realizado y el análisis en forma general se presenta con mayor prevalencia las siguientes distorsiones: Falacia de Recompensa Divina con un porcentaje del 20%, Los Deberías con 16% y Falacia de Control con el 11%.

ABSTRACT

Cognitive model, as presented by Beck (2002), proposes that all psychological disturbances have distortion of thought as a common denominator, which influences on the patients' state of mind and behavior. Distortions of thought are illusions that people believe in and are absolutely convinced that are real. Distorted thoughts are difficult to diagnose and treat since they are strongly associated with the way of perceiving reality; moreover, the most healthy and rational person functions with certain distance from reality. It is much more difficult when the patients are drug dependants. For these reasons, in the present study and analysis there is a higher prevalence of the following distortions: Heaven's Reward Fallacy 20%, Fallacy of Should 16%, and Control Fallacies 11%.



Translated by,
Diana Lee Rodas

INTRODUCCION

La psicología cognitiva es el estudio científico de los procesos mentales como la percepción, el pensamiento, la memoria y la atención. Entre los psicólogos más destacados en la aplicación de este modelo al campo de la psicología clínica se encuentran Albert Ellis (1962) y Aarón Beck (1963) quienes han propuesto modelos teóricos para el estudio de la personalidad y tratamientos para el abordaje terapéutico en la psicopatología, aunque anteriormente otros autores y autoras, como Karen Horney, habían identificado algunos de los fenómenos implicados en lo que ahora se denomina distorsiones cognitivas, los mismos que se mencionaran en los primeros dos capítulos.

Gallego D., y González B., (2006), menciona a Navas, (1998). Quien ha manifestado que uno de los postulados planteados por el modelo cognitivo se refiere a que: “los problemas emocionales como la depresión y la ansiedad, surgen a partir de la interpretación que la persona dé a los eventos que le preocupan”.

A esas interpretaciones exageradas e incongruentes de la realidad, Beck (2004) las ha denominado distorsiones cognitivas. A los eventos capaces de suscitar emociones y de activar determinados procesos de pensamientos acerca de los cuales las personas tienden a perturbarse a sí mismas se les ha llamado eventos activadores (Ellis, 1987).

En el modelo A-B-C, que hace referencia a Acontecimiento, Belief (creencia) y Consecuencia emocional de Ellis, las distorsiones cognitivas serían las que determinan las creencias desadaptativas que producirían la perturbación. Se ha relacionado estas distorsiones con las falacias lógicas que son una falla en el manejo de los procesos de información, y por tanto, se vincula a la racionalidad y alteraciones del pensamiento crítico. Aprender a refutar estas distorsiones y sus consecuentes pensamientos negativos, se conoce como reestructuración cognitiva.

Por lo que, considerando lo antes mencionado que este estudio esta haciendo referencia, se propone conocer la prevalencia de distorsiones cognitivas a través del instrumento psicológico (Inventario de Pensamientos Automáticos) en usuarios que consumen alcohol, cocaína y cannabis del Centro de Reposo y Adicciones C.R.A.

CAPITULO I

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA SEGÚN ALBERT ELLIS

1.1. Albert Ellis y sus inicios

Albert Ellis recibió su título universitario en psicología en el año 1934 en el City College de Nueva York. Luego, nueve años más tarde, en 1943 obtuvo el título de Máster en dicha rama, y en el mismo año comenzó su labor clínica en consultas privadas, tratando problemas matrimoniales, familiares y sexuales. Al poco tiempo, empezó a interesarse por el psicoanálisis, y procuró instruirse en este tipo de psicoterapia, pasando 3 años de análisis personal, obteniendo el doctorado en Psicología en 1947.

Ellis, en su adolescencia tenía problemas de timidez, temor a hablar en público y especialmente ansiedad para relacionarse con mujeres. Por lo que para superar estos problemas, empezó a utilizar técnicas cognitivo-conductuales, familiarizándose así con ellas. Ellis también estaba muy interesado por la filosofía y la psicología, especialmente por los escritos de Epiceto, Marco Aurelio, Emerson, Coué Dewey, Freud, Rusell y Watson.

Según Ellis (1999), señala que dentro del período de su doctorado puso énfasis en la teoría de Karen Horney, sin embargo al constatar los resultados en los cuales sólo el 59% de los pacientes neuróticos mejoraban y en el 70% no se

encontraba ninguna mejoría, Ellis aplica un enfoque “neofreudiano” obteniendo un 63% de mejoría en el 70% de sus pacientes neuróticos. Todo esto se consiguió en menos tiempo y menos entrevistas. Sin embargo, aun así observó que sus pacientes se solían estancar en la comprensión de su conducta sin que la modificasen necesariamente.

Es decir, Ellis se formó en el campo del Psicoanálisis, sin embargo al no hallar resultados satisfactorios con esta orientación, empezó a desarrollar su propia forma de hacer terapia que daría lugar a la RET (Terapia Racional Emotiva), una orientación que afirmaba que si las personas adquiriesen una sana filosofía de la vida, sería raro que se encontrasen emocionalmente perturbadas, desarrollándose esto hacia el año de 1955. Es así que en 1957 publicó su primer libro sobre Terapia Racional Emotiva: “Cómo vivir con un Neurótico”. Dos años más tarde, constituyó la obra: Instituto para una vida Racional, y se le considera como un teórico clínico. (Lega, L. Caballo, V. y Ellis A., 2002)

Entre las bases teóricas de la RET, también hallamos la influencia de Horney (la tiranía de los deberías), de la Semántica General de Korzibsky y de antiguas filosofías orientales como las de Confucio y Buda.

Desde 1955 hasta 1963, Ellis estuvo prácticamente solo en la práctica y difusión de la Terapia Racional Emotiva. A partir de ahí, en gran parte debido al trabajo de los terapeutas que se habían ido formando en RET, esta forma de Terapia comenzó a extenderse entre los profesionales y a ser adoptada (y, en algunos casos modificada) por una serie de reconocidos profesionales e investigadores (Ellis, 1985).

En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "auto-doctrinamiento" en exigencias irracionales. La terapia tenía así como fin, no solo tomar conciencia de este auto-doctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

En conclusión, Ellis denominó a su terapia la "terapia racional emotiva", que comenzó a desarrollar hace más de 50 años, marcando el inicio del cognitismo. Su forma de trabajar guardaba similitudes con la "terapia cognitiva" de Beck y actualmente existen muchas subcorrientes, variantes y escuelas que han utilizado los principios terapéuticos propuestos por ambos autores. Actualmente la Terapia Racional Emotiva de Ellis, es seguida con un modelo que ha superado algunas de sus concepciones originales, ha incorporado una visión constructivista y adoptando nuevos recursos, por lo que se puede considerar "pos-racionalista".

Ellis centra su teoría en la sencilla frase atribuida al filósofo estoico griego Epícteto: "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Para éste autor, las emociones son consecuencia de un acontecimiento activador, suceso o situación, que da lugar al desarrollo de un sistema de creencias, a partir de las cuales el sujeto desarrolla emociones,

pensamientos y acciones. Según su modelo, muchas personas construyen creencias erróneas a partir de acontecimientos negativos que les hacen instalarse en actitudes o formas de sentir que provocan emociones o conductas disfuncionales que les perpetúan su sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación. Estas conductas o actitudes son comportamientos “auto-saboteadores” (contrarios a los propios intereses u objetivos), que dificultan o impiden la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios. En general, se caracterizan por estar asociadas a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas (concepto fundamental de esta teoría). Todas estas demandas absolutistas podrían agruparse en tres clases:

- Demandas sobre uno mismo (“yo debo...” o “yo necesito...”).
- Demandas sobre los otros (“él debe...” o “tú debes...”).
- Demandas sobre el mundo (“el mundo debe...” o “la vida debe...”).

Existen una gran variedad de “errores de pensamiento” típicos en los que la gente se obsesiona y pierde su capacidad para ver otras dimensiones de su vida. Se deben básicamente a una tendencia a ignorar lo positivo, exagerar lo negativo y hacer generalizaciones prejudiciales para sí mismos. Para Ellis, el cambio ha de estar dirigido a declinar la “filosofía demandante” para reemplazarla por una “filosofía preferencial” de metas y deseos motivadores. (Ellis, A. 2009)

Se considera a Ellis un importante teórico de la terapia cognitiva, al igual que a Aaron T. Beck. Mediante su (RET) le permitieron al conductismo tener un mejor acercamiento a lo humano y salir de la mirada reduccionista de la conducta pura, para hacerse más efectiva y duradera al momento, atender y resolver los asuntos de índole psicológico humano.

1.1.1. Conceptos teóricos

1.1.1.1. Metas y racionalidad

Ellis, A. 1999, menciona que los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Las principales metas humanas se pueden englobar en:

- a. Supervivencia
- b. La felicidad. Esta última puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes sub-metas:
 - ✓ Aprobación o afecto
 - ✓ Éxito y competencia personal en diversos asuntos.
 - ✓ Bienestar físico, emocional o social.

En este punto, Ellis, destaca la fuerte concepción filosófica de su terapia (siguiendo en gran medida la tradición estoica) donde los humanos son seres propositivos en busca de metas personales, que constituyen a su vez, las “filosofías personales” de cada cual. (Ruiz J., y Cano J., 2002)

1.1.1.2. Cognición y procesos psicológicos

- a. Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente.
- b. Los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes determinantes son:
 - ✓ Las Creencias Irracionales (Exigencias) en los procesos de trastorno psicológico.
 - ✓ Las Creencias Racionales (Preferencias) en los procesos de salud psicológica.

1.1.1.3. Énfasis humanista-filosófico del Modelo

- a. Las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional.
- b. Las personas son más felices, de modo general, cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista, preferencialmente o de manera racional.

1.1.2. Terapia Racional Emotiva

En 1956 Albert Ellis inicia una nueva corriente con el nombre de “Rational Therapy” luego reemplazado por el de “Rational-Emotive Therapy” (RET) o Terapia Racional-Emotiva (TRE) y finalmente, a partir de 1994, denominada

“Rational Emotive Behavior Therapy” (REBT) que se traduce como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Esta corriente reconoce muchas variantes y escuelas, entre las que se destaca por su investigación y amplitud de recursos la de “Cognitive Therapy” o “Terapia Cognitiva” del Dr. Aaron T. Beck.

TREC es un acrónimo para Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT, por sus siglas en inglés), una forma de psicoterapia derivada de la Terapia Racional Emotiva (RET) creada por Albert Ellis en el año 1955 y luego de su experiencia en el psicoanálisis y la psicodinámica de donde tomo muchos elementos y le dio mayor énfasis al aspecto cognitivo que ya se trabajaba en estos modelos psicoterapéuticos.

Siguiendo las premisas estoicas, la RET postula que la perturbación emocional no es originada por los hechos, sino que por la interpretación que cada persona misma hace de dichos hechos. Este postulado explicaría que, ante una misma circunstancia, las personas pueden reaccionar de maneras muy diferentes. Entonces, para la psicología cognitiva en general, el principal factor que determina las emociones y conductas es el procesamiento de la información; es decir, la forma en que se percibe, se procesa, se almacena y se recuerda la información. La interpretación que se haga de la realidad determinará cómo nos vamos a sentir y cómo nos vamos a comportar. A su vez, nuestro propio comportamiento influirá en como se relacionarán los demás con nosotros. (Caballo V., 2008)

Existen tres elementos básicos en el ser humano:

- Pensamiento

- Emoción
- Conducta

Estos elementos se clasifican así de forma que las personas sienten, actúan según lo que piensan. El pensamiento condiciona la emoción de las personas y también la conducta. Es decir cambia las ideas y cambiaría las emociones y la conducta.

1.1.2.1. Principios Básicos de la RET

Francesc Sorribes (2010) menciona a Ellis (1999) quien propone algunos principios básicos de la TRE.

El pasado contribuye a lo que somos en el presente aunque no es su causa. El pasado no existe, lo que existe es la memoria del pasado y eso es presente, porque se recuerda utilizando los esquemas del presente.

No somos esclavos del pasado sino del recuerdo presente que tenemos del pasado. La causa de todos los problemas son las ideas presentes

1. Todo problema emocional patológico se debe a Ideas irracionales (ideas no demostrables). Si existen ideas racionales, ningún acontecimiento llevará a un problema emocional patológico.
2. Los factores de influencia genética, cultural, ambiental pueden precipitar el pensamiento irracional, que pueden ser catalogados como antecedente, aunque no causa (de hecho las causas son ideas irracionales). Al explicar cómo las personas llegan a estar perturbadas emocional y conductualmente, Ellis dice que no sólo ocurre porque las personas estén condicionadas o aprendan de otras ideas que generan trastorno, sino porque existe una predisposición biológica innata de la raza humana; por tanto no acaba de

despegarse del determinismo psicoanalítico incluido en el concepto de “instinto”. Para ello, siguiendo su propia estrategia de terapia, aporta diferentes pruebas:

- ✓ Las principales irracionalidades humanas aparecen de una forma y otra en casi todas las personas.
- ✓ Las principales irracionalidades también aparecen en los distintos grupos sociales y culturales. Aunque varíe su manifestación, el dogmatismo absolutismo, credulidad y la exigencia con respecto a estos modelos se da de forma similar.
- ✓ Muchas de estas irracionalidades van en contra de nuestra condición biológica como: fumar, hábitos insanos, guerras, a pesar del daño que puedan provocar.

Las ideas se pueden modificar del siguiente modo:

1. Tomando consciencia de las ideas irracionales.
2. Enfrentándolas
3. Revisándolas. Aunque, ¿Dónde está la dificultad entonces?

“Muchos prefieren morir antes que pensar” (Bertrand Rusell). Se entiende por pensar el cuestionarse lo que se considera como cierto.

¿Por qué se mantienen si son causa de perturbaciones emocionales y problemas?

- a. Son reforzadas por estereotipos culturales en la adquisición del lenguaje y se las asume acríticamente (están presentes en canciones, cuentos, refranes); una idea repetida continuamente

por todos se vuelve acrítica, por ejemplo: Recordar el efecto causado por la publicidad que es repetitiva y familiar.

- b.** A veces ser irracional es premiado: es decir si las personas dicen lo que dicen todos estoy adaptado y si critico, soy rebelde y un inadapto social. Por ejemplo: Los ataques de histeria con ganancia secundaria.
- c.** Procura relajación y tranquilidad inmediata. Por ejemplo: Echar la culpa a los demás.
- d.** Por falta de consciencia de la irracionalidad: habría que plantearse toda la irracionalidad de la cultura y ello sólo es posible con un gran esfuerzo y seguridad personal. Sintetiza él mismo la teoría de la siguiente forma:

“Las personas tienen millares de ideas irracionales y filosofías propias que inventan de forma creativa, las mantienen dogmáticamente y se perturban estúpidamente por ellas. Sin embargo, se puede agrupar fácilmente estos millares de ideas en unas pocas categorías generales. Después de hacer esto y de buscarlas activamente se podrá con relativa facilidad encontrarlas, mostrarlas a las personas perturbadas y enseñarles también la manera de poder atenuarlas” (Ellis, A. & Grieger, R, 1981)

Por tanto, a consecuencia de las tendencias innatas y adquiridas, se controla las emociones mediante unos valores y creencias básicas: la forma en que se interpreta, se considera los acontecimientos que le llevan a reaccionar de

determinada forma. A-B-C – D-E, donde A-B-C es la teoría que se mencionará en el siguiente punto y D-E resume el procedimiento terapéutico, en el que D es la disputa o enfrentamiento con la creencia irracional del paciente y el E, el efecto que se sigue de la filosofía racional.

1.1.2.2. Principales técnicas de tratamiento en la T.R.E.

Según Naranjo M., (2004) clasifica las principales técnicas de la TRE en función de los procesos: cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

A. TÉCNICAS COGNITIVAS:

1. **Detección:** Consiste en buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar auto-registros que llevan un listado de pensamientos irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.
2. **Refutación:** Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales y que posteriormente puede emplear el paciente. Estas suelen ser del tipo: “¿Qué evidencia tiene para mantener qué?”, “¿Dónde está escrito que eso es así?”, “¿Por qué sería eso el fin del mundo?”, etc.
3. **Discriminación:** El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.
4. **Tareas cognitivas para casa:** Se utilizan con profusión los auto-registros de eventos con guías de refutación (por ejemplo: el DIBS), Cintas de

casete con las sesiones donde se ha utilizado Refutación, Cintas de casetes sobre temas generales de RET y biblioterapia.

5. Definición: Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta (“por ejemplo: en vez de decir No puedo, decir, Todavía no pude...”)
6. Técnicas referenciales: Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.
7. Técnicas de imaginación: Se utilizan, sobretodo, tres modalidades:
 - ✓ La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.
 - ✓ La proyección en el tiempo: el paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista.
 - ✓ Hipnosis: Técnicas hipno-sugestivas en conjunción con frases racionales.

B. TÉCNICAS EMOTIVAS:

1. Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia auto-aceptación.
2. Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.
3. Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, sin embargo este imperfecto.
4. Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, etc. para mostrar las creencias irracionales y su modificación.
5. Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.
6. Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. (por ejemplo: "Pedir tabaco en una frutería")
7. Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (por ejemplo: hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).
8. Repetición de frases racionales a modo de auto-instrucciones.
9. Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

C. TÉCNICAS CONDUCTUALES

1. Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.
2. Técnica de “Quedarse allí”: Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.
3. Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para “mañana” para no evitar la incomodidad.
4. Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.
5. Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

1.1.3. Modelo ABC

Según Lega, L. Caballo, V. y Ellis A. (2002) señala que el Modelo ABC es un producto de la típica lectura cognitiva del esquema reduccionista E-R (estimulo –respuesta) propuesto por el conductismo clásico. Esta teoría de la personalidad y del cambio de personalidad, acepta la importancia de las emociones y de las conductas, poniendo un énfasis especial en el panel de las cogniciones, es decir, de las creencias, pensamientos e imágenes mentales.

El esquema del Modelo ABC está detallado de la siguiente manera:

- A Acontecimientos activadores
- B Creencias y pensamientos sobre A
- C Consecuencias emocionales y conductuales de los pensamientos sobre A

A: Acontecimientos Activador o acontecimientos observados por el sujeto; se refiere al rol de las experiencias, tales como problemas familiares, insatisfacción laboral, traumas infantiles tempranos.

B: Creencias (beliefs) o expectativas, básicamente irracionales y autoacusatorias que provocan los sentimientos actuales de sufrimiento; representa la interpretación o juicio de valor concerniente al evento observado.

C: Consecuencias manifestadas en estados emocionales negativos, conductas o síntomas neuróticos que surgen a partir de nuestras creencias; corresponde a las consecuencias emocionales de las interpretaciones de los acontecimientos observados.

En conclusión lo antes mencionado según: Lega, L. Caballo, V. y Ellis A. (2002) manifiesta que A representa el acontecimiento activador que aparece a primera vista como el desencadenante o antecedente de C (consecuencias emocionales y conductuales). Es interpretado por el individuo, quien desarrolla una serie de creencias (B) sobre él mismo. A partir de estas creencias se desarrolla la C o consecuencias, que resultarían de la interpretación, (o creencias) que el individuo hace de A. Por ejemplo: una persona llega a un lugar donde hay varios desconocidos y estos lo miran fijamente (A). Según el tipo de interpretaciones que haga sobre este hecho, es decir, según lo que piense (B), reaccionará a nivel emocional y conductual (C) de una forma u otra. Es decir, si piensa que los demás lo están evaluando positivamente se sentirá mejor que si piensa que le evalúan negativamente. En función de lo que piense también actuará de diferente forma.

1.2. Tipos de Pensamiento

Cada persona se puede comportar racional o irracionalmente, sin embargo, solamente cuando las personas actúan y piensan de manera racional, es cuando en verdad las personas se sienten felices, efectivas y saludables emocionalmente. Se distingue entre pensamiento racional e irracional:

- “Racional quiere decir razonable, pensamiento lógico, acertado, realista, que aumenta la autoestima. Es la forma de pensar, sentir y actuar que ayuda a la supervivencia y felicidad humana”
- Irracional quiere decir pensamiento catastrófico, absolutista, no-acertado, auto-derrotista e irrealista. Es cualquier pensamiento, emoción o conducta que lleva a consecuencias autodestructivas que interfieren en forma significativa con la supervivencia y felicidad del individuo.”

1.3. Sistema de Creencias

Una creencia es racional si es empíricamente verdadera es decir es verificable y se apoya en la evidencia, consistente con la realidad, además no es absolutista sino condicional y relativista, siendo esta expresada como deseo, esperanza, preferencia y no como una exigencia y por ultimo tiene como resultado una emoción moderada, es decir entre tenue y fuerte, sin embargo nunca perturbadora.

Una creencia es irracional si no es empíricamente verdadera que expresa mandatos y obligaciones a través de los tres Must básicos que son: yo debo, tú debes, él debe; y tiene como resultado emociones perturbadoras; es decir parte de una premisa inexacta, por lo que no tienen base en la realidad y suelen ser sobre generalizaciones, en las que se utilizan palabras como fatal, horrible y desastroso.

El sistema de creencias a las que A. Ellis (2002) alude comprende la siguiente gama de cogniciones:

- ✓ Observaciones que se limitan a lo observado: “El hombre está caminando”.
- ✓ Inferencias que incorporan hipótesis o supuestos que pueden ser acertados u erróneos: “El hombre que está caminando, intenta llegar a la oficina, está apurado”.
- ✓ Evaluaciones demandantes o “debo-perturbadoras:” “Necesito absolutamente dormir la siesta”; “Debo aprobar el examen”.

1.3.1 Creencias irracionales

Ellis parte de la hipótesis de que el estado emocional lo causa la interpretación que se da a los acontecimientos, y no el acontecimiento en sí. Por tanto, si cada quien es capaz de identificar y modificar su mapa mental, es decir las historias que se llevan en la mente y que se arrastran con cada uno acerca de cada aspecto del mundo, todas estas personas serán capaces de generar un estado emocional menos doloroso, más racional y real. En concreto Ellis identifica y

menciona once ideas irracionales que conducen a creencias irracionales, perjudiciales para el individuo que son las que causan y sustentan la neurosis, además de desarrollar preguntas que ayuden a reflexionar sobre la alternativa racional que se podría trabajar e intentar potenciar:

- 1. Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la sociedad.** Se utilizan preguntas como: ¿Necesito la aprobación de los demás en todo lo que hago? ¿Que nos reconozcan tiene que ser siempre malo, o solo cuando se busca en exceso? ¿Deben reconocernos por ser quienes somos o por nuestros actos? ¿Qué es mejor; hacer lo que los demás esperan que hagamos o hacer algo que realmente nos emocione y con lo que podamos comprometernos? ¿Reconoces a los demás para ser reconocido por los demás?

✓ **¿Por qué es irracional?**

El exigir ser aprobado por todos es una meta inalcanzable. Si se necesita de forma extrema la aprobación siempre se generará una preocupación por el cuándo seremos aceptados. Aunque uno pudiera alcanzar la aprobación de los demás, eso exigirá una enorme cantidad de esfuerzo y energía y, además, se podría estar renunciando a los propios principios y necesidades para lograr la aprobación de otros, generándose servilismo. La incertidumbre de no conseguir la aprobación de los demás generaría un comportamiento inseguro y molesto perdiéndose con ello el interés de los demás.

- 2. Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.** Se utilizan preguntas como: ¿Disfrutas del proceso o únicamente del resultado? ¿Debemos dejar de lado aquellas tareas en las que podamos fallar? ¿El error es algo natural? o ¿lo natural es hacerlo perfecto a la primera? ¿Obligarte al éxito no es una sobreexigencia? ¿No es mejor actuar aunque no salga perfecto, que no hacer nada? ¿El miedo a hacer algo mal hace que prefieras no llevarlo a cabo?

✓ **¿Por qué es irracional?**

Ningún ser humano puede ser totalmente competente en todos los aspectos o en la mayor parte de ellos. Intentar tener éxito está bien, pero el exigirse que se debe tener éxito es la mejor manera de hacerse sentir incompetente e incapaz. Forzarse más de la cuenta acarrea estrés y enfermedades psicosomáticas. El individuo que lucha por el éxito total está en continua comparación con otros ante los que se siente invariablemente inferior. La preocupación por el éxito acarrea el miedo al fracaso y a cometer errores, con lo que es fácil generar un disgusto por el trabajo y una tendencia al fracaso real en éste.

- 3. Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.** Se utilizan preguntas como: ¿Todo lo que hacen mal las personas es porque quieren perjudicarte? ¿Nos ponemos en la posición de la otra persona

cuando el de enfrente falla? ¿Tienen esas personas los conocimientos y las capacidades para llevarlo a cabo de forma correcta? ¿Castigar favorece el cambio positivo o desarrolla rabia? ¿Has pensado en intentar descubrir qué le sucede a la otra persona al hacer lo que hace?

✓ **¿Por qué es irracional?**

Las personas somos seres limitados que la mayoría de las veces actuamos de manera automática e inconsciente sin una “maldad consciente”.

El individuo que actúa mal, en la mayoría de los casos, es una persona ignorante o perturbada que no es consciente de las consecuencias de sus comportamientos (a corto, medio y/o largo plazo) para los demás y para sí misma. El castigar o culpabilizar severamente al que comete errores normalmente le conduce a seguir cometiéndolos; por el contrario una actitud más tolerante y racional a la hora de considerar sus errores favorece más el cambio positivo.

- 4. Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.** Se utilizan preguntas como: ¿Exageramos las cosas negativas que suceden a nuestro alrededor? ¿Puedo cambiar mis sentimientos sobre una situación que no ha salido como queríamos? ¿Aquello que se va complicando es un hundimiento o un desafío para ti? Y cuando algo es imposible y no podemos hacer nada por cambiarlo, ¿estar hundido te ayudará a salir a flote?

✓ **¿Por qué es irracional?**

No hay razón para pensar que las cosas deberían ser diferentes a lo que realmente son, otra cosa es que aquello agrade o no.

El estar abatidos por las circunstancias no ayudará a mejorarlas, y sí es posible que de esta forma se empeoraran. Cuando las cosas no salen, está bien luchar por cambiarlas, aunque cuando esto es imposible, lo más sano es aceptar las cosas como son. Aunque las personas sientan frustración o privación de algo desean, el sentirse muy desdichados es sólo consecuencia de considerar erróneamente el deseo como una necesidad fundamental.

5. La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones. Yo no lo controlo, así que no puedo gestionar penas y preocupaciones. Se utilizan preguntas como: ¿Podemos verbalizar y hablar sobre nuestras emociones de una forma menos destructiva? ¿A todas personas las mismas desgracias les afectan por igual? Ante lo que nos llega, ¿sólo podemos sufrir porque nada depende de nosotros?

✓ **¿Por qué es irracional?**

✓ Los ataques verbales de los demás nos afectarán sólo en la medida en que con nuestras valoraciones e interpretaciones les hagamos caso.

- ✓ La expresión “*me duele que mis amigos no me hagan caso*” es errónea, ya que lo que me duele es que **yo me lo diga** dándole un valor de terrible o insoportable.
- ✓ Aunque la mayoría de la gente pueda creer que las emociones negativas no se pueden cambiar y simplemente hay que sufrirlas, la experiencia demuestra que es factible el poderlas cambiar.

6. Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra. Se utilizan preguntas como: ¿El miedo te ayuda a que existan menos peligros a tu alrededor? ¿Es mejor esconderse ante nuestros miedos, o es mejor afrontarlos de vez en cuando? ¿Cómo restamos importancia a lo que nos atemoriza? Algo que nos da miedo y que finalmente sucede, ¿es más doloroso antes o después de que suceda? ¿Es la ansiedad la que hace que el miedo nos pueda atenazar aunque no se haya materializado? ¿Sirve preocuparse hoy de lo que llegará inevitablemente en el futuro?

✓ **¿Por qué es irracional?**

Si se está muy preocupado por un asunto de riesgo, el nerviosismo impide ver realmente la gravedad del asunto. La ansiedad intensa ante la posibilidad de que un peligro ocurra impide afrontarlo con eficacia cuando realmente ocurre. El preocuparse mucho de que algo suceda no solo no evita que ocurra, sino que a menudo contribuye a su aparición. La mayoría de los hechos temidos y peligrosos (como las

enfermedades) son mucho menos catastróficos cuando ocurren de verdad, aunque la ansiedad o el miedo de que ocurran sí constituye algo incluso más doloroso que la propia situación temida.

7. Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y

dificultades en la vida._Se utilizan preguntas como: ¿No es más cómodo abandonar la tarea a la menor dificultad que esforzarse en continuar? ¿No es más cómodo dejarse embriagar por la vagancia que actuar? ¿Ganamos más confianza en nosotros mismos cuando evitamos hacer una actividad o cuando la llevamos a cabo? ¿Planificas y estableces metas de corto, medio y largo plazo que nos ayuden a gestionar nuestras responsabilidades? ¿Opinas que las tareas desagradables deben terminarse lo antes posible?

✓ **¿Por qué es irracional?**

Aunque a veces resulta cómodo abandonar determinadas actividades por considerarlas desagradables, esto trae grandes consecuencias negativas, por ejemplo el dejar de estudiar, de trabajar o de realizar cualquier actividad que requiere esfuerzo físico o psíquico. El proceso de tomar la decisión de no hacer algo que se considera difícil pero provechoso, habitualmente es largo y tortuoso y suele conllevar más sufrimiento que el hacer la actividad desagradable. La confianza en uno mismo se nutre, entre otras cosas, de hacer actividades y no evitarlas. Si se evitan, la existencia se hará más fácil aunque a la vez aumentará el grado de inseguridad y desconfianza personal. Aunque

mucha gente supone que una vida fácil, evasiva y sin responsabilidades es algo apetecible, la experiencia demuestra que la felicidad del ser humano es mayor cuando está comprometido en un objetivo difícil y a largo plazo.

- 8. Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.** Se utilizan preguntas como: ¿Dejar la toma de decisiones a los demás te ayuda a crecer o te hace más pequeño? ¿Has tomado decisiones importantes en el último mes? ¿Aceptas la ayuda de los demás cuando la crees necesaria, pero también te esfuerzas por llevar a cabo acciones y responsabilidades por ti mismo/a? ¿Prefieres arriesgarte a no fallar y dejar la decisión al de enfrente?

✓ **¿Por qué es irracional?**

Aunque es normal el tener un cierto grado de dependencia de los demás, no se ha de llegar al punto de que los demás elijan o piensen por nosotros.

Cuanto más se depende de los demás, menos se elige por uno mismo y más se actúa por los demás con lo que se pierde la posibilidad de ser uno mismo. Cuanto más se dejan las decisiones en manos de los demás, menos oportunidad tiene uno de aprender, por lo que actuando así se genera más dependencia, inseguridad y pérdida de autoestima. Cuando se depende de los demás se queda uno a merced de ellos, y esto implica que la vida toma un cariz incontrolable ya que los demás pueden desaparecer o morir.

9. La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente. Se utilizan preguntas como: ¿Llega a ser tan importante tu pasado que te bloquea a la hora de afrontar el presente? ¿Podemos conseguir un mañana más satisfactorio, o todo va a ir a peor? ¿Eres consciente de que para que las cosas cambien, tus respuestas deben ser distintas a las “automatizadas”? Sabiendo que el pasado nos sirve para entender el presente, ¿sabes distinguir qué historias antiguas hoy te paralizan?

✓ **¿Por qué es irracional?**

Aunque una persona haya tenido que sufrir los excesos y condicionamientos de otros, eso no quiere decir que tenga que seguir haciéndolo. Por ejemplo, ser excesivamente complaciente con los padres no supone que 20 años después haya que seguir siéndolo. El pasado se puede utilizar de excusa para evitar enfrentarse a los cambios en el presente y de esa manera no realizar el esfuerzo personal requerido.

10. No deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás Se utilizan preguntas como: ¿Eres consciente de que tus disgustos no ayudarán a que los problemas de los demás se solucionen? ¿Cómo puedes ayudar a los demás sin destruirte a ti mismo/a? ¿Te mimetizas en los problemas de los demás para no afrontar los tuyos propios? ¿Eres útil para quien está enfrente cuando te

entristeces y le acompañas en su tristeza sin hacer nada más al respecto?

✓ **¿Por qué es irracional?**

Aunque los demás realicen comportamientos que perturban, el enojo no suele provenir de su conducta, sino de lo que nos decimos a nosotros mismos.

Por mucho que las personas se disgusten por la conducta de los demás, esto probablemente no la cambiará, pues se aceptará que no se tiene el poder de cambiar a los demás. Y, si acaso se consigue aquello, se ha pagado un alto precio con nuestra perturbación.

11. Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe. Se utilizan preguntas como: ¿Analizas los problemas y los distintos escenarios de solución? ¿Cuando no hay una alternativa perfecta te bloqueas y lo consideras un gran contratiempo? ¿Eres de blanco o negro? ¿No te sirven las alternativas grises? ¿No es mejor intentarlo y no alcanzar la solución perfecta antes que no hacer nada?

✓ **¿Por qué es irracional?**

No existe ni seguridad, ni perfección ni verdad absoluta en el mundo. La búsqueda de seguridad sólo genera ansiedad y expectativas falsas.

- Los desastres que la gente imagina que le sobrevendrán si no consiguen una solución correcta a sus problemas no tienen una existencia objetiva,

sino que son desastres creados en su mente que, en la medida en que se los crean, les ocurrirá algo catastrófico (como un intenso estado de pánico o desesperanza). (Superar la depresión, 2011)

Para simplificar, Ellis (2002) reduce a tres ideas o creencias irracionales básicas, en forma de “deberías”, o “tengo que”:

- **Uno mismo:** “Debo ser increíblemente competente, o de lo contrario no valgo nada”.
- **Otras personas:** “Los demás deben considerarme; o son absolutamente estúpidos”.
- **La vida:** “El mundo siempre debe proveerme de felicidad, o me moriré”.

Considera que estas ideas son irracionales y lo que las diferencia de las ideas racionales es que las irracionales son absolutas (dogmáticas) por naturaleza; se expresan en términos de “tengo que”, “debería”, “estoy obligado a” y de forma categórica (todo o nada, blanco o negro) y, además, las ideas irracionales provocan emociones que interfieren en la persecución y obtención de metas (depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo, etc.). Por el otro lado, las creencias racionales se expresan en forma de preferencias (“me gustaría”, “quisiera”, etc.), son relativas (no son creencias de *todo o nada*, sino que admite posturas intermedias) y no impiden la persecución y obtención de objetivos.

1.3.2. Creencias irracionales primarias

La mayoría de comportamientos problemáticos o que causan más distorsión en el equilibrio de las personas, proceden de las creencias irracionales. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible.

Ruiz J., y Cano J., (2002) menciona a Ellis (1962, 1981, 1989 y 1990) quien propone que las tres principales creencias irracionales siendo estas primarias son:

1. Referente a la meta de Aprobación/Afecto.

“Tengo que conseguir el afecto o aprobación de todo el mundo, en especial de las personas importantes para mí”. “No debo ser tratado así. Ellos no deben contradecirme ni estar en desacuerdo conmigo”.

2. Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal.

“Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos”. “El futuro no debe ser negro.”

3. Referente al bienestar. (Calvete, E. y Villa A., 1999)

“Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello”. “El mundo no debe ponerme obstáculos.”

Estos pensamientos serían modelos de las principales creencias irracionales que hacen vulnerable a las personas a padecer trastornos emocionales. Pueden ser reflejadas de una forma concreta en algunas creencias que se suelen tener o que están en el entorno.

Cuerpo: Es indispensable poseer un cuerpo sano, bello, atlético. Un cuerpo en perfecto funcionamiento. De lo contrario no se puede ser feliz.

Corazón, afectos: Debe ser querido y aprobado por todo el mundo, especialmente por las personas importantes para usted. No debe estar solo.

Nadie puede contradecirle. De lo contrario no puede ser feliz.

Mente, inteligencia: Debe poseer un alto coeficiente intelectual, debe ser listo.

De lo contrario no puede ser feliz.

Tener: Debe conseguir fácilmente todo los bienes materiales que desee y no sufrir para conseguirlo. El futuro debe ser muy placentero. De lo contrario no puede ser feliz.

Hacer: Debe ser competente, tener mucho éxito, no cometer errores y conseguir los objetivos de alto estatus: profesionales y sociales. De lo contrario no puede ser feliz.

Trascendencia: Todo lo referente a un mundo trascendente, espiritual o consciencia, es infantil, supersticioso, una muleta para enfermos.

1.3.3. Creencias irracionales secundarias

Hay tres creencias irracionales, derivadas de las primarias (creencias secundarias) que a veces son primarias, que constituirían el segundo eslabón cognitivo del “procesamiento irracional de la información”.

1. Tremendismo: Referente al valor aversivo de la situación.

“Esto es horroroso, horrible”.

2. Insoportabilidad: Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable.

“No puedo o no seré capaz de soportarlo, estoy demasiado cansado, no soy capaz de experimentar ningún malestar nunca”.

3. Condena: Referente a la valoración de si mismo y otros a partir del acontecimiento.

“Soy/Es/Son.... Un X negativo, porque hago/hace-n algo indebido”

La salud psicológica, por su parte estaría ligada a las creencias racionales. Ellis, es el único terapeuta cognitivo que llega a distinguir entre consecuencias emocionales negativas y apropiadas o patológicas. El hecho de experimentar emociones negativas no convierte ese estado en irracional necesariamente, ni la racionalidad de la terapia racional emotiva (R.E.T) puede ser confundida con un estado “apático, frío o insensible” del sujeto. Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su base cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias. (Ruiz J., y Cano J., 2002)

CAPITULO II

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL SEGÚN ARON BECK

2.1. Beck y sus inicios

Willard y Spackman, (2005), menciona a Dobson (1988), quien ha manifestado que la Teoría cognitiva, contrariamente a lo que suele creer no se origina en la década de los años sesenta, sino mucho antes como disciplina de la psicología experimental y de la psicología evolutiva. Sin embargo en los años sesenta gracias al influjo de la teoría de la información, la teoría de la comunicación, la teoría general de sistemas y sobretodo el desarrollo de los ordenadores, la psicología en general se hace cognitiva. Se concibe al ser humano no como un reactor a los estímulos sino como un constructor activo de su experiencia, es decir como un “procesador activo de información”.

Hernández, N. y Sánchez, J. (2007) presentaron el nuevo modelo cognitivo resultante, el mismo que presenta las siguientes características generales:

- 1) La conducta humana está mediada por el procesamiento de información del sistema cognitivo humano.
- 2) Se distingue entre procesos operacionales implicados en el funcionamiento cognitivo y de estructuras.
- 3) Se propone cuatro categorías generales de procesos cognitivos: atención, codificación, almacenamiento y recuperación.

- 4) Se destacan tres estructuras cognitivas: receptor sensorial quien recibe la información externa e interna, una memoria a corto plazo que ofrece una retención a corto plazo de la información seleccionada, y una memoria a largo plazo que ofrece una retención permanente de información.

A principios de 1960, Aaron Beck inicia el desarrollo de lo que es “Terapia Cognitiva”, siendo esta desarrollada en la Universidad de Pennsylvania, y considerada como una psicoterapia para la depresión, siendo esta actualmente considerada como una de las principales enfermedades con que la gente está mayormente afectada por motivos de trabajo, relaciones matrimoniales o fuera de ella, entre otras; y es catalogada como “enfermedad psicológica”.

Cabe mencionar que esta terapia cognitiva de la que hace relación Beck, concordaba con el concepto propuesto por Ellis en 1956, como se mencionó en el primer capítulo. La sede central de esta corriente, que durante muchos años fue el Center for Cognitive Therapy de la Universidad de Pennsylvania en Philadelphia, Pennsylvania, actualmente es el “Beck Institute for Cognitive Therapy and Research” situado en Bala Cynwyd (zona suburbana de Philadelphia, en el estado de Pennsylvania, USA), fundado en 1994 por Aaron T. Beck, su actual presidente, y dirigido por su hija, Judith S. Beck.

De igual forma al igual que Ellis se formó como psicoanalista, siendo su trabajo el de llegar a probar hipótesis sobre los conceptos psicoanalíticos relacionados e implicados con la depresión.

Los datos obtenidos apuntaban más bien a que los pacientes depresivos “seleccionaban” focalmente su visión de sus problemas presentándolos como muy negativos. Esto unido a los largos análisis de los pacientes depresivos con la técnica psicoanalítica habitual, y con escasos resultados para tan alto costo, le hicieron a Beck abandonar el campo del psicoanálisis. Su interés se centro desde entonces en los aspectos cognitivos de la psicopatología y de la psicoterapia. (Ruiz J., y Cano J., 2002, menciona a Beck, A. 1956)

Sus obras mas significativas para la creación de esta nueva corriente terapéutica, son: La terapia cognitiva de la depresión (1979), Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad (1976), Terapia cognitiva de la drogodependencias (1999),

“En su estructura la Terapia Cognitiva de Beck es un sistema de psicoterapia basada en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de la experiencia de un individuo determinan sus sentimientos y conductas”. (Beck, 1976, pág. 35)

2.1.1. Conceptos teóricos

2.1.1.1. Triada cognitiva

Consiste en tres patrones cognitivos que inducen al sujeto a considerarse a si mismo, su futuro, y sus experiencias, de un modo negativo:

- Visión negativa del paciente acerca de si mismo

Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral o físico. El paciente cree que a causa de estos defectos es un inútil, carente de valor.

- Interpretar sus experiencias de una manera negativa

Es el caso del depresivo, al sujeto le parece que el mundo le hace demandas exageradas, y le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración.

- Visión negativa acerca del futuro

El paciente espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son el fracaso. (Beck, 2009).

2.1.1.2. Modelo Cognitivo

Camerini, J. menciona a Beck, (2009), quien alude que la Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación.

Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no

determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación. (Beck, J., 1995).

“La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismos, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan.” (CATREC, 2012 menciona a Dattilio & Padesky)

En otras palabras, las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos:

- Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su “realidad”.
- La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
- Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
- La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

2.1.1.2.1. Presupuestos de modelos cognitivos

Kirchner T., Torres M, y Forms M, (1998), menciona a Beck y otros autores (1983), quienes resumen en siete puntos los presupuestos de los modelos cognitivos de evaluación – terapia que son:

1. La experiencia es un proceso activo, que incluye tanto la inspección como la introspección.
2. Las cogniciones son el resultado de la síntesis entre estímulos internos y externos.
3. A partir de las cogniciones de un sujeto se hace evidente su modo de evaluar la situación.
4. Estas cogniciones constituyen la corriente de conciencia de un sujeto que refleja la configuración de la persona acerca de si misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones de las cogniciones de una persona influyen en su estado afectivo y en su conducta.
6. Mediante la terapia psicológica un paciente puede darse cuenta de sus distorsiones y errores cognitivos.
7. La modificación de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

El individuo es el único que puede tener poder para actuar sobre si mismo y sobre la situación que la envuelve.

2.1.2. Bases teóricas

2.1.2.1. Esquemas cognitivos

Según la Teoría Cognitiva de Beck, existe una clara relación entre los pensamientos de la persona (lo que se dice a sí misma sobre las situaciones que vive, sobre los demás, sobre la vida, sobre sí misma y sobre los problemas que presenta), y las emociones y los sentimientos que experimenta. A su vez,

esta reacción emocional influirá en la reacción comportamental de la persona ante esa situación, ante la conducta de otro, o ante los síntomas que experimenta, según el caso.

Beck parte de su trabajo sobre la depresión. Observa que en este y otros trastornos emocionales (Beck, 1967, 1976) la estructura de las experiencias de los individuos determina sus sentimientos y conducta. Este concepto de Estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de “Esquema cognitivo” que se define según Beck (1979) como construcciones subjetivas de la experiencia personal en forma de significados o supuestos personales que guían la conducta y emociones de manera inconsciente.

Los esquemas cognitivos además son considerados como representaciones mentales de la experiencia de las personas, sin embargo no son copia de lo que les ha sucedido a las mismas, sino más bien la experiencia organizada con sentido personal.

2.1.2.2. Pensamientos Automáticos

Los pensamientos automáticos son los contenidos de aquellas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y supuestos personales, son pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pueden ser palabras o imágenes que se presentan en la mente de las personas como un resumen de toda una cadena de pensamientos automáticos, presentes en algunos trastornos de ansiedad, adquiriendo una forma catastrófica.

Ruiz J., y Cano J., (2002) menciona a Mckay (1981), quien señala que estos pensamientos presentan características generales que son:

- Son mensajes específicos, a menudo parecen rápidos.
- Son creídos a pesar de ser irracionales y no se basan en evidencia suficiente.
- Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- Tienen a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- Suelen conllevar una visión de túnel, tienen a producir una determinada percepción y valoración de los eventos.

2.1.2.3. Distorsiones Cognitivas

El modelo de la terapia cognitiva de Beck parte de las investigaciones iniciales de este autor precisamente con los sueños. Beck era partidario del modelo psicoanalítico y trataba de demostrar que los sujetos depresivos tenían elementos simbólicos en sus sueños de tipo masoquista.

Como se refiere Beck a la depresión, dentro de su modelo de terapia cognitiva, en cada una de sus investigaciones, encontraba contenidos que distorsionaban los pensamientos en el sentido depresivo, demostrando así la depresión y trastornos psicológicos. Estos trastornos proceden de pensamientos erróneos que conforman distorsiones cognitivas.

Las “distorsiones cognitivas” se derivan de creencias personales o “significados personales” tácitos o inconscientes aprendidos a menudo en las experiencias

de la vida infantil. Esos significados personales conforman un segundo sistema cognitivo de tipo emocional ajeno al sistema racional de pensamiento. Cuando por distintos eventos vitales se activan esos significados personales que permanecían latentes o dormidos, irrumpen en la consciencia e interrumpen el pensamiento racional, a través de los “pensamientos automáticos”. Esos pensamientos automáticos son ajenos al análisis racional y reflejan las distorsiones del pensamiento guiadas por los significados inconscientes, es decir son contenidos de pensamientos involuntarios y rapidísimos. (Beck, A., Freeman, A., y Davis Denise (2004)

Las distorsiones cognitivas comúnmente causan las emociones o conductas disfuncionales caracterizadas por:

- a) Causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación.
- b) Llevar a comportamientos auto-saboteadores (contrarios a los propios intereses u objetivos).
- c) Dificultar o impedir la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios.
- d) Asociarse a demandas absolutistas y otras distorsiones cognitivas.

En el estado de sueño, se pueden expresar los significados personales inconscientes de forma visual/imágenes. Al estar ahora el sujeto dormido, y en un estado de conciencia con mayor inhibición aún de sus sistemas racionales de pensamiento, se activaría la forma visual imaginaria de los significados

(ensueños). Los ensueños contendría las mismas distorsiones cognitivas manifiestas en los pensamientos automáticos de la vigilia, y serian expresiones de los significados subyacentes, o supuestos personales.

2.1.2.4. Tipos de distorsiones cognitivas

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva, por lo que estos serían errores cognitivos, y según Beck (2010) identifica en la depresión no psicótica las siguientes seis distorsiones cognitivas:

1. Inferencia Arbitraria

Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

2. Abstracción selectiva

Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.

3. Sobregeneralización

Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre si.

4. Maximización y minimización

Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado en base a la evidencia real.

5. Personalización

Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.

6. Pensamiento dicotómico o polarización

Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Vivas M., Gallego D., y González B., (2006), menciona que a partir de estas distorsiones desarrolladas por Beck, se han enumerado nueve distintos tipos de distorsiones cognitivas, siendo sus autores los señores Navas, (1998), y Ruiz (1991), las mismas que se juntan con las de Beck y crean quince tipos de distorsiones que se presentan a continuación:

1. Sobregeneralización

Son juicios abarcadores, extremistas o predicciones basadas en un solo incidente (Navas, 1998). Según Álvarez (1997), la sobre – generalización consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular, sin base suficiente. Para Beck (1998) es un proceso en el cual la persona, en función a una sola experiencia generaliza todas las experiencias adquiridas. Por ejemplo, una persona que busca trabajo, no lo encuentra y concluye: “Nunca conseguiré un empleo”. Palabras claves que indican que una

persona esta sobre - generalizando son: todo, nadie, nunca, siempre, todos o ninguno.

2. Visión catastrófica

Hace referencia a un sobre énfasis irreal en las consecuencias mas negativas y displacenteras de una situación actual o potencial (Navas, 1998). Por ejemplo, una persona con un dolor de cabeza empieza a pensar que quizás tenga un tumor cerebral. Los pensamientos catastróficos a menudo empiezan con las palabras “y si”, según el autor Álvarez (1997).

3. Pensamiento polarizado o Pensamiento de todo o Nada

Consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Las cosas se valoran como buenas o malas, blancas o negras, olvidando grados intermedios. Para Beck (1998) lo que sucede aquí es que el sujeto tiende a clasificar sus experiencias en unos de sus extremos, para el gris no existe.

Esto crea un mundo polarizado y las personas que lo padecen reaccionan a los eventos de un extremo emocional a otro. Por ejemplo, si no es perfecto o brillante entonces sólo podrá ser un fracasado.

4. Filtraje o abstracción selectiva

Consiste en focalizar un detalle del contexto, es decir se tiene un aspecto negativo y se lo llega a exagerar, y a la vez se hace a una lado el significado de la situación total. Conocida también como la “descalificación

de lo positivo” (Navas, 1998). Palabras claves para detectar esta distorsión son: “Es horrible”, “Es insoportable”. “Es perfecto”.

5. Personalización

Es tomar los aspectos de una situación a un nivel personal innecesario. La persona cree que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella, y tiene la tendencia a compararse con los demás. Por ejemplo: En el trabajo una persona tenía la impresión de que cada vez que el encargado hablaba de que había que mejorar la calidad del trabajo, se referían exclusivamente a él.

6. Razonamiento emocional

Consiste en asumir que las emociones de las personas, sobre todo las negativas, necesariamente reflejan la forma en que somos realmente. Las emociones sentidas se toman como un hecho objetivo y no como derivadas de la interpretación personal de los hechos.

7. Falacia de justicia

Consiste en valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos. Son códigos personales de justicia, que dictan a la persona en cada momento lo que “debería”, y “no debería” ser, lo decepcionante e irritante es que los demás parecen guiarse por códigos diferentes. (Navas, 1998)

8. Los deberías

Son auto-mandatos imperiosos que representan requerimientos normativos excesivos, así como actitudes irrealistas sobre el comportamiento humano y/o eventos del diario vivir (Navas, 1998). Para Beck (1998) lo que sucede es que el sujeto trata de motivarse con la palabra “deberías” y “no deberías” como si la persona que lo rodea tuviera que castigarlo o culpabilizarlo antes de esperar que la persona realice algo. La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás

9. Falacia de control

Consiste en como la persona se ve a sí misma de manera extrema acerca del grado de control que tiene sobre los conocimientos de su vida. O bien la persona se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo, se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida. (Álvarez, 1997)

10. Falacia de recompensa divina

La persona espera cobrar algún día todo el sacrificio, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará “mágicamente” en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. Por ejemplo: en un futuro todo se solucionará gracias a Dios.

El efecto suele ser el de acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad.

11. Falacia de razón

Consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No importan los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan, la persona se pone normalmente a la defensiva. (Alvarez, 1997)

12. Falacia de cambio

Actitud en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes han de cambiar primero su conducta. Por ejemplo, un hombre piensa: “La relación de mi matrimonio sólo mejorará si cambia mi mujer”.

13. Interpretación del pensamiento

Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. Es decir consiste en creer adivinar exactamente lo que los demás están pensando, cuando “conocemos” perfectamente sus motivos o intenciones mas ocultas. A veces, esas interpretaciones se basan en un mecanismo llamado proyectivo que consiste en asignar a los demás los propios sentimientos y motivaciones, como si los demás fueran similares

a uno mismo. Por ejemplo, una persona nota como la miran unos extraños y piensa: “Sé que piensan mal de mí”.

14. Culpabilidad

Es la actitud de empeñarse en buscar culpables cuando las cosas no van como estaban previsto. (Álvarez, 1997). La persona sostiene que los demás son los responsables de sus problemas, o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí misma de todos los problemas ajenos. Por ejemplo, te lo dije, tú eres el culpable.

15. Etiquetas globales

Consiste en definir de modo simplista y rígido a los demás a uno mismo a partir de un detalle aislado o por un aspecto parcial de su comportamiento. (Navas, 1998). Esto produce una visión del mundo y de las personas estereotipada e inflexible. Por ejemplo, una persona piensa que todos los argentinos son pedantes. Un paciente piensa de manera idealizada de su terapeuta: “Es una persona estupenda”. Es el efecto de englobar bajo una etiqueta hechos distintos y particulares de modo inadecuado.

CAPITULO III

DROGODEPENDENCIA

3.1. Perspectiva General

Las sustancias psicoactivas son considerados como productos químicos que afecta el sistema nervioso central del ser humano, alterando el pensamiento, estado de animo, y/o conductas de las mismas. Por lo tanto, el consumo de las sustancias psicoactivas producen simultáneamente diferentes efectos en la persona.

Estas sustancias presentan diferentes funciones individuales y sociales, las mismas que son consumidas desde tiempos prehistóricos. Sin embargo, hoy en día la OMS (Organización Mundial de la Salud) se encarga de los problemas que están originando el abuso de las drogas y el alcohol.

Las decisiones y programas sobre la droga en EEUU, se han visto profundamente afectados por actitudes históricas y socioculturales con relación a las drogas psicoactivas, desde una visión menos restrictiva hasta muy restrictiva, es decir, en siglos anteriores era legal el consumo de sustancias, las mismas que estaban a disposición del publico por su uso farmacéutico, además de que se desconocía sobre concepciones de la adicción, sin embargo hoy en día es considerado el consumo de estas sustancias como menos tolerante y mas restrictivo debido a los efectos negativos que estas drogas provocan a los individuos, afectando de manera directa a la familia y sociedad. (Beck A., Fred D, Wright D, 2007)

Según estadísticas del año 2011 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ecuador es catalogado como el segundo país en América Latina con mayor consumo de alcohol per cápita. En la nación andina se ingieren 9.4 litros de alcohol por habitante al año, cifra superada en la región únicamente por Argentina (10 litros), donde la mayor parte de las bebidas alcohólicas que se consumen es vino.

A decir de la OMS, el consumo de alcohol en América (8,7 litros per cápita en promedio) es aproximadamente 40% mayor que la media global de 6,2 litros, siendo Brasil, Chile y México otros países latinoamericanos con alto consumo de alcohol. Sin embargo en el caso de Ecuador, además preocupa el que el consumo de alcohol empieza a los 12 años de edad, de acuerdo con el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes.

Es así que se puede mencionar que el consumo de drogas y alcohol en jóvenes de entre 14 y 18 años de edad ha aumentado considerablemente en el último año, según revela una encuesta realizada por el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep) a 6.000 chicos de 23 ciudades del país, el año 2011.

Estudios elaborados también por el CONSEP, revela que el alcohol tiene una prevalencia de 54.4 %, mientras que el consumo de drogas en general abarca un 25.2% de manera anual, datos que se incrementan cada año de manera desmesurada en la población de nuestro país.

Martínez I., y Amar J., (2006), menciona a Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yeager (1992) quienes refieren en sus estudios que: “por ser ilógico y anticipatorio, el pensamiento alcohólico y adictivo realiza una errónea interpretación de su entorno. De manera que estos errores cognitivos suelen implicar inferencias arbitrarias, llevando a los afectados a conclusiones contradictorias, generalizaciones, magnificaciones o exageraciones del significado y razonamiento dicotómico.”

Es necesario mencionar algunos términos que serán tratados dentro de este capítulo como los siguientes:

La OMS define como droga a toda sustancia que introducida en un organismo vivo modifica una o más de sus funciones.

De igual manera La OMS define el abuso de drogas como: “un uso excesivo, de forma esporádica o persistente, sin relación con una práctica médica aceptable”.

Las siguientes definiciones fueron publicadas en la Revista Bioética y Ciencias de la Salud, Vol5 N°1. Sección: Investigación (2002):

El término drogodependencia se refiere a un estado psíquico, y a veces físico, que resulta de la interacción de un organismo vivo con una droga y que se caracteriza por alteraciones en el comportamiento y otras respuestas que siempre incluirían la compulsión a tomar la droga de forma continua o periódica, para experimentar sus efectos psíquicos, y, a veces para evitar el malestar de la abstinencia.

La dependencia psicológica o psíquica es un sentimiento de satisfacción y un comportamiento psíquico que requiere periódica o continuamente la administración de la droga para producir placer o evitar el malestar.

La dependencia física es un estado adaptativo manifestado por alteraciones físicas intensas cuando cesa el consumo de una droga. Cuando existe dependencia física, el sujeto está tan adaptado que se observan pocas evidencias del consumo, no obstante, si se produce la retirada brusca del consumo aparecen una serie de síntomas y signos que configuran el síndrome de abstinencia.

El síndrome de abstinencia es característico de cada droga y los síntomas y signos que aparecen suelen ser opuestos a los efectos de la sustancia.

La tolerancia es la falta de respuesta a los efectos de una droga causados por su administración previa. Para desarrollar la tolerancia la droga debe ser consumida regularmente y a una dosis suficiente. Por otro lado, la mayoría de las drogas suelen producir tolerancia. Si la droga deja de consumirse durante un tiempo suficiente se pierde la tolerancia y las dosis que antes eran apropiadas pasan a ser tóxicas. Por ejemplo, en sujetos que recaen después de un período de abstinencia o tras un ingreso en prisión, el hospital o la comunidad terapéutica, las dosis que antes eran bien toleradas pueden convertirse en mortales.

3.1.1. Alcohol

Sociedad Anónima de Toxicomanías (2003) menciona a Francés y Franklin, (1996), quienes declaran que el alcohol es el agente químico más usado y del que más se abusa, siendo considerado de forma unánime como la sustancia psicoactiva que modifica intensamente el funcionamiento del sistema nervioso que se consume con mayor frecuencia a nivel mundial (Kaplan y Sadock, 1999). Además hay que destacar que el alcohol es considerado como la puerta de entrada al consumo de otras sustancias psicoactivas, siendo el consumo precoz de esta sustancia, un factor que aumenta la probabilidad de usar otras sustancias adictivas con posterioridad (Espada et al., 2009).

Beck, Fred, y Wright, (2007) manifiestan que al principio el alcohol actúa como un anestésico general, interfiriendo sutilmente con algunas funciones como el pensamiento, razonamiento o el juicio. Sin embargo los efectos son más intensos cuando la concentración de alcohol en sangre (CAS) va aumentando y llega a afectar la función motriz básica. Es así que el alcohol afecta de manera indirecta o directa a todos los órganos del ser humano.

Pérez y Guardia, (2001), señalan que en cuanto a las características propias de la sustancia hay que destacar que el alcohol ingerido es absorbido rápidamente por el organismo, dependiendo además de factores como la rapidez del consumo y el tipo de bebida ingerida (Kaplan y Sadock, 1999; Pérez de los Cobos y Guardia, 2001). Este aspecto hace que la vida media del etanol sea corta debido a la rápida metabolización hepática que se produce. Los efectos

habituales tras el consumo de alcohol son la presencia de labilidad emocional y la alteración de la capacidad de juicio y del pensamiento; es además factible que se produzca la aparición de una inapropiada sexualidad que puede afectar a las relaciones interpersonales (vid. infra) que facilite la aparición de comportamientos agresivos, sin olvidar que durante el periodo de intoxicación la memoria se ve significativamente afectada. (Psicología jurídica, 2009)

Gutiérrez M., Lima G., Aldana L., Casanova P., y Feliciano V., (2004) hacen referencia que la palabra alcohol, proviene del árabe alkuhi (esencia o espíritu) y aluden a que es la droga más consumida en el mundo.

En la antigüedad su ingesta se vinculaba con actividades religiosas o en diversas formas de brebaje. Con el paso de los siglos, el uso del alcohol fue cada vez más frecuente, incrementando, así, no solo la cantidad de ingesta en múltiples áreas (sociales, laborales, familiares, etc.) sino también sus devastadores efectos. La ingestión inicial vinculada con actividades religiosas dio paso a su consumo colectivo.

Una definición aceptada internacionalmente es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, con el término "síndrome de dependencia del alcohol (SDA)" descrito como un trastorno de conducta crónico, manifestado por un estado psíquico y físico, que conduce compulsivamente a ingestas excesivas de alcohol con respecto a las normas sociales y dietéticas de la comunidad, de manera repetida, continua o periódica con objeto de experimentar efectos psíquicos y que acaban interfiriendo en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor.

3.1.1.1. Efectos en el alcohol

Matilde R., (2003) presenta los efectos del consumo del alcohol:

	Pequeñas Cantidades	Exceso
Sistema Nervioso	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibición de dolor • Entorpecimiento de los reflejos 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Descoordinación • Disminución creativa e intelectual • Deterioro de la personalidad
Aparato Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • No modifica significativamente ni la presión arterial ni el gasto cardíaco. • Vasodilatación cutánea (piel caliente y enrojecida) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta de la frecuencia de las pulsaciones, el gasto cardíaco y la presión arterial. • Efecto deletéreo sobre el corazón, condiciona la miocardiopatía alcohólica.
Musculatura	<ul style="list-style-type: none"> • Desciende el umbral de sensibilidad de la fatiga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posible alteración muscular. • Repetidas rupturas fibrilares, contracturas, etc.

Según Goldstein y Volkow, (2002); Quickfall y Crockford, (2006) mencionan en sus libros de droga, uso y abuso los siguientes efectos, los cuales se les ha

clasificado a nivel psicológico, cognitivo y conductual en el consumo de alcohol, para el estudio pertinente:

ALCOHOL
Psicológico
<ul style="list-style-type: none">• Limitar su ejercicio profesional.• Peligro a su integridad física.• Repercusión en la conducción de vehículos.
Cognitivo
<ul style="list-style-type: none">• Alteración en memoria a corto plazo.• Amnesia transitoria.• Déficit en la memoria y capacidad de aprendizaje.• Distractibilidad atencional e incapacidad de concentración.• Pensamiento rígido y poco flexible.• Reducción en el flujo sanguíneo cerebral en las regiones frontal y parietal.• Disminución de la corteza pre frontal.• Menor tamaño del hipocampo.• Mala calidad de sustancia blanca.
Conductual
<ul style="list-style-type: none">• Alteraciones en las funciones ejecutivas.• Déficit viso espacial y constructivos.• Deteriorada la coordinación viso motriz.• Afectación frontal (sensibilidad diferencial del hemisferio derecho)• Déficit en el manejo y comprensión de aspectos paralingüísticos.• Deficiencias en la solución de problemas y la generación de planes y alternativas de conducta.• Deterioro en el procesamiento de la información.• Déficit en la función ejecutiva.

3.1.2. Cannabis

La *Cannabis sativa* es una planta dioica, herbácea anual originaria de Asia Central y que crece en muchas zonas tropicales y de clima templado. Es la sustancia ilegal de mayor consumo. Su origen natural hace pensar equivocadamente que sus efectos sobre el organismo no son nocivos, sin embargo si fuera por abuso o dependencia, presenta efectos clínicamente significativos.

Las preparaciones para ser fumadas son cigarrillos preparados a base de hojas, botones florales no fecundados y tallos cuya concentración del principio activo es variable.

El hashis es la resina pura extraída de las sumidas floriadas en forma de pasta para ser añadida a la miel azúcar o confites. Cigarrillos hechos de hojas y botones florales de una planta hembra son los que tienen más concentración del principio activo.

Algunos consumidores la usan mezclando esta sustancia con la cocaína denominándose popularmente a esta presentación “diablito”. También se consume por vía oral en forma de tortas de marihuana.

En cuanto a la duración de los efectos, si es fumada su efecto dura unas cuatro horas después de haberla fumado y ocho horas después de haber sido ingerida.

Los cambios psíquicos mas frecuentes producidos por el consumo son ansiedad, euforia, sensación de bienestar físico, aumento de la confianza en si mismo, perdida de inhibiciones y risa incoercible. Se aumenta la sensibilidad al tacto y a a los sonidos. Las ideas también fluyen rápidamente. Produce además

ligera somnolencia con facilidad para conciliar el sueño. La memoria inmediata se altera y también se menciona el fenómeno de desintegración temporal en que se tienen a confundir el pasado, el presente y el futuro.

Como signos físicos se presenta taquicardia, inyección conjuntival, incremento del apetito y sensación de boca seca.

A dosis altas pueden presentarse reacciones de pánico, alucinaciones e incluso psicosis aguda. Otra alteración psicopatológica muy controvertida y descrita en consumidores fuertes, es el síndrome amotivacional caracterizado por pasividad, apatía, aislamiento y escasez de ambiciones.

En consumidores ocasionales de marihuana los test en orina son positivos hasta siete a diez días después del consumo. Mientras que en grandes consumidores de esta sustancia, la detección de estos metabolitos es aún positiva pasada dos a cuatro semanas del último consumo.

El consumo de marihuana genera el fenómeno de tolerancia a la mayor parte de los efectos de esta sustancia. No es típico que produzcan síndrome de abstinencia, sin embargo algunos pacientes manifiestan que al abandonar su uso experimentan dificultades para conciliar el sueño lo cual impide detener el consumo.

El abuso o dependencia a marihuana no tiene tratamiento específico. Si esta es la única adicción, su manejo puede ser ambulatorio. Cuando se suspende el consumo de la marihuana, se presenta el trastorno de sueño que puede ser manejado con medicamentos, sin embargo, si existe trastorno psiquiátrico asociado, se debe tratar con los fármacos establecidos para el manejo de estas patologías. (Vélez H., Rojas W., Borrero J., y Restrepo J., 2004)

3.1.2.1. Efectos en el Cannabis

Según Zubieta, J.K. (2007) a partir de: Lobl, J.K. y Carbone, L.D. (1992); Cregler, L.L. y Mark, H. (1986) y Kalant, H. y Kalant, O.J. (1979), mencionan en sus libros los siguientes efectos a nivel psicológico, cognitivo y conductual en el consumo de cannabis:

CANNABIS	
Psicológico	<ul style="list-style-type: none">• Son estas consecuencias graves para el desarrollo psíquico.• Abandono escolar, laboral, disfuncionalidad familiar.• Falta total de perspectivas, bienestar y euforia, relajación, risa fácil.• Ansiedad, angustia.• Aunque es poco frecuente, el cannabis puede provocar episodios de psicosis aguda o sintomatología psicótica, que incluyen despersonalización, desrealización, sensación de pérdida de control e ideas paranoides.
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none">• Deterioro de la memoria reciente, y existe dificultad en la concentración, disminución de la atención e incoordinación motora.• Aparece dificultad para llevar a cabo procesos mentales complejos, una disminución de la capacidad de juicio, una distorsión sensorial y un deterioro de la actividad motora.

- Los cannabinoides empeoran todas las etapas de la memoria incluyendo la codificación, consolidación y recuperación (Ranganathan y D'Souza, 2006). Todo ello conduce a una dificultad en la realización de tareas complejas como la conducción de vehículos o maquinaria.
- Sensación de lentitud en el paso del tiempo, cambios leves en la percepción de los colores, sonidos, tacto, aunque casi nunca alucinaciones. Poco después aparece sedación, somnolencia y sueño.
- Amnesia
- Agitación
- Alteraciones físicas, como enrojecimiento conjuntival y caída palpebral (ptosis), aumento de la frecuencia cardíaca, disminución de la presión arterial, que puede producir hipotensión al incorporarse (hipotensión ortostática), sensación de mareo, inestabilidad y dificultad para andar (ataxia). Además provoca sequedad de boca y aumento del apetito.

Conductual

- Trastornos psiquiátricos, ansiedad, depresión, psicosis.

3.1.3. Cocaína

Es un alcaloide derivado del arbusto *Erythroxylon coca*, el cual crece en regiones andinas y ha sido cultivado desde épocas preincaicas. El alcaloide de

la cocaína fue aislado por primera vez en 1860 y fue inicialmente utilizado como anestésico local en 1880; por lo que es utilizado en cirugías de ojos, nariz y garganta.

Luego para 1884 Freud publica un ensayo en el cual destacaba el uso terapéutico de la cocaína ya no solo como anestésico sino también como estimulante y medicina para tratar algunas enfermedades.

Y por lo años 70 del siglo veinte se populariza el uso de la cocaína tanto en la forma inhalada como fumada, en la que aumentó en los países andinos, principalmente Colombia y Perú, la siembra de arbustos de coca y la comercialización de la cocaína.

Esta sustancia es un potente estimulante del sistema nervioso central que produce euforia, alerta y sensación de bienestar. También disminuye la ansiedad y las inhibiciones sociales incrementando la energía, la autoestima y la sexualidad. Para muchas personas los efectos tan positivos a corto plazo de la cocaína, tanto psicológicos como fisiológicos, superan los peligros asociados con la adquisición y el consumo de la misma.

La cocaína es una sustancia similar a la cafeína y la nicotina, que se extrae de la hoja de la coca. En su estado puro, las hojas de coca se pueden masticar, aunque esta práctica está casi restringida a las poblaciones nativas en los países productores de cocaína.

Los cultivos de arbustos de coca, del cual se extrae la materia prima para la cocaína, aumentaron 16% en Bolivia, Perú y Colombia, los tres principales países productores, según el informe anual de la Junta Internacional de

Fiscalización de Estupefacientes (Jife) de la ONU, en el año del 2007, publicado en el Heraldo.hn_mundo

Además en una publicación en el año 2010, se menciona que Costa Rica, Honduras y Nicaragua fueron incluidos por primera vez en la lista de mayores países productores o de tráfico de drogas, a consecuencia del desvío en el trasiego de drogas por la presión de México y Colombia contra los narcotraficantes. (El Universal.mx, 2010).

Las formas habituales de consumo son la masticación de hojas alcalinizadas con sal o ceniza, liberándose el alcaloide y absorbiéndose por la mucosa oral; esta mezcla se denomina mambe, y al acto de masticarla mambeo.

La cocaína se puede tomar por vía intranasal en la forma de polvo de cocaína hidroclicada, o puede administrarse vía intravenosa con una inyección. Esta también se puede fumar como una pasta o en forma de alcaloide, produciéndose con estas formas de consumo, efectos más rápidos en segundos.

Los efectos de refuerzo de la cocaína y sus análogos se correlacionan con su eficacia para bloquear al transportador de dopamina, lo que aumenta la estimulación dopaminérgica en zonas cerebrales de importancia crucial.

Ocasiona también un aumento en la frecuencia cardiaca y la presión arterial dependiente de la dosis, produce además aumento de la excitación, rendimiento mejorado en las tareas de vigilancia, alerta y sensación de

bienestar y confianza en si mismo. En cambio en dosis altas, esta sustancia produce euforia breve que continua con el deseo de consumir más y más.

La benzoilecgonina es el metabolito principal de la cocaína y se detecta en orina hasta dos a cinco días luego del ultimo consumo.

La complicación mas frecuente del consumo de la cocaína es la dependencia. Sin embargo a diferencia de otras sustancias, esta cocaína es más intermitente y se hace en períodos de varios días hasta que se acaba toda la sustancia disponible o se llegue al agotamiento físico.

La destrucción de cocaína produce síntomas de disforia, depresión, somnolencia, deseo vehemente de la sustancia y fatiga. Dicha supresión es leve y prácticamente no requiere tratamiento. El problema a tratar no es detener el consumo sino resistir el deseo de hacerlo. (Vélez H., Rojas W., Borrero J., y Restrepo J., 2004)

La cocaína *crack*, llamada de esta forma por el sonido de la cocaína cuando es pura, suele ser la forma base corriente que se vende relativamente barata, empaquetada y ya preparada para su uso en pequeñas dosis. Esta cocaína produce un subidón o colocón de enorme intensidad, casi instantáneo. Por lo tanto, la cocaína *crack* es extraordinariamente adictiva, produciendo un deterioro sustancial del funcionamiento diario, por término medio al cabo de sólo unas semanas de su consumo mucho más rápido. (Beck A., Wright F., Newman C., y Liese B., 2007)

3.1.3.1. Efectos en la Cocaína

Zubieta (2007) menciona en sus libros los siguientes efectos a nivel psicológico, cognitivo y conductual en el consumo de cocaína:

COCAÍNA
Psicológico
<ul style="list-style-type: none"> • Desintegración del individuo respecto a los valores sociales adquiridos mediante la educación recibida. • Desarrollo de una gran capacidad manipulativa y de engaño respecto al medio social y familiar del sujeto. • Conductas impulsivas u obsesivas, ansiedad y/o depresión. • Euforia/disforia e hiperdinamismo generalizado con agresividad, labilidad e incontinencia emocional impulsividad.
Cognitivo
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción: Alucinaciones visuales y táctiles. • Atención: Alteración. • Pensamiento: Ideas delirantes de persecución, Locuacidad del lenguaje, y Psicosis paranoide
Conductual
<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueo competitivo de la recaptación dopaminérgica a través del transportador de la dopamina. Este mecanismo de bloqueo aumenta la concentración de dopamina en el espacio sináptico. • Agitación • Depresión • Anorexia • Agotamiento • Hipersomnia • Hiperfatiga

3.2. Modelos Cognitivos de la adicción

La razón básica para empezar con las drogas o el alcohol es conseguir placer, experimentar la euforia de encontrarse colocado y compartir la excitación con la compañía de alguien que también lo esté utilizando.

Muchas personas llegan a ser dependientes de la droga por muchos factores como evitar el estrés, tensión, ansiedad, aburrimiento, cansancio, entre otras, aunque algo esencial es que dicen los consumidores de estas sustancias que utilizar drogas les introduce en nuevos grupos sociales.

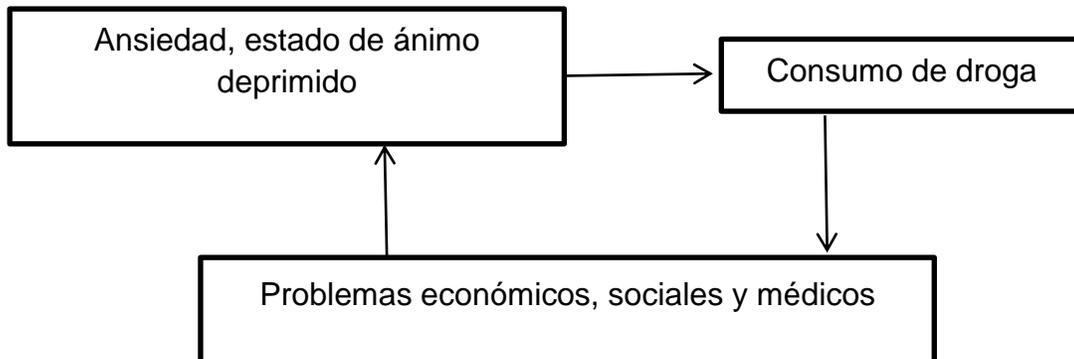
El consumir estas sustancias, provoca problemas tanto internos como externos, además de que crean una nueva clase de problemas como los grandes desembolsos económicos, amenaza de la pérdida de empleo y dificultades en relaciones personales, como el matrimonio. Es así que se puede decir que este consumo depende de grandes factores sociales y personales.

Existe una gran diferencia entre los consumidores adictos y casuales, en los primeros subordinan algunos objetivos importantes a la utilización de la droga, y los segundos priorizan otros valores como al familia los amigos, la ocupación, el ocio, y la seguridad económica, entre otros.

En la siguiente figura, se representa la secuencia de utilización de una droga o de la bebida. Un individuo adicto que se siente ansioso o con humor deprimido decide fumar o esnifar. Al alivio a corto plazo le siguen las consecuencias negativas a largo plazo en el tiempo: problemas con la ley, problemas financieros, dificultades familiares y posibles problemas médicos. Estos problemas conducen a miedos reales de poder ser detenido, de llegar a arruinarse, de perder el empleo, de dificultar las relaciones personales íntimas,

y de llegar a enfermar. Estos miedos generan más ansiedad y conducirán al *craving* y posteriormente a utilizar las drogas o la bebida para neutralizar la ansiedad. Así se acaba estableciendo un círculo vicioso. (Beck A., Wright F., Newman C., y Liese B., 2007)

Figura N° 1: Modelo simple de círculo vicioso



Fuente: Beck, Wrigth, Newman and Liese, Terapia cognitiva de las drogodependencias, 2007

Muchos consumidores minimizan o niegan los problemas, aunque también hay personas que se dan cuenta, sin embargo analizan y evalúan más las ventajas de seguir consumiendo y no los efectos que pueden provocar al seguir consumiendo estas sustancias.

Uno de los obstáculos principales a la hora de acabar con el consumo de la droga o bebida, es la red de creencias disfuncionales que se centran alrededor de las drogas y el alcohol. El dejar de confiar en las drogas se considera como una privación de la satisfacción y el consuelo, o una amenaza a su bienestar. Teniendo estas creencias, los pacientes creen que son incapaces de controlar sus *craving*, es decir tienen menos probabilidad de intentar controlarlos y por tanto, confirman su creencia de que están indefensos para poder superar su adicción.

Muchos pacientes que abusan de las drogas presentan problemas psiquiátricos adicionales como la depresión, o un diagnóstico por trastorno de personalidad, o bien una combinación de ambos.

Muchos individuos son capaces de manejar los síntomas de abstinencia, si se presentan y están durante períodos de tiempo importantes sin consumir. Sin embargo recaen. Y esta recaída radica en el hecho de que estas personas no han sido “inoculadas” antes las condiciones externas o internas que disparan el *craving* y que minan la capacidad de control propia.

Una de las razones subyacentes de que los adictos que se están recuperando reaccionan con impulsos tan intensos por consumir ante varios estímulos y situaciones, es que sus creencias básicas en relación con las ventajas o inconvenientes relativos de tomar drogas, sin embargo no han modificado significativamente sus actitudes, que son las que alimentan el *craving*. En consecuencia, cuando sus controles se debilitan, quizás debido al estrés y se incrementa el impulso, serán vulnerables a tener un lapsus utilizando alguna droga. Este desliz se acentuará por un sentimiento de indefensión, y a este pequeño desliz se convierte en una recaída.

La probabilidad de dicho lapsus se incrementa siempre que la razón entre la percepción del control de uno mismo y la intensidad del *craving* decrece; es decir, se debilita el control por la fatiga y una pérdida gradual de las creencias constructivas y/o incremento del deseo de consumir estas sustancias.

Los *craving* se asocian con la búsqueda de satisfacción o alivio, mientras que los impulsos están centrados en hacer algo que proporcione una satisfacción o alivio.

Los *craving* y los impulsos tienden a ser automáticos y pueden llegar a ser autónomos. Aunque el *craving* que lleva a la bebida y a la droga es involuntario, se puede controlar el impulso voluntariamente y adoptar incluso aunque el paciente se sienta indefenso. (Beck A., Wright F., Newman C., y Liese B., 2007)

El abordaje terapéutico consisten en ir socavando los impulsos mediante la debilitación de las creencias que los fortalecen, y al mismo tiempo demostrar al paciente varias formas de controlar y modificar su conducta.

La terapia cognitiva del abuso de sustancias, se caracteriza por los siguientes aspectos:

- a) Supone un trabajo de colaboración (se basa en la confianza)
- b) Es activa
- c) Se basa en gran medida en el descubrimiento guiado y la comprobación empírica de las creencias.
- d) Intenta contemplar el problema de la droga o la bebida como un problema técnico para el que existe una solución concreta.

3.3. Teoría y terapia de la adicción

La forma en que las personas interpretan determinadas situaciones influye en sus sentimientos, motivaciones y acciones. Y estas a su vez, se modelan de distintas maneras por las creencias pertinentes que se activan en las circunstancias determinadas.

Las creencias también moldean las reacciones de los individuos ante las sensaciones fisiológicas asociadas con la ansiedad y el craving. Por lo tanto, coexisten *craving* agudos e impulsos relacionados con situaciones específicas, con impulsos más crónicos relacionados con la situación general de la vida del paciente. (Beck A., Wright F., Newman C., y Liese B., 2007)

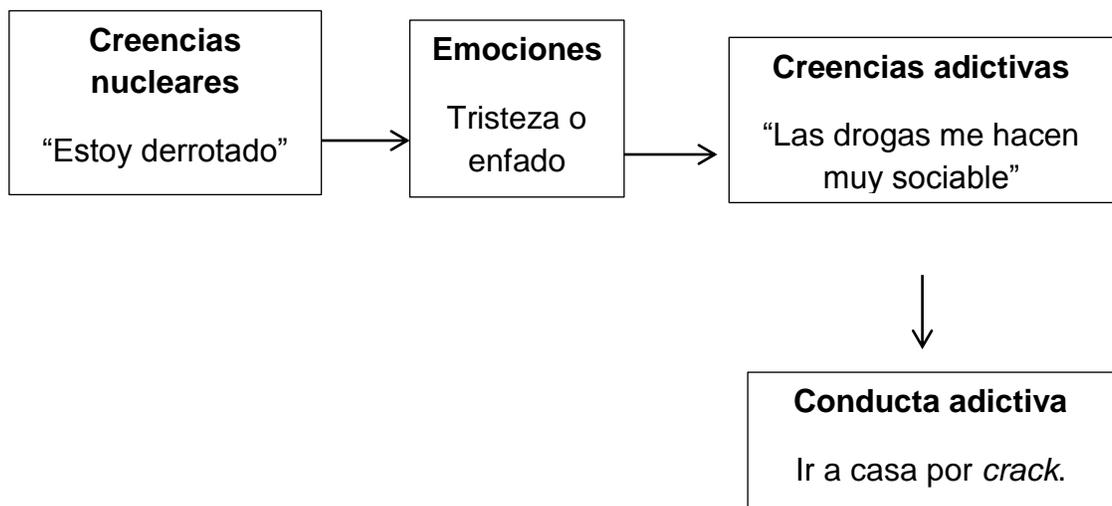
Existen dos tipos de creencias:

<p>Creencias nucleares</p>	<p>Hace relación a la supervivencia personal, el logro o la motivación para conseguir determinadas cosas. Se utilizan frases como: “estoy derrotado”, “soy un fracaso”:</p>
<p>Creencias adictivas</p>	<p>Vinculación con otros individuos o con un grupo. Esta clase se relaciona con los queridos y aceptados que son. Se utilizan frases como: “soy diferente y tengo defectos socialmente”.</p>

Fuente: Beck, Wrigth, Newman and Liese, *Terapia cognitiva de las drogodependencias*, 2007

Es así que con esta clasificación de creencias se da la secuencia de creencias nucleares y adictivas como se presenta en la siguiente figura:

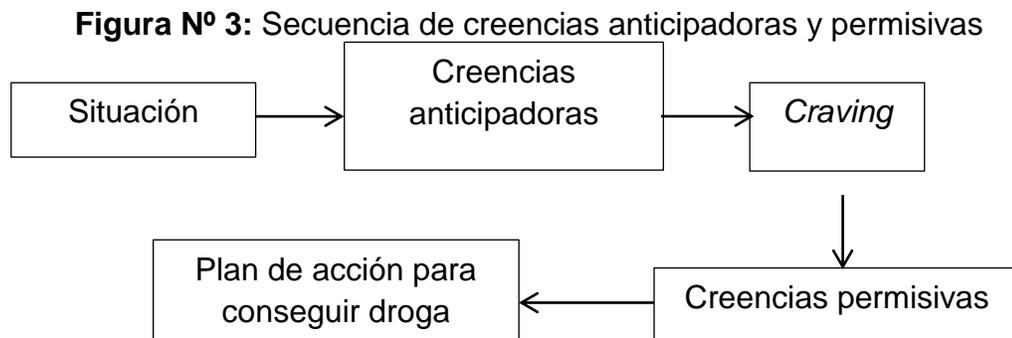
Figura N° 2: Secuencia de creencias nucleares y creencias adictivas



Fuente: Beck, Wriqth, Newman and Liese, Terapia cognitiva de las drogodependencias, 2007

La secuencia generalmente avanza desde una creencia nuclear, como una visión negativa de uno mismo (indeseabilidad) y/o una perspectiva negativa del ambiente (nocivo, opresivo), y/o una visión negativa del futuro (desesperanza), hasta los sentimientos de disgusto como la disforia o la ansiedad. Desde este punto, la persona con tendencia a la adicción experimentará *craving* y dependencia psicológica de las drogas.

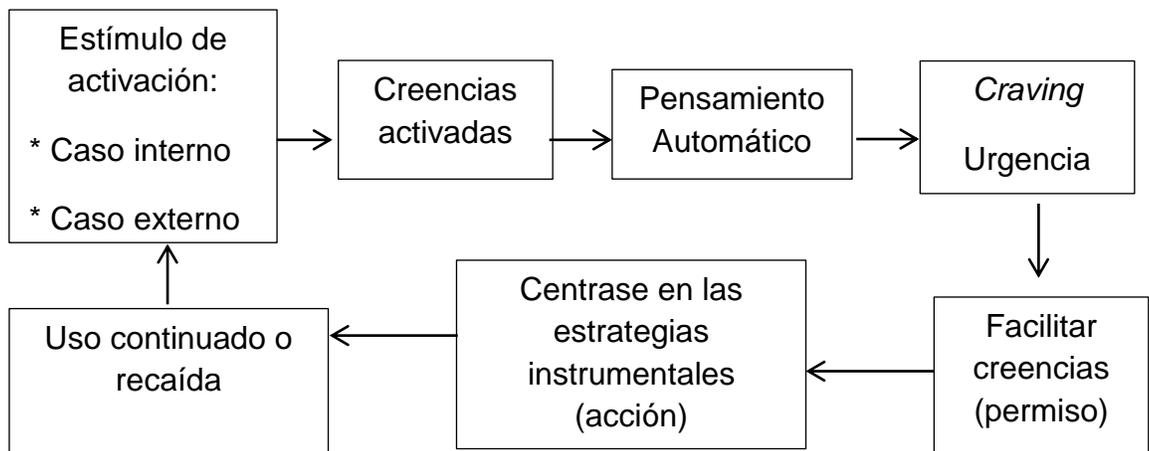
Aunque las creencias nucleares sean el telón de fondo de las creencias adictivas, es mucho más fácil acceder a estas últimas, sin embargo las primeras de la secuencia del tipo de creencias que vive el ser humano son las creencias anticipadoras, y cuando el paciente encuentra mayor satisfacción desarrolla las creencias permisivas, como se muestra en la siguiente figura:



Fuente: Beck, Wriqth, Newman and Liese, Terapia cognitiva de las drogodependencias, 2007

Una situación en la que se ha podido manejar en un momento, puede ser lo suficientemente estimulante para provocar la utilización de la droga en otro momento. Estas circunstancias, que pueden ser tanto externas como internas, corresponden a lo que Marlatt y Gordon (1985) denominaron “situaciones de alto riesgo”. Estas situaciones estimulan el *craving* de “fumar, esnifar o ingerir drogas”. Se ilustra a continuación una secuencia en que la utilización de la droga puede considerarse como el último de los pasos que constituyen el tipo de creencias antes mencionadas: (Beck A., Wright F., Newman C., y Liese B., 2007)

Figura N° 4: Modelo completo del abuso de sustancias.



Fuente: Beck, Wrigth, Newman and Liese, Terapia cognitiva de las drogodependencias, 2007

Se habla anteriormente del estímulo de activación, pues este se denomina “situaciones estímulo”, sin embargo, también se hace referencia a “situaciones de alto riesgo”, haciendo referencia a un modelo explicativo que abarca conceptos sobre la activación de las creencias, símbolos, procesamiento de la información y motivación, a la vez que proporciona un marco para la comprensión y la intervención psicológica.

La aplicación terapéutica de este modelo explicativo comprende dar más importancia a la modificación del sistema de creencias del individuo que simplemente hacer que evite o afronte las situaciones de alto riesgo.

El mecanismo propuesto para el cambio terapéutico consiste en intentar situar el sistema de creencias más próximo a la realidad. Como las creencias son desadaptativas, es necesario modificar estas creencias o sustituirlas por creencias más funcionales. Sin embargo, el proceso de cambio comprende más que la simple modificación de una creencia. El terapeuta y el paciente necesitan trabajar conjuntamente para mejorar el sistema de control del paciente y aprender técnicas de afrontamiento como la anticipación o la resolución de problemas.

Inicialmente toda situación presente es neutra, y se convierte en un estímulo si la persona le confiere un significado especial. La tarea del terapeuta es ayudar al paciente a descodificar el símbolo de esa creencia, pues las personas que abusan de las drogas parecen estar dirigidas por los estímulos.

Sin embargo, cuando se han activado las creencias relacionadas con las drogas, se produce un “bloqueo cognitivo” que inhibe la conciencia o la atención que se presta ante las consecuencias negativas a largo plazo, que tendrá el uso de la droga. (Gawin y Ellinwood, 1988). A su vez incrementa la tendencia a centrarse en estrategias instrumentales como la búsqueda de dinero para comprar estas drogas. A medida que se va hiperactivando estas creencias,

cada vez más se atenúa más la capacidad para reconocer los inconvenientes de la utilización de las drogas.

Dentro del bloqueo cognitivo se elude la información incongruente, es decir, la información correcta, realista. La tarea terapeuta consiste en levantar el bloqueo como sea, mediante una serie de tareas. Una forma de abordarlo es mediante la activación deliberada del ciclo de *craving* en la clínica y, mientras el *craving* sea fuerte, repasar las razones para no utilizar la droga, es decir el paciente leerá las razones para no consumir drogas, cuando experimenten el *craving* en su ambiente natural.

3.4. Criterios Diagnósticos

Es necesario destacar la diferencia entre abuso y dependencia

Abuso:

Es una esta previa a la dependencia, de menor gravedad, reversible, pues luego de un periodo de abstinencia, es posible retornar al uso moderado y controlado de algunas sustancias, cuando existe para ella un nivel de uso normal, como son el alcohol y las benzodiazepinas.

Dependencia:

Se caracteriza por ser un patrón mal adaptativo de uso de la sustancia que lleva a trastornos clínicos significativos (Toro 1959). Otra definición extraída del (DSM V, 1994) manifiesta que la dependencia consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continua consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de

problemas significativos relacionados con el uso de ella. Existe un patrón repetido de auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingesta compulsiva de la sustancia. El diagnóstico de dependencia puede ser aplicado a toda clase de sustancias con excepción de cafeína.

3.4.1. Abuso de sustancias

Generalmente los sujetos que presentan algún tipo de abuso de sustancia suelen tener problemas con sus familiares, legales, escolares e interpersonales, además de las consecuencias dañinas de su consumo a corto y largo plazo, puede descuidarse de sus hijos, del trabajo y de todo lo relacionado con los aspectos de sus vidas.

Dentro de la categoría de abuso a sustancias se encuentran las siguientes:

- Abuso de Alcohol
- Abuso de Alucinógenos
- Abuso de Anfetaminas
- Abuso a Cannabis
- Abuso de Cocaína
- Abuso de Fenciclidina
- Abuso de Inhalantes
- Abuso de Opiáceos
- Abuso de Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos

Sin embargo, se hace hincapié en las que se tratan dentro de este trabajo:

Abuso de alcohol

Se caracteriza porque el sujeto puede llegar a beber en situaciones peligrosas. La ingesta de alcohol puede causar problemas legales, por último los sujetos pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello acarrea, por ejemplo discusiones en cuanto a la violencia con la mujer, abuso de niños, etc. Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el abuso de alcohol.

Abuso a Cannabis

El consumo periódico y la intoxicación de cannabis pueden interferir las actividades laborales o escolares y ser peligrosas en situaciones como conducción de vehículos, pueden darse problemas con la familia, la ley y problemas interpersonales debido al consumo, además hay que tomar en cuenta que el uso de cannabis es el trampolín para el uso de drogas de mayor magnitud.

Abuso a Cocaína

La intensidad y frecuencia en la administración de cocaína son menores que en los casos de dependencia. Los episodios de consumo producen problemas de descuido de las responsabilidades y los conflictos interpersonales aparecen a menudo en ocasiones especiales o en días de cobro, dando lugar a un patrón

de consumo de dosis altas en periodos breves de tiempo seguido por períodos más largos. Los problemas legales pueden ser el resultado de la posesión o el consumo de la droga.

A continuación se mencionan los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias (DSM-IV-TR Breviario, 1995):

A. Patrón desadaptativo del consumo de alcohol que conlleve a un deterioro o malestar significativo, expresado por uno o más de los ítems siguientes.

- ✓ Durante un período de 12 meses.
- ✓ Consumo recurrente de sustancias con incumplimiento de obligaciones.
- ✓ Consumo recurrente de sustancias en situaciones peligrosas.
- ✓ Problemas legales referidos.
- ✓ Consumo de sustancias a pesar de problemas sociales.

B. No se cumplen con criterios para la dependencia.

3.4.2. Dependencia de sustancias

Patrón desadaptativo del consumo de alcohol que conlleve un deterioro o malestar significativo, expresado por 3 ó más de los Ítems siguientes en un período de 12 meses.

- ✓ Tolerancia

- ✓ Abstinencia
- ✓ Se toma el alcohol en cantidades mayores o durante un tiempo más largo del que inicialmente se pretendió
- ✓ Esfuerzos infructuosos de controlar el consumo de alcohol
- ✓ Se emplea mucho tiempo: Obtención del alcohol - en el consumo o en la recuperación
- ✓ Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas
- ✓ Se continúa tomando alcohol: pase a problemas Psicológicos, físicos, que parecen exacerbados por el consumo

CAPITULO IV

ESTUDIO DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS

4.1. Metodología

Esta investigación es un estudio transversal descriptivo, con una totalidad de 30 usuarios del Centro de Reposo y Adicciones C.R.A.

4.1.1. Universo de estudio

El Centro de Reposo y Adicciones C.R.A. es una institución privada, con una población aproximada de 35 usuarios, con un período de internamiento de 0 a 3 meses.

Dentro de la investigación, la muestra establecida fue de pacientes con consumo de Alcohol, Cocaína, y Cannabis que se encontraban en el área de hospitalización y consulta externa, se excluyó a pacientes con episodios o trastornos psicóticos inducidos por sustancias, retardo mental, epilepsia, lesión cerebral, daño en el lóbulo frontal, pacientes en fase maniaca según el diagnóstico multiaxial de las Historias Clínicas Psiquiátricas y Exámenes Complementarios.

4.1.2. Selección y tamaño de la muestra

Luego de obtener la autorización de la institución antes mencionada, se identificará a treinta pacientes internos por consumo de alcohol y/o drogas que deseen participar en la investigación y cumplan los criterios de inclusión y exclusión propuestos por la investigación.

Se constatarán los siguientes puntos en el consentimiento informado: el objetivo de la investigación, la metodología a utilizar, los beneficios, la confidencialidad de la información y la participación voluntaria de los usuarios (Anexo N° 1).

4.1.3. Criterios de inclusión

Edad de 18 a 64 años

Sexo Masculino

Tipo de servicio: Hospitalización y Consulta Externa

Pacientes del Centro de Reposo y Adicciones

Pacientes que quieran participar voluntariamente en la investigación.

4.1.4. Criterios de exclusión

Pacientes con trastornos psicóticos o episodios psicóticos inducidos por sustancia o enfermedad obtenidos según el diagnóstico multiaxial en el eje I.

Paciente con Retardo Mental en el eje II.

Paciente con lesión cerebral, epilepsia, daño en el lóbulo frontal, obtenido de la historia clínica del eje III.

Pacientes comórbidos con trastorno del estado de ánimo en fase maniaca.

4.1.5. Instrumentos (Inventario de pensamientos automáticos “IPA”)

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUIZ Y LUJAN 1991)

Nombre: Inventario de evaluación pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan)

Autores: Juan Ruíz Sánchez
Año: 1996
Procedencia: México
Propósito: Detectar los Principales Pensamientos Automáticos agrupados en 15 Distorsiones Cognitivas.
Ámbito de aplicación: Se puede aplicar desde los 12 años de edad en adelante.
Administración: Puede ser de forma individual y colectiva.

DESCRIPCIÓN DEL INVENTARIO DE DISTORSIONES COGNITIVAS

El inventario de evaluación de pensamientos automáticos fue creado en México.

El Inventario de Pensamientos Automáticos es un cuestionario desarrollado por los psicólogos españoles, Juan Ruiz y José Lujan (Ruiz, 1996), a partir de las descripciones hechas por McKails (1985). Diseñado para medir 15 distorsiones cognitivas.

Los autores del inventario de pensamientos automáticos han encontrado que éste es útil para medir depresión y ansiedad (Ruiz, 2003).

Se trata de un instrumento diseñado con la técnica de Likert comprendiendo en su versión final un total de 45 ítems, que exploran la variable de Distorsiones Cognitivas definida como las representaciones mentales de

nuestra experiencia en la vida, y que se dan en forma de significados (falsa imagen o representación).

Supuestos personales (Creencias) que guían nuestras emociones y conductas, apareciendo estas en situaciones donde hay una intensa alteración emocional (Ruiz y Lujan, 1991).

CALIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE DISTORSIONES COGNITIVAS:

El inventario de Distorsiones Cognitivas, consta de 45 ítems, de los cuales 3 ítem representa cada uno de los 15 tipos de Distorsiones Cognitivas, cada ítem de la escala representa 4 alternativas de respuesta, cuyas puntuaciones oscilan entre 0 a 3 puntos: Nunca (0 puntos), Casi Nunca (1 punto), A veces (2 puntos), Siempre (3 puntos).

Por otro lado el inventario permite obtener una puntuación por tipo de distorsiones cognitivas que resulta de sumar los 3 ítems que comprende cada distorsión, cuyo puntaje oscila con un mínimo de cero y un máximo de 9 puntos (mm. = 0, máx. = 9). Las categorías diagnósticas consideradas para el instrumento están basadas en las puntuaciones directas, se toman como criterio que “a menor puntuación, muestran ausencia de Distorsiones Cognitivas” y “a mayor puntuación, presentan tendencia a padecer Distorsiones Cognitivas.

La confiabilidad del Inventario de Distorsiones Cognitivas, fue realizado en la Escuela de Psicología de la Universidad Cesar Vallejo de Trujillo, la cual obtuvo a través del método de las mitades (método Split Half de Guttman), que consistió en hallar el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos

mitades de ítems agrupados en ítems impares, donde se obtuvo confiable. De igual manera se determinó la validez del Inventario de Distorsiones Cognitivas para la Escuela de Psicología de la Universidad Cesar Vallejo, la cual se obtuvo a través del análisis de correlación ítems test, utilizando para ello el estadístico del Producto Momento de Pearson. Donde se determinó que los 45 ítems de la versión original eran válidos, es decir, que obtuvieron un índice de validez mayor o igual a 0.20.

La escala elaborada por Ruiz y Luján (1991), sirve para identificar los principales tipos de pensamientos automáticos agrupados en sus 15 distorsiones correspondientes, siendo la misma descrita de la siguiente manera: Una puntuación de dos o más para cada pensamiento automático, suele indicar que ese tema está afectando actualmente a la persona, de manera importante. Una puntuación de seis o más en el total de cada distorsión, puede ser indicativa de que tiene cierta tendencia a incomodarse o padecer por determinada forma de interpretar los hechos de la vida.

4.2. Resultados estadísticos

4.2.1. Análisis cuantitativo

El presente análisis se realizó utilizando el programa SPSS para realizar los gráficos estadísticos haciendo relación entre todo el conjunto de los usuarios, y conforme al consumo de sustancias psicoactivas, como se muestra a continuación los resultados:

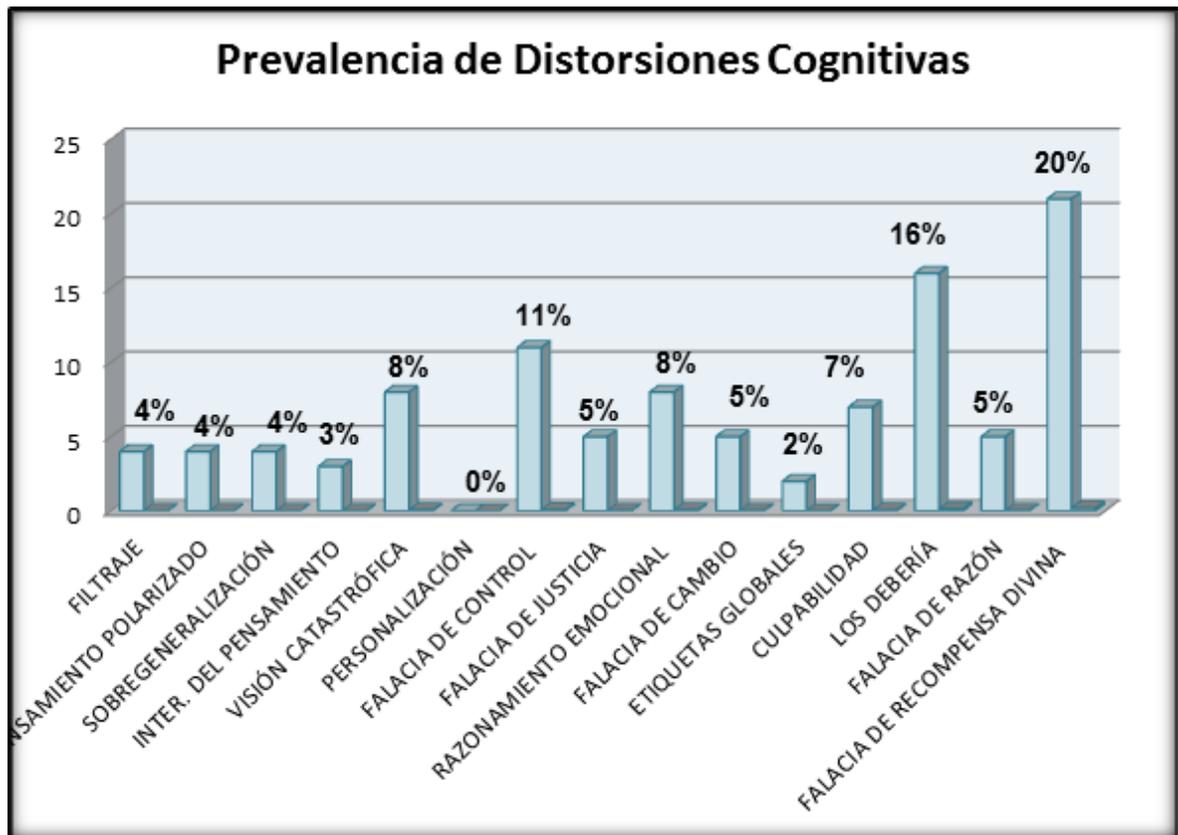
Tabla N° 1: Frecuencias de Distorsiones Cognitivas

DISTORSIONES COGNITIVAS	PUNTAJE Y SUS FRECUENCIAS										
	CERO	UNO	DOS	TRES	CUATRO	CINCO	SEIS	SIETE	OCHO	NUEVE	TOTAL
FILTRAJE	0	3	6	4	6	7	2	1	0	1	30
PENSAMIENTO POLARIZADO	3	7	5	3	7	1	1	3	0	0	30
SOBREGENERALIZACIÓN	2	5	2	11	6	0	1	3	0	0	30
INTER. DEL PENSAMIENTO	1	5	5	6	5	5	1	1	1	0	30
VISIÓN CATASTRÓFICA	2	2	6	5	6	1	4	2	2	0	30
PERSONALIZACIÓN	4	6	6	4	5	5	0	0	0	0	30
FALACIA DE CONTROL	1	3	3	5	2	5	5	4	2	0	30
FALACIA DE JUSTICIA	3	3	7	7	2	3	3	2	0	0	30
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	1	5	3	4	7	2	4	1	3	0	30
FALACIA DE CAMBIO	4	0	6	7	3	5	3	2	0	0	30
ETIQUETAS GLOBALES	4	6	6	8	2	2	1	0	0	1	30
CULPABILIDAD	3	2	5	3	6	4	5	0	0	2	30
LOS DEBERÍA	1	1	2	6	2	2	3	4	6	3	30
FALACIA DE RAZÓN	0	2	4	8	6	5	2	2	1	0	30
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	0	1	2	3	2	1	4	6	5	6	30

Tabla Nº 2: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas

DISTORSIONES COGNITIVAS	SUMATORIA (6,7,8,9)	PORCENTAJE
FILTRAJE	4	4%
PENSAMIENTO POLARIZADO	4	4%
SOBREGENERALIZACIÓN	4	4%
INTER. DEL PENSAMIENTO	3	3%
VISIÓN CATASTRÓFICA	8	8%
PERSONALIZACIÓN	0	0%
FALACIA DE CONTROL	11	11%
FALACIA DE JUSTICIA	5	5%
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	8	8%
FALACIA DE CAMBIO	5	5%
ETIQUETAS GLOBALES	2	2%
CULPABILIDAD	7	7%
LOS DEBERÍA	16	16%
FALACIA DE RAZÓN	5	5%
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	21	20%
	103	100%

Figura N° 5: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas



Análisis

Se identificaron las distorsiones cognitivas en los 30 usuarios en estudio con consumo de sustancias psicoactivas internas en el Centro de Reposo y Adicciones (C.R.A), los mismos que presentan mayor prevalencia en las siguientes distorsiones, como se muestra en la figura N° 5: Falacia de recompensa divina con un porcentaje del 21%, Los Debería con un 16%, Falacia de control con el 11%, Razonamiento Emocional y Visión Catastrófica con un 8%. Considerando esta prioridad de la sumatoria del puntaje de 6 hasta 9.

Por lo que se puede concluir que la mayoría de los usuarios consideran que su problemática en la que viven cambiará mágicamente en el futuro, sin buscar soluciones uno mismo, considerando que es una distorsión falacia de recompensa divina. Y además que algunos usuarios actúan en base a una exigencia a si mismo y a otros por intentar efectuar un cambio desde un debería, intentando cambiar desde un punto de resistencia.

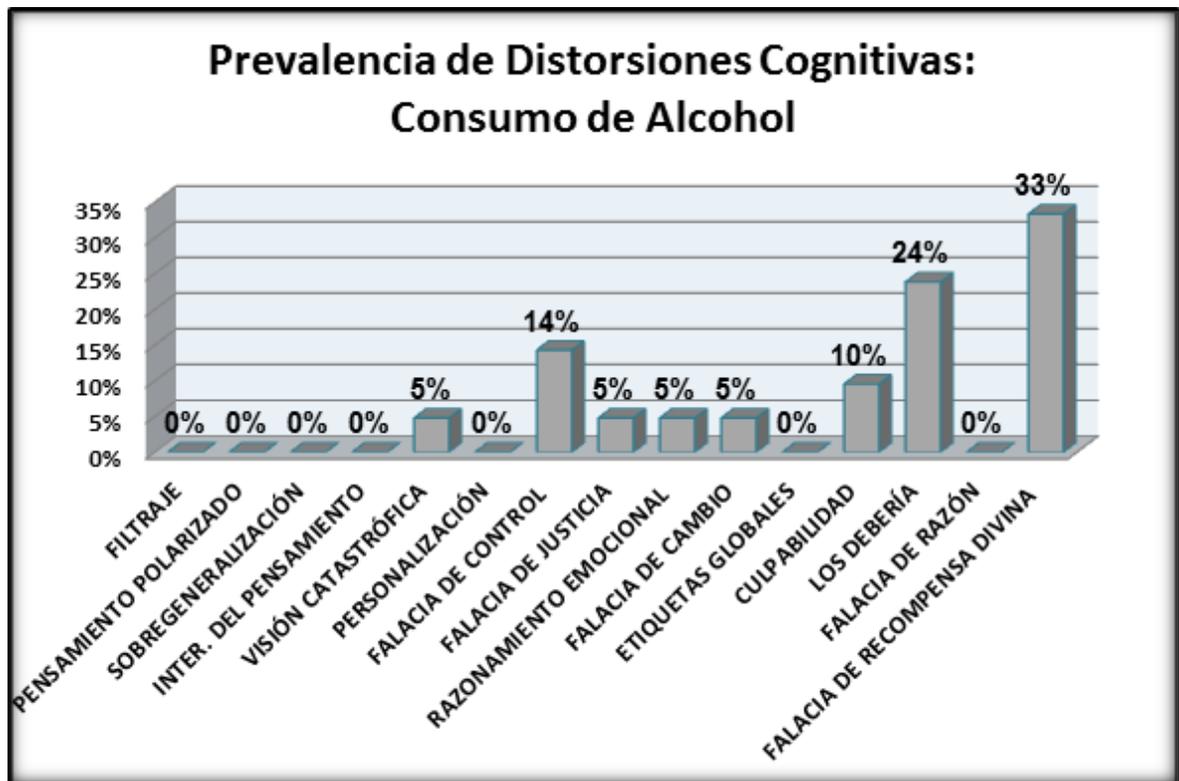
Tabla Nº 3: Frecuencias de Distorsiones Cognitivas en el consumo de alcohol

DISTORSIONES COGNITIVAS	PUNTAJE Y SUS FRECUENCIAS										
	CERO	UNO	DOS	TRES	CUATRO	CINCO	SEIS	SIETE	OCHO	NUEVE	TOTAL
FILTRAJE	0	0	3	3	2	2	0	0	0	0	10
PENSAMIENTO POLARIZADO	0	3	2	2	3	0	0	0	0	0	10
SOBREGENERALIZACIÓN	0	2	1	5	2	0	0	0	0	0	10
INTER. DEL PENSAMIENTO	0	2	1	2	3	2	0	0	0	0	10
VISIÓN CATASTRÓFICA	1	0	2	3	2	1	1	0	0	0	10
PERSONALIZACIÓN	0	4	4	1	0	1	0	0	0	0	10
FALACIA DE CONTROL	0	0	2	1	1	3	2	1	0	0	10
FALACIA DE JUSTICIA	0	1	3	4	0	1	1	0	0	0	10
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	0	1	2	3	3	0	1	0	0	0	10
FALACIA DE CAMBIO	0	0	3	4	2	0	1	0	0	0	10
ETIQUETAS GLOBALES	1	3	3	2	0	1	0	0	0	0	10
CULPABILIDAD	0	0	3	1	4	0	2	0	0	0	10
LOS DEBERÍA	0	0	1	4	0	0	2	2	1	0	10
FALACIA DE RAZÓN	0	0	4	4	0	2	0	0	0	0	10
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	0	0	1	1	0	1	3	1	2	1	10

Tabla Nº 4: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas en el consumo de alcohol

DISTORSIONES COGNITIVAS	SUMATORIA (6,7,8,9)	PORCENTAJE
FILTRAJE	0	0%
PENSAMIENTO POLARIZADO	0	0%
SOBREGENERALIZACIÓN	0	0%
INTER. DEL PENSAMIENTO	0	0%
VISIÓN CATASTRÓFICA	1	5%
PERSONALIZACIÓN	0	0%
FALACIA DE CONTROL	3	14%
FALACIA DE JUSTICIA	1	5%
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	1	5%
FALACIA DE CAMBIO	1	5%
ETIQUETAS GLOBALES	0	0%
CULPABILIDAD	2	10%
LOS DEBERÍA	5	24%
FALACIA DE RAZÓN	0	0%
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	7	33%
	21	100%

Figura N° 6: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas en el consumo de alcohol



Análisis

Se identificaron las distorsiones cognitivas en los 30 usuarios en estudio con consumo de sustancias psicoactivas internos en el Centro de Reposo y Adiciones (C.R.A), y en la Figura N° 6 se presentan apenas los resultados de la prevalencia de las distorsiones en los 10 usuarios que consumen alcohol, siendo estas distorsiones las siguientes: Falacia de recompensa divina con un porcentaje del 33%, Los Debería con un 24%, Falacia de control con el 14%, y Culpabilidad en un 10%. Considerando esta prioridad de la sumatoria del puntaje de 6 hasta 9, solo en la muestra de los 10 usuarios que consumen alcohol. Por lo que se puede concluir que los individuos que presentan la

distorsión de falacia de recompensa divina se relacionan cuando sueñan en que los problemas se resuelven de manera mágica o por intervención de instancias superiores y poderosas. A diferencia de los deberías que es cuando los individuos no se sienten a la altura del ideal de cómo se debería por ejemplo hablar, actuar o sentir, entonces la crítica tiene bases interminables para acusarse de malo o de no valer nada.

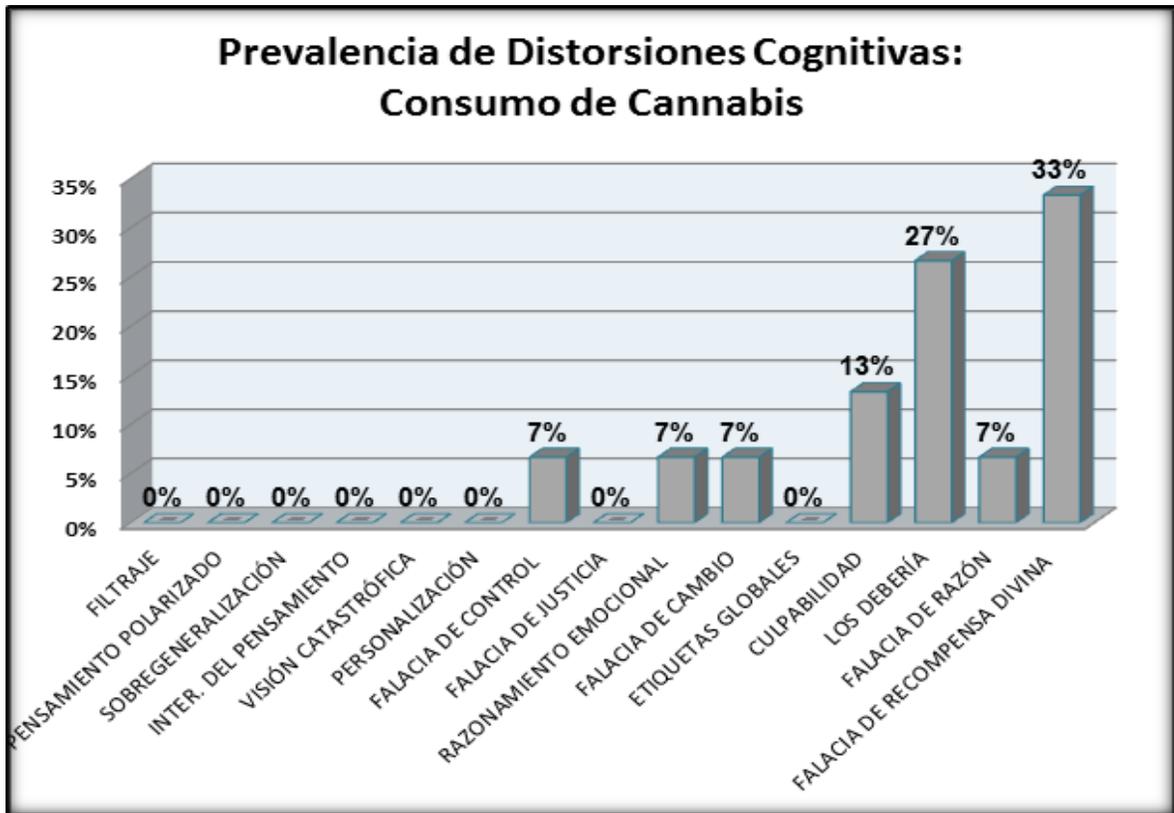
Tabla Nº 5: Frecuencias de Distorsiones Cognitivas en el consumo de cannabis

DISTORSIONES COGNITIVAS	PUNTAJE Y SUS FRECUENCIAS										
	CERO	UNO	DOS	TRES	CUATRO	CINCO	SEIS	SIETE	OCHO	NUEVE	TOTAL
FILTRAJE	0	3	3	0	1	3	0	0	0	0	10
PENSAMIENTO POLARIZADO	2	4	2	0	2	0	0	0	0	0	10
SOBREGENERALIZACIÓN	2	3	1	3	1	0	0	0	0	0	10
INTER. DEL PENSAMIENTO	1	3	1	3	1	1	0	0	0	0	10
VISIÓN CATASTRÓFICA	1	2	4	1	2	0	0	0	0	0	10
PERSONALIZACIÓN	3	2	1	2	2	0	0	0	0	0	10
FALACIA DE CONTROL	1	3	0	3	1	1	0	1	0	0	10
FALACIA DE JUSTICIA	3	1	2	1	1	2	0	0	0	0	10
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	1	4	1	1	2	0	1	0	0	0	10
FALACIA DE CAMBIO	3	0	3	1	1	1	1	0	0	0	10
ETIQUETAS GLOBALES	3	2	2	3	0	0	0	0	0	0	10
CULPABILIDAD	2	2	2	1	1	0	2	0	0	0	10
LOS DEBERÍA	1	1	1	1	1	1	0	1	3	0	10
FALACIA DE RAZÓN	0	1	0	3	3	2	1	0	0	0	10
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	0	0	1	2	2	0	0	2	1	2	10

Tabla Nº 6: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas en el consumo de cannabis

DISTORSIONES COGNITIVAS	SUMATORIA (6,7,8,9)	PORCENTAJE
FILTRAJE	0	0%
PENSAMIENTO POLARIZADO	0	0%
SOBREGENERALIZACIÓN	0	0%
INTER. DEL PENSAMIENTO	0	0%
VISIÓN CATASTRÓFICA	0	0%
PERSONALIZACIÓN	0	0%
FALACIA DE CONTROL	1	7%
FALACIA DE JUSTICIA	0	0%
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	1	7%
FALACIA DE CAMBIO	1	7%
ETIQUETAS GLOBALES	0	0%
CULPABILIDAD	2	13%
LOS DEBERÍA	4	27%
FALACIA DE RAZÓN	1	7%
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	5	33%
	15	100%

Figura N° 7: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas en el consumo de cannabis



Análisis

Se identificaron las distorsiones cognitivas en los 30 usuarios en estudio con consumo de sustancias psicoactivas internos en el Centro de Reposo y Adiciones (C.R.A), y en la Figura N° 6 se presentan apenas los resultados de la prevalencia de las distorsiones en los 10 usuarios que consumen cannabis, siendo estas distorsiones las siguientes: Falacia de recompensa divina con un porcentaje del 33%, Los Debería con un 27%, y Culpabilidad con un 13%. Considerando esta prioridad de la sumatoria del puntaje de 6 hasta 9, solo en la muestra de los 10 usuarios que consumen cannabis. Por lo que se puede concluir que los individuos que presentan la falacia de recompensa divina se

comportan "correctamente" en espera de una recompensa. Es decir, se sacrifican y trabajan hasta quedar extenuada y mientras tanto, imaginan que están coleccionando puntos angelicales, que podrán cobrar algún día. A diferencia de los deberías que hace que los individuos excedan en sus responsabilidades y exigencias, aumentando la ansiedad y deteriorando el desempeño de las actuaciones.

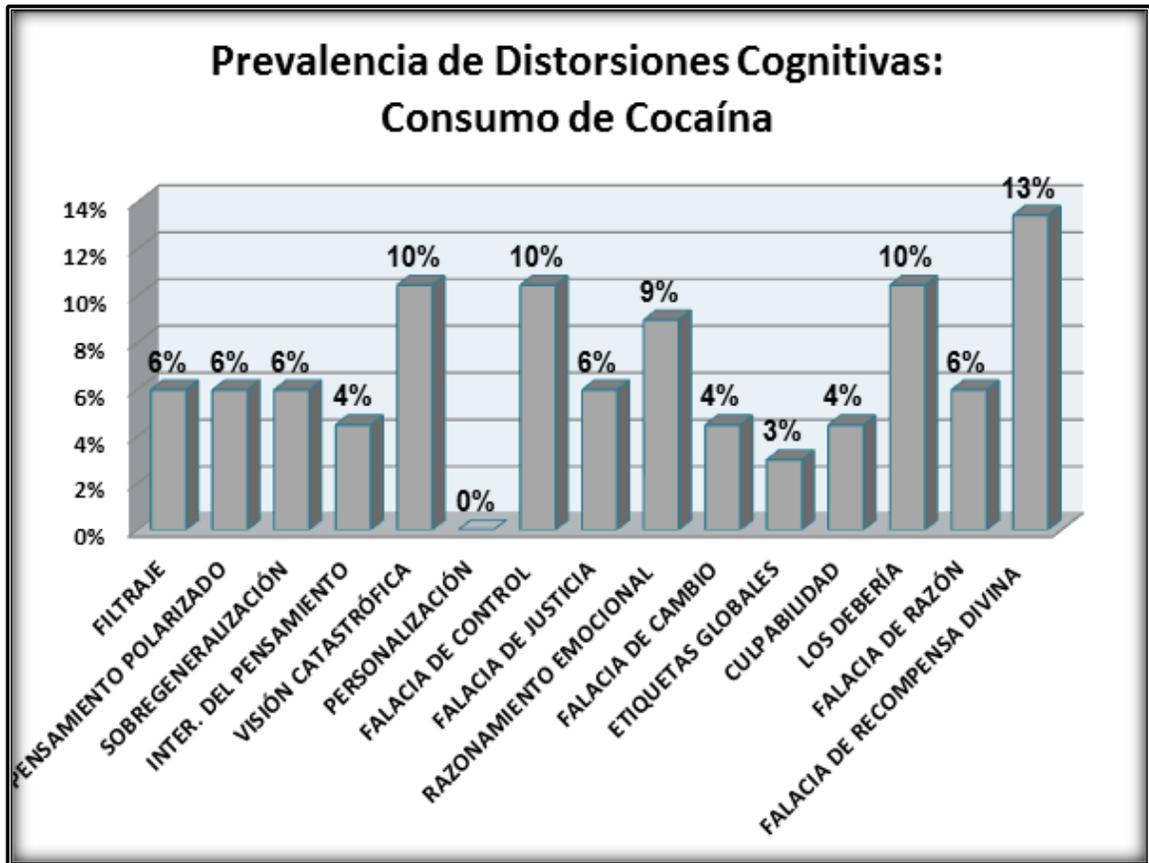
Tabla N° 7: Frecuencias de Distorsiones Cognitivas en el consumo de cocaína

DISTORSIONES COGNITIVAS	PUNTAJE Y SUS FRECUENCIAS										
	CERO	UNO	DOS	TRES	CUATRO	CINCO	SEIS	SIETE	OCHO	NUEVE	TOTAL
FILTRAJE	0	0	0	1	3	2	2	1	0	1	10
PENSAMIENTO POLARIZADO	1	0	1	1	2	1	1	3	0	0	10
SOBREGENERALIZACIÓN	0	0	0	3	3	0	1	3	0	0	10
INTER. DEL PENSAMIENTO	0	0	3	1	1	2	1	1	1	0	10
VISIÓN CATASTRÓFICA	0	0	0	1	2	0	3	2	2	0	10
PERSONALIZACIÓN	1	0	1	1	3	4	0	0	0	0	10
FALACIA DE CONTROL	0	0	1	1	0	1	3	2	2	0	10
FALACIA DE JUSTICIA	0	1	2	2	1	0	2	2	0	0	10
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	0	0	0	0	2	2	2	1	3	0	10
FALACIA DE CAMBIO	1	0	0	2	0	4	1	2	0	0	10
ETIQUETAS GLOBALES	0	1	1	3	2	1	1	0	0	1	10
CULPABILIDAD	1	0	0	1	1	4	1	0	0	2	10
LOS DEBERÍA	0	0	0	1	1	1	1	1	2	3	10
FALACIA DE RAZÓN	0	1	0	1	3	1	1	2	1	0	10
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	0	1	0	0	0	0	1	3	2	3	10

Tabla Nº 8: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas en el consumo de cocaína

DISTORSIONES COGNITIVAS	SUMATORIA (6,7,8,9)	PORCENTAJE
FILTRAJE	4	6%
PENSAMIENTO POLARIZADO	4	6%
SOBREGENERALIZACIÓN	4	6%
INTER. DEL PENSAMIENTO	3	4%
VISIÓN CATASTRÓFICA	7	10%
PERSONALIZACIÓN	0	0%
FALACIA DE CONTROL	7	10%
FALACIA DE JUSTICIA	4	6%
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	6	9%
FALACIA DE CAMBIO	3	4%
ETIQUETAS GLOBALES	2	3%
CULPABILIDAD	3	4%
LOS DEBERÍA	7	10%
FALACIA DE RAZÓN	4	6%
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	9	13%
	67	100%

Figura N° 8: Prevalencia de Distorsiones Cognitivas en el consumo de cocaína



Análisis

Se identificaron las distorsiones cognitivas en los 30 usuarios en estudio con consumo de sustancias psicoactivas internas en el Centro de Reposo y Adicciones (C.R.A), y en la Figura N° 6 se presentan apenas los resultados de la prevalencia de las distorsiones en los 10 usuarios que consumen cocaína, siendo estas distorsiones las siguientes: Falacia de recompensa divina con un porcentaje del 13%, Los Debería, Falacia de Control, y Visión Catastrófica con un 10%, y Razonamiento Emocional con un 9%. Considerando esta prioridad de la sumatoria del puntaje de 6 hasta 9, solo en la muestra de los 10 usuarios que consumen cocaína.

Por lo que se puede concluir que la mayoría de los usuarios consideran que la vida hay que vivirla siendo prisioneros de las falacias cotidianas, es decir al autoengaño, a aquellas creencias totalmente erróneas que determinan el comportamiento, aunque no tienen más base que el desconocimiento y la percepción inadecuada del mundo. Y considerando la segunda prevalencia de la distorsión cognitiva, se alude a que algunos usuarios actúan en base a una exigencia siendo a si mismo u a otros, es decir intentan cambiar desde un punto de resistencia; mientras que otros observan en pequeñas cosas, una probable catástrofe, haciendo referencia a la visión catastrófica, y por último otros usuarios creen que son responsables de sucesos que no esta bajo el control de cada uno de ellos, refiriéndose a la Falacia de Control.

CONCLUSIONES

- En general se puede concluir manifestando que las distorsiones cognitivas como menciona Aarón Beck, son producto del mantenimiento de los esquemas, los mismos que se desarrollan en la infancia y son extremadamente estables y duraderos, además de que estos se elaboran a través de la vida del individuo, y se caracterizan por causar emociones inapropiadas y conductas disfuncionales. De la misma manera Ellis manifiesta que las ideas irracionales que para Beck son las distorsiones cognitivas son los pensamientos que distorsionan la realidad y causan perturbación emocional. Estas distorsiones o pensamientos generan en el paciente un círculo vicioso, que va desde la ansiedad o un estado de ánimo depresivo, a la automedicación utilizando drogas o bebida como anestésicos que le permiten neutralizar la emoción desagradable.
- El desarrollo de este trabajo se enfoca en uno de los aspectos más importantes de la terapia cognitiva conductual, siendo estas las distorsiones cognitivas que son sesgos sistemáticos o errores en el pensamiento de la información que cada una de las personas pueden tener, ya sea en mayor o menor grado, sin embargo pueden estas interceptar el bienestar y las relaciones interpersonales mantenidas entre ellas.

- La importancia del análisis de este estudio de las distorsiones cognitivas de los usuarios del Centro de Reposo y Adicciones (C.R.A.), radica en que se desea conocer la prevalencia de dichas distorsiones o fallas en la entrada del procesamiento de la información, para que se puedan tomar las medidas correctivas y preventivas si es el caso, obteniendo una mejoría permanente en los estados de ánimo y en los comportamientos a partir de una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento, ya que éstas, están relacionadas con el daño emocional y psicológico de los pacientes, además de llevarles a alterar sus pensamientos, interceptando el logro de los objetivos personales, y llevando a adoptar diferentes estilos de vida.
- Se puede observar en dicho estudio que no varían significativamente la presencia de distorsiones cognitivas en el consumo de las sustancias psicoactivas como es el alcohol, cannabis y cocaína, presentándose con mayor prevalencia las siguientes: Falacia de Recompensa Divina, Los Debería, Falacia de Control, Visión Catastrófica, Razonamiento Emocional, y Culpabilidad, considerando que estas distorsiones serán moduladas, más no eliminadas.
- Mediante la aplicación del Inventario de Pensamientos Automáticos en los usuarios del C.R.A. (Centro de Reposo y Adicciones), se pudo

comprobar que todos los internos presentan algún tipo de distorsión cognitiva, siendo unas desarrolladas en mayor grado que otras. Sin embargo se puede notar claramente que considerando en forma general a los 30 usuarios en su totalidad las tres primeras distorsiones con mayor prevalencia son: Falacia de Recompensa Divina, Los Debería, y Falacia de Control. Mientras que considerando el análisis por separado del conjunto de usuarios que solo consumen alcohol, las tres primeras distorsiones con mayor prevalencia son de igual manera como el análisis general: Falacia de Recompensa Divina, Los Debería y Falacia de Control.

A su vez considerando al grupo de usuarios que consumen sólo cannabis se puede distinguir las tres primeras distorsiones con mayor prevalencia que son: Falacia de Recompensa Divina, Los Debería y Culpabilidad, diferenciándose de las anteriores la tercera distorsión mencionada la de culpabilidad. En cambio el grupo de usuarios que consumen sólo cocaína presentan las siguientes distorsiones: Falacia de Recompensa Divina; Los Debería, Falacia de control y Visión Catastrófica, que se encuentran en un mismo porcentaje y por último Razonamiento emocional, apareciendo de igual modo en el análisis de los grupos anteriores.

- En relación a los principios de la terapia cognitiva conductual y en relación al análisis realizado, se puede mencionar que esta terapia es

educativa ya que pone énfasis en la prevención de recaídas, enseñando al paciente a identificar y a evaluar sus pensamientos, conductas disfuncionales y a actuar en consecuencia, utilizando durante el tratamiento una combinación de técnicas cognitivas y conductuales.

- Las técnicas cognitivas tratan las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos que contribuyen a los impulsos dentro de las cuales podemos mencionar: Análisis de Ventajas y Desventajas, Identificar y Modificar las creencias asociadas al Consumo, Técnica de Flechas Descendente, Reatribución de Responsabilidad, Registro Diario de Pensamientos (RDP), Imaginación.
- Las técnicas conductuales se centran en las acciones que interactúan con los procesos cognitivos enseñando a los pacientes habilidades que les permitan tratar con situaciones de alto riesgo entre ellas: Programación y Control de la actividad, Experimentos Conductuales, Repaso Conductual (Role Play), Entrenamiento en Relajación, Asignación de actividades entre sesiones graduadas, Resolución de Problemas, Ejercicio, Control de Estímulos.
- Quiero tomar adicionalmente la distorsión falacia de recompensa divina (tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará “mágicamente” en el futuro) como

la mas prevalente en los pacientes, esta distorsión puede ser la causante de la mantención de la adicción debido a que el paciente atribuye su recuperación a factores externos denotando así un locus de control externo, por lo que se sugiere realizar la terapia destinada a que el paciente se responsabilice de sus actos y sea capaz de establecerse metas con objetivos destinados a su vida logrando un locus de control interno.

- Queda claro la importancia crucial del reconocimiento de las distorsiones cognitivas para enfocar el tratamiento y de esta forma prevenir recaídas y/o motivar la recuperación.

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Mundial de Psiquiatría. (2002). DSM – IV-TR Breviario: *Criterios diagnósticos* (4ta. Edición). Barcelona: Editorial Masson.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., y Liese, B. (2007). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*, España: Editorial Paidós.
- Beck, A., y Clark, D. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*, Editorial Guilford Press: New York
- Beck, A. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (Volumen I - Edición 19), Editor Desclée De Brower: España.
- Beck, A., Freeman, A., y Davis, D. (2004). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad* (2da. Edición). Editorial Guilford Press: New York.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Editorial Guilford Press: New York,
- Beck, A. (2003). *Prisioneros del Odio: las bases de la ira, la hostilidad y la violencia*. Editorial Paidós: Barcelona.

- Caballo, V. (2008). *Manual de Técnicas de Terapia y modificación de conducta*. Editorial siglo XXI: España
- Ellis, A., y Grieger, R. (1981). *Handbook of rational emotive therapy*. Editorial Springer: New York.
- Espada et al. (2009). *Medios de comunicación, publicidad y Adicciones*. Editorial Edaf: Madrid.
- Hernández, N., y Sánchez, J. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para trastornos de la salud*. Editorial Libros en Red.
- Justicia, F., Cruzado, J., y Muñoz, M. (2001). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia* (3era. Edición). Ediciones Pirámide: España
- Kirchner, T., Torres, M., y Forms, M. (1998). *Evaluación Psicológica: modelos y técnicas*. Editorial Paidós: Barcelona
- Lega, L., Caballo, V., y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual* (2da. Edición). Editorial Siglo Veintiuno: España.

- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J., y Lizasoain, I. (2009).
Drogodependencias (3era. Edición). Editorial Médica Panamericana:
España.
- Manassero, A. (2003). *Estrés y Burnout: influencia de variables cognitiva*.
Editorial Universitat de les Illes Balears: España.
- Martínez, I., y Amar, J. (2006). *Distorsiones Cognitivas en los Grupos de
Drogodependientes con Diagnóstico Dual*. Revista Psicogente,
Universidad Simón Bolívar: Bogotá.
- Matilde, R. (2003). *Los efectos y las consecuencias de las drogas y el
alcohol*. Editorial Tyson Glassen: Estados Unidos.
- Naranjo, M. (2004). *Enfoques Conductistas, cognitivos y racional
emocivos* (1era Edición). Editorial de la Universidad de Costa Rica: San
José Costa Rica.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y
conceptualización del caso clínico*. Grupo Editorial Norma: Bogotá.
- Ruiz, J., y Imbernón, J. (1996). *Sentirse Mejor. Como afrontar los
problemas emocionales con la terapia cognitiva*. Úbeda: ESMD-UBEDA.

- Sociedad Anónima de Toxicomanías. (2003). *Manual SET de alcoholismo*. Editorial Médica Panamericana: Madrid.
- Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J., y Restrepo, J. (2004). *Psiquiatría: Fundamentos de Medicina* (4ta Edición). Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas: Colombia.
- Vivas, M., Gallego, D., y González, B. (2006). *Educación de las emociones*. Editorial Dykinson: Madrid.
- Willard, y Spackman, (2005). *Terapia Ocupacional* (3era. Edición). Editorial Médica Panamericana: España.

Fuentes WEB:

- *Las 11 creencias irracionales básicas de Albert Ellis*. (2007). Acceso: Julio 10, 2012, Disponible: http://www.superarladepresion.com/superarladepre/3depre_albertellis.php.
- *Albert Ellis y la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)*. (n.d). Acceso: julio 27, 2012, Disponible: www.cop.es/colegiados/PV00520/TRE7.pdf.

- Camerini, J. menciona a Beck. (2009). *La terapia Cognitiva*. Acceso: julio 20, 2012. Disponible: <http://www.scribd.com/doc/7064106/Modelo-Cognitivo-Conductual>.
- Carrera Comunidad. (2011). Diario Popular. *Alarmantes cifras de consumo de alcohol*. Acceso: julio 24, 2012. Disponible en: <http://www.elpopular.com.ec/34620-alarmantes-cifras-de-consumo-de-alcohol.html>.
- Catrec. (2012) menciona a Dattilio, y Padesky. (1990). *Terapia Cognitiva conparejas*. Acceso: julio10, 2012. Disponible: <http://www.catrec.org/index.html>.
- Ellis. (2009). *Psiquiatría y psicología. Albert Ellis y la Terapia Racional Emotiva Conductual*. Acceso: junio 28, 2012. Disponible: <http://sicolog.com/?a=1681>.
- Ellis, A., y Blau, S. (2000). *Vivir en una sociedad irracional: una guía para el bienestar mediante la terapia racional emotivo-conductual*. Editorial Paidós: Barcelona. Acceso: junio 27, 2012. Disponible en: http://148.201.94.3:8991/F?func=direct&at_base=ITE01&doc_number=00011934.

- Gonçalves, O. (2002). *Psicoterapia Cognitiva narrativa: manual de terapia breve*. Editores: Desclée de Brouwer: España. Acceso: junio 28, 2012. Disponible: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=141222>.
- Gutiérrez, M., Lima, G., Aldana, L., Casanova, P., y Feliciano, V. (2004). *Alcoholismo y sociedad: tendencias actuales*. Acceso: junio 29, 2012. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33_3_04/mil07304.htm.
- Ojeda, V. (2011). *Ecuador segundo país latino consumidor de licor*. Vittored.com. Acceso: julio 24, 2012. Disponible en: <http://vittored.bligoo.es/ecuador-segundo-pais-latino-consumidor-de-licor>.
- Ruiz, J., y Cano, J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. R&C Editores. Acceso: julio 10, 2012, Disponible: http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/ProfSanitarios/profesionales3e.htm#modelos_cognitivos.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Provincia _____

Cantón:

Institución _____

Fecha:

____/____/____

INSTRUCCIONES: Este consentimiento informado luego de ser leído por los usuarios de la institución, conjuntamente con las personas que participarán en el proyecto, será firmado por él, antes de realizar las actividades de recolección de la información.

Usted, que forma parte de la institución, está invitado/a participar en un estudio de investigación.

Los estudios de investigación son diseñados para obtener información científica que puede ayudar a otras personas en el futuro.

El objetivo de esta investigación es el análisis de las distorsiones cognitivas de la muestra escogida para aportar con una base conceptual según los resultados obtenidos. En el estudio participarán los usuarios establecidos del centro de reposo y adicciones.

La aplicación del instrumento se realizará a cada usuario dentro de la institución, durante la hora establecida con el acompañamiento del departamento de psicología. El Test será aplicado por la autora de la presente investigación.

La participación de cada una de las personas que pertenecen a la institución es voluntaria. Todas las personas tienen derecho a contestar la encuesta. Si por alguna razón cualquier persona decide no participar de esta investigación o no responder algunas de las preguntas que le haremos, esta decisión de ninguna manera afectará al presente estudio.

Participar en la investigación puede involucrar proveer información que usted considere confidencial. Este estudio no involucra ningún riesgo físico para los usuarios. La información que usted proporcione es absolutamente confidencial. No nos es de nuestro interés los nombres de las personas, no incluiremos ninguna información que pueda hacer posible su identificación en el reporte o publicaciones posteriores. No hay costos para usted por tomar parte de la investigación, ni tampoco se le pagará algún dinero por su participación.

Por favor, pida al personal del estudio explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda.

Usted recibirá una copia de este consentimiento.

Declaración de Consentimiento:

He leído atentamente y he tenido la posibilidad de hacer preguntas sobre el estudio y/o estas preguntas fueron contestadas y/o estoy de acuerdo con las respuestas. Voluntariamente acepto participar en este estudio y entiendo que cualquier usuario tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin que esto signifique ningún perjuicio para mí o para la institución. Firmando este consentimiento no delego ningún derecho legal que me pertenezca.

Firma

Si no acepta participar, por favor explique por qué.
