



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

**CAMPUS - IZTACALA**

**400282**



**61060**

**PROPUESTA DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACION  
PARA LA CONDUCTA FARMACODEPENDIENTE**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**MARIA ALEJANDRA GARCIA MORALES**

**ASESORES**

**LIC. ANGEL ENRIQUE ROJAS SERVIN**

**LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES**

**LIC. MARCO VINICIO VELASCO DEL VALLE**

**LOS REYES IZTACALA**

**DICIEMBRE 1995**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



U.N.A.M. CAMPUS  
IPIACALA

*A MI NIÑO, MAURICIO.  
LA RAZON MAS IMPORTANTE  
DE MI EXISTENCIA.*

*A PEPE, MI ESPOSO.  
GRACIAS, POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO  
Y POR TU APOYO INCONDICIONAL.*

*A MIS PADRES,  
FRANCISCO GARCIA Y JOSEFINA MORALES,  
POR DARME LA HERENCIA MAS PRECIADA:  
MI PROFESION.*

*A MIS MAESTROS Y ASESORES,  
ESPECIALMENTE A ENRIQUE ROJAS,  
GRACIAS ` POR CONFIAR Y CREER EN MI.*

*A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE TRABAJO,  
ABOGADOS, PSICOLOGOS Y MEDICOS, QUE  
CONTRIBUYERON CON SUS CONOCIMIENTOS  
PARA REALIZAR ESTE TRABAJO.*

## Indice

IZT.

Resumen	.....	5
Introducción	.....	6
Capítulo 1	<i>Historia y Conceptualización de la Conducta Farmacodependiente</i> .....	10
1.1.	<i>Antecedentes históricos de la conducta farmacodependiente</i> .....	10
1.2.	<i>Conducta farmacodependiente: un proceso de carácter individual y social</i> .....	14
1.3.	<i>Generalidades de la conducta farmacodependiente</i> .....	18
1.4.	<i>Clasificación de los diferentes tipos de fármacos y sus efectos</i> .....	22
Capítulo 2	<i>Aproximaciones Teóricas de la conducta Farmacodependiente</i> .....	31
2.1.	<i>Enfoque ético-jurídico</i> .....	32
2.2.	<i>Enfoque médico-sanitario</i> .....	34
2.3.	<i>Enfoque psicosocial</i> .....	37
2.4.	<i>Enfoque geopolítico-estructural</i> .....	40
2.5.	<i>Enfoque conductual</i> .....	40

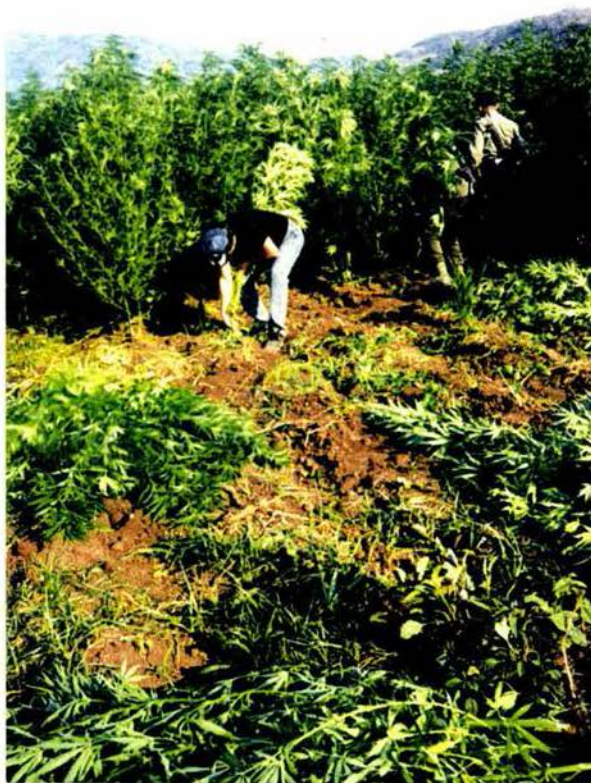
Capítulo 3

*Evaluación Conductual e Instrumentos de  
Evaluación para la Conducta*

	<i>Farmacodependiente . . . . .</i>	44
3.1.	<i>Evaluación tradicional . . . . .</i>	45
3.1.1.	<i>Técnicas proyectivas . . . . .</i>	47
3.1.2.	<i>Tests psicométricos . . . . .</i>	49
3.2.	<i>Evaluación conductual . . . . .</i>	52
3.2.1.	<i>Etapas históricas de la evaluación conductual . . . . .</i>	53
3.2.1.1.	<i>Antecedentes de la evaluación conductual . .</i>	53
3.2.1.2.	<i>La constitución de la evaluación conductual . . . . .</i>	57
3.2.1.3.	<i>La consolidación de la evaluación conductual (a partir de 1975) . . . . .</i>	59
3.2.2.	<i>Características de la evaluación conductual . . . . .</i>	60
3.2.3.	<i>Métodos de evaluación . . . . .</i>	63
3.2.4.	<i>Evaluación conductual del comportamiento adictivo . . . . .</i>	68
3.2.5.	<i>Instrumentos de evaluación conductual del comportamiento farmacodependiente . . . . .</i>	71
3.3.	<i>Modelo Secuencial Integrativo . . . . .</i>	74
3.3.1.	<i>Características del modelo . . . . .</i>	75
3.3.2.	<i>Análisis del modelo . . . . .</i>	76

<i>Capítulo 4</i>	<i>Propuesta de un Instrumento de Evaluación para la Conducta Farmacodependiente . . . .</i>	<i>86</i>
	<i>Cuestionario . . . . .</i>	<i>88</i>
<i>Conclusiones</i>	<i>. . . . .</i>	<i>105</i>
<i>Referencias Bibliográficas</i>	<i>. . . . .</i>	<i>109</i>





*Fig. 1. Plantíos de Marihuana*

## **Resumen**

*La Psicología es una ciencia que estudia el comportamiento del ser humano y a través del planteamiento de modelos teóricos analiza la interacción mutua y permanente que se establece entre el individuo y el ambiente. En esta interacción se presentan una serie de circunstancias que no sólo afectan al individuo como tal, sino también a la estructura social en la que vive. Un ejemplo de ello es la conducta farmacodependiente, la cual se ha presentado desde épocas muy antiguas, y hoy en día, constituye uno de los acontecimientos más importantes, en el que diferentes áreas del conocimiento centran su atención debido a que este tipo de conducta es multideterminada por factores de carácter biológico, psicológico, social, cultural, político y económico.*

*Es el psicólogo, el profesionalista a quien le corresponde intervenir en el área de la conducta y la evaluación es una de las múltiples actividades que éste desempeña para poder realizar un tratamiento o cualquier tipo de intervención psicológica.*

*Así, el objetivo de este trabajo es proponer un instrumento de evaluación para la conducta farmacodependiente con los lineamientos teóricos y metodológicos del Modelo Secuencial Integrativo; instrumento con el que se pretende medir los parámetros de la conducta farmacodependiente.*

## ***Introducción***

*A través de la historia, el hombre se ha diferenciado de las demás especies por ser un individuo cuyas características como inteligencia, razonamiento y creatividad le han permitido desarrollarse, transformar el medio ambiente que habita y vivir en sociedad. De igual modo, se observa la evolución que éste ha logrado en los diferentes ámbitos, llámense ciencia, tecnología, arte, en los que se encuentra plasmada la gran capacidad que lo caracteriza.*

*Sin embargo, es importante mencionar que a pesar de ser el individuo el más complejo sobre la tierra también es el ser que más padece las consecuencias de todo aquello que forma parte de las grandes sociedades. Por ejemplo, en aspectos como en el plano laboral y el jurídico, salud y educación, economía, política, cultura, etcétera, se presentan una serie de circunstancias que no sólo lo afectan a él como individuo sino también a la estructura social en la que vive.*

*Especialmente, entre los aspectos de salud, la farmacodependencia -o drogadicción- aparece como un fenómeno de carácter social que afecta a todos los estratos de la sociedad, sin distinción de edad, sexo o clase social.*

*Este fenómeno como se desarrolla en el capítulo 1, tiene sus antecedentes históricos desde épocas muy antiguas. Se puede asegurar que casi todas las culturas que a lo largo de la historia*

*florecieron poseían sus propias drogas. Por ejemplo, en México se ha comprobado que los pueblos indígenas hacían uso de plantas y hongos psicotrópicos a los que se les atribuían poderes sobrenaturales.*

*Hoy en día, se observa que se sigue consumiendo este tipo de sustancias, sólo que se encuentran químicamente sintetizadas y sus efectos a nivel fisiológico y psicológico, son cada vez más intensos y peligrosos para el ser humano.*

*Es por ello que resulta importante describir, en este mismo capítulo, los diferentes tipos de fármacos y sus efectos, así como la terminología empleada en el área de la farmacodependencia y su trascendencia a nivel individual y social.*

*El fenómeno de la farmacodependencia considerado por la Organización Mundial de la Salud (1969) como "un estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco o droga, que se caracteriza por modificaciones de comportamiento..." es multideterminado, como se verá en el capítulo 2, por factores de carácter biológico, psicológico, social, cultural, político y económico.*

*Es precisamente al psicólogo a quien le corresponde intervenir en el área del comportamiento humano y su intervención psicológica, se centrará principalmente, en dos aspectos: Evaluación y Tratamiento.*

*El objetivo de este trabajo es proponer un instrumento de evaluación para la conducta farmacodependiente con el modelo*

*cognitivo-conductual, por lo que sólo se desarrolla en el capítulo 3, el aspecto de evaluación conductual; a través de ésta, es como se identifican las situaciones ambientales tanto físicas como sociales además de los pensamientos que anteceden a la conducta de interés y la hacen más probable, así como las conductas objeto de estudio, en sus dimensiones motoras, fisiológicas y cognitivas y las variables ambientales y/o internas que las mantienen o controlan, con el objeto de realizar un tratamiento o cualquier tipo de intervención psicológica encaminada a modificar la conducta.*

*Asimismo, se describen los instrumentos de evaluación que más frecuentemente se utilizan para la medición de los parámetros del comportamiento adictivo a fármacos (sistemas de auto-informe, observaciones directas del comportamiento y análisis de orina).*

*Es importante mencionar que según Fernández y Carrobles (1989) para poder explicar o dar cuenta de una parcela de la realidad se requiere del planteamiento de distintos modelos teóricos, es por ello que el instrumento de evaluación que se propone en el capítulo 4 está basado en los principios teóricos del Modelo Secuencial Integrativo; bajo este modelo y como se describe en el capítulo 3, se integra lo cognitivo con lo conductual; esto quiere decir, que además de considerar la conducta observable se incluyen los pensamientos, las sensaciones y los sentimientos al realizar un análisis conductual.*

*Así, el psicólogo evalúa la conducta observable y la conducta encubierta, lo cual genera, un campo de intervención más amplio,*

*con más probabilidades de éxito al momento de brindar un tratamiento de rehabilitación. Específicamente, en el comportamiento adictivo no sólo se evalúan parámetros de la respuesta observable, como intensidad, duración, frecuencia, topografía, latencia, secuencia, etcétera, sino también conductas encubiertas (sensaciones, pensamientos, creencias) que se originan antes, durante y después de ingerir fármacos o drogas.*

# **Capítulo 1      *Historia y Conceptualización de la Conducta Farmacodependiente.***

## **1. 1.      *Antecedentes históricos de la conducta farmacodependiente.***

*En todos los tiempos, movido por la curiosidad, el deseo o la necesidad, el hombre ha buscado sustancias que le proporcionen estados placenteros, éxtasis místico, supresión u olvido del dolor físico o moral. El uso social, cultural o religioso de sustancias psicotrópicas (hongos, plantas, alcohol) forma parte de la historia de las costumbres (Massún, 1991).*

*Todos y cada uno de los pueblos que a lo largo de la historia florecieron, tuvieron sus drogas. Por ejemplo, en la India, China, Japón, el té. En Asia Menor, el café. En África, la nuez de kola. En Sudamérica, el mate. En Centroamérica, el cacao. Los egipcios, la buza (cerveza de cebada). En Europa Meridional, el vino. En Europa Septentrional, obtuvieron el vodka y el whisky (Alfonso e Ibañez, 1987).*

*En América Latina cada cultura prehispánica, cada grupo étnico tenía sus drogas socialmente aceptadas. Pero existían también las normas de uso que se transmitían de una generación a otra y que todos respetaban.*

*Entre algunos indígenas de los Andes, la coca aún se consume colectivamente, en situaciones especiales (en las reuniones sociales, durante el trabajo y en ceremonias religiosas), siguiendo estrictas*

reglas éticas y bajo el control de la comunidad. Raras veces es objeto de abuso o descontrol.

La evidencia arqueológica, los datos históricos, las tradiciones populares, son tales que se puede afirmar con seguridad que el hombre, desde hace muchos siglos, ha venido utilizando plantas y sustancias que le producen diferentes estados extáticos que de acuerdo al contexto histórico-social serán aceptados o rechazados.

En las primeras décadas del siglo XVI, los conquistadores españoles de México descubrieron que los indios poseían una considerable farmacopea psicoactiva que incluía varias clases de hongos sagrados, peyote, datura, y especialmente, unas especies potentes de tabaco llamadas piciétl, así como otras plantas nativas con extraños efectos "de otro mundo".

Con variados grados de fascinación, los europeos tomaron nota de una extraña costumbre indígena que posteriormente reconocerían como un aspecto indispensable de la religión y el ritual aborígen en muchas partes del Nuevo Mundo: la intoxicación con distintas plantas a las que los pueblos atribuían un poder sobrenatural. *C. delgado*

Por su parte, los misioneros españoles que estudiaron las costumbres indígenas en el siglo XVI, observaron que los antiguos mexicanos consumían con relativa frecuencia drogas que poseían efectos psicotrópicos. Es muy probable, no obstante, que el uso de muchas de ellas -como los hongos alucinógenos y el peyote-, estuviera restringido a propósitos religiosos, ya que casi todos los autores señalan que sólo las consumían adultos y sacerdotes en



*ciertas ceremonias religiosas (Motolinia, 1541; Muñoz Camargo, 1576; Durán, 1581: en Cárdenas 1976).*

*Muchas son las plantas con propiedades psicotrópicas que empleaban los mexicanos precolombinos, por ejemplo, Fray Bernardino de Sahagún (Cárdenas, 1976, p. 19), se refiere al peyote como "otra hierba con tunas de tierra que se llama péyotl; es blanca, hácese hacia la parte norte, los que la comen o beben ven visiones espantosas, o de risa; dura esta borrachera tres días, y después se quita. Es como un manjar de los chichimecas, que los mantiene, da ánimo para pelear y no tener miedo, ni sed, ni hambre, y dicen que los guarda de todo peligro". Indígenas mexicanos continúan considerando que el peyote es sagrado y que posee grandes poderes terapéuticos para el cuerpo y la mente (Furst, 1980).*

*Otro tipo de plantas, que eran utilizadas por los indígenas fue la llamada ololiuhqui "...que algunos llamaban coaxihuitl o hierba de la serpiente, es una planta trepadora, con raíces fibrosas, tallos verdes, cilíndricos y delgados y hojas que también son verdes y delgadas, pero acorazonadas, grandes flores blancas y una semilla redonda que parece cilantro, de donde toma su nombre...". Cuando los sacerdotes indios deseaban simular una conversación con sus dioses y recibir respuestas a sus preguntas, tomaban esta planta, que producía delirios y apariciones de fantasmas y demonios (Cárdenas, 1976, p.20).*

*El hongo mexicano tiene una larga historia en la magia y la religión. Según las convenciones de los náhuas y los demás pueblos de Mesoamérica, los hongos se hallaban imbuidos de un carácter sagrado y debían tomarse sólo cuando su ingestión se viese iluminada por el fulgor de la fe. Los aztecas los llamaban teonanácatl (carne de los dioses) y sólo se ingerían en las ceremonias (Wasson, 1983).*

*Tanto en el viejo como en el Nuevo Mundo, el uso de las drogas alucinógenas estaba restringido a los hombres adultos. Sin embargo, hay excepciones notables. En el Sur de México, tanto hombres como mujeres pueden comer los hongos sagrados; de hecho el chamán normalmente es mujer.*

*De lo anterior se puede decir que es difícil encontrar una cultura aborigen que carezca por completo de narcóticos, ya sean alucinógenos u otras plantas activas (Evans y Hofmann, 1982); además la mayoría de los alucinógenos botánicos representaron un papel principal en el contexto de los ritos mágicos, en los propósitos religiosos así como en las prácticas curativas. Se demuestra que las plantas tienen una historia cultural. De hecho se puede ir más lejos y decir que las plantas psicotrópicas han ayudado a determinar la historia de la cultura, puesto que típicamente, el trance del individuo, logrado por la intoxicación con plantas, confirma por sí mismo la validez de las tradiciones tribales que ha escuchado recitar a sus mayores desde su primera infancia.*

Las plantas mágicas, entonces, actúan para validar y para ratificar la cultura, no para facilitar medios temporales que permitan escapar de ella (Furst, 1980).

### **1.2. Conducta Farmacodependiente: un proceso de carácter individual y social.**

Es un hecho comprobado que la farmacodependencia afecta por igual a todos los estratos de la sociedad, sin distinción de edad, sexo, clase social u ocupación, lo que varía es el tipo de sustancias empleadas para intoxicarse, desde luego, en ello influye la disponibilidad de la droga y la capacidad económica de la persona. El uso actual de las drogas en las sociedades representa un serio problema social, económico y político que rebasa todas las fronteras e incapacita a grupos cada vez más numerosos de la población.

Cabe destacar la importancia de los factores causales del uso indebido de drogas -o fármacos-. Entre éstos se tienen los de tipo individual, los familiares y los sociales que al interrelacionarse pueden dar origen al uso indebido de drogas. Es importante mencionar, que en una persona pueden ser más determinantes unos factores que otros, dependiendo de su sensibilidad y las habilidades adquiridas para resolver los problemas que se presentan en su vida cotidiana.

A continuación, se enumeran algunos de los factores causales que influyen para que la conducta farmacodependiente se presente (Procuraduría General de la República, 1994).

**INDIVIDUALES:**

- 1) Necesidad de exploración (curiosidad).
- 2) Presión social de los amigos.
- 3) Falsas creencias y desconocimiento sobre el uso de las drogas.
- 4) Dificultades para relacionarse con los demás.
- 5) Confusión de valores.
- 6) Conflictos con la autoridad.
- 7) Subestimación o falta de confianza en sí mismo.
- 8) Limitaciones físicas y de comportamiento.
- 9) Problemas afectivos y amorosos.
- 10) Conflictos por creencias religiosas o políticas.
- 11) Falta de habilidades para resolver problemas.
- 12) Crisis propias del desarrollo de la personalidad.
- 13) Deseo de independencia y cambio.

**FAMILIARES:**

- 1) Desintegración familiar y cambios en la composición familiar.
- 2) Falta de una disciplina firme y justa.
- 3) Maltrato hacia los hijos.
- 4) Constantes conflictos y violencia en el núcleo familiar.
- 5) Falta de convivencia e intereses entre padres e hijos.
- 6) Falta de afecto y comprensión entre los miembros que conforman la familia.

- 7) *La no aceptación de los cambios en la conducta de los hijos, de acuerdo a su crecimiento y ambiente social.*
- 8) *Presencia de situaciones catastróficas y traumáticas.*
- 9) *Falta de una adecuada comunicación.*
- 10) *Falta de respeto y no aceptación de las diferencias personales.*
- 11) *Necesidad de cambio y actualización de las normas de convivencia familiar.*

**SOCIALES:**

- 1) *Problemas económicos.*
- 2) *Desempleo y falta de opciones para capacitación laboral.*
- 3) *Insuficientes opciones deportivas y recreativas.*
- 4) *Imposición de ciertos estilos de vida a través de los medios de comunicación, tales como la televisión, la radio y el cine, entre otros.*
- 5) *Disponibilidad de drogas y corrupción.*
- 6) *Migración y marginalidad.*
- 7) *Insuficientes servicios públicos y de salud.*
- 8) *Dificultades para el acceso a la educación.*
- 9) *Falta de servicios especializados para la atención del problema.*

*Los factores, anteriormente citados, establecen relaciones particulares entre sí, que en un tiempo específico coinciden y hacen que una persona sea más vulnerable al uso indebido de drogas.*

*Considerando, se puede decir que, la conducta farmacodependiente no tiene causa única, que son varios los factores que entran en*

juego para que una persona decida hacer uso indebido de las drogas.

Es conveniente destacar cómo es precisamente entre la población joven en donde la farmacodependencia cobra un mayor número de víctimas.

Investigaciones realizadas por el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (C.E.M.E.F.) indican que el grupo más afectado es el de los varones que cuentan entre 15 y 24 años de edad, en el que 5 de cada 100 jóvenes -aproximadamente 225 mil en toda la República Mexicana- reportaron haber consumido algún tipo de sustancia cuando menos en una ocasión. Es uno de cada 100 -casi 45 mil- quienes tienen ya establecido un patrón regular de consumo. Sigue en importancia a este grupo, el de los jóvenes de 14 a 17 años, del cual el 2% reporta haberlos empleado cuando menos alguna vez -45 mil-, y prácticamente uno de cada cien -21 mil-, los consume regularmente.

Es la población masculina donde se localizan la mayor parte de los casos de consumo. Entre las mujeres sólo una de cada mil reporta un consumo regular, mientras que en los varones la cifra, prácticamente, es diez veces más alta, uno de cada cien incurre en tales prácticas.

En relación a la escolaridad, los estudios efectuados por el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, indican: el más alto nivel de consumo se registra en la población estudiantil que cursa la preparatoria -14 de cada mil- seguido a continuación por quienes

tienen el ciclo primario incompleto -9 de cada mil- y finalmente por el de la población que tiene secundaria incompleta -6 de cada mil-.  
En síntesis, la conducta farmacodependiente involucra una serie de factores causales que encuentran su explicación en la estructuración de una organización social, en los patrones culturales, en situaciones familiares y en las características psicológicas individuales.

### **1.3. Generalidades de la Conducta Farmacodependiente.**

*Conceptos básicos.*

*Para comprender mejor la conducta farmacodependiente es importante conocer conceptos básicos, tales como droga ó fármaco, dependencia psicológica, dependencia física, tolerancia, síndrome de abstinencia y tipos de usuarios.*

→ *Es así como el Instituto de Investigación para la Defensa Social de las Naciones Unidas, U.N.S.D.R.I. propone entender por droga, cualquier sustancia que por su naturaleza química altera la estructura o la función de un organismo vivo. No es muy distinta a la que sugiere el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud -O.M.S.- que utiliza el término para aludir a "cualquier sustancia que introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones " (O.M.S., 1950, en Cárdenas, 1976, p. 5).*

*En el año de 1950, la Organización Mundial de la Salud define la drogadicción, como "un estado de intoxicación crónica o periódica,*

dañina para el individuo y la sociedad, producido por el consumo repetido de una droga, sea natural o sintética. Sus características comprenden: 1) El deseo abrumador o la necesidad compulsiva de seguir tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) Una tendencia a aumentar la dosis; y 3) Una dependencia psicológica y en ocasiones, una dependencia física a los efectos de la droga" (Cárdenas, 1976, p.6).

Sin embargo, en 1969, la misma Organización Mundial de la Salud difunde la expresión "farmacodependencia" a la que define como "un estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco o droga, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar fármaco en forma continúa o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación" (Cárdenas, 1976, p.7).

La dependencia psíquica, también conocida como habituación, se refiere a los pensamientos o costumbres que tiene la persona, que para obtener un estado de bienestar o funcionalidad requiere de algún tipo de droga, lo cual es totalmente falso.

La dependencia física o adicción, es cuando el organismo se adapta biológicamente a los efectos de las drogas por lo que requiere imperiosamente de éstas para vivir y aliviar los malestares causados por la ausencia de dichas drogas, es aquí donde se presentan los fenómenos de tolerancia y síndrome de abstinencia.



La tolerancia se refiere a la capacidad que desarrolla el organismo para resistir cada vez mayores dosis de drogas y con mayor frecuencia para sentir los mismos efectos que se habían experimentado inicialmente con cantidades menores, ya que cuando una droga se administra repetidamente, se obtiene un efecto cada vez menor con la misma dosis. El peligro que implica este fenómeno es que puede ocasionar la muerte por sobredosis.

El síndrome de abstinencia, es el conjunto de trastornos fisiológicos provocados por la ausencia de las drogas y su efecto en el organismo; los síntomas variarán dependiendo del tipo de droga que se consume. La suspensión brusca de las drogas también puede ocasionar la muerte.

Abuso de drogas, es el uso inadecuado e indiscriminado de las drogas por el individuo con la única finalidad de intoxicarse.

Farmacodependiente, es el individuo que por la utilización repetida o periódica del uso inadecuado de las drogas, llega a crear una adaptación a los efectos de éstas en su organismo generando un impulso irreprímible por consumir las drogas para aliviar el síndrome de abstinencia.

De acuerdo a la frecuencia con la que un individuo consume drogas y al grado de dependencia psíquica y/o física que se haya establecido, se definen diferentes tipos de usuarios (Centros de Integración Juvenil, 1986).

Usuario Experimentador: a este tipo de persona no se le puede considerar propiamente un farmacodependiente, pues su contacto

con las drogas se ha motivado por curiosidad. En este grupo se encuentran aquellas personas que por primera vez utilizan la droga por ser una experiencia novedosa; esta conducta es vista comúnmente dentro de la adolescencia, siendo ésta una etapa de cambio, donde el adolescente busca conocer nuevas sensaciones o efectos indirectos que son provocados por el consumo de la misma.

↳ Usuario Social u Ocasional: a este grupo pertenecen las personas que usan sustancias tóxicas específicamente en situaciones pasajeras, ó únicamente en situaciones sociales. O bien, cuando las drogas se ingieren ocasionalmente para conciliar el sueño o para aliviar estados depresivos. Sin embargo, a partir de estas situaciones pasajeras de consumo puede establecerse una dependencia.

↳ Usuario Funcional: son aquellas personas que hacen uso de las drogas para realizar sus actividades cotidianas, pero que aún siguen funcionando productivamente. Sin embargo, se ha establecido una dependencia tal, que no pueden realizar sus actividades sin dejar de consumir la droga.

↳ Usuario Disfuncional: son aquellas personas que constantemente necesitan consumir las drogas y que han dejado de funcionar social y productivamente; su vida gira en torno a las drogas y todas sus actividades son dedicadas a la obtención de las mismas, ya que no pueden prescindir de ellas en ningún momento de su vida, obligados por la necesidad de evitar el sufrimiento de los trastornos orgánicos que aparecen de la privación; lo que significa un deterioro en la

vida social, familiar y personal, siendo sus posibilidades de recuperación bastante reducidas.

Exfarmacodependiente: es aquella persona que ha dejado de utilizar sustancias tóxicas, por lo menos en los últimos seis meses.

#### **1.4. Clasificación de los diferentes tipos de fármacos y sus efectos.**

El término fármaco (o droga) es un nombre genérico que designa cualquier sustancia que, al ser introducida en el organismo vivo, produce alteraciones en su estructura o funcionamientos normales (cambios físicos y/o mentales) (Massún, 1991).

Las drogas se distinguen de los alimentos en que no son nutritivas. Si bien algunas son útiles para curar enfermedades en cuyo caso podemos llamarlas medicamentos (por ejemplo, sedantes o antidepresivos); otras carecen de propiedades curativas y sólo sirven para disminuir el dolor (morfina). Finalmente, hay drogas que no tienen uso médico alguno (por ejemplo, el LSD o diversas sustancias inhalables) (Massún, 1991).

Existen drogas capaces de producir dependencias graves y, en consecuencia, susceptibles de causar serios problemas individuales y sociales. Se trata de las drogas psicotrópicas (o psicoactivas), que actúan directamente sobre el sistema nervioso central, provocando cambios en la percepción, los sentimientos, el pensamiento y conducta de la persona que las consume.

*Estas drogas producen sensaciones que, por lo menos al comienzo son placenteras (lo que motiva también que se repita su consumo): agudización de las percepciones sensoriales, sensación de mayor capacidad intelectual y creadora, euforia; alivio del dolor físico o moral, de la fatiga, de la ansiedad o del miedo; liberación de las inhibiciones, relajamiento y pérdida de la conciencia (Miroli, 1980).*

*De lo anterior, puede decirse que de acuerdo a sus efectos en el sistema nervioso central, las drogas se clasifican en dos tipos: **ESTIMULANTES** y **DEPRESORAS**. Las primeras producen estado de excitación en la actividad del sistema nervioso central, mientras que las segundas deprimen o retardan dicha actividad.*

*Dentro del grupo de los **ESTIMULANTES** se encuentran las anfetaminas, la cocaína y los alucinógenos.*

*Las **anfetaminas** aceleran la actividad de los procesos cognitivos producen estados de excitación. Estos medicamentos también son utilizados para disminuir el apetito por lo que son prescritos por el médico para el tratamiento de la obesidad y en algunos casos para estados depresivos en grado menor.*

*Jóvenes que desean estimularse en fiestas o que necesitan estudiar toda la noche, se inician en la farmacodependencia a través del uso de anfetaminas para mantenerse despiertos y vencer la fatiga. También pueden caer en la farmacodependencia deportistas que desean obtener un rendimiento mayor en competencias.*

*Efectos de intoxicación: irritabilidad, agresividad, insomnio, fiebre, euforia, anorexia, hipertensión, vértigo, arritmia cardíaca, colapso circulatorio, alucinaciones, delirio, y en casos de intoxicación aguda, coma y falla respiratoria.*

*La cocaína, posee propiedades estimulantes muy poderosas, por lo que su uso es común entre personas que requieren de un alto rendimiento por períodos de tiempo prolongados.*

*Daños al organismo: pérdida de peso rápidamente, debilidad física, palidez extrema de la cara, mareos, vómitos constantes, destrucción de las membranas nasales y destrucción del aparato respiratorio.*

*La euforia, la ansiedad, sensación de mayor fortaleza, pupilas dilatadas, aumento de presión sanguínea, insomnio, depresión respiratoria, espasmos musculares, son algunos de los efectos de intoxicación aguda que presenta los toxicómanos adictos al consumo de la cocaína.*

*Dentro del grupo de los alucinógenos, se encuentra la marihuana, LSD, mezcalina, psilocibina. Este tipo de drogas producen alteraciones de la percepción como alucinaciones, donde los sentidos se alteran y se ven, escuchan, sienten o huelen cosas, sin un estímulo externo real.*

*La marihuana, es la droga que más comúnmente se utiliza en nuestro país. Sus efectos varían de persona a persona, en base a sus características físicas o psicológicas.*

*Destrucción de neuronas, daños al sistema inmunológico, deterioro en la capacidad de juicio, en la memoria a corto plazo y la*

*atención, desnutrición, anemia, son algunos de los daños que produce este estupefaciente; así como también alucinaciones, disminución de la capacidad autocrítica, ideas paranoides, desorientación y pérdida de la conciencia.*

*El LSD, es una droga que se deriva de un hongo llamado cornezuelo, es un alcaloide que se presenta en forma de polvo blanco, inodoro e insípido y muy soluble al agua.*

*Trastorno de la personalidad, deterioro del juicio, incoordinación motriz, alteración en la orientación tiempo, espacio, disociación mental, son algunos de los efectos de intoxicación así como daños al organismo que produce la administración de este tipo de droga.*

*La mezcalina se obtiene de los botones o capullos de un cacto llamado peyote. Este tipo de sustancia se ha utilizado para ciertos ritos mágico-religiosos entre los indígenas, sin embargo, en la actualidad, se utiliza con fines de intoxicación.*

*Entre los efectos de intoxicación y daños al organismo se tienen alteración de la percepción visual, auditiva, del tiempo y del espacio, dilatación de las pupilas, temblores, sudoración, insomnio, agresividad, angustia, delirio de persecución, así como trastornos de la personalidad (esquizofrenia y psicosis).*

*La psilocibina también es una droga alucinógena que se obtiene de algunos hongos que crecen en México y en América Central; al igual que el peyote ha sido utilizada en ritos indígenas.*

*Alucinaciones, distorsión de la distancia, tiempo y espacio, alteraciones del juicio, trastornos de la personalidad, son algunos de los efectos de intoxicación de este tipo de droga.*

*Dentro del grupo de los **DEPRESORES**, se encuentran el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes, los derivados del opio: morfina, heroína y codeína, así como el grupo de los inhalables.*

*El **alcohol** es la droga de mayor consumo y que más problemas sociales ocasiona. Tiene un efecto que retarda la actividad del sistema nervioso central, en grandes dosis puede presentar intoxicación, coma y muerte por depresión respiratoria. El alcohol produce una dependencia física y una marcada tolerancia. El síndrome de abstinencia puede producir alucinaciones terroríficas, delirios, convulsiones, náuseas, vómito, sudoración, insuficiencia cardíaca y muerte.*

*El uso del alcohol provoca daños irreversibles en el cerebro, hígado, páncreas, estómago y riñón.*

*Los **barbitúricos** son drogas sintéticas y gran parte de ellas son de uso médico, sin embargo, es posible llegar a caer en una dependencia física cuando se abusa de ellas sin control médico.*

*Trastornos psíquicos, depresión, pérdida de agilidad física, torpeza en la coordinación de movimientos, al hablar, pérdida de la memoria y en la capacidad de entender, son algunos de los daños que produce el uso excesivo de este tipo de drogas.*

*En este caso el síndrome de abstinencia es bastante agresivo ya que puede provocar la muerte, entre los síntomas se tienen: inquietud,*

excitación, irritabilidad, insomnio, cefaleas y mareos (Bulacio, 1983).

Los **tranquilizantes** son usados médicamente para reducir estados transitorios de ansiedad sin provocar sueño al paciente, a veces se utilizan también como relajantes y anticonvulsionantes.

Entre los efectos de intoxicación y daños al organismo se encuentran los siguientes: apatía, trastornos de la personalidad, y del carácter, falta de coordinación motriz, ataxia, irritabilidad, disminución del pulso y muerte por depresión respiratoria.

Dentro del grupo de analgésicos narcóticos se encuentran el **opio** y sus derivados, los cuales son poderosos depresores del sistema nervioso central. El opio se obtiene de una planta llamada "adormidera" o amapola, a su vez la morfina es extraída del opio, si bien esta droga es de las más dañinas cuando se abusa de ella, su uso médico es muy útil ya que es el analgésico más poderoso que se conoce.

Sin embargo, como su uso produce una dependencia física, sólo se emplea con control médico para reducir dolores extremos resultantes de fracturas, quemaduras, intervenciones quirúrgicas y en las últimas fases de enfermedades mortales como el cáncer.

Somnolencia, vómitos, estreñimiento, depresión respiratoria, desnutrición, afectación al sistema inmunológico son algunos de los efectos de intoxicación causados por la administración de la droga.

La heroína se sintetiza de la morfina, no tiene utilidad terapéutica y su utilización es ilícita. Sus efectos son de cuatro a diez veces más





*Fig. 2. Muestra de la droga denominada Goma de Opio.*

*poderosos que la morfina. Entre los efectos de intoxicación y daños al organismo, se tienen, la somnolencia, náuseas, vómitos, propensión a la depresión respiratoria, afecciones al sistema inmunológico y endurecimiento de las venas.*

*La codeína también se obtiene del opio y es sintetizado de la morfina. Sus efectos son menores que las drogas anteriores por lo que es necesario el consumo de grandes dosis. Es un producto farmacéutico legalizado. Tiene uso médico como analgésico o antitusígeno, es decir, forma parte de muchos jarabes para la tos, o es usado como medicamento para el dolor.*

*Los inhalables, no son drogas estrictamente hablando, son sustancias industriales volátiles con efectos psicotrópicos, entre éstos se encuentran el cemento, la gasolina, thinner, éter, acetona, etcétera. El abuso de estas sustancias es uno de los problemas más importantes de farmacodependencia en México, sus principales consumidores son jóvenes de 6 a 14 años de edad. El uso de estas drogas produce graves daños orgánicos irreversibles en el sistema nervioso central, además de producir daños al organismo en zonas como la nariz, faringe, laringe, traquea, riñones, hígado, corazón, pulmones, músculos, huesos, sangre, cerebro y destrucción de neuronas.*

*Se han definido algunos conceptos relacionados con el comportamiento farmacodependiente así como los efectos que producen los fármacos en el individuo. Sin embargo, es necesario mencionar que en este tipo de comportamiento se encuentran*

*implicados aspectos de carácter psicológico, social, cultural, etcétera y para comprenderlo, hay que ir más allá de la explicación basada en las drogas y sus efectos, por lo que en el siguiente capítulo serán citadas las diferentes aproximaciones teóricas que estudian las causas de la farmacodependencia y su conceptualización.*

## **Capítulo 2      *Aproximaciones Teóricas de la Conducta Farmacodependiente.***

*Hace uno o dos siglos, cada país tenía sus propias drogas producidas allí mismo y su consumo estaba regulado por las costumbres y tradiciones. Hoy día se puede comprar cualquier droga prácticamente en cualquier país del mundo. La creación de un mercado mundial ha significado también el que las drogas de todo tipo hayan pasado a ser objetivos del tráfico internacional masivo (Coleman, 1988).*

*Todo esto ha creado un aumento espectacular de las dimensiones del fenómeno de la drogadicción y para comprenderlo es necesario analizar las múltiples causas, sociales, psicológicas y biológicas implicadas en él, razón por la cual el presente capítulo tiene como propósito describir las diferentes aproximaciones teóricas que estudian dicho fenómeno y que corresponden al avance progresivo de las causas profundas de la conducta farmacodependiente y su conceptualización.*

*De esta manera, por ejemplo, las teorías individualistas consideran la conducta farmacodependiente como la manifestación de una deficiencia en el funcionamiento personal. Mientras que las teorías sociológicas hacen hincapié en la fuerza del medio, en su influencia determinante sobre los individuos, y explican cada comportamiento, desviado o no, como resultado de la interacción social.*

### **2.1. Enfoque ético-jurídico.**

*Desde la perspectiva del modelo ético-jurídico el abuso de drogas ilegales es simplemente una conducta delictiva que la sociedad debe castigar con toda severidad para impedir que se extienda. La atención se centra en el individuo como principal responsable y en la droga como agente corruptor. Así el drogadicto es considerado como un delincuente, una persona inmoral, y como tal se le debe tratar. La amenaza y el castigo son los principales instrumentos de prevención de este modelo, cuya finalidad es aislar al farmacodependiente de los otros ciudadanos y lograr que las drogas ilícitas queden fuera del alcance de la gente. Es así como para justificar la promulgación de leyes y medidas representativas, se estigmatiza al adicto y se recurre a una información alarmista relativa a los peligros de las drogas prohibidas (Belsasso, 1976, Centros de Integración Juvenil, 1986).*

*Uno de los resultados de esta política fue la segregación de los jóvenes consumidores de drogas junto con delincuentes comunes, al transformarlos técnicamente en criminales. Mientras que, por su parte, la industria farmacéutica inundaba el mercado, con toda legalidad, con complejos productos psicotrópicos y apoyada por la publicidad, hacia de "buenos ciudadanos" unos "drogadictos legales". Por otro lado, la prohibición de ciertas drogas, tuvo como consecuencia que los adolescentes empezaran a idear sustitutos mucho más peligrosos: inyectándose pastillas diluidas, mezclando productos, etcétera (Massún, 1991).*

*Hasta hace poco, defensores incondicionales del modelo ético-jurídico se oponían incluso al tratamiento de los farmacodependientes, argumentando que el brindarles ayuda médica les proporcionaba una especie de respetabilidad legal que resultaba de complicidad con la delincuencia, por lo que éstos únicamente eran encarcelados y cuando quedaban en libertad volvían a consumir drogas pues las condiciones que los habían hecho farmacodependientes no habían variado (Massún, 1991).*

*Casi toda persona implicada en el proceso legal parece tener su propia opinión sobre cómo se adicciona una persona a una droga, cómo debe tratarse, qué tipo de castigos debieran imponérseles, etcétera. Como los policías y legisladores están entrenados para pensar en términos de delito y castigo tienden a perpetuar la idea de que todos los consumidores de drogas, siendo delincuentes por definición, han de ser aislados y castigados, y además tienen ideas fijas respecto a cuáles deben ser los castigos, por ejemplo, el meterles a la cárcel. De hecho, se puede constatar que los agentes de la ley de todo el mundo persiguen con celo a los consumidores de drogas y las leyes creadas para poner fin a la distribución y a la venta de drogas ilegales se utilizan con frecuencia para hostigarles a ellos: así, cuando el consumidor compra su provisión de drogas ilegalmente, pasa de ser un ciudadano respetuoso para con la ley a ser ciudadano perseguido.*

*El planteamiento tradicional y elemental de la policía puede satisfacer a la persona con una visión legal estrecha pero*

*cualquiera que haya trabajado con adictos o estudiado los problemas de la drogadicción confirmará que meterles a la cárcel no es la solución.*

*Las tentativas de controles por medios legales no funcionan, porque para controlar a alguien legalmente con eficacia tendría que preocuparle lo que le pasa a éste.*

## **2.2. Enfoque médico-sanitario.**

*El enfoque médico-sanitario es menos represivo y en todo caso, más humano, sin embargo, no deja de tener una visión limitada de la farmacodependencia, ya que considera tal conducta como un problema en términos esencialmente individuales y personales. El drogadicto ya no se concibe como un delincuente, sino más bien como una víctima de una enfermedad a quien en vez de castigar, hay que curar.*

*Pero la patología reside siempre en el individuo. Como cualquier enfermedad contagiosa, la farmacodependencia puede pasar de una persona enferma a otra sana, por lo que es necesario aislar a la primera para evitar el contagio (Massún, 1991).*

*De acuerdo con este modelo, el control social sigue siendo la única solución, sólo que su ejecución se transfiere de las autoridades de justicia a las de salud pública.*

*Para los efectos de prevención del uso indebido de drogas se confía mucho en la eficacia de la información sobre éstas. La información preventiva inspirada por este modelo insiste en los riesgos del*

*consumo de drogas para el organismo humano, con el supuesto de que el instinto natural de los hombres a conservar su salud hará el resto (Massún, 1991).*

*En el enfoque sanitario desaparece la preocupación por distinguir entre drogas lícitas e ilícitas, ya que trata ante todo, de proteger la salud pública. Las campañas de prevención características del modelo médico-sanitario incluyen el tabaco y el alcohol en igual medida que las drogas prohibidas. En la práctica, este enfoque del fenómeno de la farmacodependencia conduce a una política más propensa a sostener programas de información preventiva y de tratamiento que a castigar pero sigue ignorando las verdaderas raíces del problema, ya que al reducir la farmacodependencia a un problema puramente sanitario se soslayan sus causas socioculturales (Massún, 1991).*

*Con respecto a tratamientos, Coleman (1988) menciona que la técnica empleada cuando el médico se enfrenta al adicto que desea deshacerse, dependerá del médico del adicto y del objeto de adicción. Cada caso es distinto e igualmente lo es cada solución.*

*A lo largo de este siglo se han empleado una vasta gama de productos para ayudar a los adictos a dejar las drogas. Desde la terapia de electrochoques (en la que se dan descargas eléctricas al cerebro con la esperanza de obtener algún efecto positivo en la actividad cerebral), hasta el tratamiento con una gran variedad de fármacos, que con frecuencia suelen ser igualmente adictos y peligrosos que las mismas drogas (Coleman, 1988).*



*El mensaje implícito en todo esto parecería ser que los médicos ayudarían más a sus pacientes adictos consiguiendo que dejaran de tomar fármacos, sin embargo, las técnicas para dejar las drogas que implican el consumo de una droga sustitutiva muy rara vez proporcionan soluciones a largo plazo. La única ventaja es que un adicto puede obtener estos nuevos fármacos legalmente. Por su parte Goode (1978) menciona que lo más recomendable para el tratamiento y rehabilitación de una persona farmacodependiente es un breve período de internación para separar al paciente del suministro de la droga. Luego, la tarea del médico consistirá en determinar qué es lo que perturba al paciente y qué necesidades son satisfechas mediante el consumo de la droga, y al mismo tiempo deberá ofrecer una terapia de apoyo a largo plazo que posibilitará al paciente llevar una vida satisfactoria y productiva libre de la droga.*

*Según Madden (1986) y Coleman (1988), para que un programa de deshabitación sea realmente eficaz, ante todo se debe conseguir motivar al adicto. Sin su determinación y su ayuda entusiasta y decidida, fracasará cualquier técnica y es, al menos en parte, responsabilidad del médico conseguir la motivación adecuada, y desde luego, asegurarse de que sus circunstancias sociales y personales han mejorado de forma que su necesidad de ayuda externa haya disminuido. En resumen, para que un programa de tratamiento tenga éxito ha de centrarse en cada adicto más que en la adicción que ha contraído.*

*Hace unos cien años, se demostró de forma bastante concluyente que la necesidad de drogas sedantes de los internos en hospitales psiquiátricos disminuía si se les proporcionaba ocupación adecuada. Por desgracia, son muchos los médicos y gobernantes que siguen hoy día ignorando estos resultados. Aún suele considerarse la adicción como enfermedad y los síntomas como problemas que exigen terapia externa. Prefieren gastar dinero en fármacos y programas de tratamiento que enseñar a la gente a sobrevivir, a afrontar y superar la ansiedad y el estrés y a crear para sí mismos una forma de vida fructífera y gratificante (Coleman, 1988).*

### **2.3. Enfoque psicosocial.**

*El enfoque psicosocial reconoce la infinita complejidad de cada ser humano y la influencia determinante de los factores psicológicos y del medio circundante, en la génesis de la farmacodependencia. El uso indebido de drogas se visualiza como un comportamiento humano, que, al igual a otras conductas, depende de múltiples factores interrelacionados; y en el que no necesariamente influyen las medidas represivas o sanitarias. Es una respuesta a circunstancias del entorno familiar y social, en el que el individuo como tal desempeña un papel limitado ya que en gran medida éstas no dependen de él (Massún, 1991).*

*Pedro David, en su Sociología Criminal Juvenil (en Massún, 1991, p. 48) llega a la conclusión de que la farmacodependencia "es el*

*producto del ambiente social y familiar del joven, sin excluir, desde luego, el hecho del acostumbramiento fisiológico a la droga, una vez que el proceso comienza". "Evidencia disponible indica que el más alto uso de drogas se da en áreas de las ciudades que constituyen los sectores menos privilegiados, más sobrepoblados y deteriorados".*

*Entre las resoluciones aprobadas por la conferencia de las Naciones Unidas de 1972 para examinar enmiendas a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, figura el reconocimiento de que "los factores sociales ejercen una influencia indudable y a veces preponderante en el comportamiento de las personas y sus grupos", y que "las condiciones sociales y económicas deplorables en que viven ciertos individuos y ciertos grupos predisponen a la toxicomanía" (Massún, 1991, p. 48).*

*Sin embargo, es importante señalar que según Massún (1991), existe otro tipo de marginalidad que no se relaciona con la pobreza material y es el hecho de que jóvenes de clase media y de la superior se sienten totalmente ajenos, primero, a un modelo de desarrollo que privilegia el "tener", en detrimento del "ser", y luego a una sociedad dedicada al máximo rendimiento, caracterizada por la competencia desenfrenada y la falta de ideales que están más allá de lo puramente material. Puesto que la misma sociedad no les permite integrarse en condiciones emocionalmente satisfactorias, estos jóvenes no encuentran otra salida más que la de refugiarse en las drogas.*



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

*Adoptar el enfoque psicosocial significa reconocer que en el abuso de sustancias psicoactivas no hay relaciones simples de causa-efecto. Gracias a este descubrimiento, las medidas de prevención y control se afinan . Los programas concebidos con este enfoque tratan de responder a necesidades psicológicas y sociales de los individuos o grupos destinatarios, ayudándolos a integrarse mejor a su medio y a relacionarse más satisfactoriamente con los demás, de manera que no sientan la necesidad de recurrir a las drogas (Massún, 1991).*

IZT.

*Según Massún (1991) está ampliamente demostrado que la sociedad puede ser causante directa de la farmacodependencia de importantes grupos de la población, sin embargo, es el individuo como persona quien deberá tomar la decisión de aceptar o rechazar la oferta de las drogas. Pero la sociedad debe asegurarle las condiciones necesarias para que esté en capacidad de tomar una decisión favorable a su salud.*

*Por su parte, Astolfi (1989) menciona algunos de los factores psicosociales que por su influencia en la codeterminación de las conductas aumentan la vulnerabilidad a las toxicomanías: a) la desoladora carencia de figuras de identificación; b) el crecer en un medio cargado de dobles mensajes, violencia y falta de trascendencia; c) crisis familiar contemporánea, la brecha generacional y de diálogo; d) mayor permisibilidad, asequibilidad y el incremento del tráfico de drogas; e) la criminal postura de*

*quienes bregan por lograr la legalización del consumo, ignorando la espiral sucesiva que los adictos recorren.*

#### **2.4. Enfoque geopolítico-estructural.**

*Este modelo propuesto por la Comisión Nacional del Uso Ilícito de las Drogas (CONACUID) de Venezuela en 1985 y desde una perspectiva latinoamericana (Massún, 1991) busca una conceptualización del consumo y tráfico de drogas como fenómeno global, estructuralmente inseparable de las condiciones que genera el subdesarrollo y la dependencia de los países latinoamericanos.*

*Presupone que América Latina se encuentra en una zona de influencias geopolíticamente definida y que esta situación determina las características del problema de la droga y las respuestas que requiere para su solución.*

*En este contexto más que castigar se debería educar y mejorar sus condiciones de vida. Dadas estas premisas, la noción misma de la prevención del uso indebido de drogas se amplía para englobar una acción modificadora de los factores sociopolíticos, económicos y culturales desfavorables que lo generan en el nivel regional.*

#### **2.5. Enfoque conductual.**

*En las últimas tres décadas se ha generado un gran interés en las respuestas condicionadas como parte del proceso de adicción a drogas; éstas funcionan como estímulos reforzados positivos y negativos. Además, claves o estímulos ambientales que han sido*

*repetidamente apareados con los estados inducidos por las drogas pueden convertirse en estímulos condicionados. Entre los procedimientos terapéuticos que se han desarrollado a partir de este enfoque del proceso de la adicción se encuentran los denominados de contracondicionamiento, incluyendo la terapia aversiva con choques eléctricos o sustancias químicas, y la terapia cognoscitiva denominada condicionamiento cubierto (Alcaraz, 1997).*

*Abraham Wikler (1973 en Alcaraz, 1977) dedicado a la investigación considera la importancia de las respuestas condicionadas en el proceso de adicción. Las drogas actúan como fuerzas poderosas en el moldeamiento de la conducta, tanto por sus efectos directamente placenteros (reforzamiento positivo), como por su capacidad para resaltar los síntomas de la retirada (reforzamiento negativo). Wikler, planteo que las señales del ambiente que han estado apareadas repetidamente con los estados inducidos por las drogas pueden llegar a ser estímulos condicionados, observó, por ejemplo, que los ex-adictos libres de drogas frecuentemente presentaron llanto y bostezos (signos de la retirada del opio) cuando discutían de drogas en terapia de grupo. Hay otros factores condicionados que ayudan a mantener la autoadministración de drogas. Los adictos tienden a usar las drogas en una forma ritual. Cuando se administra la droga se alivia el malestar debido a la abstinencia (tanto farmacológico, como condicionado). Al mismo tiempo, dependiendo del nivel de tolerancia y de la dosis de la droga utilizada, el paciente puede*

*sentirse eufórico, aquí la recompensa es intermitente. El reforzamiento intermitente es muy efectivo en el mantenimiento de la conducta (O'Brien, 1975, en Alcaráz, 1977).*

*Finalmente, es importante señalar que existen numerosos estudios que han descrito procedimientos para combatir la conducta de toma de la droga, utilizando para ello el condicionamiento cubierto, o desensibilización, que consiste en imaginarse escenas, tanto de situaciones aversivas, como de eventos recompensantes. Se empieza con el deseo por la droga y se instruye al paciente para que se imagine tan claramente como le sea posible cada eslabón de la cadena de eventos que lo guían a la ingestión de drogas. En lugar de los efectos placenteros de la droga, se le indica al paciente que se imagine vívidamente que está muy enfermo como consecuencia de la droga. Cuando el paciente imagina la evitación de la droga, se le dice que imagine escenas placenteras (Cautela y Rosenstein, 1975 en Alcaráz, 1977).*

*Se han descrito los diferentes enfoques teóricos que desde una perspectiva muy particular abordan el comportamiento farmacodependiente y proponen alternativas, que en el mejor de los casos, tienen como finalidad solucionar y prevenir la adicción a las drogas.*

*La psicología como una ciencia que estudia el comportamiento del individuo, concretamente, la interacción entre éste y su ambiente, también propone estrategias de intervención para el tratamiento de la conducta farmacodependiente; por lo que en el siguiente capítulo*

*se hace mención de la evaluación conductual, que surge como un modelo que pretende un análisis objetivo del comportamiento de un sujeto, mediante la aplicación de instrumentos como entrevistas, cuestionarios, análisis clínicos, etcétera, que proporcionan información, datos fiables y válidos, con respecto al comportamiento adictivo, mismos que también serán descritos así como el modelo teórico en el que está basado el instrumento de evaluación que se propone en este trabajo.*



### **Capítulo 3      *Evaluación Conductual e Instrumentos de Evaluación para la Conducta Farmacodependiente.***

*En la psicología y desde la perspectiva del Aprendizaje Social, la evaluación conductual es un paso antecedente al tratamiento de cualquier tipo de comportamiento, como es el farmacodependiente.*

*Este tipo de comportamiento adictivo considerado como un abuso del consumo de drogas ha sido evaluado conductualmente a través de instrumentos como entrevistas, cuestionarios, análisis clínicos, observaciones, etcétera, que proporcionan información, datos fiables y válidos que ayudan a una mejor elección de tratamiento.*

*Es importante mencionar que toda actuación aplicada se debe basar en formulaciones teóricas pues un modelo supone un instrumento lógico a través del cual se explica o se da cuenta de una parcela de la realidad.*

*Existen modelos teóricos como el Secuencial Integrativo que propone una evaluación psicológica por medio de la cual se trata de identificar las conductas objetos de estudio, tanto motoras como fisiológicas o cognitivas así como las variables ambientales y/o internas que las mantienen y controlan con el objetivo de realizar un tratamiento o cualquier tipo de intervención psicológica.*

*Dado que el objetivo del presente trabajo es proponer un instrumento de evaluación para la conducta farmacodependiente basado en el enfoque cognitivo-conductual y bajo la perspectiva del*

*Modelo Secuencial Integrativo, se describe en este capítulo la consolidación de la evaluación conductual, así como sus etapas históricas, sus características, los diferentes instrumentos de evaluación y concretamente los instrumentos que se aplican para evaluar la conducta farmacodependiente.*

*Finalmente, se hace una descripción del Modelo Secuencial Integrativo en el que está basado teórica y metodológicamente el instrumento de evaluación que se propone.*

### **3.1. Evaluación Tradicional.**

*Este sistema evaluativo partió, fundamentalmente, del enfoque diferencialista y correlacional de la Psicología, a través del cual se pretendía la evaluación de los sujetos humanos según una serie de atributos, dimensiones, rasgos o factores de muy distinta índole (dinámicos, psicométricos, etcétera) que permitiera la descripción según cualidades psicológicas, la predicción del comportamiento del sujeto y, en el caso más extremo, la explicación, en base a ellos, de la conducta humana. La vía de medición de estas características psicológicas fueron los tests que con tanta profusión han proliferado a lo largo de los últimos tres cuartos de siglo. Un test supone la observación, auto-observación y auto-informe de la conducta de un sujeto en una situación previamente establecida, definida y estandarizada -igual para todos los sujetos-, en la que las muestras de comportamiento recogidas son, generalmente, cuantificadas y transformadas en otras puntuaciones que permiten comparar al*

*sujeto en examen con otros sujetos pertenecientes a un grupo formativo. El objetivo fundamental de estos instrumentos es el de la clasificación y descripción de los sujetos según ciertos atributos, con el objetivo último de predecir el comportamiento.*

*Sin embargo, se han realizado profundas críticas en contra de los tests y del psicodiagnóstico tradicional. Las necesidades de selección y adecuación del hombre a su puesto de trabajo, de selección en las tareas académicas o en los medios hospitalarios han provocado lo que se ha llamado Hipertrofia Testológica, desencadenándose múltiples críticas científicas. Es en la década de los sesentas, cuando se pone de manifiesto la ineffectividad de las técnicas proyectivas, las múltiples fuentes de error de los cuestionarios de personalidad, así como también se pone en tela de juicio el valor del concepto -inteligencia- como marco constructivo cognitivo.*

*Por otra parte, la crisis de la evaluación puede constatarse a través de los cambios que se han producido en el papel del psicólogo clínico. Parece claro que, durante más de la mitad de este siglo, el psicólogo se ha dedicado a tareas de evaluación y diagnóstico, su función más extendida fue -y en algunos lugares sigue siendo- la de aplicador de test o evaluador.*

*Sin embargo, al comparar estudios realizados en distintos momentos, la función del psicólogo se ha modificado en el sentido de una disminución en el papel de evaluador o diagnosticador. Estos cambios así como la crisis del psicodiagnóstico tradicional, desde la*

*perspectiva de Mischel (1968: en Fernández y Carrobles, 1989), se basaron fundamentalmente, en la falta de fiabilidad y validez de los instrumentos (fuentes de error, varianza del método, validación de constructo), carencia de utilidad de los juicios en base a los tests e inadecuación de los "rasgos" a la hora de predecir la conducta.*

*Este tipo de investigaciones muestran como es que la falta de valor de gran parte de los instrumentos de evaluación psicológica ha provocado la crisis del psicodiagnóstico tradicional.*

### **3.1.1. Técnicas Proyectivas.**

*Las técnicas proyectivas y los tests psicométricos considerados como dos grupos de instrumentos más representativos de la tecnología psicodiagnóstica demuestran como es que tiene lugar la ya citada crisis en la evaluación tradicional.*

*Las técnicas proyectivas han sido consideradas como los rayos X de la personalidad. Rapaport (1965: en Fernández y Carrobles, 1989, p. 38) señala que el Test de Apercepción Temática de Murray "suministra los músculos y tendones para explorar el esqueleto de la personalidad". Así, las funciones fundamentales de las técnicas son las de estimular, tornar observable, registrar y volver verbalmente comunicable la estructura psicológica del sujeto.*

*Un problema que se presenta para alcanzar el objetivo de estas técnicas proyectivas es el agrupamiento de ellas en una sola categoría, puesto que el valor demostrado por ellas varía, extraordinariamente, de unas a otras.*

*Con respecto al psicodiagnóstico de Rorschach, y por lo que se refiere a la fiabilidad, se puede decir que ésta depende del sistema de calificación de cada escuela. En este sentido, los autores admiten unánimemente la existencia de una escasa objetividad intersistemas en el Rorschach (Bhom, 1968; Zubin, Eron y Shumer, 1965; Goldfried, Stricker y Weiner, 1971: en Fernández y Carrobles, 1989). Este hecho está en relación con muy distintas cuestiones. En primer lugar, depende de la falta de acuerdo con la aplicación de la prueba, ya que en cada sistema existen modificaciones en la consigna que se da al sujeto, en la precisión de las categorías de respuesta, en el valor que se da a la encuesta. En segundo lugar, existe una falta de acuerdo en las categorías de respuesta, formulaciones diferentes, etcétera. En último lugar, la influencia del efecto de las variables procedentes del propio examinador que como señala Holzberg (1960: en Fernández y Carrobles, 1989), provoca correlaciones bajas principalmente porque los procesos de elaboración del psicólogo están en función de su propia experiencia. La capacidad pronóstica del Rorschach parece ser también inadecuada, a este respecto, Zubin (1965: en Fernández y Carrobles, 1989) concluye que resulta ser una técnica irrelevante para predecir y/o evaluar resultados y pronosticar; por su parte Shields (1978: en Fernández y Carrobles, 1989) afirma que en esa misma escala de pronóstico el grado de discriminabilidad no es lo suficientemente grande como para basar en él juicios clínicos.*

### 3.1.2. *Test psicométricos.*

*Por tests psicométricos se entiende aquellas técnicas psicológicas de medida que han sido construidas a través de estrategias empíricas o factoriales, y que cuentan con un material tipificado y presentan normas de aplicación, corrección y valoración estandarizadas (Kelly, 1967; Avanesov, 1978: en Fernández y Carrobles, 1989). Son dos las más importantes áreas de evaluación de estos instrumentos: las habilidades cognitivas y las dimensiones de personalidad.*

*La controversia sobre las bases biológicas y ambientales de la inteligencia humana ha repercutido extraordinariamente sobre la crítica de los tests tradicionales. La influencia de la cultura, la educación, la raza, etcétera, sobre los tests que evalúan constructos cognitivos ha sido sólidamente probada y ha servido como descrédito de la utilización de tales instrumentos a la hora de tomar decisiones sobre los sujetos humanos (Jensen, 1979; en Fernández y Carrobles, 1989).*

*Los tests psicométricos multidimensionales de personalidad son los instrumentos más utilizados y los más numerosos en la actualidad (Buros, 1978: en Fernández y Carrobles, 1989).*

*En líneas generales, puede decirse que la efectividad de estos instrumentos es muy relativa. Muchos son los estudios que han puesto de manifiesto la eficacia relativa de gran parte de estos instrumentos a la hora de discriminar entre grupos de sujetos con trastornos conductuales, así como de predecir comportamientos; por*

*ejemplo Rosen (1958: en Fernández y Carrobles, 1989) en un trabajo ya clásico, obtuvo que el MMPI, instrumento más valorado y utilizado en la clínica, identificaba correctamente, como promedio, a un 50 por 100 de pacientes, lo cual implica un crecido margen de error en el diagnóstico. Clopton y Baucon (1979: en Fernández y Carrobles, 1989), no pudieron identificar pacientes suicidas y no suicidas a través de los perfiles del MMPI. Sin embargo, aunque se consideraran a estas técnicas de evaluación "MMPI" de trastornos conductuales útiles a la hora de diagnosticar o catalogar a los sujetos, esto no significaría que lo fueran también en el momento de establecer un tratamiento y/o un pronóstico. En suma, los tests sirven sólo hasta cierto punto a la hora de predecir la conducta, escasamente al tratar de planificar y valorar una determinada intervención y, desde luego, no pueden ser entidades explicativas del comportamiento humano (Fernández y Carrobles, 1989).*

*Además de esta evidencia sobre la efectividad de los tests psicométricos de medida de la personalidad, aún queda contemplar los problemas básicos que estos instrumentos llevan consigo. Bradburn y Sudman (1979: en Fernández y Carrobles, 1989) han planteado las variables de error que intervienen en los cuestionarios, según sea la estructura de la tarea que llevan consigo, el método de administración propuesto, los problemas de autopresentación y la importancia que la tarea tenga para el examinado.*

*A continuación se enumeran algunas distorsiones que se suelen dar al responder a estos tests.*

*Edwards (1957, 1971: en Fernández y Carrobles, 1989) menciona como es que gran parte de las respuestas a dichos cuestionarios aparecen saturadas de la tendencia, por parte de los sujetos, a dar contestaciones socialmente deseables en la descripción de sí mismo. Así, la importancia de la deseabilidad social, al responder a los cuestionarios que evalúan rasgos de personalidad ha sido demostrada en múltiples ocasiones.*

*Por otra parte, se ha puesto de manifiesto que existe una tendencia a la simulación al contestar a los auto-informes; es decir, se da una susceptibilidad de los tests de personalidad del tipo cuestionario, ante la distorsión deliberada por parte del sujeto que desvirtúa en cierta medida, las deducciones sobre los rasgos de personalidad de los sujetos. Asimismo, otros estilos de respuesta constituyen también una génesis de problemas en los cuestionarios. Examinando una serie de trabajos Messik y Jackson (1971: en Fernández y Carrobles, 1989) concluyen que el estilo de respuesta con el que los sujetos responden a los ítems de estos tests, pueden desvirtuar totalmente los resultados.*

*Todo esto hace pensar que los cuestionarios de personalidad no son lo suficientemente rigurosos a la hora de discriminar certeramente entre distintos grupos con trastornos conductuales (Frank, 1969, 1975: en Fernández y Carrobles, 1989), no son útiles a la hora de planificar el tratamiento (Mischel, 1968: en Fernández y Carrobles,*



1989) ni tampoco son oportunos a la hora de establecer un pronóstico sobre el sujeto (Fulkerson, 1961; Windle, 1952; Frank, 1975; Ullman y Krasner, 1969: en Fernández y Carrobles, 1989). Es también cuestionable la utilidad de esta clase de tests psicológicos a la hora de planear y predecir la efectividad de un tratamiento, probablemente porque en ellos no se considera el tipo de modificaciones ambientales que deberían requerirse a la hora de lograr un cambio en aquellos aspectos psicológicos perturbados. Es decir, como señala Bayés (1979: en Fernández y Carrobles, 1989), en estos instrumentos no se tiene en cuenta que los sujetos son una realidad cambiante, en la que los factores orgánicos interactúan con los ambientales, por lo que no es de extrañar que no se consiga, a través de ellos, la indicación y pronóstico necesarios a la hora de planear un cambio en el comportamiento.

### **3.2. Evaluación conductual.**

La complejidad del comportamiento humano ha traído consigo la necesidad de crear nuevos modelos de psicodiagnóstico más operativos y eficaces. De aquí que la evaluación conductual surja como modelo que pretende un análisis objetivo de los comportamientos relevantes de un sujeto, y de los niveles de complejidad necesarios (es decir, comprende tanto sus respuestas motoras como fisiológicas y cognitivas), así como la detección de las variables, tanto orgánicas como ambientales, que provocan o mantienen tales comportamientos (Fernández y Carrobles, 1989).

*Con esta definición se hace referencia a una evaluación conductual en la que se admite el estudio de las conductas cognitivas y, por tanto, en las que se supone superado el reduccionismo del conductismo ortodoxo.*

### **3.2.1. Etapas históricas de la evaluación conductual.**

*Es importante conocer como es que a través de la historia, la evaluación conductual se ha consolidado como tal, por lo que a continuación se describirán las tres etapas fundamentales por las que ésta ha pasado, mismas que son denominadas antecedentes, constitución y consolidación.*

#### **3.2.1.1. Antecedentes de la evaluación conductual.**

*En cada diseño experimental en donde se ha introducido un tratamiento con el objetivo de modificar respuestas humanas, ha tenido que producirse un proceso de evaluación conductual.*

*Por ejemplo, en el experimento de Watson y Rayner (1920: en Fernández y Carroble, 1989) del "pequeño Albert" se eligió a este niño en función de que aparecía como impasible y no emocional a la hora de condicionar en él una respuesta de miedo.*

*Los efectos del tratamiento llevaron consigo comportamientos que son relatados de la siguiente manera: el niño se asustó violentamente, la respiración se paró súbitamente y los brazos se levantaron en forma característica. Se observa así, cómo se*

*evaluaron conductas motoras o se infirieron de la observación, respuestas fisiológicas.*

*En los trabajos de Krasnogorski y de Ivanoff Smolensky (1925, 1927; en Fernández y Carrobles, 1989) aparecía ya una somera evaluación de los niños deficientes o neuróticos que se pretendía condicionar y, en esta misma línea, Mowrer y Mowrer (1938; en Fernández y Carrobles, 1989) hallaban la tasa de descontrol de la micción, tratando después este trastorno con procedimientos basados en el condicionamiento clásico.*

*En estos casos y en otros, la evaluación, más o menos rudimentaria, se realizaba como un paso más del diseño experimental. La formulación de este enfoque evaluativo es dada por Skinner (1953; en Fernández y Carrobles, 1989) cuando sostiene que las variables externas de las cuales la conducta es función, proporcionan lo que se puede llamar un análisis causal o funcional de la conducta; es decir, se propone controlar y predecir el comportamiento del organismo individual. Esta será la variable dependiente, el efecto del que se va averiguar la causa. Las variables independientes -las causas de la conducta- son las condiciones externas de las que la conducta es función. Es decir, el análisis funcional será aquel proceso a través del cual se pueden detectar las variables independientes que controlan o mantienen las conductas problema, y éstas las variables dependientes en el diseño experimental. a través del cual se intentará la modificación. Lo más característico de este inicial modelo de evaluación conductual es que el análisis ha de*

*dirigirse a hechos observables -conductas motoras- y a las variables ambientales que provocan o mantienen esas conductas, por lo que el método de evaluación empleado es el de la observación.*

*Un paso más en esta etapa antecedente a la evaluación conductual lo da Wolpe (1958: en Fernández y Carrobles, 1989), cuando en su trabajo sobre Inhibición Recíproca, admite el auto informe de los sujetos a la hora de medir y clasificar a éstos en la variable ansiedad. Así, este autor da una gran importancia a la entrevista y al material procedente de ella. Pero no sólo se aceptan los auto-informes de los sujetos sobre las respuestas motoras, cognitivas o fisiológicas, sino que Wolpe utiliza propiamente cuestionarios "tradicionales", concretamente el cuestionario de Autosuficiencia de Benreuter con el objetivo de determinar la duración del tratamiento teniendo en cuenta las respuestas que indirectamente pondrán de manifiesto las capacidades y la motivación frente al tratamiento del sujeto. Por otra parte, Wolpe, también utiliza un test de neuroticismo, concretamente el cuestionario de Willoughby, con el fin de detectar distintas conductas, así como de valorar la efectividad del tratamiento.*

*Se observa, como en esta fase antecedente y de gestación de la evaluación conductual se perfilan dos enfoques un tanto diferentes. En uno de ellos se tiene en cuenta tan sólo las respuestas motoras de los sujetos, mientras en el otro se admiten los auto-informes de los sujetos e, incluso, utilizan éstos a la hora de seleccionar las variables dependientes y/o intervinientes del tratamiento.*

*Por su parte, Shapiro en 1951 (Fernández y Carrobles 1989) publica su trabajo Un Enfoque Experimental de los Tests de Diagnóstico Psicológico en el que sienta las bases de un modelo experimental del psicodiagnóstico. Propone que el uso de los tests psicológicos ha de servir para la formulación de hipótesis que contrastar, posteriormente, a través de otros tests, se obtiene información directa de las variables criterio o se realizan determinadas modificaciones en las pruebas para validar las hipótesis formuladas.*

*Este nuevo enfoque de la evaluación supera el diagnóstico en base a los tests y convierte el proceso psicodiagnóstico en un proceso científico (Fernández, 1980: en Fernández y Carrobles, 1989).*

*Posteriormente, se perfila a través de los trabajos de Shapiro y colaboradores (Shapiro y Nelson, 1955; Shapiro, 1957: en Fernández y Carrobles, 1989), lo que se ha denominado "Estudios Experimentales de Caso Único" que van a constituir un cuerpo metodológico importante a la hora de renovar la evaluación tradicional.*

*En definitiva, los trabajos de Shapiro suponen un acercamiento del psicodiagnóstico a la Psicología básica, desde su enfoque, el psicólogo no se limita a la aplicación de tests, sino que tiene que poseer y aplicar sus conocimientos psicológicos generales al problema que está examinando.*

### **3.2.1.2. La Constitución de la Evaluación Conductual.**

*Según Fernández y Carrobles (1989), es en 1965 cuando suele fecharse la constitución de la evaluación conductual, concretamente con el trabajo de Kanfer y Saslow: Análisis Conductual. Estos autores presentan una alternativa funcional o analítico-conductual. Se parte de que la evaluación psicológica debe dirigirse a la descripción de la conducta problemática, los factores que la controlan y el medio a través del cual puede ser modificada.*

*La aportación fundamental de Kanfer y Saslow, además de conceptualizar y demarcar claramente este nuevo enfoque, es la de ampliar las variables a considerar -tanto en el trabajo evaluativo como en el terapéutico- al tener en cuenta, además de las conductas motoras, los cambios en las discriminaciones perceptivas del paciente, por ejemplo, su enfoque perceptivo, clasificatorio y de organización de los eventos sensoriales, incluyendo la percepción de sí mismo y los patrones de respuesta que el sujeto ha establecido en relación con los objetos sociales y consigo mismo a través del tiempo. Las variables ambientales (antecedentes y consecuentes) relacionadas funcionalmente con las conductas-problema, mantienen la misma importancia que en el modelo skinneriano; la aportación fundamental de estos autores está en admitir variables organísmicas, fundamentalmente cognitivas, en el modelo funcional. Los métodos a través de los cuales se realiza el análisis de la conducta se amplían considerablemente. Junto a la observación directa de las conductas manifiestas, Kanfer y Saslow admiten los*

*auto-informes de los sujetos. Sin embargo, es importante no efectuar abstracciones sobre atributos internos de los sujetos desde sus informes verbales.*

*Así, la entrevista, los auto-informes conductuales, las informaciones de otras personas sobre las actividades del cliente, así como la observación directa de las respuestas manifiestas son los métodos utilizados a la hora de realizar el análisis conductual.*

*Sin embargo, Kanfer y Saslow, llegan a admitir la utilización de los tests psicológicos clásicos con la consideración de que gran parte de ellos constituyen condiciones estimulares estandarizadas, a través de las cuales pueden ser recogidas muestras de conducta de las reacciones del paciente ante una situación problema y en una relación interpersonal estresante. Los datos que mediante estos instrumentos se recogen, pueden revelar habilidades del sujeto y son importantes a la hora de establecer el tratamiento. Pero lo más importante es que las respuestas de los sujetos a estos tests son consideradas como muestras de conducta y no como signo de la existencia de una variable subyacente al sujeto.*

*Así, este trabajo inicial de Kanfer y Saslow delimita claramente la alternativa que desde la Psicología del Aprendizaje, se da a la evaluación de los trastornos psicológicos, en la cual se tienen en cuenta las condiciones ambientales, biológicas, orgánicas y cognitivas que determinan o median en la conducta (Fernández y Carrobes, 1989).*

### **3.2.1.3. La Consolidación de la Evaluación Conductual**

**(a partir de 1975).**

*Goldfried y Spafkin, (1974: en Fernández y Carrobles, 1989), en su Behavioral Personality Assessment proporcionan una visión no rupturista de la evaluación conductual sentando las bases para un nuevo modelo. Hersen y Bellack, (1976: en Fernández y Carrobles, 1989), son los primeros compiladores sobre el tema, con su obra Behavioral Assessment. Este trabajo, eminentemente práctico y que considera a los más importantes psicólogos del enfoque, se dedica a presentar los sistemas de evaluación dirigidos a los distintos trastornos conductuales.*

*Cone y Hawkins (1977: en Fernández y Carrobles, 1989) imprimen otro avance cuando editan la obra Behavioral Assessment planteando problemas conceptuales y metodológicos sumamente importantes, con los que se pone de manifiesto ya una cierta madurez en evaluación conductual.*

*En 1977, en Canadá, Bouchard (Fernández y Carrobles, 1989) presenta un trabajo, Analyse Behaviorale, y, por último, en este mismo año, Gambril (Fernández y Carrobles, 1989) publica Behavior Modification: Handbook of Assessment, Intervention and Evaluation, siendo ésta una de las aportaciones más completas sobre los problemas en torno a la evaluación, tratamiento y seguimiento. Entre 1977 y 1978, Mash y Terdel (Fernández y Carrobles, 1989) dedican la primera obra completa a la evaluación conductual en problemas de la infancia, con Behavioral Assessment*



*of Childhood Disorders*, y Fernández Ballesteros publica su monografía *Los Métodos de Evaluación Conductual*. En 1979, se editan las publicaciones *Behavioral Assessment* y *Journal of Behavioral Assessment* que desde el punto de vista de Fernández y Carrobles (1989), son la consagración definitiva del modelo conductual en la evaluación psicológica.

*En resumen, por evaluación conductual se entiende aquella alternativa a la evaluación psicológica a través de la cual se trata de identificar las conductas objeto de estudio, tanto motoras como fisiológicas o cognitivas así como las variables ambientales y/o internas que las mantienen y controlan, con el objetivo de realizar un tratamiento o cualquier tipo de intervención psicológica.*

### **3.2.2. Características de la evaluación conductual.**

*A continuación se describen algunas características de la evaluación conductual, esto con el objeto de conocer los principios teóricos-metodológicos en los que se basa para dar cuenta del comportamiento humano.*

*1) La evaluación conductual se basa en los principios teóricos establecidos desde la Psicología Experimental y más especialmente de las Teorías del Aprendizaje. Esta característica implica la consideración de que en la conducta anormal rigen los mismos principios que en la conducta normal y que, por tanto, son los principios establecidos desde la psicología básica los que rigen*

sobre los fenómenos psicológicos anormales (Fernández y Carrobbles, 1989).

2) La evaluación conductual se dirige a conductas concretas problema o variables-criterio (o a otras con ellas relacionadas). Esto implica, en primer lugar, que se requiere una planificación de la evaluación específica y única para cada sujeto y en relación a las conductas-problema de que se trate. En segundo lugar, que el énfasis fundamental se establece sobre la evaluación de conductas observables objetivamente, motoras y/o fisiológicas, por cuanto éstas pueden ser amplificadas y observadas objetivamente. No obstante, también se tienen en cuenta otros comportamientos encubiertos, llamados cognitivos, bien como variables mediadoras de la conducta-problema (antecedentes o consecuentes de la misma) bien como conductas-problema en sí mismas, y que, por lo tanto, habrán de ser tratadas. En último lugar, también se tendrán en cuenta otras conductas no problemáticas positivas que puedan ser relevantes en el tratamiento.

3) El objetivo fundamental de la evaluación conductual es el de identificar las condiciones que controlan las conductas problema. Aquí interesan las variables internas y externas que, en la situación presente, mantienen a las conductas-problema. Esto se debe a que ellas van a constituirse en variables independientes y, por tanto, van a ser manipuladas durante el tratamiento.

4) La evaluación y el tratamiento suponen dos intervenciones psicológicas inseparables y dialécticamente relacionadas. A través

*de la evaluación son seleccionadas las variables dependientes e independientes que serán utilizadas durante el tratamiento, en otras palabras, la especificación de las conductas-problema y de las variables que las mantienen supone un requisito previo de toda terapia de conducta. Así pues, una correcta evaluación es condición indispensable para un buen tratamiento.*

*5) En evaluación conductual se requiere la utilización de datos objetivos, fiables y válidos presentados en forma cuantitativa y recogidos, preferentemente, de la situación natural en la que se encuentra el sujeto. Esto implica que el evaluador conductual deberá de obtener dispositivos de evaluación rigurosos a través de los cuales puedan obtenerse datos fiables y válidos y se realicen mínimas inferencias sobre la conducta de los sujetos. De entre ellos es la observación el método por excelencia. Asimismo, deberá poner énfasis en la utilización de datos cuantitativos sobre la adecuación, frecuencia, amplitud, duración, etcétera, de las conductas-problema (cognitivas, fisiológicas o motoras). Es importante mencionar que en la medida de lo posible, los datos sean tomados en las situaciones naturales, ya que los datos así recogidos no sólo presentan una mayor validez externa, sino que es en la situación natural donde pueden ser detectadas las variables ambientales que mantienen las conductas-problema (Campbell y Stanley, 1973; en Fernández y Carrobles, 1989).*

*6) La evaluación conductual lleva consigo la validación experimental de todo el proceso en el que se integra el tratamiento*

*del sujeto, precisamente al verificar que la manipulación de las variables independientes ha producido los cambios esperados en las variables dependientes (o conductas-problema).*

### **3.2.3. Métodos de evaluación.**

*Para poder realizar una evaluación conductual, se requiere del uso de diferentes métodos, por medio de los cuales pueda obtenerse información y datos fiables y válidos, que ayuden a una mejor elección de tratamiento, e incluso permitan evaluar la efectividad de éste a través de los cambios conductuales del sujeto.*

*Entre los diferentes métodos de evaluación que existen se tiene el método de observación, la entrevista, los auto-informes, la auto-observación, los cuales se describen a continuación.*

#### **I. La observación.**

*La observación puede considerarse como el método más eficaz para obtener información sobre la conducta. Cualquiera de los actos que se realizan -comer, hablar, caminar, etcétera- pueden ser detectados mediante la observación (Fernández y Carroble, 1989).*

*Según Fernández y Carroble (1989), se entiende por método de observación el que pretende captar el significado de una conducta, que se puede escoger previamente, evitando su manipulación, y que es susceptible de ser registrada a través del sistema más adecuado. Así, se puede decir que no hay distorsión o preparación de la conducta a observar, sino que ésta, que transcurre de forma*

*completamente natural, aparece a los ojos del observador (humano o instrumental).*

*En síntesis, puede decirse, que el método de observación tiene como objetivo plasmar una conducta presente, con suficiente potencia de descubrimiento, según terminología de Hanson (1971; en Fernández y Carrobles, 1989), para no sólo describir aquella conducta y/o situación sino llegar a explicarla convenientemente y establecer relaciones de causalidad (Boundon, 1967; en Fernández y Carrobles, 1989).*

## **II. Entrevista.**

*La entrevista ha sido y sigue siendo el instrumento más extendido y empleado dentro del campo de la evaluación psicológica.*

*Erbisloeh (1972; en Fernández y Carrobles, 1989) menciona que la entrevista, si en la perspectiva de la investigación social es el principal instrumento de exploración, es también el instrumento de utilización más frecuente y, a veces, el exclusivo en la práctica clínica, tanto diagnóstica como terapéutica. La entrevista, se distingue de la mera conversación por ser una conversación con un propósito (Bingham y Moore, 1924; en Fernández y Carrobles, 1989).*

*Para hablar de entrevista se requiere:*

- Una relación directa entre personas (dos o más).*
- Una vía de comunicación simbólica, preferentemente oral.*
- Unos objetivos prefijados y conocidos, al menos, por el entrevistador.*

-Una asignación de roles que significa (al menos idealmente) un control de la situación por parte del entrevistador. Fijación de objetivos y control son los fundamentos para que se hable, en la entrevista, de una relación interpersonal asimétrica.

Cuando a la entrevista se le asignan tareas diagnósticas, otro rasgo esencial es el de la elicitación de información del entrevistado por parte de entrevistador, insistiéndose en que ella debe abarcar tanto el plano verbal como no verbal de la conducta.

De acuerdo a la evaluación Nay (1979: en Fernández y Carroble, 1989) distingue tres tipos de entrevista. La primera es la entrevista de recepción, que permite una oportunidad para conocer al cliente y que suministra información que va desde las quejas y problemas que se plantean como motivo de consulta, hasta la exploración de los comportamientos problemáticos más específicos y sus posibles determinantes funcionales. La segunda es la entrevista anamnésica, donde se obtiene información acerca de áreas más amplias de la vida tanto actual como pasada, con especial énfasis en la génesis y evolución de los comportamientos problemáticos, pero explorando también con especial detalle los recursos conductuales del cliente.

- La tercera, es la entrevista de planificación, donde, tras haber recogido la información necesaria a través de la relación interpersonal y de otras técnicas e instrumentos de evaluación, se habla con el cliente de objetivos, prioridades y estrategias a seguir.

### **III. Los auto-informes.**

*El auto-informe ha sido utilizado como un procedimiento de exploración en todos aquellos enfoques teóricos que explican la conducta en base a una estructura de personalidad subyacente y estable, es decir, independiente de la situación en que ésta aparece. Es indudable que la información oral del sujeto, da acceso a diversos procesos o atributos psíquicos internos. Se toma al auto-informe como muestra de la conducta del sujeto y no como un signo a partir del cual puedan inferirse variables subyacentes explicativas de la conducta o, al menos, cuando se apela a constructos (como el miedo o la ansiedad), se intenta permanecer a un nivel mínimo de inferencia.*

*El auto-informe aporta datos de naturaleza cognitiva y puede utilizarse para la exploración de cualquiera de las tres modalidades de respuestas señaladas (Lang, 1968: en Fernández y Carrobles, 1989). Efectivamente, como señala Cone (1977: en Fernández y Carrobles, 1989), la modalidad de respuesta evaluada depende de su referente. Así, una afirmación como "evité las situaciones sociales" aporta información sobre la conducta motora del sujeto, mientras que "tiemblo cuando tengo que hablar en público" se refiere a una respuesta fisiológica y, finalmente "pienso que he tenido éxito en la vida" tiene un referente cognitivo. De tal manera que lo cognitivo sería sólo una de las posibles áreas a las que puede referirse el auto-informe, precisamente aquella en que no es posible*

*contrastar la comunicación del sujeto con datos objetivos externos (básicamente, observación y registros fisiológicos).*

*Por otra parte, se observa el valor económico del auto-informe, ya que permite un rastreo general de distintas áreas conductuales, a partir del cual puede hacerse una delimitación tentativa del problema. Finalmente, como conducta verbal, el auto-informe representa una muestra del comportamiento del sujeto que debe ser tomada en cuenta a la hora de detectar y definir un área problema o de evaluar los resultados de un tipo de terapia.*

#### **IV. La auto-observación.**

*Algunos autores como Thoresen y Mahonay (1974); Ciminero, Nelson y Lipinsk (1976) (en Fernández y Carrobles, 1989) han indicado que la auto-observación es una actividad compleja que implica, además de la observación de la propia conducta y su anotación y registro, el traslado del registro a un gráfico que ofrezca información visual sobre la conducta y el análisis e interpretación de lo anotado.*

*La utilización de la auto-observación en medios clínicos se ha centrado, fundamentalmente en dos aspectos. En primer lugar, la auto-observación es un método de evaluación que se utiliza para identificar la conducta-problema y obtener una línea base de la misma, y también como variable dependiente para evaluar los efectos del tratamiento. En segundo lugar, los clínicos han utilizado la auto-observación, debido a su posible valor terapéutico, no sólo*



*como factor motivacional instigador de cambio, sino también como componente activo en el tratamiento.*

*En suma, la auto-observación proporciona datos sobre las características topográficas objetivas de las conductas de interés. En estos casos, el evaluador obtiene información en el momento en que está teniendo lugar la conducta y normalmente sobre alguna de sus características. Aquí el observador y el observado son la misma persona.*

*Es conveniente enfatizar que la auto-observación se presenta como una alternativa al uso del método de observación directa pues en ocasiones la utilización de éste es inviable o poco práctica ya que el costo económico es alto desde el punto de vista del esfuerzo y la dedicación que exige. El clínico no puede desplazarse materialmente detrás de cada uno de sus pacientes y verificar qué conductas manifiestan, en qué tipo de situaciones y con qué resultado. Además se da el caso de ciertos tipos de conducta que son inaccesibles a la observación directa de los demás, debido bien a su carácter íntimo o a su carácter encubierto e inobservable.*

#### **3.2.4. Evaluación conductual del comportamiento adictivo.**

*En la actualidad, se analiza el fenómeno de la adicción, en la perspectiva conductual, desde un punto de vista del aprendizaje social.*

*Miller y Eisler (1977: en Fernández y Carrobles, 1989) explican el fenómeno de la dependencia, a través de la siguiente definición: En*

*un sistema de aprendizaje social se considera que el abuso de una sustancia se adquiere socialmente y las pautas de la conducta aprendida se mantienen por numerosas señales antecedentes y consecuencias reforzantes, que pueden ser psicológicas, sociológicas o fisiológicas. El abuso de la sustancia puede estar mantenido por factores tales como la reducción de ansiedad, el incremento de reconocimiento social, la aprobación de los iguales, la mejoría de la habilidad para las relaciones sociales, la evitación de los síntomas de abstinencia fisiológica.*

*Según Miller (1980), la intervención, desde una perspectiva de modificación del comportamiento adictivo, se enfoca en cuatro eventos relacionados secuencial y funcionalmente. Estos son: (1) factores de estímulos (ejemplo, notas de antecedentes); (2) variables de mediación (ejemplo, actitudes y esperanzas); (3) modelos de consumo en sí; (4) variables resultantes (consecuencias). El abuso habitual de sustancias se explica en base a la relación existente entre tales variables en cualquier punto de tiempo.*

*Así, una descripción detallada de los eventos antecedentes, las esperanzas análogas y los eventos consecuentes podrían llevar hacia un entendimiento de los mecanismos que controlan los comportamientos adictivos. Los antecedentes y las consecuencias generalmente se encuentran dentro de estas categorías: (1) situación (anuncios, tiendas, bares, hora del día); (2) social (halagos de los amigos, "ayuda" de los amigos al hacer una dieta); (3) emocional (aburrimiento, depresión); (4) analogías (expectativas de perder el*

control); (5) fisiológicas (retiro de los síntomas, dolor crónico). Cualquiera o la combinación de tales factores pueden precipitar los modelos de consumo en abuso. Los eventos consecuentes ocurren inmediatamente después del uso de la sustancia y ayudan a mantener el comportamiento por medio de refuerzos positivos y negativos.

Una evaluación conductual se propone como una alternativa para la elección y aplicación de tratamientos para el comportamiento adictivo.

La evaluación conductual, según Fernández y Carrobbles (1989), tiene que plantearse al intentar describir, al menos, las cuestiones siguientes:

- Pautas de consumo de los individuos (frecuencia, cantidad, forma de consumo, etcétera).
- Señales antecedentes y consecuencias reforzantes de su consumo.
- Condiciones en las que adquirió su conducta y cómo se mantiene.
- Factores que pueden manejarse para producir cambios en el consumo.

Todo lo cual sirve para tres propósitos fundamentales: 1) evaluar y predecir la eficacia del tratamiento; 2) evaluar los efectos de los determinantes ambientales de la conducta; y 3) proporcionar una descripción de las pautas de consumo en diferentes poblaciones.

### **3.2.5. Instrumentos de evaluación conductual del comportamiento farmacodependiente.**

*La evaluación de conductas de consumo de sustancias ilegales se realiza a través de instrumentos como son: los auto-informes, observaciones directas y los análisis de orina.*

#### **I. Sistemas de auto-informe.**

*Se han empleado fundamentalmente con dos objetivos: a) encontrar instrumentos que discriminen de forma fiable a los consumidores de los no consumidores de sustancias; b) como una medida de la eficacia del tratamiento, aunque en este caso, generalmente, se intenta validar con medidas indirectas (estabilidad en el empleo, informes de las agencias sociales, arrestos, etcétera) y con medidas de concentración de las sustancias en la orina.*

*Es interesante destacar una escala de evaluación desarrollada por los autores noruegos Holsten y Waal (1980: en Fernández y Carrobles, 1989), los cuales diseñan una escala intentando reflejar las características multidimensionales del abuso de drogas, seleccionando cuatro dimensiones para cada una de las cuales se construyó una escala de nueve puntos. Las dimensiones de la escala son: situación del abuso de la droga, funcionamiento social, integración social y estado mental. La escala de consumo oscila desde la abstinencia total hasta el uso masivo de drogas, sin ningún control o esperanza de recuperación.*

*Beatty, (1978: en Fernández y Carrobles, 1989), en un diseño de sujeto único (adictos a la heroína) pedía a los sujetos que*

registraran la frecuencia con que resistían el tomar las drogas, los contactos con el personal cuando tenían deseos de utilizar la droga, cambios en el estado emocional y salidas del hospital.

Por su parte Miller (1980) menciona que los auto-informes proporcionan información fundamental de los modelos típicos de consumo antes del tratamiento y una guía del progreso durante y después del tratamiento. Asimismo, el monitoreo personal de los deseos o urgencias para consumir drogas ha sido utilizado en orden de puntualizar las señales específicas que inician el abuso de las sustancias (Epstein, Parker y Jenkins, 1976: en Miller, 1980).

Aunque los reportes personales son prácticos y fáciles de obtener, su confiabilidad y validez debe ser evaluada.

Esto es realizado generalmente a través de reportes de amigos o familiares. Sin embargo, hay que hacer hincapié que lo anterior puede causar problemas ya que los clientes frecuentemente dudan al permitir que terceras personas ayuden a corroborar sus reportes, pues puede percibir este procedimiento como una invasión a su intimidad o de que el personal que ejecuta dicho tratamiento desconfíe de él.

## **II. Observaciones directas del comportamiento.**

En tanto que las observaciones directas del comportamiento adictivo no son tan prácticas como los auto-informes, los primeros ofrecen información detallada sobre los modelos de consumo que es altamente confiable, por ejemplo, la cantidad absoluta de una sustancia consumida, la topografía o gráfica de consumo se conocen

*a través de observaciones directas que pueden obtenerse tanto en un medio simulado como un medio natural (Miller, 1980).*

*Sin embargo, es necesario considerar que la observación directa presenta una serie de problemas, por ejemplo, la observación del consumo en ambientes naturales se ve afectada por las restricciones legales y como consecuencia los adictos suelen consumir drogas privadamente (Krakowiak y Cros, 1979; Hocchhauser, 1979; en Fernández y Carrobles, 1989).*

### **III. Análisis de orina.**

*Lo más importante de estos análisis es que proporcionan una evaluación objetiva de los progresos de los pacientes durante el tratamiento. Los programas de dependencia de drogas fueron los primeros en utilizar este tipo de evaluación (Miller, 1980).*

*Eriksson (1975: en Fernández y Carrobles, 1989) realizó un tratamiento hospitalario a 52 pacientes drogadictos que tomaban opiáceos o estimulantes. El hospital estaba organizado en una unidad de desintoxicación en la que los sujetos debían estar hasta que no hubiese resto de sustancias en la orina. Los análisis se hacían diariamente.*

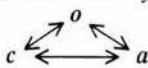
*Abrahms (1979: en Fernández y Carrobles, 1989) utilizó análisis de orina cada 10 semanas, junto con auto-informes en la evaluación de un tratamiento de personas adictas a opiáceos. Consiguiendo no sólo la mejoría en el consumo, sino un cambio en las expectativas de los sujetos sobre la posibilidad de manejo personal, incremento de habilidades para tolerar el estrés, manejarse con sentimientos*

*depresivos y sistemas de comunicación interpersonal más eficaces que pudieran reemplazar el uso excesivo de droga. Sin embargo, a pesar de que este método de evaluación de los tratamientos de conductas adictivas ha probado ser una herramienta estimativa practica, seria y poco costosa, no se descarta la probabilidad de imprecisiones debidas a errores de laboratorio (Miller, 1980).*

### **3.3. Modelo Secuencial Integrativo.**

*A lo largo de estos últimos años y bajo la perspectiva conductual, han sido planteados distintos modelos teóricos, pues se ha demostrado su importancia en la medida en que son instrumentos lógicos a través de los cuales se puede explicar o dar cuenta de una parcela de la realidad (Fernández y Carrobles, 1989).*

*Motivo por el cual, se propone una revisión teórica del Modelo Secuencial Integrativo, ya que en él está basado el instrumento de evaluación que en el capítulo siguiente se propone.*

*En 1980, Fernández Ballesteros (Fernández y Carrobles, 1989) sienta las bases para la construcción de un nuevo modelo en psicodiagnóstico. Este modelo parte de la formulación teórica procedente del aprendizaje social, en la que, tanto las variables orgánsmicas "o" (o personales) como ambientales "a" y la propia conducta "c", interactúan entre sí, es decir,  (Bandura, 1967: en Fernández y Carrobles, 1989) y no forman una secuencia lineal y discreta (Wiggins, 1963: en Fernández y Carrobles, 1989). Es necesario tener en cuenta que el análisis de cualquier*

comportamiento supone una abstracción (Kanfer y Phillips, 1970: en Fernández y Carroble, 1989) por la que esa interacción mutua y permanente entre los tres grupos de variables (conducta, organismo y ambiente) ha de ser separada para su análisis en segmentos. Por otro lado, las variables en análisis pueden ser consideradas como antecedentes o consecuentes de la conducta que se está examinando.

### **3.3.1. Características del modelo.**

Se trata de un modelo secuencial lo cual quiere decir que analiza secuencialmente los distintos elementos, grupos de variables y eslabones, según la formulación teórica de la que se parte en sus nexos temporales. Así, la secuencia que se analiza comienza por los estímulos ambientales que provocan en el presente las respuestas del sujeto en evaluación y termina con las consecuencias que tales conductas producen en el ambiente.

Una segunda característica del modelo es que en él se integra lo cognitivo con lo conductual, los antecedentes y consecuentes de las conductas-problema no se reducen a variables ambientales, sino que el análisis funcional ha de dirigirse también a los eventos internos (diálogo interior, estrategias en la resolución de problemas, atribuciones, respuestas fisiológicas intermedias, etcétera), que cumplen un papel importante en el mantenimiento actual de la conducta.

Por último, Organismo y Respuesta son concebidos como una sola unidad. Dependen uno del otro, por lo que cuando se evalúa al



*organismo se hace a través de sus respuestas actuales o bien de la construcción de las respuestas pasadas, pero siempre a través de respuestas, ya sean éstas motoras, fisiológicas o cognitivas.*

*En suma, y desde el punto de vista de Fernández y Carroble, (1989), las características esenciales del modelo suponen lo siguiente: 1) la evaluación se dirige a la secuencia que temporalmente se produce entre los antecedentes y consecuentes y la conducta; 2) se incluyen los eventos internos que se producen ab intrínseco de los sujetos, éstos se admiten tanto como variables dependientes (o conductas-problema), como variables mediacionales o, incluso, como variables controladoras; 3) las variables Organismo (O) y Respuesta (R) están integradas una en la otra, son inseparables y han de ser consideradas como una unidad.*

### **3.3.2. Análisis del modelo.**

*A continuación se presentan los distintos grupos de variables que suponen la secuencia que temporalmente se produce entre los antecedentes y los consecuentes de la conducta.*

#### **I. Antecedentes ambientales.**

*Aquí se hace referencia a toda aquella estimulación física y social que presenta relaciones funcionales con la conducta. Es importante mencionar que tanto los estímulos reforzantes como otros neutros, que fueron consecuencias de una conducta pueden adquirir propiedades discriminativas. Así, una determinada conducta puede haber sido establecida por sus consecuencias (como respuesta*

operante) y, en el momento actual, estar sólo en dependencia de las particularidades del estímulo antecedente (o estímulos discriminativos) que informan al sujeto de la probabilidad de que se produzca una determinada consecuencia. En suma, aquí lo más importante es determinar cuáles son los estímulos ambientales discriminativos que facilitan información sobre la probabilidad de que una conducta sea reforzada y cuáles las provocan directamente (Fernández y Carrobles, 1989).

## **II. Antecedentes internos.**

Varios son los autores que han aceptado como variables Estímulo (E) las producidas por el ambiente interno del sujeto y que sirven como estímulos discriminativos que determinan o afectan la conducta. Kanfer y Phillips (1979: en Fernández y Carrobles, 1989, p.118), señalan la capacidad "que tiene el organismo humano de presentarse a sí mismo señales discriminativas".

De entre estas respuestas intermedias o estímulos discriminativos internos que son antecedentes de la conducta-problema, se puede considerar dos grupos, según estén en relación con las modalidades de respuestas cognitivas y fisiológicas.

### **a) Variables internas cognitivas.**

Actualmente, se ha observado que cuando existen conductas-problema que se encuentran relacionadas funcionalmente con variables cognitivas, se requiere de una intervención sobre éstas ya que han logrado un poder de control, llevándose a cabo, de manera

*rigurosa, el estudio sistemático de las cogniciones mediadoras de las conducta-problema.*

*A continuación se mencionan las variables cognitivas que más frecuentemente actúan como antecedentes de la conducta-problema y en las que se centrará la atención cuando se realice una evaluación.*

*1) Atribuciones.- Aquí se hace referencia a la percepción de la situación por parte del sujeto, es decir, "los procesos a través de los cuales el sujeto explica su mundo", (Valins y Nisbett, 1972: en Fernández y Carrobles, 1989, p. 118) o califica las situaciones (Nagnosson, 1971: en Fernández y Carrobles, 1989). Así, por ejemplo, las creencias, o las falsas creencias que el sujeto tiene, pueden ejercer un papel importante en algunas conductas neuróticas.*

*2) Auto-instrucciones.- Se entiende por éstas el diálogo interno del sujeto frente a los estímulos ambientales que pueden determinar la conducta-problema. Las auto-instrucciones son producidas por el sujeto en todo caso y situación, sin que se necesite una estructuración, orden o contenido especial.*

*3) Estrategias cognitivas.- Meichenbaum (1977: en Fernández y Carrobles, 1989) considera que una gran parte de la evaluación debe comprender la naturaleza de las estrategias que el sujeto utiliza para la realización de una tarea. Estas han de producirse de una manera necesaria, precisa y seriada para la resolución de la tarea cognitiva; ejecución que fundamentalmente, exige una elaboración cognitiva sin la cual la tarea no puede solucionarse.*

*Se ha demostrado, que múltiples conductas-problema están en relación con estrategias inadecuadas en la resolución de tareas cognitivas.*

*D'zurilla y Goldfried (1971 en Fernández y Carrobles, 1989) han establecido cinco etapas necesarias para la resolución de problemas: 1) orientación general; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de alternativas; 4) toma de decisiones y 5) verificación.*

### **IZT.**

*4) Expectativas.- La conducta-problema puede estar controlada más por las consecuencias anticipadas que por las consecuencias externas actuales. De ahí la necesidad de evaluar las expectativas del sujeto sobre la conducta objeto de análisis (Bandura, 1974, 1977: en Fernández y Carrobles, 1989).*

*b) Variables internas psicofisiológicas.*

*Al momento de realizar una evaluación conductual los estímulos discriminativos elicitanes han podido fijar una secuencia de respuestas internas, relacionadas fundamentalmente con el sistema autónomo y pueden constituirse en la principal variable de tratamiento.*

*Incluso estímulos neutros pueden adquirir la función de evocar respuestas fisiológicas. Así, por ejemplo, se ha comprobado que en la cefaleas de tensión, la contractura muscular frontal es la causante de la conducta-problema.*



### **III. Organismo-Respuesta.**

*Anteriormente, se ha mencionado que a través de la evaluación conductual se pretende establecer las variables internas y externas funcionalmente relacionadas con las conducta-problema. Hasta el momento se ha hecho referencia a las variables temporalmente antecedentes. A continuación se describirán las variables consideradas como comportamientos inadecuados que están implícitas en el eslabón O-R y en las que deberá basarse la evaluación y el tratamiento, ya que a fin de cuentas son el motivo de que el sujeto consulte a un especialista.*

#### *1) Conductas-problema.*

*Según Fernández y Carrobes (1989), una primer tarea en evaluación-conductual consiste en especificar, operativizar y jerarquizar, en el caso de que sean varias, las conductas problemáticas del sujeto. Estas pueden consistir tanto en respuestas manifiestas como en encubiertas y dentro de una determinada conducta-problema existen modos diferentes de expresión. Así, por ejemplo, las conductas depresivas presentarán componentes cognitivos (pensamientos de inadecuación, sentimientos de tristeza, etcétera), motores (llanto, no comer, no salir de casa, etcétera) y fisiológicos (disminución en la tasa de salivación, somnolencia, etcétera). También la conducta-problema puede presentarse en forma unimodal, es decir, a través de una modalidad de respuesta. Así pues, cuando el sujeto consulta por sentir una gran ansiedad, se ha de especificar qué conductas son ansiosas para él y qué*

*componentes motores, cognitivos y fisiológicos presenta. Según Fernández y Carrobles (1989), la evaluación que se realiza a través de distintos instrumentos debe concluir con la medición de parámetros de respuesta como son la frecuencia, intensidad, duración y grado de apropiación, así como también es necesario determinar si la (s) conducta (s) problema se producen por exceso o por deficiencia.*

*Junto a la evaluación de conducta-problema se requiere tener en cuenta (y, por tanto, evaluar) aquellos comportamientos positivos que relacionados con el problema, pueden ayudar en su modificación.*

## *2) Variables relevantes de las conductas-problema.*

*Existen otro tipo de variables "O" (organísmicas) que pueden ser variables relevantes de las conductas-problema, por ejemplo las discapacidades físicas, déficits en habilidades sociales, capacidades intelectuales disminuidas, pueden haber gestado en el pasado determinadas conductas problemáticas y estar o no actuando en el presente. La evaluación de tales variables "O" que se hace a través de instrumentos dirigidos a constatar sus manifestaciones en los planos motores, cognitivos y fisiológicos son elegidos en base a supuestos teóricos debidamente contrastados. Por ejemplo, en un niño que presenta un déficit en su atención y trabajo en la escuela, se evaluarán no sólo estas conductas en la situación natural y examinando los antecedentes y consecuentes ambientales de las mismas, sino también se deberá constatar cuál es su capacidad*

*intelectual, qué actividades psicomotoras ha desarrollado, la posibilidad de que exista una disfunción cerebral o un déficit físico. Todas las exploraciones de "O" (organismo) a través de las actividades motoras, cognitivas o fisiológicas efectuadas ante situaciones tipificadas (tests o pruebas biológicas), así como la reconstrucción de datos biográficos de su pasado a través del informe de los padres u otras personas allegadas, serán evaluadas. En resumen, las variables relevantes de "O" de las conductas-problema pueden terminar convirtiéndose en las variables independientes de un diseño experimental o bien pueden reducirse a tener que ser controladas para conseguir el rigor experimental en la intervención que sigue a la evaluación inicial.*

→ 3) *Variables contaminadoras de las técnicas de tratamiento.*

*Una vez que se han operativizado, jerarquizado y medido las conductas clave, y una vez que se han establecido las variables internas o externas que determinan o mantienen tales conductas, se pasará a la elección del tratamiento. Sin embargo, el tratamiento puede ser contaminado por una serie de variables procedentes del sujeto y que es necesario controlar.*

*De entre estas se pueden destacar dos grupos. En primer lugar, se tiene a aquellas variables que actúan en toda intervención psicológica y que están fundamentalmente en relación con la motivación o expectativas del sujeto frente al tratamiento, por lo que se hace importante controlarlas (Bridell y Wilson, en 1976; Sullivan y Denny, 1977; en Fernández y Carrobes, 1989).*

*Desde el punto de vista en Fernández Ballesteros (1989), la variable general contaminante más importante de la intervención está en el nivel de expectativa que el sujeto tenga con respecto a ese tratamiento concreto. Esas expectativas dependerán de múltiples factores internos y externos al paciente, como por ejemplo, tiempo de duración del problema, número de consultas fracasadas, importancia subjetiva y objetiva de la conducta-problema, grado de persistencia en la realización de las tareas, creencias en torno a la génesis del trastorno, confianza en el psicólogo.*

*En segundo lugar, se deberán de considerar, a la hora de elegir un tratamiento específico, las habilidades del sujeto que puedan contaminar esa concreta intervención. Así, se hace necesario evaluar la capacidad imaginativa, la capacidad de relajación, la capacidad de auto-control del sujeto, e incluso si éste carece de ellos se requerirá de un entrenamiento previo para asegurar el éxito del tratamiento.*

*En resumen, se puede decir, que "O" y "R" llevan consigo tres grupos de variables que requieren evaluación: en primer lugar, la especificación, operativización, jerarquización y medida de la(s) respuesta(s)-problema, teniendo en cuenta que éstas pueden presentar manifestaciones motoras, cognitivas y fisiológicas que pasarán a ser las variables dependientes de un tratamiento; en segundo lugar, es necesario evaluar otro tipo de variables "O" (a través de sus actividades motoras, cognitivas y fisiológicas) que pueden influir o haber influido en la gestación de las conductas-*



problema; en último lugar, también es necesario evaluar variables "O" (a través de respuestas motoras y cognitivas y fisiológicas) que pueden contaminar a las técnicas de tratamiento elegidas.

Finalmente, es importante resaltar que el modelo teórico en el que se basa la evaluación conductual, debe tener en cuenta las consecuencias de la conducta problema del sujeto, entendiéndose por consecuencias aquellos eventos que se producen después de ocurrir la conducta-problema ya que consecuencias positivas (refuerzos) de una conducta tenderán a incrementar la frecuencia de la misma, mientras que consecuencias aversivas (castigos) tenderán a su decremento.

Desde la perspectiva del Aprendizaje Social, tres son los sistemas que regulan las consecuencias de la conducta-problema: los refuerzos externos, el refuerzo vicario y los auto-refuerzos.

Los refuerzos externos son aquellos cambios ambientales (físicos y sociales) que modifican la probabilidad de aparición de una respuesta. Aquí, lo fundamental será no sólo la evaluación objetiva (a través de la observación) de las consecuencias reforzantes sobre la conducta-problema del sujeto, sino también la evaluación sobre la jerarquía de situaciones reforzantes, sociales y físicas, sobre las que informa el propio sujeto (Cantela y Kastenbaum, 1967: en Fernández y Carrobes, 1989).

Refuerzo vicario. Desde la teoría del Aprendizaje Social, la consideración de las consecuencias observadas es fundamental para la comprensión de la conducta. Asimismo, a la hora de obtener los

*consecuentes actuales de tales conductas, será necesario comprobar las consecuencias negativas o positivas observadas por el sujeto en otros.*

*Auto-refuerzos. Los seres humanos mantienen determinados comportamientos en virtud de un proceso por el cual se suministran a sí mismos refuerzos. Estos auto-refuerzos están en relación con la historia de aprendizaje del sujeto, y también pueden ser positivos o negativos. En ocasiones, estos procesos pueden ser la única razón del mantenimiento de una conducta-inadecuada. Así, la evaluación del sistema auto-refuerzos de un sujeto es de valor inestimable en evaluación conductual (Bandura, 1974, 1977: en Fernández y Carrobles, 1989).*

*La evaluación de la conducta farmacodependiente basada en un modelo específico, en este caso, el Secuencial Integrativo, se encuentra poco desarrollada, motivo por el cual en el siguiente capítulo se propone un instrumento para evaluar el comportamiento adictivo basado en el citado modelo teórico.*

## **Capítulo 4      *Propuesta de un Instrumento de Evaluación para la Conducta Farmacodependiente.***

*Al realizar una revisión teórica de los instrumentos que son utilizados para evaluar la conducta farmacodependiente se ha observado que existen pocas referencias y que los instrumentos más utilizados son: la observación directa del comportamiento, los auto-informes y los análisis de orina.*

*Motivo por el cual, en este trabajo, se propone un instrumento "Cuestionario" para evaluar la conducta de personas adictas a drogas, mismo que está basado en los lineamientos teóricos y metodológicos del Modelo Secuencial Integrativo.*

*Este modelo, como se mencionó en el capítulo anterior, parte de la formulación teórica procedente del aprendizaje social, en la que, tanto las variables organísmicas (o personales) como ambientales y la propia conducta, interactúan entre sí.*

*Para su estudio, la interacción mutua y permanente entre los tres grupos de variables, ha de ser separada en segmentos y las variables en análisis pueden ser consideradas como antecedentes o consecuentes de la conducta que se está examinando. Así, la secuencia que se analiza comienza por los estímulos ambientales que provocan en el presente las respuestas del sujeto y termina con las consecuencias que tales conductas producen en el ambiente.*

*En este modelo, el aspecto cognitivo se integra con el conductual, así que el análisis funcional también se dirige a los eventos internos del sujeto.*

*Por último, Organismo y Respuesta, son considerados como una unidad; cuando se evalúa el organismo siempre se hace a través de sus respuestas, actuales o pasadas, ya sean éstas motoras, fisiológicas o cognitivas.*

*Teniendo como base estos lineamientos, a continuación se presenta el instrumento de psicodiagnóstico para el comportamiento farmacodependiente.*

**CUESTIONARIO**

*EL PROPOSITO DEL PRESENTE CUESTIONARIO ES OBTENER INFORMACION PRECISA Y DETALLADA DE SU CONDUCTA, PARA PODER REALIZAR UN ANALISIS OBJETIVO DE SU COMPORTAMIENTO.*

*PARA PODER CUMPLIR CON EL OBJETIVO DE ESTE CUESTIONARIO Y DEBIDO A QUE LA INFORMACION QUE USTED PROPORCIONE ES SUMAMENTE IMPORTANTE, LE PEDIMOS QUE SUS RESPUESTAS SEAN CONCRETAS Y QUE CONTESTE CON SINCERIDAD, SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES.*

- a) Use lápiz para el llenado del cuestionario.*
- b) En el lugar que corresponda, marque con una "X" la respuesta elegida.*
- c) En caso de querer cambiar su respuesta, borre completamente.*
- d) Escriba con letra legible.*
- e) No deje de contestar ninguna pregunta.*

**LA INFORMACION QUE USTED PROPORCIONE ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL.**

**SE AGRADECE DE ANTEMANO SU COLABORACION.**

1. *¿Considera Usted su consumo de droga(s) como un problema?*

SI

NO

2. *¿Por qué?* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. *Si lo considera un problema, éste es:*

MUY SERIO  SERIO

NO TAN SERIO  NO SERIO

4. *¿Desea Usted cambiar su conducta con respecto al uso de la(s) droga(s)?*

SI

NO

5. *¿Por qué?* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. *¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez la droga?*

MARIHUANA \_\_\_\_\_ COCAINA \_\_\_\_\_ INHALABLES \_\_\_\_\_

HEROINA \_\_\_\_\_ BARBITURICOS \_\_\_\_\_ LSD \_\_\_\_\_

ANFETAMINAS \_\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_

7. ¿Qué cantidad de droga consumió?

MARIHUANA \_\_\_\_\_ COCAINA \_\_\_\_\_ INHALABLES \_\_\_\_\_  
 HEROINA \_\_\_\_\_ BARBITURICOS \_\_\_\_\_ LSD \_\_\_\_\_  
 ANFETAMINAS \_\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_

8. ¿Desde que edad la(s) consume regularmente?

MARIHUANA \_\_\_ COCAINA \_\_\_ INHALABLES \_\_\_ HEROINA \_\_\_  
 BARBITURICOS \_\_\_ ANFETAMINAS \_\_\_ LSD \_\_\_ OTRAS \_\_\_

9. ¿Cómo la(s) adquirió? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Actualmente, ¿Qué droga(s) consume?

MARIHUANA \_\_\_ COCAINA \_\_\_ INHALABLES \_\_\_ HEROINA \_\_\_  
 BARBITURICOS \_\_\_ ANFETAMINAS \_\_\_ LSD \_\_\_ OTRAS \_\_\_

11. ¿Qué cantidad(es)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. ¿Con qué frecuencia la(s) consume? \_\_\_\_\_

13. Habitualmente, ¿Dónde la(s) consume? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. *¿Consume la(s) droga(s) solo o en compañía?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. *¿Existe preferencia por consumirla(s) en algún lugar en específico?*

SI

NO

16. *¿Cuál?* \_\_\_\_\_

17. *¿Existe preferencia por consumir la(s) droga(s) en alguna hora en especial ?*

SI

NO

18. *¿Cuál?* \_\_\_\_\_

19. *¿Ha notado si su consumo ha aumentado o disminuido?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. *¿Por qué motivo?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21. *¿En que lugar(es) adquiere la(s) droga(s)?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



22. ¿Quién(es) se la proporciona(n)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. ¿Toma algún tipo de precaución antes, durante, y después de consumir la(s) droga(s)?

SI

NO

24. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. ¿Cuánto invierte semanalmente para adquirir su(s) droga(s)? \_\_

\_\_\_\_\_

26. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?

SI

NO

27. ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

28. ¿Qué cantidad? \_\_\_\_\_

29. ¿Mezcla Usted, la(s) droga(s) que consume con alguna otra sustancia?

SI

NO

30. ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

31. ¿Cuánto tiempo máximo ha logrado Usted estar sin consumir droga(s)? \_\_\_\_\_

32. ¿Cuál es la vía de aplicación que comúnmente utiliza para consumir su(s) droga(s)?

ORAL  ASPIRACIÓN  INHALACIÓN  SUBLINGUAL

OFTÁLMICA  RECTAL  VAGINAL  INTRAVENOSA

OTRAS  \_\_\_\_\_

33. ¿Tiene conocimiento del daño a nivel psicológico y/o biológico que origina(n) la(s) droga(s) que consume?

SI

NO

34. *Describalos* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

35. ¿Ha buscado algún tipo de ayuda antes de acudir al psicólogo?

SI

NO

36. ¿Qué tipo de ayuda? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

37. *¿En qué Instituciones?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38. *¿Hace cuánto tiempo?* \_\_\_\_\_

39. *¿Qué tipo de tratamiento recibió?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

40. *¿Cuánto tiempo acudió al tratamiento?* \_\_\_\_\_

41. *¿Lo concluyó?*

SI

NO

42. *¿Por qué motivo?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

43. *¿Cuál fue el resultado de su tratamiento?* \_\_\_\_\_

44. *Opinión breve del tratamiento recibido.* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

45. *¿Existió algún hecho por el cual Usted se iniciara en el consumo de la(s) droga(s)?*

SI

NO

46. Explique cuál fue la causa. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

47. ¿Hay alguna circunstancia particular que Usted crea que actualmente favorece su consumo de la(s) droga(s)?

SI

NO

48. Explique cuál. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

49. ¿Padece algún mal orgánico que lo lleve a consumir droga(s)?

SI

NO

50. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

51. ¿Existe alguien que ejerza algún tipo de presión para que Usted consuma droga(s)?

SI

NO

52. ¿Quién? \_\_\_\_\_

53. ¿Existe algún tipo de creencias que lo lleven a consumir droga(s)?

SI

NO

54. *¿Cuáles son?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

55. *¿Cuándo consume droga(s) se relaciona fácilmente con la gente?*

SI

NO

56. *¿Por qué?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

57. *¿Qué beneficios le proporciona el consumir droga(s)?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

58. *¿Su familia está enterada de que Usted consume droga(s)?*

SI

NO

59. *¿Qué opinan?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

60. *¿De qué manera repercute en Usted esta opinión?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

61. *¿Ha tenido repercusiones en el plano laboral por el uso de droga(s)?*

SI NO 

62. *¿Cuáles?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

63. *¿Ha tenido problemas legales debido al consumo de droga(s)?*

SI NO 

64. *¿Cuáles?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

65. *¿Bajo influjos de la(s) droga(s) consumida(s), ha realizado algún hecho que le resulte denigrante?*

SI NO 

66. *¿Cuál?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

67. *¿El consumir droga(s) le origina algún tipo de rechazo social?*

SI NO 

68. *Explique por qué.* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

69. *¿Cuántas personas integran su familia de origen?* \_\_\_\_\_

70. *¿Con cuántas personas vive actualmente?* \_\_\_\_\_

71. *¿Quiénes son?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

72. *¿Contribuye al gasto familiar?*

SI

NO

73. *¿Quiénes dependen económicamente de Usted?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

74. *¿Tiene algún familiar adicto?*

SI

NO

75. *¿Tiene Usted pareja?*

SI

NO

76. *¿Cómo es la relación con su pareja?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

77. *¿Su pareja tiene conocimiento de su adicción?*

SI

NO

78. ¿Qué opina? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

79. ¿Tiene Usted amigos cercanos?

SI

NO

80. ¿Hace cuánto tiempo los conoce? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

81. ¿Cómo los conoció? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

82. ¿Quiénes comprenden su círculo de amistades en su casa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

83. ¿Quiénes comprenden su círculo de amistades en la escuela? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

84. ¿Quiénes comprenden su círculo de amistades en el trabajo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



85. *¿Realiza algún tipo de actividad recreativa?*

SI

NO

86. *¿Cuál?* \_\_\_\_\_

87. *¿Practica algún deporte?*

SI

NO

88. *¿Cuál?* \_\_\_\_\_

89. *¿En qué lugar?* \_\_\_\_\_

90. *¿En qué ocupa su tiempo libre?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

91. *¿Qué actividades le gustaría realizar, y no las realiza por "x" circunstancias?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

92. *¿Qué hace justo antes de consumir la(s) droga(s)?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

93. *¿Qué hace cuando esta consumiendo la(s) droga(s)?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

94. *¿Qué hace después de consumir la(s) droga(s)?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

95. *¿Qué sensación(es) presenta antes de consumir la(s) droga(s)?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

96. *¿Qué sensación(es) presenta durante el consumo de la(s) droga(s)?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

97. *¿Qué sensación(es) experimenta después de consumir la(s) droga(s)?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

98. *¿Qué tipo de pensamiento(s) se presenta(n) cuando Usted va a consumir la(s) droga(s)?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

99. *¿Qué tipo de pensamiento(s) se presenta(n) cuando Usted consume droga(s)?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

100. ¿Qué tipo de pensamiento(s) se presenta(n) después de que Usted consume la(s) droga(s)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

101. ¿Qué síntomas a nivel fisiológico presenta Usted, antes de consumir droga(s)?

TICS       SUDORACION       RESEQUEDAD DE BOCA   
 SENSACIONES DE ESTOMAGO       DOLOR DE CABEZA   
 NAUSEAS       TAQUICARDIA       OTROS  \_\_\_\_\_

102. ¿Qué manifestaciones a nivel fisiológico presenta Usted, durante el consumo de la(s) droga(s)?

TICS       SUDORACION       RESEQUEDAD DE BOCA   
 SENSACIONES DE ESTOMAGO       DOLOR DE CABEZA   
 NAUSEAS       TAQUICARDIA       OTROS  \_\_\_\_\_

103. ¿Qué manifestaciones fisiológicas presenta Usted después de consumir la(s) droga(s)?

TICS       SUDORACION       RESEQUEDAD DE BOCA   
 SENSACIONES DE ESTOMAGO       DOLOR DE CABEZA   
 NAUSEAS       TAQUICARDIA       OTROS  \_\_\_\_\_

105. ¿Cuáles de las siguientes manifestaciones presenta Usted cuando suspende bruscamente el consumo de la(s) droga(s)?

- ANSIEDAD     CONFUSION     TAQUICARDIA   
 CONVULSIONES     INSOMNIO     ALUCINACIONES   
 RESPIRACION ACELERADA     DOLOR DE CABEZA   
 FALTA DE APETITO     TEMBLOR DE MANOS   
 DEBILIDAD MUSCULAR     SENSACION DE MAREO   
 SUDORACION DE MANOS Y/O CARA   
 SUDA FRIO POR LAS NOCHES   
 SENSACION DE FALTA DE AIRE   
 DISMINUCION DE LA RESPIRACION   
 SUSPENSION COMPLETA DE LA ACTIVIDAD   
 OTRAS  \_\_\_\_\_

106.- ¿Cuáles de las siguientes manifestaciones presenta usted, después de consumir la(s) droga(s)?

- AGUDIZACIÓN DE LAS PERCEPCIONES SENSORIALES   
 SENSACION DE MAYOR CAPACIDAD INTELECTUAL Y CREADORA   
 ALIVIO DEL DOLOR FISICO O MORAL     DELIRIO   
 ALIVIO DE LA FATIGA     ALIVIO DE LA ANSIEDAD   
 ALIVIO DEL MIEDO     LIBERACION DE LAS INHIBICIONES   
 RELAJAMIENTO     PERDIDA DE LA CONCIENCIA   
 IRRITABILIDAD     AGRESION     PERDIDA DE PESO   
 INSOMNIO     ALUCINACIONES   
 SATISFACCION SEXUAL     OTRAS  \_\_\_\_\_

**DATOS DEMOGRAFICOS**

*EDAD* \_\_\_\_\_

*SEXO* \_\_\_\_\_

*ESCOLARIDAD* \_\_\_\_\_

*ORIGINARIO* \_\_\_\_\_

*RELIGION* \_\_\_\_\_

*ESTADO CIVIL* \_\_\_\_\_

*OCUPACION* \_\_\_\_\_

*INGRESO ECONOMICO N\$* \_\_\_\_\_

## **Conclusiones**

*Actualmente, se ha podido constatar que la conducta farmacodependiente es un fenómeno muy complejo, pues en él se encuentran implicados aspectos de carácter psicológico, biológico, social, económico, político y cultural que relacionados influyen y determinan dicho fenómeno.]*

*Personas especializadas en las diferentes ramas de la ciencia como son médicos, psicólogos, juristas, psiquiatras, toxicólogos, sociólogos, etcétera, estudian bajo una perspectiva muy particular la conducta farmacodependiente y contribuyen aportando lineamientos teóricos y metodológicos que la expliquen, para en el mejor de los casos, darle solución.*

*Sin embargo, es importante señalar que por su reconocida multicausalidad, la conducta farmacodependiente necesita de un accionar simultáneo, coordinado y coherente entre las distintas disciplinas involucradas, por lo que se propone una integración profesional de disciplinas en un objetivo común.*

*Se ha reconocido que la conducta farmacodependiente se encuentra multideterminada por diferentes factores, sin embargo, es al psicólogo a quien corresponde abarcar única y exclusivamente el área del comportamiento humano y su relación con el medio ambiente para contribuir así al planteamiento de soluciones.*

*En México, el papel profesional del Psicólogo Clínico se encuentra sumamente restringido, por ejemplo, en algunos Organismos*

*Oficiales éste sólo se avoca a evaluar a las personas para canalizarlas a otras instituciones o simplemente a brindar tratamientos que no corresponden a la problemática real que presenta el paciente, teniendo como consecuencia: una marcada deserción en los tratamientos, recaídas, reincidencias, consulta a varias instituciones asistenciales, etcétera.*

*De esta manera, se llega a la siguiente conclusión, el trabajo profesional del Psicólogo Clínico debe centrarse, principalmente en dos aspectos inseparables: Evaluación y Tratamiento, ya que es a través de la evaluación como se seleccionan las variables dependientes e independientes que serán consideradas durante la terapia, es decir que, la especificación y jerarquización de las conductas-problema y de las variables que las mantienen son elementos que se deben estimar para poder realizar un buen tratamiento. Asimismo, dicha evaluación, también nos permitirá comprobar la efectividad del tratamiento, por lo que se debe realizar evaluación, antes, durante y después de éste.*

*La evaluación conductual, específicamente en el caso de la conducta farmacodependiente se encuentra poco desarrollada, lo anterior se puede comprobar al hacer una revisión teórica, en donde se evidencia que la conducta farmacodependiente es evaluada con los mismos instrumentos que son utilizados para evaluar otro tipo de adicciones, como son: el alcoholismo, la obesidad y el tabaquismo, es decir, que pocos son los instrumentos de evaluación que basados*

*en un modelo teórico, evalúen el comportamiento del abuso de drogas de manera exclusiva.*

*Por lo anterior, se propuso un instrumento de evaluación que tiene sus bases teóricas y metodológicas en el Modelo Secuencial Integrativo; bajo este modelo se evalúan tanto respuestas manifiestas como encubiertas, es decir, que además de evaluar variables orgánsmicas, ambientales y la propia conducta se evalúan también los eventos internos (diálogo interior, estrategias en la resolución de problemas, atribuciones, etcétera) del sujeto.*

*En resumen, una buena evaluación clínica deberá proveer información acerca de parámetros como frecuencia, intensidad, geografía, topografía, latencia, secuencia y duración de las respuestas, exceso o deficiencia de éstas, conductas positivas relacionadas con conductas problemas, desventajas físicas, déficits en habilidades sociales, capacidades intelectuales (déficits físicos, disfunciones cerebrales), señales antecedentes y consecuencias reforzantes de su consumo, condiciones en las que adquirió su conducta y cómo se mantiene, factores que pueden manejarse para producir cambios en el consumo, estímulos ambientales, variables cognitivas (atribuciones, auto-instrucciones, estrategias cognitivas, expectativas), variables internas psifisiológicas, etcétera.*

*Por otro lado, a la hora de evaluar es importante considerar que el individuo es una realidad cambiante y que los factores orgánsmicos interactúan con los ambientales, por lo que se deben analizar las características individuales de cada paciente así como su contexto*



*familiar, socioeconómico y cultural para así poder brindarle un tratamiento de rehabilitación que tenga como objetivo final su desarrollo integral.*

*Finalmente, no se debe dejar a un lado que las desigualdades, (económicas, sociales, políticas, etcétera), la marginación y el desempleo, la organización del trabajo y la ideología dominante son concebidos como factores que influyen en la aparición masiva de la farmacodependencia en algunas sociedades. Sin embargo, es el psicólogo como especialista en el estudio del comportamiento humano, quien debe enseñar al individuo habilidades (toma de decisiones, desarrollo de la comunicación, de la autoestima, solución de problemas, etcétera) que le permitan satisfacer sus necesidades afectivas más elementales.*

*Concretamente, en el caso del comportamiento farmacodependiente es necesario que el paciente comprenda en qué consiste y a que necesidades responde el uso indebido de drogas, para que mediante la enseñanza de las técnicas antes descritas, desarrolle actitudes y comportamientos funcionales frente a la oferta de drogas.*

## ***Referencias Bibliográficas***

*Alcaráz, V. (1977). Drogas y Conducta. Interacciones y Aplicaciones. México: Trillas.*

*Alfonso, S. e Ibañez, L. (1987). Drogas y Toxicomanías. España: Narcea.*

*Astolfi, E. (1989). Toxicomanías. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.*

*Bulacio, B. (1983). El Problema de la Drogadicción. México: Paídos.*

*Cárdenas De O. (1976). Toxicomanía y Narcotráfico. México: Fondo de Cultura Económica.*

*Centros de Integración Juvenil, A. C., (1986). Evaluación Cualitativa de Acciones en Atención Preventiva, Curativa. Tomo I, México.*

*Centros de Integración Juvenil, A. C., (1986). Manual de Capacitación para el Voluntariado. 2a. Edición, México.*

Coleman, V. (1988). Adictos y Adicciones. México: Grijalbo.

Evans, S. y Hofmann, A. (1982). Plantas de los Dioses. México: Fondo de Cultura Económica.

Fernández, B. y Carroble, J. (1989). Evaluación Conductual. Madrid: Pirámide.

Furst, P. (1980). Alucinógenos y Cultura. México: Fondo de Cultura Económica.

Goode, E. (1978). La Adicción a las Drogas en los Jóvenes. Buenos Aires: Paídos.

Madden, J. (1986). Alcoholismo y Farmacodependencia. México: El Manual Moderno.

Massun, E. (1991). Prevención del Uso Indebido de Drogas. México: Trillas.

Miller, W. (1980). The Addictive Behaviors. New York: Pergamon Press.

Mioli, B. (1980). Las Drogas. Buenos Aires: El Ateneo.

Procuraduría General de la República. (1994). *Carpeta de Capacitación para la Formación de Multiplicadores de Información en Materia de Prevención a la Farmacodependencia. Folleto Informativo*. México: Dirección General de Prevención al Delito y Servicios de la Comunidad.

Wasson G. (1983). El Hongo Maravilloso. Teonanácatl. México: Fondo de Cultura Económica.