



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 26 No. 2

Junio de 2023

LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL Y EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES: FUNDAMENTOS Y ESTRATEGIAS

César Augusto Carrascoza Venegas¹

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

En este artículo se presenta, primeramente, un panorama del status del problema de salud pública en México, generado por el uso y abuso de drogas legales e ilegales. También se expone una forma de intervención que ha resultado efectiva en muchos países, lo mismo que en México: la Terapia Racional Emotivo Conductual, propuesta, principalmente, por Albert Ellis. Se describe de manera sintética el surgimiento y los fundamentos de esta orientación, así como su aplicación en el terreno de las adicciones. Se espera que el enfoque particularmente didáctico de este trabajo permita, al profesional interesado, ampliar su conocimiento y eficiencia al intervenir clínicamente con consumidores de drogas. Al final, a manera de conclusiones, se incluyen algunos comentarios que cuestionan su validez científica, tanto como su énfasis en el eclecticismo que la caracteriza.

Palabras clave: consumo de drogas en México, terapia racional emotivo conductual, tratamiento de las adicciones, validez científica.

RATIONAL EMOTIVE BEHAVIORAL THERAPY AND THE TREATMENT OF ADDICTIONS: FOUNDATIONS AND STRATEGIES

ABSTRACT

This article first presents an overview of the status of the public health problem in Mexico, generated by the use and abuse of legal

¹ Correo electrónico: cesarcarrascoza@hotmail.com

and illegal drugs. It also exposes a form of intervention that has been effective in many countries, as well as in Mexico: Rational Emotive Behavioral Therapy, proposed mainly by Albert Ellis. The emergence and foundations of this orientation are described in a synthetic way, as well as its application in the field of addictions. It is expected that the particularly didactic approach of this work will allow the interested professional to expand their knowledge and efficiency when clinically intervening with drug users. At the end, by way of conclusions, some comments are included that question its scientific validity, as well as its emphasis on the eclecticism that characterizes it.

Keywords: drug use in Mexico, rational emotional behavioral therapy, addiction treatment, scientific validity.

«Las cosas en sí no atormentan a los hombres, sino las opiniones que tienen de ellas»
Epicteto

Aun cuando de acuerdo con Oficina de la ONU contra las Drogas y la Delincuencia (UNODOC, por sus siglas en inglés) el consumo de drogas en el mundo es creciente, sobre todo en las mujeres y en ciertas zonas del orbe, también la legalización del cannabis en algunas partes del mundo parece haber acelerado el consumo diario y las consecuencias relacionadas para la salud, según el Informe Mundial sobre las Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2022). El Informe, también detalla el aumento sin precedentes de la fabricación de cocaína, la expansión de las drogas sintéticas a nuevos mercados y las continuas deficiencias en la disponibilidad de tratamientos contra las drogas, especialmente para las mujeres.

Según el Informe, “alrededor de 284 millones de personas entre 15 y 64 años consumieron drogas en todo el mundo en 2020, lo que supone un aumento del 26% respecto a la década anterior. Las personas jóvenes están consumiendo más drogas y los niveles de consumo actuales en muchos países son más altos que los de la generación anterior. En África y América Latina, las personas menores de 35 años representan la mayoría de quienes reciben tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas” (UNODOC, 2022; cita textual).

Como se dice arriba, uno de los grandes problemas con respecto al tratamiento de personas con adicciones consiste la poca disponibilidad de este servicio. De

acuerdo con la misma fuente, menos de cinco personas que necesitan ayuda la recibe. Para tener una idea del problema, baste decir que 5% de la población mundial tomaron drogas al menos una vez durante ese año, mientras que 27 millones son adictos. Las consecuencias del consumo de drogas son devastadoras, según la fuente citada. Anualmente, por consumo de alcohol mueren 2.3 millones y por consumo del tabaco 5.1 millones.

En México, el consumo de drogas ha sido un problema de salud pública, que se ha visto agravado por la epidemia del COVID-19 y las secuelas que han ido observándose al paso del tiempo (suicidio, insomnio, irritabilidad, ansiedad, depresión, pérdida de seres queridos y amistades, etc.). Desde antes de la misma el consumo de ciertas sustancias, particularmente alcohol, tabaco y marihuana, se ha visto aumentado. Otras drogas sobre las que es difícil tener un conteo de su consumo, dada su naturaleza sintética y variante también han mostrado aumentos, particularmente el cristal, las metanfetaminas y otras (más recientemente el fentanilo, que en el norte del país, sobre todo, hace ya estragos sobre las personas consumidoras). En lo que sigue, se describe de manera breve la epidemiología del consumo de drogas en México, sobre todo de las que se puede tener una idea relativa de su consumo, alcohol, tabaco y marihuana, a través de los datos ofrecidos por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas (ENCODAT 2016-2017) que es la más reciente, puesto que para el presente sexenio no se llevó a cabo la actualización de esta.

Alcohol

Según esta encuesta (ENCODAT, 2016 - 2017), el consumo de alcohol, alguna vez en la vida, en la población general de 12 a 65 años, llega a 70.1 %. La prevalencia, en el último año, es del 49%, mientras que en el último mes es del 35,9%. El consumo excesivo equivale al 19,8%, mientras que la edad de inicio se sitúa en torno a los 17 años (41,3%).

Según la encuesta Consumo de alcohol durante la emergencia sanitaria COVID 19, (2022) elaborada por el “Instituto para la Atención y Prevención de Adicciones de la Ciudad de México”, el 60% de los encuestados manifestó haber consumido

alcohol recientemente, y de ellos, el 35% señaló que su consumo aumentó durante la contingencia sanitaria. Las personas con trastorno por uso de alcohol tienen una mayor probabilidad de padecer depresión, la que, a su vez, propicia el consumo de alcohol y/o otras sustancias.

Otra investigación de Vázquez San Román (2022), en México, mostró que el 75% consumió drogas por aburrimiento y 55 % a causa de la ansiedad que les provocaba la pandemia. Otros indicadores señalan problemas para dormir (8%), para relajarse (15%), un 12 % lo hacía para evitar irritarse con facilidad, 12 % sentía mucho temor, y 10 % para mantener el control.

Tabaco

En México el consumo del tabaco es mayor en las áreas urbanas, con una prevalencia estimada del 20.4% en personas de 12 a 65 años (29.9% en hombres y 11.8% en mujeres). A diferencia del consumo en adultos, que se mantiene relativamente estable, en los adolescentes la tendencia es creciente, con valores por región que varían entre el 13% y el 28%.

La edad de inicio de los fumadores de México es cada vez menor. La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (GYTS, 2017) determinó que entre el 8% y el 15% de los estudiantes de secundarias urbanas de México han fumado tabaco alguna vez antes de los 13 años. El tabaco es el principal responsable de enfermedad y muertes evitables. Actualmente, 14.8 millones de adultos y 1.3 millones de adolescentes fuman cigarros en México. De los primeros, 4.1 millones son mujeres y 10.6 son hombres (ENCODAT 2016 - 2017). El caso del tabaquismo el problema se ve agravado por ser su consumo legal y ampliamente promocionado. Sin embargo, cuando una persona infectada del Covid 19 consume también tabaco tiene un pronóstico negativo y frecuentemente mortal.

Marihuana

En cuanto a las drogas ilícitas, la marihuana es consumida por el 8,6% de la población. Es la droga ilegal de mayor consumo: 80% entre la población consumidora de drogas ilegales. El consumo de la población masculina entre 18 y

34 años alcanzó el 13% en 2011. El grupo de mujeres de la misma edad llegó al 3%. El consumo de los adolescentes de ambos sexos fue del 12.2% en 2012. En estudiantes de 10 a 18 años llegó al 17.2% total, del que el 15.9% son mujeres. El consumo en estudiantes de primaria, 5º y 6º, de 11 años de edad, llegó al 2.3%. La edad de inicio promedio es de 13.6 años (ENCODAT 2016-2017). Si bien en relación con otros países el consumo de drogas en México es bajo, de acuerdo con los datos de la OCDE (2019), también es un problema de salud grave. Las drogas legales (alcohol y tabaco) se consumen mucho más y tienen un impacto más severo en la salud.

Uno de los campos mayormente problemáticos, por sus implicaciones sobre todo a futuro, es el de los adolescentes. En México, específicamente en el Distrito Federal, el consumo de sustancias adictivas entre escolares, tales como inhalables y marihuana, va en aumento, ya que mientras en 1989 los consumía el 1.80% y el 1.60%, respectivamente, en 2009 lo hacía el 7.50% y el 8.20%. Sin embargo, en la capital del país los estudiantes de secundaria y preparatoria consumen mayormente las drogas legales, tales como el alcohol (23.3%) y el tabaco (15.9%). Respecto a las drogas ilegales, la marihuana es la más popular (8.2%) y la cocaína va detrás (1.7%), de acuerdo con los datos proporcionados durante el XI Congreso de Escuelas para Madres y Padres de Familia de Secundarias Técnicas, por Rafael Camacho Solís (2012 a), director del Instituto de Atención y Prevención de las Adicciones (IAPA) de la Ciudad de México.

Según esta información, un adolescente que comienza a ingerir alcohol, a fumar tabaco o a inhalar o aspirar sustancias tiene hasta 13 veces más probabilidades de usar posteriormente drogas “duras”. El alcohol es la droga de inicio en el 38% de los adultos adictos y el tabaco en el 40% de esta población. Aun cuando en Distrito Federal el 15.4% de los estudiantes de secundaria ha tenido contacto con las drogas, se considera que todavía no enfrenta problemas de adicción. En poblaciones marginales, como es el caso de la gente en situación de calle, el 40% inició el consumo de drogas con el tabaco, el 38% con el alcohol y 10% con los inhalables. Es decir, 9 de cada 10 personas que consumen drogas en la actualidad y están en situación de calle, se iniciaron con sustancias legales (Camacho, 2012b).

Lo anterior pone en evidencia dos cuestiones importantes de atender. Una, el sabido hecho de que la adolescencia es la etapa de mayor riesgo para el consumo de sustancias adictivas. Dos, en la actualidad existe un mayor acceso a sustancias psicoactivas del que había en otras épocas. Por ello, es necesario disponer de estrategias y de tratamientos efectivos y de fácil acceso a la mayor parte de la población, sobre todo para los jóvenes. La Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) ha mostrado ser una alternativa en el tratamiento de las adicciones y de otros problemas psicológicos, y es por ello que a continuación se describen sus orígenes, sus fundamentos teóricos y el tratamiento del consumo de drogas.

Conceptos básicos de la Terapia Racional Emotiva

La terapia racional emotiva conductual fue formulada por Albert Ellis (n.1955 - m. 2007). Aborda los problemas emocionales y conductuales mediante un modelo de intervención activo-directivo, representado por la secuencia A-B-C, que tiene como finalidad de la reestructuración cognitiva por parte de la persona. “A” es un evento activador, tras un acontecimiento activador, suceso o situación (llamado momento A), se da lugar al desarrollo de un sistema de creencias, “B” –beliefs- que son las creencias de la persona con respecto al evento a partir de las cuales desarrolla emociones, pensamientos y acciones que pueden ser irracionales, y “C” son las consecuencias de esos pensamientos o acciones.

El objetivo de la TREC consiste en modificar la filosofía de vida de la persona (sus creencias irracionales), y no meramente la eliminación de los síntomas. Esto se logra llegando, dentro del modelo A-B-C, al punto “D”: es decir, el debate racional emotivo o diálogo socrático modificado (que es la búsqueda de evidencias y refutación de ideas) enfocado a conseguir un nuevo efecto (punto E) más sano y adaptativo.

A mediados del siglo XX, con estos elementos filosóficos, conceptuales y clínicos, Ellis y Abrahms (1980) desarrollaron la *Terapia Racional*, para enfatizar el carácter racional y cognitivo de la misma. Con los desarrollos posteriores pasó a ser *Terapia Racional Emotiva* (Ellis, 1962) y, finalmente, *Terapia Racional Emotivo Conductual* – TREC- (Ellis, 1993).

El concepto de racionalidad es pues piedra angular de esta aproximación. La racionalidad es un concepto que la persona aplica a sus creencias personales. Las creencias racionales tienen ciertas características, entre otras, son lógicas y consistentes con la realidad, además de ser flexibles y no extremosas. En contraste, las creencias irracionales (como: “debo ser aceptado por las demás personas”, “no pueden rechazarme en el grupo”, “si no me dan el trabajo será una catástrofe”) perturban emocionalmente al individuo y lo disponen a conductas riesgosas como las conductas adictivas.

Las creencias pueden ser de varios tipos. Tanto cogniciones, como pensamientos, actitudes, autoafirmaciones o imágenes y son los principales determinantes de las emociones. Cuando una emoción es precedida por una creencia irracional, será una emoción inapropiada.

La TREC plantea que tanto las emociones como las conductas son producto de la interpretación de la realidad –creencias- que hace la persona. Este punto de vista se fundamenta en la filosofía de Epicteto (Siglo I d. C), quien afirma que la perturbación emocional no es creada por las situaciones, sino por las interpretaciones de esas situaciones (Lega *et al* 1998).

De este modo, la TREC explica y resuelve los problemas de la persona a partir de su forma de pensar, de cómo interpreta las situaciones ambientales, las creencias acerca de sí mismo y otros y del mundo en general. Estas interpretaciones son racionales cuando se basan en datos empíricos y en una secuencia científica y lógica entre premisas y conclusiones. Cuando esto no se cumple, las creencias son irracionales y fuente de perturbaciones emocionales, en tanto se imposibilita el logro de las metas o proyectos de la persona.

Si la creencia tiene sustento lógico y empírico se considera racional (propicia emociones sanas, conducta funcional y pensamiento realista); sin embargo, si produce emociones perturbadoras, conducta disfuncional y pensamientos irreales, se considera irracional, por lo que resulta necesario reemplazarla por una racional.

El método que permite ese cambio se denomina *debate, refutación o cuestionamiento*, el cual básicamente consiste en la adaptación del método científico a la vida de la persona para cuestionar sus hipótesis o teorías (creencias

irracionales) y de este modo determinar la validez de estas.

El debate de las interpretaciones erróneas se puede realizar a partir de tres estrategias: a) *cognitivas* (cuestionamiento lógico de las creencias), b) *emocionales* (cuestionamiento por medio de la imaginación), y c) *conductuales* (cuestionamiento por medio de conductas). El efecto que produce el debate se da también en esas mismas dimensiones; es decir, creencias racionales, sentimientos apropiados y conductas deseables.

La TREC promueve el cambio ayudando a que: a) la persona se dé cuenta que es ella quien crea sus propios problemas psicológicos, b) reconozca que es capaz de superar esos problemas, que parten de sus creencias irracionales, c) distinga entre sus creencias irracionales y las racionales, y d) el empleo de otros métodos que le permitan también cambiar otras áreas de su vida. Es importante señalar que, desde este punto de vista, la persona es responsable de su forma de pensar, sentir y comportarse. La responsabilidad no se puede atribuir al pasado ni a otras personas; asimismo, se rechaza que no se pueda hacer nada al respecto.

El terapeuta de la TREC frecuentemente emplea un estilo activo y directivo, usando el método socrático, pero a medida que la persona aprende a emplear las habilidades de la terapia racional emotivo conductual por sí misma, este énfasis se va desvaneciendo de manera gradual. Cuestiona, asimismo, el pensamiento irracional de la persona y la enseña, de manera energética, como cuestionar sus pensamientos derrotistas, a realizar su propio debate, de forma que internalice las nuevas creencias racionales, usando una serie de métodos cognitivos, emotivos y conductuales.

La TREC considera a la persona como un científico capaz usar la lógica y las pruebas empíricas, así como de formular una filosofía propia. Con este cambio filosófico se busca también cambiar las dimensiones emocionales y conductuales actuales y futuras. Debe tomarse en cuenta que, al igual que otras terapias, la TREC se apoya en el entrenamiento en habilidades, sólo que toma en cuenta sus limitaciones, sobre todo cuando se emplean sin cambiar las ideas irracionales de las personas. Una de las finalidades más relevantes de la TREC consiste en fomentar en la persona una filosofía que la haga menos conformista, por lo que se

busca una menor dependencia de las influencias externas y un mayor control interno de su vida.

La TREC y las adicciones

La terapia racional emotivo conductual formula un modelo específico sobre el tratamiento adictivo (Ellis *et al* 1988) que consiste en una teoría sobre el mantenimiento del síntoma y el *cambio*. Este modelo asume que las variables cognitivas, emocionales y conductuales son similares para todas las adicciones. La teoría de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) considera que los problemas con el alcohol son multideterminados, como resultado de una interacción entre factores genéticos, familiares y culturales con la historia de aprendizaje social del individuo (Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yeager, 1988). Ellis *et al.* postulan que la decisión de cambiar y mantener la acción de seguimiento de esta decisión es un requisito previo para el resultado. Esta decisión implica cambiar el pensamiento autodestructivo sobre la incomodidad y la bebida, y mantener la abstinencia implica el desarrollo de una mayor tolerancia a la frustración.

A continuación se describe brevemente el modelo, sus fundamentos, y el plan de tratamiento de las adicciones, el cambio del pensamiento adictivo, así como las técnicas cognitivas, emocionales y conductuales empleadas.

Fundamentos del modelo de la TREC para las adicciones.

Tradicionalmente y de manera poco concluyente se ha discutido si el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es el efecto de problemas de personalidad, y también se ha cuestionado, sin evidencia clara, si el tratamiento de esos problemas llevará a la terminación de la adicción mediante la aplicación de la TREC. Sin embargo, DiGiuseppe, R. Mc Inermey, J. (1994) señalan que ha sido aplicada a una amplia gama de problemas clínicos (Brandsma, 1980; Ellis y Bernard, 1983) incluyendo el alcoholismo y otras adicciones (Ellis, 1973, 1982, 1985; Velten, 1968), con resultados positivos y que las posibles críticas se refieren más a un desconocimiento del marco teórico y la falta de experiencia clínica.

Es por ello que, para Ellis (1982), la polémica pase a un segundo término, puesto que, a la hora de tratar a una persona con problemas adictivos, esa discusión no dice cómo tratarla ni cómo intervenir. Afirma, en cambio, que el tratamiento debe estar dirigido por una teoría acerca del mantenimiento del comportamiento adictivo. La TREC aborda el problema de la “personalidad dependiente” asumiendo que la persona que se refugia en las drogas puede usar también otras estrategias para evadir responsabilidades de su vida, por lo que el paso inicial consistirá en centrarse primero en las creencias irracionales que mantienen el consumo de drogas, y a medida que emergan otros problemas relacionados los abordará en ese orden. Se aborda primero el problema de la terminación de la adicción y se proporcionan posteriormente otras formas de pensar (racionales) respecto a otras áreas de su vida. Se espera que, al desaparecer la adicción y sus creencias irracionales, se generalice un pensamiento racional a esas otras áreas (sociales, sexuales, etc.).

En el caso de las adicciones, señala Ellis (1982) una de las principales creencias irracionales que está generalmente presente es la *baja tolerancia a la frustración* (BTF), la cual se ve antecedida por una ‘ansiedad de incomodidad’ o ‘trastorno de incomodidad’, que es una emoción que se presenta cuando la persona anticipa dolor, incomodidad, desagrado y aparece como consecuencia de la creencia irracional de que éstos van a ser insopportables y eso no se debe permitir (otras creencias irracionales vinculadas con las adicciones son: el consumo como estrategia de afrontamiento, como sinónimo de minusvalía o como demanda de excitación).

Independientemente del tipo de droga consumida, el principal factor que crea y mantiene la adicción es la BTF de la abstinencia (DiGiuseppe y Mc Inermey, 1994). Por ello es por lo que se mantiene la adicción, ninguna estrategia cognitiva o conductual puede eliminar la ansiedad tan pronto y de manera efectiva como la droga preferida.

Tratamiento de las adicciones:

Ellis *et al* (op. Cit) describen el patrón típico que sigue la persona cuando se

encuentra las señales de estímulo que producen el deseo de consumir. El acontecimiento activador es la decisión de no consumir, la cual genera una privación temporal, que, a su vez, se ve seguida por una BTF anclada en creencias irracionales como las siguientes: no puedo evitar un trago, necesito un cigarro para empezar, no puedo resistir sin una *línea*, etc.). La persona puede superar esta BTF disputando las ideas irracionales que causan la ansiedad. Este es un arduo camino que se seguirá hasta que la persona cambie la emoción alternada mediante el proceso de discusión. A continuación, se describe el tratamiento.

1. Es necesario partir de una *alianza entre la persona y el terapeuta* basada en una aceptación y respeto total de la persona y la participación comprometida del terapeuta y la persona a favor de la rehabilitación de ésta. Por lo anterior, queda implícito que la toma de decisiones, el establecimiento de metas y el logro de las mismas es un compromiso mutuo.

Otro paso importante al inicio de la terapia es el evitar hacer generalizaciones (como “todos los alcohólicos carecen de motivación para el cambio...”) de forma que la persona se anime a hablar de sí misma, de sus problemas, de sus proyectos, etc., mediante preguntas juiciosas o un diálogo constructivo. Los terapeutas que mantienen esas creencias (irracionales) acerca de las personas con problemas adictivos pueden generar mayor daño que la ayuda que pueden dar. Por ilógicas que puedan ser las ideas de la persona, el proceso de cambio se propicia si se cambian estas ideas y no si se mantienen las generalizaciones dogmáticas por parte del terapeuta.

2. Es necesario, también, *identificar los problemas más significativos de la persona*, mediante preguntas abiertas, tales como ¿Cuál es el motivo por el que está aquí? Esto puede brindar información acerca de cómo percibe la persona su problema con las drogas. El terapeuta está comprometido a motivar a la persona para que explore y defina su problema, de forma que el cambio en esa percepción acerca de las drogas, en esas ideas, permita avanzar hacia la meta y su mantenimiento.

3. La persona debe comprender que la *TREC* es *una orientación de autoayuda*. Desde el principio debe comprometerse por el cambio de una manera prescrita para alcanzar la meta. Hacerle ver que todas las personas pueden cambiarse a sí mismas una vez que aprenden a hacerlo y se esfuerzan en lograrlo.
4. También es necesario que la persona se *formule expectativas realistas* respecto al cambio (lo que implica un trabajo serio y constante para alcanzarlo) y los límites precisos de la terapia (descripción de los procedimientos, horario de atención, etc.). Ambos deben ser congruentes entre sí.
5. Para la elaboración del *plan de tratamiento* es necesario contar con un proceso de evaluación sistemático, que permita comprender los círculos viciosos de sentimientos, pensamientos y acciones auto-derrotistas de la persona. La evaluación es un proceso de formulación y comprobación de hipótesis sobre las ideas irracionales y las emociones y comportamientos vinculados que permitan, mediante un interrogatorio adecuado, confirmar o desechar la hipótesis.
6. Debido a que en ocasiones a la persona no le resulta obvia la relación entre su consumo del alcohol, tabaco y/u otras drogas, es *necesario conocer su historia o patrón de consumo y elaborar la evaluación correspondiente*. Esto es importante de dos maneras: una, le permite al terapeuta conocer la gravedad del problema y elaborar hipótesis al respecto, lo mismo que metas a lograr; además, a la persona le permite saber que la terapia se dirigirá a sus hábitos auto- derrotistas con respecto al abuso de sustancias, de forma que el terapeuta pueda disputar con él o ella las creencias irracionales con respecto a su consumo, *sin realizar juicios de valor*, explorando que cantidad bebe por ocasión, así como problemas relacionados tales como de tipo familiar, laboral, de salud, etc.
7. Las metas que se establezcan entre el terapeuta y la persona deben ser realistas, sobre todo con aquellas personas que presentan una alta resistencia o negación del problema. *El tipo de meta elegido, por otra parte,*

depende de las características de la persona, por ejemplo, alguien con problemas severos de salud, como cirrosis o enfisema, no podrá optar, por razones obvias, por una meta de consumo moderado. La participación activa de la persona en la definición de las metas elevará su autoeficacia y, por tanto, la probabilidad de que la meta se cumpla.

8. Si la persona tiende a verse como adicta o abstemia, la posibilidad de que una *recaída sea perciba como un fracaso* es alta y la recuperación más lenta. Si la recaída ocurre, es necesario hacerle ver que simplemente es la meta la que no resultó adecuada y hay que buscar una que sí lo sea, desafiando las cogniciones asociadas a la misma y las situaciones de riesgo. La identificación de las situaciones de riesgo, lo mismo que el aprendizaje de expectativas realistas ayudará a evitar recaídas. Algunas estrategias útiles en esta dirección pueden ser: la identificación de las situaciones de riesgo, el entrenamiento asertivo, la reestructuración cognitiva, ensayos conductuales y cognitivos, etc., debe analizarse el hecho de que una recaída es siempre el resultado de una *decisión*, no siempre consciente, por parte de la persona, por lo que habrá de explorarse directamente la experiencia y obtener la información adecuada.

El pensamiento adictivo.

Ellis *et al* (op. Cit.) señalan que, al igual que en otros problemas psicológicos, son los pensamientos auto-derrotistas, las emociones y conductas a ellos ligados, los que afectan negativamente su vida. Dada su naturaleza inconsciente y automática, el pensamiento adictivo resulta muy resistente al cambio, por lo que inicialmente se debe llevar a la persona a que identifique las relaciones entre el consumo de sustancias y sus problemas psicológicos, mediante un proceso durante el cual es cada vez más responsable, con la ayuda del terapeuta, de la identificación y cambio de sus pensamientos auto-derrotistas.

Esto se realiza mediante el debate, o disputa, que consiste en desafiar de manera lógica, empírica y científica las ideas irracionales de la persona, de una manera flexible y consistente, adaptadas a los problemas, sentimientos y su capacidad

verbal, de forma que, por exemplificar, una excesiva racionalidad del terapeuta pueda generar resistencia. El cambio en las creencias irracionales requiere generar en la persona una disonancia cognoscitiva. Esto se logra mediante la evidencia filosófica, lógica y empírica que ponga en entredicho esas creencias.

Técnicas específicas de la TREC para las adicciones.

La TREC emplea tres tipos de técnicas para el tratamiento de las adicciones: 1) cognitivas; 2) emocionales y 3) conductuales. Se dan ejemplos:

1) Técnicas cognitivas para el tratamiento de las adicciones

Discusión de ideas irracionales	De los 'debes', 'tienes qué' y 'demandas'
	Del catastrofismo
	'No puedo soportarlo'
	Auto descalificaciones
	Inevitabilidad y falta de esperanza
Auto-afirmaciones racionales o de afrontamiento	Afirmaciones de afrontamiento empíricas y realistas
	Afirmaciones de tratamiento filosóficas y auto-exigentes
	Auto-afirmaciones de ánimo
	Pensamiento positivo
Referencias	Dolores, molestias y perjuicios del consumo de sustancias
	Ventajas de abandonar las sustancias
Distracción cognitiva	Relajación, meditación y discusión
Técnicas psico-educacionales	Biblioterapia
Reformulación	Ver el lado positivo de las cosas
	Observar el desafío de afrontar lo malo
Tareas cognitivas en casa	Buscar los 'debes' y 'tienes qué'
Formulario TREC de autoayuda	

2) Técnicas **emotivas** para el tratamiento de las adicciones

Ejercicios para superar la vergüenza	Ejercicios absurdos o sinsentido para vencer la vergüenza
Imaginación racional-emotiva	Generar sentimientos fuertes negativos y esperar a que la persona aporte una creencia racional
Afirmaciones de afrontamiento	Repetir muchas veces de manera enérgica una auto-afirmación racional
Auto-diálogos eficaces	Las afirmaciones irracionales de la persona son refutadas fuertemente por afirmaciones racionales, mediante auto-diálogos
Auto-aceptación incondicional	La aceptación incondicional por parte del terapeuta facilita una auto-aceptación por parte de la persona
Rol-playing racional emotivo	Descubrir creencias irracionales que subyacen a sentimientos perturbadores ensayando comportamientos cotidianos durante las sesiones
El humor como método terapéutico	Reducir las creencias irracionales al absurdo para poder desecharlas

3) Técnicas **conductuales** para el tratamiento de las adicciones

Desensibilización en vivo	Mediante la imaginación y relajación la persona trata de controlar la ansiedad que originalmente la llevó a consumir
Desensibilización implosiva	No recomendable, excepto con quienes la desean y han logrado abandonar el consumo por un tiempo seguro
Reforzamiento y penalización	Establecimiento de un contrato de la persona consigo misma y con el terapeuta para hacer cosas placenteras después de abandonar el consumo, y acordar penalizaciones cuando reanudan el consumo
Prevención de respuesta	Mediante la familia o la institucionalización, impedir el consumo mediante la supervisión estrecha.
Prevención de recaídas	A nivel cognitivo: estar preparado para posibles retrocesos, identificar las creencias irracionales y desafiarlas
	A nivel emotivo: utilizar de manera enfática afirmaciones racionales de afrontamiento
	A nivel conductual: se emplea 'control del estímulo', 'reforzamiento', 'penalizaciones', 'sustituciones', etc.
Entrenamiento en competencias y resolución de problemas	No únicamente se pretende cambiar creencias irracionales, sino el entrenamiento en habilidades sociales, así como volver a los acontecimientos activadores, para que éstos cambien

Tratamiento de las adicciones

No puede suponerse que la discusión de ideas irracionales durante las sesiones sea suficiente para que la persona realice cambios en su vida, por lo que resulta necesario enfrentar de manera inicial y directa el consumo de sustancias y abordar paulatinamente otras áreas problemáticas. Resulta necesario, además, identificar las *etapas del tratamiento*, así como el hecho de que no todas las personas transitan por estas etapas de manera similar.

Etapas del tratamiento de acuerdo con las técnicas de la TREC

a) En primer término el objetivo consiste en establecer una alianza terapéutica con la persona, así como evaluar y definir el problema de manera colaborativa y, de manera conjunta, establecer las metas iniciales del tratamiento y cómo llevarlo a cabo.

En la dimensión cognitiva debe evaluarse la autopercepción de la persona con respecto a su consumo y a sí misma, así como modificar sus creencias irracionales con respecto al mismo y a sí mismo.

En el plano conductual se debe evaluar el patrón de consumo de drogas: la frecuencia, duración, cantidad consumida por ocasión; definir los límites de la terapia, y definir claramente el problema.

b) De acuerdo a las características del problema de cada persona, se definen y se aplican estrategias cognitivas y conductuales que le ayudan a cambiar su apego al tipo de sustancia que consume. El objetivo consiste en definir las acciones necesarias que permitan suspender el consumo.

En la dimensión cognitiva se intenta interrumpir la ansiedad generada por la falta de consumo, así como establecer expectativas realistas sobre el tiempo y el esfuerzo necesario para el cambio.

En el plano conductual se busca establecer alternativas incompatibles con el uso de la sustancia, a través de estrategias auto-reforzantes y/o penalizaciones por el consumo, apoyándose para ello en el uso del auto-registro.

c) Esta etapa tiene como objetivo el mantenimiento de la abstinencia, para lo cual es necesario el autocontrol emocional y conductual. Para lograrlo, en el plano

cognitivo se enseña el modelo ABC-D. Se discuten los ‘debes’ con respecto a uno y a los otros, así como las competencias básicas racionales emotivas para resolver problemas. En el plano conductual, se enseñan técnicas para el manejo del estrés, entrenamiento en asertividad, en habilidades sociales y en resolución de problemas.

d) De suma importancia en esta etapa es la discusión de las creencias irracionales desencadenantes auto-derrotistas, emocionales o conductuales más generales, buscando que la persona de acepte a sí misma y encaminándola hacia una filosofía más racional. El objetivo de esta etapa consiste en desarrollar una auto-aceptación racional y un nuevo esto de vida que resista al estrés.

En el plano cognitivo se promueve la aceptación y auto-tolerancia, así como un conocimiento racional de las consecuencias de pensar, sentir y actuar de una manera determinada hacia uno mismo y los demás.

En el área conductual se estimulan y refuerzan las experiencias ampliadas a placeres personales y logros profesionales.

Terminación del tratamiento

Existen varias condiciones a partir de las cuales el tratamiento se da por terminado. En primer lugar, el ideal para la suspensión consiste en que de manera conjunta el terapeuta y la persona lo deciden. Una vez que se ha cumplido un plan para terminar con el abuso de la o las sustancias consumidas y ese cambio se ha mantenido a menos durante nueve meses. Se han seleccionado nuevas metas terapéuticas dirigidas a cambiar diálogos internos de la persona y los supuestos irracionales que subyacen su funcionamiento emotivo-conductual.

Sin embargo, pueden existir otros motivos, por ejemplo, por razones no explícitas por parte de la persona, o debido a circunstancias ajenas a la misma, o porque puede buscar otro tipo de ayuda, como algún grupo de apoyo. Puede ser también que la persona no alcance el objetivo o meta deseada y busque un recurso más intensivo. Es necesario decir aquí que algunas de sus metas pueden ser bastante irracionales, como una cura sencilla y rápida a su consumo y problemas asociados, e inclusive, no agradarles la personalidad del terapeuta.

Otro motivo muy importante es que la persona pueda haber recaído, por lo que el seguimiento del caso por parte del terapeuta puede ayudarle a cambiar el valor atribuido a la recaída y ayudarle a buscar ayuda posteriormente.

No obstante, el terapeuta, cualquiera que sea el caso, debe mantener abierta la posibilidad de reiniciarla cuando la persona se encuentre nuevamente en dificultades, para lo cual es necesario analizar algunas condiciones que sugieran la necesidad de regresar a la terapia.

Aplicaciones de la TREC en el campo de las adicciones

Pueden describirse brevemente algunas aplicaciones de la TREC en el campo de las adicciones a continuación. Es claro que no es posible ilustrar cada uno de los pasos por cuestiones de espacio. Sin embargo, se remite al lector a la consulta directa de las referencias. Palencia Salinas (2019) expone la evaluación e intervención desde la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de un caso de un consultante de 17 años por consumo de sustancias psicoactivas, diagnosticado -según el CIE 10- con Trastorno Mental y del Comportamiento debido al uso de cannabinoides, con subtipo de Síndrome de dependencia; con énfasis en el mejoramiento de la funcionalidad familiar. Para la evaluación del caso se realizó la aplicación del inventario de ansiedad de Beck (BAI), así como una evaluación clínica mediante entrevistas y análisis funcional de la conducta; para la intervención se aplicaron técnicas de detección, refutación y discriminación de pensamientos; uso de auto registros; psicoeducación, y modelo ABC. Los resultados indican que el paciente disminuyó la frecuencia del consumo, logrando una notable modificación de los pensamientos irracionales y de su conducta, así como el mejoramiento de las relaciones entre los miembros de la familia y la dinámica familiar.

Sánchez (2010) en un trabajo grupal con esposas con dependencia afectiva de consumidores de drogas, la pregunta de investigación fue ¿La terapia Racional Emotiva logra cambios en las mujeres con trastorno Dependiente de la personalidad en esposas de usuarios consumidores de alcohol y/o drogas? Se realizó una investigación cualitativa exploratoria para conocer los discursos de la

experiencia vivida por cada participante. La técnica que se utilizó fue con grupos focales, entendiendo a ésta como proceso de producción de significados que apunta a la indagación e interpretación de fenómenos ocultos a la observación del sentido común. Además, se caracteriza por trabajar con instrumentos de análisis que no buscan informar sobre la extensión de los fenómenos (cantidad de fenómenos), sino más bien interpretarlos en profundidad y detalle, para dar cuenta de comportamientos sociales y prácticas cotidianas. Se realizaron entrevistas grupales de modalidad semi-dirigida con las asistentes a terapia grupal, donde se favoreció la discusión sobre la eficacia de la terapia grupal cognitivo conductual, sus mejorías y experiencias al haber participado en esta intervención.

En los resultados se encontró que sí hubo una notable mejoría que se vio reflejada en cuanto a la dificultad para tomar decisiones; para expresar desacuerdos por temor a reacciones de la pareja (enojo, amenaza de irse, etc); en la falta de confianza en su propio juicio (inseguridad), tolerar cosas desagradables por necesidad de protección, sentimientos de desamparo caracterizados por el temor de no poder cuidar de sí mismas tanto en lo afectivo, económico, salud y bienestar. También disminuyeron los sentimientos de angustia, miedo al abandono, al rechazo y a la soledad; lo mismo reportaron en el grupo focal. Otro aspecto importante de resaltar es que después de la intervención grupal hubo disminución en aspectos tales como la dificultad para decir no, la necesidad de permanecer cerca de una persona pese a recibir un mal trato, los sentimientos de gran responsabilidad por los estados de ánimo, acciones y bienestar de la pareja, sentimientos de culpa por reacciones de su pareja y/o lo que le ocurre a ésta por mencionar algunos como puede observarse en el cuadro y en lo expresado en los grupos focales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En opinión de algunos autores como Hayes (2004) o (Barraca (2014), el desarrollo histórico hasta el presente de la terapia de la conducta puede plantearse en tres momentos. (que no implican el desecho de ninguna técnica, sino que pueden ser vigentes en todo momento dada su efectividad). El surgimiento, a mediados del siglo XX, de la Modificación de Conducta, derivación aplicada o clínica del Análisis

Experimental de la Conducta, basada en el condicionamiento operante y respondiente. Esta primera etapa podría denominarse “primera ola”. Como se sabe, en el último tercio de ese siglo, tuvo un importante impacto la llamada “revolución cognitiva”, que en la aplicación clínica tiene a sus más destacados representantes en la Terapia Cognitivo Conductual” (TCC). En este periodo se inserta también la Terapia Racional, que se venía gestando desde los años 50, como parte de la psicología cognitiva, pero al margen de la modificación de conducta. Posteriormente retomaría, además de los componentes emotivos, algunos procedimientos, que no principios, del conductismo, ampliando sus horizontes de aplicación, más no los explicativos, tarea que ya resultaba compleja con la integración de varias aproximaciones teórico-metodológicas. La TCC y la TREC son las representantes principales de la “segunda ola”. En lo que va de este siglo XXI, según Hayes, asistimos al surgimiento de una “tercera ola”, representada por terapias como la de la Aceptación y Compromiso, la terapia basada en el *Mindfullness* y otras que no se revisan aquí porque sólo se pretende dar una idea de la ubicación tempo histórica de la TREC, así como de sus áreas de oportunidad. Es por ello que, en lo que sigue, se hacen algunos comentarios de corte crítico con respecto a la validez científica de sus explicaciones y las deficiencias metodológicas, que la alejan de esta última a pesar de los resultados frecuentemente reportados como positivos en su aplicación a una gran variedad de problemas psicológicos.

Si bien, puede afirmarse que la TREC es un tratamiento ampliamente difundido e, inclusive, bastante extendido en instituciones de salud mental (Sansores y Espinosa, 1999²), por su efectividad en muchos tipos de problemas psicológicos, también en cierto que carece de elementos de corte teórico y metodológico integrados que la podrán catalogar como una práctica clínica basada en la evidencia empírica y, por tanto, con validez científica. La historia de la TREC permite observar este proceso. Comienza como Terapia Racional, luego se añade lo Emotivo y en el presente se incluye lo Conductual. Este proceso de añadidos

² La laxitud con la que se emplean los términos Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Racional Emotivo Conductual por parte de los terapeutas, se dan confusiones como ésta, en dónde el manual es sobre TREC y no sobre TCC, como lo indica su título.

dificulta la explicación del proceso de tratamiento y del impacto que pueda tener en el mismo cada uno de los procedimientos empleados, dada la mezcolanza conceptual producto de los agregados a lo largo del tiempo.

Así, en un metaanálisis realizado por Terjersen y DiGuiseppe (2000), encontraron serias limitaciones en la investigación sobre la TREC sobre todo en el tratamiento del abuso de alcohol y la dependencia. Otra limitante es la falta de validez interna de los diseños de estas investigaciones, evidentes cuando se revisan de manera rigurosa los atributos metodológicos de los estudios para determinar si estas características influyen los efectos potenciales de los tratamientos. Por ejemplo, no es frecuente encontrar reportes con características metodológicas tales como la asignación al azar de los sujetos, condiciones de control, manipulación y medición de variables, etc., cuestiones cuya presencia o ausencia pueden influir en la validez externa de sus resultados. Sin embargo, estos no parecen ser obstáculos para sus partidarios, en tanto la visión pragmática y ecléctica que permea su práctica clínica.. De este modo, se puede concluir que la TREC puede mostrar resultados deseados en cuanto al cambio de las adicciones y de otros problemas psicológicos, sin embargo, vale la pena reflexionar un poco en los aspectos mencionados, de naturaleza conceptual y metodológica, para avalar de manera científica sus contribuciones clínicas.

Referencias Bibliográficas

- Brandsma, J. M., Maultsby, M. C., y Welsh, R. J. (1980). *The outpatient treatment of alcoholism: A review and a comparative study*. Baltimore: University Park Press.
- Barranco, J. (2014) *Técnicas de Modificación de Conducta: una guía para su puesta en práctica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Camacho, R. (2012a) XI Congreso de Escuela para Madres y Padres de Familia de Secundarias Técnicas. 4 de julio. *El Universal. Metrópoli*.
- Camacho, R. (2012b) Ampliarán programa de prevención en adicciones. 30 de junio. *El Universal. Metrópoli*.

Consumo de alcohol durante la emergencia sanitaria COVID-19”, (2022), México: Instituto para la Atención y Prevención de Adicciones de la Ciudad de México

- Ellis, A. (1962) Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lile Stuart.
- Ellis, A. (1977) Humanistic Psychotherapy: The RET Approach. New York: McGraw Hill.
- Ellis, A. Abrahams, E. (1980) Terapia Racional Emotiva. México: Edit. Pax.
- Ellis, A. (1982) The Treatment of Alcohol and Drug Abuse. Rational Emotive Approach. Rational Living, 17, 15-24.
- Ellis, A. Bernard, M. (1983) (Eds.) Rational Emotive Approach to the Problem of Chidhood. New York: Plenum.
- Ellis, A. (1987) Overcoming Resistance: RET with difficult clients. *The Behavior Therapist* 16, 257-258.
- Ellis, A. Mc Innery, J. DiGiuseppe, R. Yeager, R. (1988) Rational emotive therapy with alcoholics and substance abusers. New York: Pergamon. (Trad. al español: Terapia racional emotiva para alcohólicos y toxicómanos: Manual para Profesionales de la Psicología. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- DiGuussepe, R. McInermey, (1994) Patrones de Adicción. Una perspectiva Racional Emotiva. Revista de Toxicomanías No. 1, pp. 1-8.
- Ellis, A. (1993) Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *The Behavior Therapist*, 16, 257-258.
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas (ENCODAT 2016-2017) México: Secretaría de Salud.
- Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes. Global Youth Tobacco Survey, GYTS, 2017 findings. Recuperado de <https://www.globaldrugssurvey.com/past-findings/the-global-drug-survey-2016-findings/>
- Hayes, S. (2004; Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and The Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies”. *Behavior Therapy*, 35, 639-665),
- Informe Mundial sobre las Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2022). UNODOC.

- Lega, L. Caballo, V. Ellis, A. (1998) Teoría y práctica de la terapia racional emotivo.conductual. México: Siglo XXI.
- Palencia, D. (2019) Intervención Psicológica desde la TREC de un caso de consumo de sustancias psicoactivas. Facultad. de Psicología. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Sánchez González, L. (2010) Eficacia de la Terapia de Grupo Racional Emotiva con Esposas de Consumidores de Drogas con Dependencia Afectiva. México: Centros de Integración Juvenil.
- Sansores, R. Espinosa, A, (1999), Programa Cognitivo Conductual de la Clínica para dejar de fumar Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México: INER
- Tejersen, DiGisseppe, Grunner, P. (2000) A Review of REBT Research in Alcohol Treatment. *Journal of Rational-Emotive y Cognitive-Behavior Therapy* Volume 18, Number 3.
- Vázquez San Román, D. (2021). COVID-19 y adicciones: cuando la pandemia y la epidemia se encuentran. *Videoconferencia en la Semana Mundial del Cerebro. del Instituto de Investigaciones Cerebrales*. Jalapa, Veracruz.
- Velten, E. (1968) A laboratory task for induction of mood states. *Behavior Research abd Therapy* 6, 473-482.