

---

# LA IRA Y LA ANSIEDAD EN LA ABSTINENCIA DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS

## ANGER AND ANXIETY IN THE ABSTINENCE OF RECOVERED ALCOHOLICS

ESTHER GARCÍA-ROSADO  
M. ÁNGEL PÉREZ-NIETO  
*Universidad Camilo José Cela*

e-mail: esthergrm@hotmail.com

### RESUMEN

*El presente trabajo tiene por objetivo explorar la relevancia que la ira y la ansiedad tienen en el mantenimiento de la abstinencia alcohólica y la evitación de la recaída, analizando la capacidad discriminativa que estas emociones, y sus diferentes formas de respuesta, tienen el mantenimiento de la abstinencia alcohólica. Para ello, una muestra de 30 varones miembros de un grupo de alcohólicos recuperados, con un rango de abstinencia que va de los 6 días a los 34 años, es evaluada en ansiedad mediante el ISRA y en ira mediante el STAXI 2. Los análisis correlacionales, de frecuencias y discriminantes permiten concluir que un menor rasgo y temperamento de ira y una menor expresión externa y mayor control de la misma, además de una menor ansiedad interpersonal son variables que favorecen el mantenimiento de la abstinencia.*

### PALABRAS CLAVE

*alcohol, abstinencia, ira y ansiedad*

### ABSTRACT

*This paper has the aim of exploring the importance of anger and anxiety in maintaining alcoholing abstinence and avoiding fall back, while analyzing the discriminatory ability of these emotions and their different forms of answers in maintaining such alcoholic abstinence. In order to prove so a sample of 30 men members of a group of recovered alcoholics, with a range of abstinence going from 6 days to 34 years has been evaluated in anxiety levels through ISRA and in anger levels through STAXI2. Correlational analysis of frequencies and discriminants allow concluding that a lesser feature and nature of anger and a minor external expression and higher control of such expression, in addition to a lesser interpersonal anxiety, are variables that favour the maintainance of abstinence.*

### KEY WORDS

*alcohol, abstinence, anger and anxiety*

## INTRODUCCIÓN

En 1849 el médico Magnus Huss crea el término alcoholismo con el fin de unificar las diversas patologías: físicas, psíquicas y sociales, cuyo factor etio-patogénico primario era indudablemente el etanol (Martín, Gerona y Lizasoain, 1998). Actualmente el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y una mortalidad considerable (American Psychiatric Association, 2001). La prevalencia del alcoholismo en España, cuarto país mundial en consumo de alcohol per-capita, cifra entre 5 y 15% de la población general. Cada español consume, por término medio 10.8 litros de alcohol al año. Existe una tasa de consumo elevada en más del 7% de la población (Ladero, 1998), siendo la tercera causa de muerte. La importante presencia que tienen las bebidas alcohólicas en la sociedad española queda confirmada por el hecho de que una amplia mayoría (el 87%) de los ciudadanos de 15 a 65 años las ha consumido en alguna ocasión. (Sánchez, 2002).

El abuso del alcohol se ha caracterizado, a menudo, porque lleva a uno o más de los siguientes problemas: 1) pérdida de control sobre la bebida; 2) trastornos médicos, y 3) problemas sociales. En el presente trabajo el término de alcoholismo se va a referir a aquellos casos en los que la persona presenta dependencia del consumo de alcohol o tiene graves problemas debido al consumo abusivo del mismo (American Psychiatric Association, 1994).

Por dependencia la OMS, en 1982 define: "*Síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establezca una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes*". Existen dos tipos de dependencia, la física y la psíquica. La dependencia física, o neuroadaptación, se describe como la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo, el cual cuando se rompe, el síndrome que resulta de la retirada de la droga se denomina abstinencia. (Martín y Lorenzo, 1998). La dependencia psíquica, es descrita como el deseo irresistible de repetir la administración de una droga para obtener la vivencia de sus efectos agradables placenteros y/o evasivos, o bien evitar el malestar psíquico que se siente por su ausencia. (Martín y Lorenzo, 1998).

El síndrome de abstinencia alcohólica incluye una serie de síntomas físicos característicos de la alta activación fisiológica como temblores, alteraciones del sueño, náuseas, vómitos, anorexia, sudoración, etc. además de respuestas de ansiedad e ira (Maldonado y Lucena, 2002). Los síntomas del síndrome tienden a

incrementarse cuando hay algún tipo de estrés emocional adicional, o cuando hay un pobre control de la ansiedad y el miedo que producen estos mismos síntomas.

Los síntomas hacen que el alcohólico experimente alta ansiedad, irritabilidad, dolor, temor, etc. La evitación de estos síntomas lleva a seguir consumiendo. El consumo genera una dependencia y, por lo tanto, síntomas más severos en el cuadro del síndrome de abstinencia. El resultado será que cada vez será más necesario el consumo, y cada vez habrá emociones más negativas anticipando esa necesidad de consumir (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González e Iruarrizaga, 1994).

Existen estudios que reflejan que aunque los síntomas aislados de ansiedad y depresión aparecen asociados con frecuencia al alcoholismo, los trastornos depresivos o de ansiedad no son mucho más prevalentes que entre la población general (Helzer y Pryzbeck, 1988). No obstante otros estudios concluyen que la dependencia del alcohol aparece asociada a trastornos de ansiedad, de estado de ánimo y trastorno de personalidad antisocial, con mayor frecuencia de lo que cabría esperar por simple azar (Higes, Eshleman, Wittchenhu y Kendler, 1994; Kessler, Mcgonagle, Zhao, Nelson). Los porcentajes encontrados en la revisión de Marks (1991) sobre incidencia de trastornos de ansiedad en alcohólicos se sitúan alrededor de un 30%. Según Kushner (1999), entre un 23% y un 70% de pacientes alcohólicos presentan también trastornos de ansiedad, sobretodo fobias y por otro lado, entre el 20% y el 45% de pacientes con trastorno de ansiedad tiene antecedentes de alcoholismo. Dicha cormobilidad entre alcohol y trastornos de ansiedad es más prevalente entre los alcohólicos que entre los abusadores de alcohol (Casas y Guardia, 2002).

Las situaciones de estrés provocan un desajuste personal y social, esta intensidad del estrés a veces no puede ser afrontada por el individuo, produciendo fuertes reacciones de ansiedad e ira como respuestas que pueden generar el consumo de sustancias como el alcohol, que ayudan a superar la situación (Martín y Lorenzo, 1998). Esto se explicaría basándonos en el modelo de reducción de la ansiedad, donde la conducta se aprende mediante una reducción de impulsos, entre los que también figura la ansiedad y la ira. El alcohol tendría el efecto de antídoto contra estímulos desagradables, reduciendo la tensión provocada por estas emociones. Lazarus (1965), propone que se puede considerar el desarrollo del alcoholismo de la siguiente forma: El futuro alcohólico vivencia en algunas ocasiones el efecto del alivio pasajero que proporciona el alcohol. Por refuerzo intermitente llega a la formación del hábito del consumo del alcohol cada vez que surge tensión. El consumo excesivo le provoca problemas (de salud, sociales y psicológicos) que significarán a su vez un aumento de tensión para cuya eliminación beberá dosis de alcohol aún más elevadas.

De esta manera se forma un círculo vicioso que va en aumento y se autorrefuerza. En fases posteriores, se añaden como condiciones desencadenantes esenciales los fenómenos de privación fisiológica que se viven en forma aversiva y que solo pueden evitarse a través del consumo alcohólico. A esta teoría también se añade un principio básico de aprendizaje, que afirma que los reforzadores inmediatos son más efectivos que los que se aplican posteriormente. Por ello, el efecto más inmediato actúa como refuerzo mientras que las consecuencias negativas posteriores del consumo (por ejemplo, las cefaleas tras la borrachera, o la pérdida de empleo tras varios episodios alcohólicos), no surten un efecto tan intenso como sería esperable.

Los deseos de consumir suelen ser habitualmente desencadenados por la presencia de estímulos, originalmente neutros, que por condicionamiento clásico han adquirido un valor añadido, han sido incentivados, produciéndose lo que se denomina *proceso de incitación predominante*. Los estímulos asociados al consumo pueden ser externos o internos, no estando necesariamente relacionados con las propiedades farmacológicas de la sustancia; el conocimiento y la extinción de estas asociaciones tienen una gran importancia en el tratamiento de la dependencia y en la prevención de recaídas (Agesta, 2002).

A partir de aquí podemos concluir que las emociones van a jugar un papel fundamental en el alcoholismo: inicio, desarrollo, mantenimiento, síndrome de abstinencia y recaída, sobre todo emociones desagradables como la ansiedad y la ira. La ansiedad es definida como: *“La respuesta, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos, tales como pensamientos, ideas..., que son percibidos por el sujeto como peligrosos o amenazantes”* (Miguel Tobal, 1985).

Los alcohólicos se caracterizan por padecer altos niveles de ansiedad especialmente en situaciones sociales (Crum y Pratt, 2001; Echeburúa, 2001; Heimber, Dodge y Becker, 1987). Pero no sólo la ansiedad genera consumo, sino que el consumo y la abstinencia generan ansiedad, sobre todo a nivel motor y ante situaciones de evaluación interpersonal y cotidianas, pero no en situaciones fóbicas (Bauer y Moormann, 1993; Miguel-Tobal, Prieto y Gervás, 1994). También presentan un estado de ansiedad más elevado. Asegurando que *“los adictos tienen dificultades para afrontar amenazas, tales como emociones negativas”* (Miguel-Tobal, Prieto y Gervás, 1994).

La ira es entendida como una emoción básica (Ekman, 1984; Fridja, 1986; Izard, 1977; Plutchik, 1980; Weiner, 1986) definida por una activación fisiológica y una expresión facial característica acompañada por sentimientos de enfado o enojo y que aparece cuando no se consigue alguna meta o necesidad o se recibe un daño (Pérez Nieto, 2003); normalmente se entiende que la responsabilidad de ese daño es externa (Pérez-Nieto, Camuñas, Cano-Vindel, Miguel-Tobal e Iruarri-zaga, 2000).

La forma de afrontamiento natural de la emoción de ira es la agresión, en cualquiera de sus posibles modalidades. Sin embargo como esta conducta solo se permite en circunstancias extremas, estando socialmente penalizada, se produce un fenómeno consistente en la acumulación de tensión que no puede ser consumida por el organismo. Esta energía, debemos encontrar la forma de suprimirla o exteriorizarla de una manera socialmente aceptada. (Fernández-Abascal y Palmero, 1999). La intensidad de la ira experimentada y la vía por la que se expresa constituye variables críticas. No obstante podría recurrirse al alcohol bien para reducir la sintomatología fisiológica de activación o bien para liberar esa tensión bajo los efectos del alcohol y así ser socialmente aceptable. En relación con la ira, se encuentra que los alcohólicos puntúan más alto en rasgo de ira, ira interna e ira externa pero no en estado de ira (Tivis, Parsons y Nixon, 1998) y aquellos sujetos que suprimen la ira muestran un consumo de alcohol frecuente (Musante y Treiber, 2000) aunque otros estudios concluyen que los sujetos que exteriorizaban la ira tendrán más tendencia a tener problemas con el alcohol (Cautin, Overholser, y Gotees, 2001). El amplio número de datos que muestran la relevancia de la ira en el alcoholismo ha hecho que muchos de los programas de intervención en alcohólicos incluyan módulos de tratamiento específicos centrados en el manejo de la experiencia y la expresión adecuada de la ira (e.g. Meyers, Millar, Hill y Tonigan, 1998; Schonfeld, Dupree, Dickson-Euhrmann, Royer, McDermott, Rosansky, Taylor y Jarvik, 2000).

El presente estudio pretende explorar las relaciones entre ansiedad e ira y abstinencia en un grupo de alcohólicos rehabilitados, así como identificar la capacidad que la ansiedad y la ira pueden alcanzar en la predicción y/o discriminación entre distintos niveles temporales de abstinencia.

## MÉTODO

### *Muestra*

La muestra evaluada estuvo formada por 30 sujetos, todos ellos varones, con una media de edad de 47 años (rango 38-59) y un nivel educativo medio-bajo. Los sujetos fueron reclutados del grupo GEARA (Grupo de enfermos alcohólicos recuperados de Ávila). En el momento de la administración de la batería de evaluación todos los sujetos se encontraban abstinentes. El tiempo medio de abstinencia oscila entre 6 días y 34 años, siendo la media aproximada de cinco años. La edad media de comienzo al consumo es de 15.7 años, la aparición del consumo problemático, es decir, el momento en que el individuo comenzó a percibir problemas derivados de su consumo abusivo de alcohol, oscilaba entre los 30 y 40 años.

### *Instrumentos*

- *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*, (Miguel-Tobal y Cano -Vindel, 1994). Proporciona medidas del rasgo general de ansiedad (Ansiedad Total), del triple sistema de respuesta (Cognitivo, Fisiológico y Motor), y de cuatro áreas situacionales (Ansiedad de Evaluación, Ansiedad Interpersonal, Ansiedad Fóbica y Ansiedad ante Situaciones de la Vida Cotidiana).
- *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2)*. (Miguel-Tobal, Casado Morales, Cano-Vindel y Spielberger, 2001). Incluye las siguientes escalas y subescalas: Estado de Ira, Rasgo de Ira (subescalas: Reacción y Temperamento), Expresión Interna de Ira, Expresión Externa de Ira, Control Interno de Ira y Control Externo de Ira y un Índice de Expresión de Ira. Se trata del cuestionario más fiable y válido para medir ira (Moscoso y Pérez-Nieto, 2003).
- *Cuestionario sobre el historial de alcoholismo*: Desarrollado para la ocasión, el cuestionario recoge datos en relación a la historia del sujeto con la bebida, edad a la que comenzó a beber, motivos, edad a la que se detecta que tiene problemas con la bebida cantidad que bebía, número de recaídas y motivos, tiempo de abstinencia (codificado en días) y ayuda recibida. También se recogen datos sobre episodios de agresividad relacionados con la bebida, si expresa o no sus sentimientos y si le cuesta o no relacionarse. Y por último datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel de estudios y número de hijos.

## ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS

En relación al objetivo primero se llevo a cabo una correlación de Pearson entre la variable Abstinencia y las distintas escalas del ISRA (Tabla 1) y las escalas del STAXI 2 (Tabla 2). Los resultados muestran correlaciones negativas y significativas de la Abstinencia con Rasgo, Temperamento, Ira Interna e Ira Externa, y negativas y cercanas a la significación en Ansiedad interpersonal –F-II–.

Tabla 1

*Correlaciones entre Abstinencia e ISRA*

ANSIEDAD	COGNITIVO	FISIOLÓGICO	MOTOR	TOTAL	FI	FII	FIII	FIV
Abstinencia	-.378	-.039	-.324	-.017	-.249	-.414	-.365	-.356

Tabla 2

*Correlaciones entre Abstinencia y STAXI 2*

IRA	RASGO	REACCIÓN	TEMPTO	IRA INTERNA	IRA EXTERNA	CONTROL IRA INTERNA	CONTROL IRA EXTERNA	I.E.I
Abstinencia	-.478*	-.344	-.523**	-.478*	-.576**	.366	.274	-.177

\*Sig.  $\leq$  .05; \*\*Sig.  $\geq$  .01

Para el objetivo segundo se crearon dos grupos en la variable *Abstinencia* a partir del estadístico de tendencia central Moda=720 días, no usando la Media (=1921 días) por la asimetría de la distribución muestral (ver histograma, figura 1). Se realizó una función discriminante sobre los grupos de abstinencia tomando como variables independientes (predictoras) las escalas del STAXI 2 (Tabla 3) y del ISRA (Tabla 4). La función discriminante a partir de las escalas de la ira resulta significativa, siendo el Temperamento y el Rasgo los factores de mayor peso.

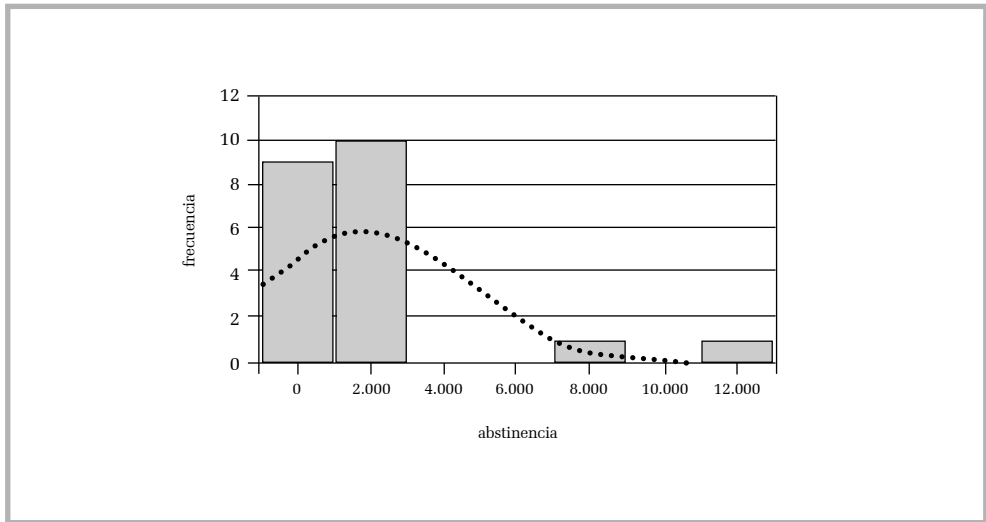


Figura 1. Histograma de Abstinencia

	ABSTINENCIA			
<b>Grupos</b>	Grupo Superior: n=12, Grupo inferior: n=9			
<b>Correlación canónica</b>	.851			
<b>Lambela de Wilks y significación</b>	.276	$\chi^2=19.937$	gl=7	Sig.=.006
<b>Matriz de estructura (ordenada por el tamaño de la correlación con la función)</b>	Temperamento	.837		
	Rasgo	.549		
	Ira Externa	.422		
	Control Ira Externa	-.389		
	Reacción	.269		
	Índice de Expresión de Ira	.257		
	Reacción	.269		
	Índice de Expresión de Ira	.257		
	Ira interna	.203		
	Control Ira Interna	.056		



	ABSTINENCIA			
<b>Grupos</b>	Grupo Superior: n=12, Grupo inferior: n=9			
<b>Correlación canónica</b>	.720			
<b>Lambela de Wilks y significación</b>	.482	$\chi^2=10.949$	gl=8	Sig.=.205
<b>Matriz de estructura (ordenada por el tamaño de la correlación con la función)</b>	F-II	.539		
	Ansiedad Fisiológica	.480		
	F-III	.442		
	F-IV	.429		
	Ansiedad Cognitiva	.417		
	Ansiedad Total	.381		
	Ansiedad Motora	.277		
	F-I	.235		

## CONCLUSIONES

El consumo de alcohol constituye un fuerte reforzador de estímulos y, por lo tanto, puede producir la extinción de otras respuestas. Así un individuo puede perder la capacidad de responder a un estímulo, como por ejemplo a la ansiedad o la ira, a través de reacciones que no supongan un alivio y se alcancen mediante el consumo de alcohol.

La activación experimentada por los alcohólicos puede ser consecuencia de varios factores. Por una parte puede ser el resultado psicofisiológico directo de la propia conducta adictiva. Así, por ejemplo, el consumo agudo y crónico de alcohol se acompaña siempre de cierta descarga del sistema nervioso simpático durante el estado de abstinencia. Cuando el sistema simpático se activa, produce una liberación de catecolaminas que da lugar a los signos y síntomas de ansiedad (Miller y Gold, 1993).

Por otra parte, la implicación continuada en una conducta adictiva desencadena numerosas consecuencias negativas en áreas decisivas para el alcohólico: familia, trabajo y situación económica. El exceso de ansiedad, ira, el estado de ánimo disfórico y el déficit en la autoestima son el resultado de todo ello.

Las tasas de recaídas se pueden cifrar en un 60-80% durante el primer año (Echeburúa, 1994), los episodios de recaída aparecen frecuentemente asociados a tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social. Según Marlatt y Gordon (1985), la situación de recaída

para una muestra de 70 alcohólicos, que obtenía el más alto porcentaje (38%), era los estados emocionales.

La ansiedad y la ira en su manifestación fisiológica comparten un amplio rango de características, por lo que cuando se experimenta la emoción de ira, si no es controlada la activación que produce, es muy probable que el bebedor sienta incitación a consumir más para mitigar sus efectos. Además, las personas bajo los efectos del alcohol tienden a llevar a cabo conductas agresivas. El alcohol desinhibe estas conductas, por lo que si la persona tiende a experimentar ira y no expresarla adecuadamente, puede buscar en el alcohol una vía para llevar a cabo conductas agresivas. La dificultad para manejar la ira llega tan lejos que algunos datos muestran como los alcohólicos presentan serias dificultades hasta para reconocer y diferenciar la expresión facial de la ira y el asco, dificultades que se mantienen incluso en periodos de abstinencia que pueden superar los dos meses (Kornreich, Blairy, Philippot, Hess, Noël, Strell, Le Bon, Dan, Pelc y Verbanck, 2001).

A tenor de los resultados obtenidos en nuestro estudio se muestra que, en pacientes en recuperación, la abstinencia se relaciona inversamente con la tendencia a responder con ira, especialmente en situaciones injustificadas, y expresando tanto interna como externamente esa ira. También muestra una ligera tendencia a relacionarse con la ansiedad interpersonal; mostrándose también un efecto positivo del tiempo, donde a un más largo periodo de abstinencia se darían menos emociones negativas.

La alta ansiedad social, a medida que pasan los años de abstinencia, puede explicarse en la línea de que tras años de consumo las personas han carecido de redes sociales sanas y, actualmente, perciben como amenazantes las situaciones sociales donde no saben desenvolverse con naturalidad.

Respecto a la emoción de ira, vemos que cuando trascurren los años de abstinencia, una emoción que puede llevar a la recaída en un primer momento, se aprende a manejar, de una manera socialmente aceptada.

Además, la ira muestra una significativa capacidad para discriminar, en esta muestra, entre la pertenencia al grupo de alcohólicos cuya abstinencia es superior a los dos años de la del grupo que no superan ese tiempo de abstinencia. De nuevo el temperamento tiene un alto peso en esa capacidad discriminante.

Nuestros datos nos llevan a concluir que la respuesta emocional de ira, especialmente en situaciones donde no se da causa justificada, y cuando hay una mayor expresión externa de la misma, así como la ansiedad en situaciones de interacción social, son variables que pueden tener un papel fundamental en el mantenimiento de la abstinencia. Estos datos van en la línea de los que se viene sugiriendo en la investigación sobre el campo realizada en esta última década (Kran, Bohn, Henk, Gross-

man y Gosnell, 2005; Zywiak, Connors; Maisto y Westerberg, 1996), en los que el afecto negativo y la ira permiten diferenciar niveles de manejo de la recaída.

Por lo tanto, concluiríamos que emociones como ansiedad e ira van a estar entre los antecedentes y los consecuentes del alcoholismo. Se incluiría la ira como una emoción que desempeña un papel fundamental, más incluso que la ansiedad, en el desarrollo, mantenimiento, síndrome de abstinencia y recaída del alcoholismo. Estos hechos y los datos obtenidos en el estudio avalan las intervenciones que incluyen técnicas y módulos específicos en el manejo de la ira (Meyers et al., 1998; Schonfeld et al., 2000) y la expresión de la misma en situaciones de interacción social, en las que la ansiedad de evaluación interpersonal también jugará un rol importante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 4th edition. Washington, D.F.: APA (Trad.: Edit. Masson, 1994).
- American Psychiatric Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Ed Masson.
- Agesta, F.J. (2002). Bases bioquímicas y neurobiológicas de la adicción al alcohol. *Adicciones*, 14, spl 1, 63-79.
- Bauer, H. y Moormann, P.P. (1992). Ansiedad y autopercepción en drogodependientes. *Investigaciones psicológicas*, 11, 121-135.
- Cano-Vindel, A; Miguel-Tobal, J.J; Gonzalez, H. y Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10(2), 145-156.
- Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14, 197-219.
- Cautin, R.; Overholser, J y Gotees, P. (2001). Assessment of mode of anger expression in adolescent psychiatric inpatients. *Adolescence*, 36 (141), 163-170.
- Crum, R.M. y Pratt, L.A. (2001). Riesgo de fuerte adicción al alcohol en relación con la fobia social. *American Journal of Psychiatry*, Oct 158.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol*. Madrid: Ed Síntesis

- Ekman, P. (1984). Expression and nature of emotion . En K. Scherer y P. Ekman *Approaches to emotion*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Fernández-Abascal, E.G y Palmero, F. (1999). Ira y Hostilidad: Aspectos básico de intervención. En E. G Fernández Abascal y F. Palmero (Eds) *Emociones y Salud*. (pp 185-208). Barcelona: Ariel Psicología.
- Frijda, N.H. (1986). The place of appraisal in emotion. *Cognition and Emotion*, 7, 357-388.
- Heinberg, S.R.; Dodge, C.S. y Becker, R.E. (1987). Social phobia. En L. Michelson y L.M. Ascher (Eds). *Anxiety and stress disorders. Cognitive-behavioral assessment and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Helzer, J.E y Pryzbeck, T.R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal Study Alcohol*, 49, 219-224.
- Izard, C.E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Kessler, RC; Mcgonagle, K.A; Zhao, S; Nelson, C.B; Higes, M; Eshleman, S; Wittchenhu y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 5, :8-19.
- Kornreich, C; Blairy, S.; Philippot, P; Hess, U.; Noël, X.; Streel, E.; Le Bon, O.; Dan, B.; Pelc, I. ; Verbanck et al. (2001). Deficits in recognition of emotional facial expression are still present in alcoholics after mid-to long-term abstinence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 533-542.
- Krahn, D.D.; Bohn, M.J.; Henk, H.J.; Grossman, J.L. y Gosnell, B. (2005). Patterns of urges during early abstinence in alcohol-dependent subjects. *The American Journal on Addictions*, 14, 248-255.
- Kushner, M.G; Sher, K.J y Erickson, D.J. (1999). Prospective analysis of the relation between DSMIII anxiety disorders and alcohol use disorders. *American Journal Psychiatry*, 156, 723-732.
- Ladero, J.M. (1998). Alcohol (I). Farmacología del alcohol. Intoxicación aguda. En Lorenzo, P; Ladero, J.M.; Leza, J.C y Lizasoain, I (Eds), *Drogodependencias, farmacología, patología, psicología y legislación*. (pp 233-249). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Lazarus, A. (1965). Towards the understanding and effective treatment of alcoholism. *S.A Medical Journal.*, 39,736-741.

- Lopez Altschwager, M. (1983). *Criterios predictores directos del alcoholismo*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid
- Maldonado Cervera, A.L. y Lucena Jurado, V. (2002). Trastornos relacionados con sustancias. En A.J. Cangas, A.L. Maldonado y M. López (Eds.), *Manual de Psicología Clínica y General: Vol. II, Psicopatología* (pp. 209-314). Granada: Alboran Editores.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, Fobias y Rituales. Vol 1: Los mecanismos de la ansiedad. Vol 2. Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marlatt, G.A y Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in Addictive Behavior Change*. Nueva York: The Guilford Press.
- Martín del Moral, M. y Lorenzo Fernandez, P. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En Lorenzo, P.; Ladero, J.M.; Leza, J.C y Lizasoain, I (Eds), *Drogodependencias, farmacología, patología, psicología y legislación*. (pp 3-21). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Martín del Moral, M.; Gerona, J.L y Lizasoain, I. (1998). Alcohol (V). Fundamentos biopsicosociales del alcoholismo. Complicaciones psiquiátricas del abuso del alcohol. Tratamiento de la dependencia alcohólica. En Lorenzo, P.; Ladero, J.M.; Leza, J.C y Lizasoain, I (Eds), *Drogodependencias, farmacología, patología, psicología y legislación*. (pp 283-317). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Meyers, R.J.; Millar, W.R.; Hill, D.E.; Tonigan, J.S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10, 291-308.
- Miguel-Tobal, J.J. (1985): *Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: Elaboración de un instrumento de medida (ISRA)*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- Miguel-Tobal, J.J.; Prieto, R. y Gervás, B. (1994). *Análisis de la ansiedad y depresión en un grupo de sujetos drogodependientes en tratamiento comparado con otro grupo de sujetos no drogodependientes*. Memoria de master en Drogodependencias. Instituto Complutense de Drogodependencias.
- Miguel-Tobal, J.J y Cano-Vindel, A.R. (1994). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. 4º edición. Madrid: Tea Ediciones, S.A.
- Miguel-Tobal, J.J; Casado Morales, M.I.; Cano-Vindel, A y Spielberger, C.D. (2001). *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Miller, N.S. y Gold, M.S. (1993). *Alcohol*. Barcelona: Citrán.

- Moscoso, M.S. and Pérez-Nieto, M.A. (2003). Anger, hostility and aggression assessment. En R. Fernández-Ballesteros (Ed. In chief), *Encyclopedia of psychological assessment* (pp. 22-27). San Francisco, CA: Sage Publications.
- Musante, L y Treiber, F. (2000). The relationship between anger doping styles and lifestyle behaviors in teenagers. *Journal of Adolescent Health*, 27 (1), 63-68.
- Pérez Nieto, M.A. (2003). *Procesos de valoración y correlatos psicofisiológicos en la emoción de ira*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Pérez-Nieto, M.A.; Camuñas Sánchez-Paulete, N.; Cano Vindel, A.; Miguel Tobal, J.J. e Iruarrizaga, I. (2000). Anger and anger coping: a study of attributional styles *Studia Psychologica*, 42, 289-302.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: a psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper and Row.
- Reilly, P.M. y Shopshire, M.S. (2000). Anger management group treatment for cocaine dependence: preliminary outcomes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 161-177.
- Sánchez Pardo, L. (2002). Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones*, 14, 81-97.
- Schonfeld, L.; Dupree, L.W.; Dickson-Euhrmann, E.; Royer, C.M.; McDermott, C.H.; Rosansky, J.S.; Taylor, S.; Jarvik, L.F. (2000). Cognitive-behavioral treatment of older veterans with substance abuse problems. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13, 124-129.
- Tivis, L.; Parsons, O. y Nixon, S. (1998). Anger in an inpatient treatment sample of chronic alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(4), 902-907.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.