



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

TERAPIAS CONDUCTUALES COMBINADAS APLICADAS A LA  
REHABILITACION DE FARMACODEPENDENCIA DE INHALABLES  
VOLATILES

T E S I S

Que para obtener el Título de  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a

SALVADOR JOSE LUIS AVILA CALDERON

México, D. F.

Junio de 1984



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.

Universidad Nacional  
Autónoma de México



Facultad de Psicología

EXHIBICIÓN DE TRABAJOS COMPLETADOS EN LA  
TERMINACIÓN DE LA LICENCIATURA DE PSICOLOGÍA

ALUMNO

25053-08  
UNAM. 89  
1984

M. - 20264

ps. 1170

SAVADOR JOSÉ LUIS VALLA CALDERÓN

DEDICATORIAS

DEDICO ESTE TRABAJO DE TESIS A:

Mis padres: Benjamin Avila Ponce y Felcitas Calderón de Avila, por el apoyo que me han brindado durante toda mi vida.

A mi esposa: Julia Capistran

A mis hijos: José Luis y Abril

A mis hermanos: Benjamin Javier, Ana, Edelmira Bertha, Ma. del Refugio y Felipe ( QEPD )

**LR 3336**

A G R A D E Z C O :

A mi asesor Federico Puente y a mis sinodales, Jorge Molina, Patricia Shepard, Gilberto Limón y Arturo Martínez G. sus valiosas sugerencias al respecto de este trabajo de tesis.

A Victor Colotla por sus atinados comentarios.

A José Huerta por las facilidades brindadas para la realización de este trabajo.

A los compañeros del departamento de Educativa por sus certeros comentarios.

Al Sr. Benjamin Martínez y a la Srita. Alma Rosa Hoyos A. por su ayuda mecanográfica.

TERAPIAS CONDUCTUALES COMBINADAS A LA  
REHABILITACION DE LA FARMACODEPENDENCIA DE INHALABLES  
VOLATILES.

I N D I C E

Introducción -----	1
CAPITULO I	
Generalidades de la Farmacodependencia -----	10
Definiciones	
Farmacodependencia -----	10
Dependencia Física -----	11
Dependencia Psicológica -----	11
Tolerancia -----	12
Tolerancia y dependencia producida por drogas que se utilizan más frecuentemente -----	13
Clasificación de drogas -----	15
Comparación de los efectos en el SNC y órganos periféricos de drogas denominadas fuertes y los inhalables volátiles -----	17
CAPITULO II	
Técnicas terapéuticas conductuales que se han aplicado a la farmacodependencia -----	20
A) Técnicas de contracondicionamiento aversivo -----	21
Terapia de aversión química -----	21
Terapia de aversión eléctrica -----	24
Sensibilización Cubierta -----	27
B) Desensibilización Sistemática -----	28
C) Reforzamiento Contingente -----	29
Economía de fichas -----	29
D) Detención del Pensamiento -----	30
E) Aprendizaje Asertivo -----	32
Disco rayado -----	36
Banco de Niebla -----	37
Aserción Negativa -----	38

Información Libre -----	39
Interrogación Negativa-----	40
Auto-revelación -----	41
Compromiso Viable -----	41
Estabilizador -----	41
Guión Deec -----	41
Aserción Positiva -----	42
Transmisión Activa -----	42
Recepción Activa -----	42
Pregunta confrontante -----	42
Técnica para disminuir la ira -----	42
F) Terapias Conductuales Combinadas -----	42
Metadona -----	43
Disulfiran -----	43

### CAPITULO III

Bases teóricas del Modelo de explicación del inicio y mantenimiento de la conducta de uso y abuso de drogas.---	48
Modelo de explicación -----	50
Figura 1 -----	52
Figura 2 -----	66

### CAPITULO IV

Modelo Terapéutico Propuesto -----	73
Rutas Terapéuticas conjugadas -----	73
Tipo de Diagnóstico -----	74
Control Médico -----	75
Control Psicológico -----	75
1) Programación total del ambiente estructurado -----	78
Economía de fichas -----	78
a) Conductas académicas -----	79
b) Conductas vocacionales -----	79
c) Conductas laborales -----	80
d) Conductas sociales -----	80
2) Programación de un ambiente semiestructurado -----	81

3) Ambiente desestructurado -----	81
a) Control familiar -----	81
b) Autocontrol -----	82
4) Programa de seguimiento -----	82
* Evaluación de la eficacia del tratamiento -----	82
Terapias para controlar condiciones antecedentes ----	84
Condiciones antecedentes de interacción -----	84
* Sensibilización cubierta -----	86
Modelamiento -----	89
Cuando hay un agente investigador -----	90
Problemas familiares o grupos de referencia atrayentes	91
a) Análisis de habilidades e intereses -----	95
b) Orientación y consejo educacional o laboral -----	96
c) Terapia asertiva -----	96
d) Análisis para soluciones económicas -----	96
e) Internación laboral -----	96
Presencia de estados internos -----	97
1) Ansiedad -----	97
Insomnio -----	97
Cansancio físico o incapacidad de relajamiento ----	97
Enojo o culpabilidad -----	97
Fobias -----	98
Depresión -----	98
Enfermedades o dolores -----	98
Hambre, sed y deseo sexual -----	99
Estímulos consecuentes al uso de la Droga -----	102
Estímulos ambientales asociados a las propiedades positivas de la Droga -----	104
Estímulos y propiedades negativos asociados a deseo de la droga-----	105
Conductas alternativas para substituir el uso de la droga -----	106
Reajuste y reorganización de terapias -----	108
Bloques de tratamiento en incidentes críticos ----	109
Conclusiones -----	113
Bibliografía -----	115
Apéndices -----	122

## INTRODUCCION.

El propósito de esta tesis es en primer lugar hacer una revisión de la literatura sobre las últimas terapias que se han aplicado para la rehabilitación de la farmacodependencia, en segundo lugar proponer un modelo de explicación del inicio y mantenimiento de la farmacodependencia y en tercer lugar, presentar una serie de combinaciones terapéuticas para rehabilitar los distintos casos de farmacodependencia.

Este último punto se puede considerar de dos formas, 1o. realizar un análisis sistemático de los posibles casos y rehabilitarlos conforme a una serie de premisas terapéuticas y 2o. ofrecer paquetes de rehabilitación para las diferentes áreas, cognitiva, afectiva y conductual.

En este escrito se enfatiza mas bien la primera ya que se pretende que la terapia sea mas individual y personalizada, sin embargo no se descarta la 2a. opción en tanto se abordarán las tres áreas mencionadas.

La farmacodependencia en México, representa un grave problema que se ha tratado de combatir en diferentes niveles: Preventivo, Legislativo y Terapéutico. Es un problema bastante complejo, pues involucra aspectos psicológicos, sociológicos, médicos, económicos, políticos y legislativos.

En el nivel terapéutico o de la rehabilitación, se han

empleado distintos marcos de referencia: Psicodinámicos (Fort, 1-1955), Conductuales (Erikson et al., 1975), y Orgánicos (dole y Nyswander, 1965). Dentro del enfoque conductual, se han propuesto técnicas específicas: la terapia de aversión química (Lieberman, 1968), la terapia de aversión eléctrica (Rachman, 1965; Wolpe, 1965), la sensibilización cubierta (Cautela, 1966, 1967; Steinfield, 1970), la desensibilización sistemática (Wolpe, -- 1975, el entrenamiento asertivo (Fersterheim, 1976) y el reforzamiento positivo (Glicksman et. al., 1971).

Algunas veces se han utilizado combinaciones de estas técnicas. Por Ejemplo, en la economía de fichas (Erikson et al., 1975), terapia de aversión, entrenamiento en relajación y de sensibilización sistemática (O'Brien et al., 1972); en ocasiones se emplea toda una aproximación mas compleja: La familia enseñante (Ayala et al., 1981; Quiroga et al., 1981).

El presente trabajo revisará las técnicas anotadas arriba y ofrecerá un modelo de rehabilitación conductual del farmacodependiente, combinando procedimientos derivados del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante, el aprendizaje social y terapia cognitiva.

Planteamiento del problema.

La farmacodependencia de volátiles inhalables representa el segundo lugar de consumo en México, en la población estudiantil (Castro et al., 1978); en un estudio realizado en el Centro de Integración Juvenil (Torres Ruíz, 1975), fué superado única--

mente por la marihuana. En un estudio sobre incidencia en 27 centros de la República Mexicana, de un total de 6630 casos de farmacodependencia, 3309 fueron reportados como problema de inhalación de disolventes industriales, o sea el 52% (Natera G. 1977). En el D. F., y en la zona metropolitana, la inhalación alcanzó el primer lugar (Castro et al., 1979).

La edad promedio de consumo de droga en la población estudiantil es de 14 años con un rango de 10 a 21 años (Natera, - - 1977) El nivel socioeconómico de este tipo de sujetos en un estudio realizado en Monterrey mostró que son de clase baja (De la -- barca et al., 1977).

Por otra parte para analizar los efectos producidos por este tipo de farmacodependencia a nivel orgánico, fisiológico en el Sistema Nervioso Central (SNC), órganos periféricos, manifestaciones clínicas, trastornos psicomotores, se han llevado a cabo los siguientes estudios (Aviado, 1977), (De la Garza y otros, - - 1977), (Torres Ruíz, 1975), (Prockop, 1977), (Costero I, Barroso Moguel R. 1977). Electrográficos (Alcaraz, Garcia Castells, 1977), (Contreras, González Estrada y otros, 1977). Efectos clínicos (Torres Ruíz, 1975). Conductuales (Geller, y otros, 1977; Colotla y otros, 1978; Colotla et al., 1979; Lorenzana-Jiménez et al., 1977).

#### Justificación.

La importancia de manejar un modelo teórico, en primer lugar, en que se realiza un análisis sistemático de los componentes del inicio y mantenimiento de la conducta de uso y abuso de inhalables volátiles, aislando los componentes para su comprensión

individual, así como su interacción total.

En segundo lugar se proponen rutas alternativas terapéu-  
ticas conjugadas con base en las posibilidades necesarias de va-  
rios casos hipotéticos.

En tercer lugar, no obstante que, la aproximación tera-  
péutica implica exclusivamente la rehabilitación de inhalables  
volátiles, se propone el modelo para la solución de otros tipos  
de farmacodependencia.

En cuarto lugar se comparan los efectos inmediatos y a  
largo plazo entre las llamadas drogas fuertes con los inhalables  
volátiles. Por ejemplo, el efecto inmediato de las primeras (dro-  
gas fuertes) a nivel de la dependencia física y psicológica es  
severo, en cuanto a la tolerancia sería baja, con relativamente  
poco daño a nivel del SNC y órganos periféricos. En cuanto a in-  
halables volátiles, su dependencia física y psicológica son rela-  
tivamente leves, con una alta tolerancia y un alto daño orgánico  
a nivel del SNC y órganos periféricos (Torres Ruiz, 1975; Aviado  
1977). Por lo que adquiere mayor importancia, ya que los daños  
en el SNC son irreversibles.

#### Objetivos Generales.

- 1) Se realizará un análisis sistemático de los incidentes críti-  
cos de la conducta de uso y abuso de inhalables volátiles.
- 2) Se plantearán modelos terapéuticos alternos y conjugados pa-  
ra la rehabilitación de farmacodependientes de inhalables voláti

les, con base en un análisis de posibles necesidades.

Elementos que contendrán los modelos: Explicativo y Terapéutico.

Se proponen dos modelos: uno explicativo y uno terapéutico, el segundo es una consecuencia del primero.

Las concepciones teóricas que subyacen a los modelos son primordialmente conductuales, cognitivas aunque también se enfatizan influencias sociales y biológicas.

Estos modelos implican que las influencias que predisponen la farmacodependencia son multicausales, es decir, que no hay una relación univoca entre causa-efecto.

Por otro lado este modelo de explicación analiza las variables que controlan la conducta de inicio y mantenimiento de uso y abuso de inhalables volátiles. Estas variables asumen distintos valores de acuerdo a diversas clasificaciones, en cuanto a la duración; en este trabajo se propone que los eventos pueden ser de corta, mediana y larga duración; a los eventos de corta duración se les llama estímulo, y a los de mediana condición y - larga duración se les llama situación; en cuanto a su relación con la conducta. Los eventos pueden ser antecedentes, concurrentes y consecuentes del patrón conductual. En cuanto a su naturaleza si son contextuales, sociales, psicológicos, fisiológicos o fisioquímicos; respecto al nivel en que actúan, pueden ser internos o externos, los primeros son psicológicos o fisiológicos y los externos son contextuales o de interacción social. De esta forma se analizan todas las combinaciones y un estímulo antece--

dente, externo, de duración corta, de naturaleza fisicoquímica, - (tíner); un estímulo antecedente, interno, de mediana duración, de naturaleza psicológica (angustia), etc.

De esta manera se puede analizar cualquier evento que influya o haga mas probable la aparición de la conducta en cues- -  
tión.

#### Modelo Terapéutico.

Este modelo se realizó con base a un análisis exhaustivo de las necesidades que pueden presentar un caso.

La presentación de rutas terapéuticas conjugadas consistirá en el establecimiento de técnicas terapéuticas en diferen- -tes combinaciones para rehabilitar al farmacodependiente de acuerdo al análisis del patrón de consumo de cada uno de ellos. El modelo terapéutico realiza una eliminación sistemática de los elementos que mantienen la conducta del farmacodependiente y mediante la aplicación apropiada de la técnica correspondiente se elimina el elemento en cuestión.

El modelo plantea exclusivamente terapias de rehabilitación, no establece medidas para la prevención. Algunas de las terapias que se proponen son: cambios en las propiedades de los estímulos, terapia aversiva, sensibilización cubierta, desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, economía de fichas, detención del pensamiento, etc.

Se señala la rehabilitación en un ambiente altamente estructurado donde el manejo de las contingencias es administrado

por un terapeuta especializado, y en la medida que la rehabilitación avanza, se desestructura el ambiente, hasta que el paciente controla su propia conducta.

Esto garantiza tanto el mantenimiento de las conductas alternativas en la rehabilitación, el efecto de la supresión de las conductas no deseables, como el aspecto de transferencia del control de estímulos hacia el usuario e instancias naturales que lo controlan.

Se proponen también instrumentos de evaluación pre, inter y postratamiento, así como controles para garantizar un seguimiento adecuado.

#### Ventajas del modelo

1. Analiza a los eventos (estímulos, condiciones, situaciones) en una forma sistemática, en cuanto a:

- a) Su naturaleza
- b) Su función
- c) Su nivel en el que se opera
- d) Al tiempo que dura su efecto
- e) Propiedades de la droga.

2. Analiza los patrones conductuales en cuanto:

- a) Su inicio
- b) Su mantenimiento
- c) El encadenamiento del patrón conductual.

3. Analiza la relación funcional con los estímulos que rodean la conducta.

4. Se analizan aquellas respuestas cubiertas del organismo que son determinantes en la aparición de otro tipo de respuestas externas que conforman el patrón conductual de farmacodependencia. Estas respuestas cubiertas, en algunos modelos no se toman en consideración, por ser internas y no observables a simple vista, sin embargo son susceptibles a observarse y medirse a través de instrumentos de medición.
5. Realiza un análisis detallado de procedimientos terapéuticos que se contraponen unívocamente a cada uno de los elementos que mantienen la conducta de farmacodependencia, análisis que no es realizado en otros modelos.
6. Presenta un control terapéutico por parte de los especialistas que se desvanece gradualmente hasta que el sujeto adquiere su propio control, garantizando así la transferencia del control y el mantenimiento de las conductas modificadas.
7. Propone un modelo explicativo y un modelo terapéutico del inicio y mantenimiento del uso de la droga; esto da dos perspectivas:
  - a) analiza cada elemento por separado
  - b) analiza la conducta como un todo
8. Los modelos expuestos son integradores de elementos de análisis que proponen otros modelos conductuales.
9. La utilidad de los modelos en su conveniencia y flexibilidad, y aunque se muestren incompletos y con defectos, estos pueden completarse o modificarse. (Kisker, 1984).

10. Los modelos se desarrollan al enunciar una serie de premisas que pueden conducir a una teoría eventual (Kisker, 1984).
11. Los modelos diferentes pueden ser igualmente válidos, lo que no sucede con las teorías que por lo general son más complejas. Si se prueba que una teoría es correcta, deberán rechazarse las otras. (Kisker, 1984).

El capítulo primero define algunos conceptos básicos relacionados con la farmacodependencia, se da una clasificación de las drogas, se comparan éstas en cuanto a la dependencia física, psíquica, tolerancia y se plantean algunas generalidades respecto a los inhalables volátiles.

El capítulo I sirve de preambulo para entrar en el fenómeno de la farmacodependencia como un problema conductual, plantea los fundamentos conceptuales para analizar la farmacodependencia en general y la de inhalables volátiles en particular.

El capítulo II realiza una revisión bibliográfica de técnicas conductuales que se han empleado en la rehabilitación de la farmacodependencia, y da también una breve descripción de cada una de las técnicas.

El capítulo III da las bases teóricas del modelo de explicación del inicio y mantenimiento de la conducta del farmacodependiente.

El capítulo IV propone terapias cognitivas conductuales en base a un análisis detallado de los incidentes que son factibles se encuentren en un farmacodependiente, y por último se dan conclusiones en las que se analizan las ventajas del modelo.

## CAPITULO I.

### GENERALIDADES DE LA FARMACODEPENDENCIA.

En este capítulo se definirán conceptos básicos tales como farmacodependencia, dependencia física, psicológica, tolerancia y síndrome de abstinencia; se comparan las diferentes drogas en cuanto a dependencia física, psicológica y tolerancia; se dará una clasificación de las drogas y se hablará en particular de los inhalables volátiles.

Desde hace mucho tiempo se han utilizado distintos términos para designar la afición al uso de drogas: Hábito, drogadicción, toxicomanía y otros, pero a partir de 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó el término "farmacodependencia" para designar la adicción a las drogas (SSA, 1974).

La farmacodependencia es definida por la OMS como "el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, y caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irresistible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación." (IMP y SEP, 1981).

La palabra "fármaco" se deriva del griego "pharmakon" que significa droga o medicamento; la palabra droga es el nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales, que se emplean en la medicina y en la industria (Diccionario Quillet, 1978).

En el contexto de la farmacodependencia, se definirá la droga como "cualquier sustancia química que afecta a una persona y que origina cambios fisiológicos, emocionales y/o de comportamiento. (IMP y SEP, 1981.) Esta definición es incompleta, porque si se analizan los rasgos definitorios se verá que cualquier otro tipo de sustancias químicas puede originar igualmente cambios fisiológicos, emocionales o de comportamiento (ejem: agua o alimento).

Para propósito de este trabajo, definiremos droga como cualquier sustancia química que modifica anatómica y/o fisiológicamente el SNC en su totalidad o en algunas de sus estructuras, afectando el comportamiento de una persona, excitando, deprimiendo o desorganizando sus áreas afectiva, cognoscitiva y motora.

Al conceptualizar la farmacodependencia de una manera global, están implicados tres factores que la componen en mayor o menor grado: la dependencia física, la dependencia psicológica y la tolerancia.

#### DEPENDENCIA FISICA.

La dependencia física o adicción es un proceso de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos - cuando se suspende bruscamente la droga (IMP y SEP, 1981).

Estos trastornos fisiológicos pueden ser leves o graves y dependen más que nada del tipo de droga utilizada. Los trastornos pueden manifestarse internamente como alteraciones en la frecuencia cardíaca, respiración, presión arterial, dolor corporal, cefalea, etc.; en forma externa como sudoración, diarrea, vómito, convulsiones, temblor, etc.

Cuando la dependencia física se manifiesta con todos sus trastornos fisiológicos, se conoce como "síndrome de abstinencia", el cual se manifiesta en forma diferente con cada droga.

#### DEPENDENCIA PSICOLOGICA.

La dependencia psicológica o habituación es el uso -- compulsivo de una droga sin el desarrollo de dependencia física, y que sin embargo representa también un peligro para el usuario.

La dependencia psicológica puede definirse como el estado de necesidad que se convierte en hábito de consumo, en el cual el organismo exige una droga para producir placer o evitar conflictos sociales o emocionales.

Así tenemos que la dependencia física se traduce en evitar los efectos fisiológicos displacenteros que son producidos por la abstinencia del uso de droga y la dependencia psicológica se traduce en mantener o repetir los efectos placenteros (reforzantes) del uso de la droga o evitar aquellos efectos del medio del usuario y de su cuerpo, que no son el resultado de la abstinencia del uso de droga y enfermedades. Más adelante se hablará con más detalle de esto.

Aquí cabe señalar que en la actualidad, la dependencia física como la psicológica, no se identifican como dos entidades completamente separables, definibles y diferenciables uno del otro, ya que muchas veces la dependencia física se sobrepone a algunos fenómenos denominados psicológicos y viceversa: esto quiere decir que los fenómenos físicos y los psicológicos muchas veces se mezclan y no se pueden separar para la investigación y cuando se da uno, el otro también se da.

#### Tolerancia.

La tolerancia es el proceso de adaptación que realiza el organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud (IMP y SEP, 1981).

Este factor está muy ligado a la dependencia psicológica, ya que para lograr el mismo efecto placentero se tiene que ir aumentando la cantidad de droga consumida, lo cual aumenta la peligrosidad de la droga, ya que puede haber una sobredosis que ocasione una intoxicación aguda o la muerte.

La tolerancia varía de una droga a otra. Algunas pueden tener una baja tolerancia, lo que representa mayor peligrosidad, y otras presentan una tolerancia mediana o alta. En seguida se presenta un cuadro comparativo de las diferentes drogas en cuanto a su dependencia física, psicológica y tolerancia.

T A B L A 1: Tolerancia y dependencia producidas por las drogas que se usan más frecuentemente.\*

D R O G A S.	Dependencia		
	física	psíquica	tolerancia
<u>Depresoras del SNC.</u>			
1. Alcohol	3	3	3
2. Hipnóticos barbitúricos y no barbitúricos.	4	3	3
3. Ansiolíticos.	1	2	2
4. Analgésicos y narcóticos.	4	4	4
5. Antipsicóticos y neurolépticos.	0	1	1
<u>Estimulantes del SNC.</u>			
6. Anfetaminas y cocaína.	1	4	4
7. Cafeína y nicotina.	0	3	1
<u>Desorganizadores de la actividad del SNC.</u>			
8. Psicotomiméticos: LSD, mezcalina, psilocibina.	0	1	1
9. Cannabis marihuana, hashish, TCH. (tetrahidrocannabinol).	0	1	0
10. Volátiles inhalables.	1	3	4
Clave.	Ausencia	0	
	Muy leve	1	
	Leve	2	
	Marcada	3	
	Muy marcada	4	

\* Tomada de Torres Ruíz. Cuadernos CEMEF No. 2. 1975.

Las drogas pueden clasificarse por los efectos que tienen en el SNC, en psicoterapéuticas, estimulantes, depresoras, desorganizadoras y neurohumorales (ver Tabla No. 2.)

Pero para efectos de este trabajo tomaremos únicamente los estimulantes, los depresores y aquellas que por -- sus efectos podríamos llamarlas mixtas.

Las drogas estimulantes aumentan el metabolismo de las células del SNC e incrementan su excitabilidad en su totalidad o exclusivamente en una parte de él.

Las drogas depresoras deprimen parte o la totalidad de la actividad nerviosa del SNC.

Las drogas desorganizadoras o alucinógenas, deforman la percepción y causan alucinaciones.

Las drogas mixtas alteran el funcionamiento del SNC de dos formas simultáneamente. Por ejemplo, el LSD que tiene efectos estimulantes pero también alucinógenos.

Los inhalables volátiles se clasifican como depresores porque producen disminución y pérdida de la actividad motora, refleja y respuestas a estímulos ambientales. Los -- efectos de los inhalables volátiles se comparan con los que producen los sedantes y el alcohol, sobre todo, cuando la inhalación ha sido considerable, sin embargo en pequeñas dosis crean un estado de inquietud y euforia.

TABLA # 2. CLASIFICACION DE LAS DROGAS.\*

Psicoterapéuticos	Estimulantes	Depresores	Anestésicos	Desorganizadores	Neuro humorales
<u>Antipsicóticos.</u>	<u>Simpatomiméticos</u>	<u>Sedantes hipnóticos</u>	<u>Analgésicos y</u>	Derivado de	Colinérgi-
Alcaloides de ranwolfia.	Anfetamina	Bromuros	<u>Paralizantes.</u>	la ergotamina	cos.
Fenotiazinas.	(Bencedrina)	(Bromuro Potásico)	<u>Anestésicos Ge-</u>	(L S D)	
<u>Ansiolíticos.</u>	<u>Analépticos.</u>	Barbitúricos.	<u>nerales.</u>	Cannabis sa-	(Acetilco-
Propanodiolos	Pentibentetrazol	(Fenobarbital)	(Oxido Nitroso)	tina.	lina).
Benzodiazepinas	(Cordiazol)	Derivados del Cloral	(Dietiliter)	(Marihuana)	Adrenérgi-
Barbitúricos.		(Hidrato de Cloral)		Lophophora	cos.
<u>Antidepresivos.</u>	<u>Psicotonogénicos.</u>	General.	<u>Anestésicos Lo-</u>	Williamsii	(Noradrena
Inhibidores	( LSD )	(Alcohol)	<u>cales.</u>	(Mezcalina)	lina)
M A O	<u>Nicotínicos.</u>	Inhalables	(Cloroformo)	Psilocybe me	Otros (?)
Dibinzasepinas.	(nicotina)	Volátiles.	(Cocaína)	xicana.	(5-Hidroxi-
<u>Estimulantes.</u>	<u>Xantinas.</u>	(tíner)	(Procaína)	(Psilocibina)	tiptamida)
Anfetaminas.	(cafeina)	(gasolina)	Analgésicos de-	Inhalables	
		(cemento plástico)	rivados del	Volátiles	
		etc.	opio.	(tíner)	
			(Morfina)	(gasolina)	
			(Heroína)		
			Paralizantes.		
			(Curare)		

\* Versión modificada de un cuadro de Leukel F. Introducción a la Psicología Fisiológica. 1978.

Los volátiles inhalables o solventes industriales son productos orgánicos líquidos con propiedades para disolver o dispersar sustancias de naturaleza orgánica, naturales o sintéticas que son insolubles en agua (Gutiérrez, 1975).

Los volátiles inhalables pueden también clasificarse por sus propiedades físicas y químicas.

En cuanto a sus propiedades físicas se clasifican en:

Solventes activos.

Cosolventes.

Solventes latentes.

Diluyentes.

La característica de cada uno depende de la velocidad para disolver el soluto, la viscosidad, consistencia, etc. Para mayor información véase Gutiérrez (1975).

En cuanto a sus propiedades químicas se pueden clasificar en:

#### Utilidad

Hidrocarburos alifáticos.	(Solventes de Pintura y adhesivos)
Hidrocarburos aromáticos.	" "
Hidrocarburos terpénicos.	" "
Hidrocarburos clorados.	(Insecticidas), adhesivos.
Nitroparafinas.	
Cetonas.	
Alcoholes.	
Eteres.	
Esteres.	

La clasificación se realiza en cuanto a su origen, polaridad, aplicaciones y acción fisiológica. Son productos de la petroquímica que normalmente se usan en la industria del recubrimiento (pinturas) o de adhesivos.

Hay que mencionar que en la industria no se usa cada compuesto químico aislado, sino en combinaciones, como los tíneres, los cuales están compuestos por solventes activos, latentes y diluyentes.

Comparación de los efectos en el SNC y órganos perifé-  
ricos de las drogas denominadas fuertes y los inhalables voláti-  
les.

Se denominan drogas fuertes aquellas que provocan un síndrome de abstinencia bastante severo que incluso puede con-  
cluir con la muerte.

Algunas de las drogas fuertes son los narcóticos y los barbitúricos.

Si se realiza un análisis de los efectos a corto y largo plazo de las drogas fuertes y los inhalables volátiles, se verá que las drogas fuertes tienen efectos a corto plazo que se manifiestan cuando se suspende el uso de la droga y se hacen evidentes los síntomas del síndrome de abstinencia.

Como ejemplo de esto, tenemos a la morfina, que está clasificada dentro de los narcóticos y los síntomas que presenta son bastante severos: estornudos, depresión psíquica, náusea, vómito, hipo, diarrea, retortijones, taquicardia, hipertensión arterial, escalofríos, hiperhidrosis, hipotermia, artralgias, - mialgias, estimulación medular, espasmos musculares de las ex-  
tremidades, intolerancia gástrica, leucositosis, pérdida de pe-

so, desequilibrio a/b, cetosis, shock, estado comatoso y muerte. (Historia natural de la Farmacodependencia, Revista de la Facultad de Medicina. No. 6. 1975.

Como ejemplo de los inhalables volátiles tenemos diferentes sustancias como pegamentos, gasolina, líquido de encendedores, tiner, eter, cloroformo, óxido nitroso, líquido de tintería (tricloroetileno), benceno, xileno, tolueno y acetona.

Los síntomas o respuestas que tiene un organismo en el síndrome de abstinencia de los inhalables son: excitabilidad, inquietud, ansiedad, cefalea, dolores abdominales y musculares (Torres, 1975).

Obsérvese que el síndrome de abstinencia de los inhalables volátiles es superficial comparado con el de los narcóticos.

En cuanto a la dependencia psíquica, los narcóticos -- también se encuentran ligeramente arriba de los inhalables (véase tabla 1).

Y en cuanto a la tolerancia los dos se encuentran al mismo nivel.

Se observará que casi todos los síntomas del síndrome de abstinencia de los narcóticos inhalables volátiles, hacen referencia a órganos periféricos y sólo uno al SNC.

Por otro lado si se observa el efecto a largo plazo -- tanto de las drogas fuertes como la de inhalables volátiles, se encontrará que las drogas fuertes pueden tener una secuela en -- órganos periféricos, como hepatitis, abcesos en el hígado, pul-

mones y cerebro, pero es una consecuencia más bien de usar agujas hipodérmicas no esterilizadas, y no del efecto del uso de la droga.

En cambio si se observa el efecto que tienen los inhalables volátiles a largo plazo, se observará, en primer lugar, que actúan en el SNC degenerándolo en su estructura y funciones (Prockop, 1977).

Los problemas ocasionados no son reversibles y causan una secuela a nivel intelectual, emocional, volitivo y motor bastante grave (Costero y Barroso-Moguel, 1977).

En resumen, se puede decir que si bien los efectos a corto plazo de las drogas fuertes son más graves, los efectos de los inhalables volátiles son aún más graves a largo plazo. Los efectos que tienen las drogas fuertes están sobre todo en los órganos periféricos y los efectos que tienen los inhalables volátiles en el organismo están en el SNC (Prockop 1977), (Comstock. E. Comstock B., Faulkner 1977) (Berry, Heaton y Kirby - - 1977), (Costero y Barroso-Moguel 1977) y otros órganos periféricos como corazón, hígado, riñones (Aviado, 1977). Lo que indica la necesidad urgente de realizar más investigaciones sobre estas sustancias para evitar, en lo posible, un deterioro grave y permanente de los usuarios de estas sustancias..

## CAPITULO II.

### TECNICAS TERAPEUTICAS CONDUCTUALES QUE SE HAN APLICADO A LA FARMACODEPENDENCIA.

En el nivel de rehabilitación se han empleado distintos marcos de referencia: Psicodinámicos (Fort, 1955), orgánicos (Dole y Nyswander, 1965) y conductuales (Erikson et al., 1975). Dentro del enfoque conductual, se han propuesto técnicas específicas: la terapia de aversión eléctrica (Rachman, 1965; Wolpe, 1965), la sensibilización cubierta (Cautela, 1966, 1967; Steinfield, 1970), la desensibilización sistemática (Wolpe, 1975), el entrenamiento asertivo (Fensterheim, 1976) y el reforzamiento positivo (Glicksman et al., 1971).

Algunas veces se han utilizado combinaciones de estas técnicas. Por ejemplo, en la economía de fichas (Erikson et al., 1975); terapia de aversión, entrenamiento en relajación y desensibilización sistemática (O'Brien et al., 1972); en ocasiones se emplea toda una aproximación más completa: la familia enseñante (Aya la et al., 1981; Quiroga et al., 1981).

El presente capítulo desarrollará en forma breve cada una de estas técnicas conductuales, analizando sus ventajas y desventajas.

Hay tres categorías generales de tratamiento: contracondicionamiento, reforzamiento contingente y técnicas conductuales combinadas.

El contracondicionamiento involucra distintas técnicas destinadas a condicionar estímulos incompatibles o consecuencias aversivas con el problema en cuestión. Estímulos aversivos químicos, eléctricos y cubiertos se han usado en la presencia de los problemas que se pretenden disminuir (contracondicionamiento aversivo). Por otro lado la relajación en la desensibilización sistemática ha sido usada como respuesta incompatible con los estímulos

evocadores de ansiedad. Ambos procedimientos, el contracondicionamiento aversivo y la desensibilización sistemática, representan variaciones del mismo concepto. Ambos intentan reducir la ocurrencia de estímulos específicos relacionados con el problema y asociar estos estímulos con las respuestas negativas o incompatibles.

#### A. TECNICAS DE CONTRACONDICIONAMIENTO AVERSIVO.

##### Terapia de aversión química.

Un producto que se ha usado en este tipo de terapia es la apomorfina. Su valor en el tratamiento de alcoholismo fué descrito por Hare (1912); en los primeros experimentos la acción de la apomorfina administrada con el alcohol producía vómito pero Dent (1934) declaró que la necesidad por el alcohol podría ser eliminada sin náusea o vómito, simplemente por la acción de la apomorfina. Voegtlin (1947) comenzó a tratar alcohólicos con apomorfina desde 1936 pero el tratamiento también consistió en el establecimiento de un reflejo condicionado de aversión a la vista, olor y sabor al alcohol. En trabajos subsecuentes Voegtlin descartó la apomorfina y la substituyó por emetina porque consideró que los efectos hipnóticos de la primera eran un impedimento al condicionamiento.

##### Descripción del procedimiento.

La técnica consiste en administrar una dosis no menor de 1/20 gr. y que no exceda de 1/10 gr., la dosis es disuelta en 1 cm<sup>3</sup> de agua salina normal e inyectada subcutáneamente; siete minutos después de la inyección se lleva al paciente al salón de tratamiento. El paciente tomaría en la primera ocasión un poco de bebida. - El primer objetivo es determinar a) el "tiempo de la náusea" y b) - el "tiempo del vómito", si es que sucede. Se le pide al paciente - que reporte cualquier sensación de náusea o propensión a ella. Se - observa su lividez, transpiración, el aumento de tragar saliva puede incrementar y la sesión puede ser descontinuada después de hora y media.

La siguiente sesión se produce de la misma forma y la tercera será precedida por una dosis de 1.5 gr. de emetina hidrocloreto. Esto es dado en un vaso lleno de agua salina diez minutos antes de la inyección subcutánea de apomorfina 1/20 gr. El tiempo -- promedio de la náusea después de la emetina es 20 minutos, y el -- tiempo promedio de la náusea después de la apomorfina es de 10 minutos. El ambiente debe de ser quieto y debe contar con un diván, un cilindro de oxígeno, una bandeja de resucitación conteniendo jeringas y la coramina como objeto rutinario. No se permite fumar al -- paciente, ni conversar en el cuarto; no debe de haber adornos como reflectores, etc. El paciente debe tomar poco alcohol sólo durante la náusea, de ninguna manera una vez que ha terminado ésta. Hay -- que incluir las bebidas favoritas del paciente.

Después que el condicionamiento de náusea ha sido provocado en forma regular por una semana o diez días y el paciente muestra aversión por el alcohol; sin conocimiento se da un cambio de rutina: se le aplica una inyección de 1 cm<sup>3</sup> de salina normal subcutánea y cuando llega al salón terapéutico se le da a elegir entre varias bebidas suaves tales como agua tónica, limón amargo, jugo de -- tomate, etc. Y se le asegura que no va a sufrir ninguna reacción -- aversiva para que no permanezca aprensivo.

Los siguientes 2 ó 3 tratamientos serán con apomorfina y alcohol. Después se le continúa con la elección (debe evitarse una secuencia regular).

El último propósito de la terapia es capacitar al paciente a lograr una positiva y exitosa adaptación en las relaciones sociales que consiste en la aversión condicionada del alcohol y la -- respuesta correcta de no escoger bebidas alcohólicas.

El tiempo promedio de tratamiento es de tres semanas. Después del tratamiento se le da antabuse y se le aconseja tomarlo regularmente para prevención de la posibilidad de la "primera tomada". Se le explica cuidadosamente su acción (Raymond 1964).

Un procedimiento similar fue hecho por Liberman (1968) en

adictos de narcóticos hospitalizados.

Parece probable que una razón importante para el éxito limitado de este tipo de tratamiento es que la aversión ha sido -- aplicada a estímulos extrínsecos asociados a la droga y no se han hecho intentos de combatir el hábito endógeno.

Otros problemas que tiene este tipo de terapia son de dos tipos: los de tipo tecnológico y los de tipo ético; entre los primeros tenemos a) Los efectos secundarios del condicionamiento aversivo, tales como: respuestas emocionales del paciente ante la situación y terapeuta que se aparean negativamente; b) el efecto supresor momentáneo con recuperación cuando aparece una situación -- nueva, y no se encuentra el agente castigante (el terapeuta), o -- cuando hay estímulos endógenos (deseos), o cuando hay síndrome de abstinencia. En cuanto a los problemas éticos, se encuentran: a) las pocas bondades de la técnica; y b) la responsabilidad social - del efecto dañino en el organismo del paciente que pueda resultar de la terapia. Además que existen otro tipo de técnicas con más - bondades y menos dañinas. Estas con las razones por las que no se recomienda esta técnica.

Entre los problemas involucrados en las técnicas químicas de condicionamiento de aversión se encuentran: a) Algunas drogas - que se han utilizado para producir náusea también actúan como de-- presores centrales; estos tipos de droga interfieren con la adquisición de una respuesta condicionada. b) Existe la confusión acerca de la naturaleza de la respuesta particular que se está tratando de combatir, vista, olor o sabor. c) Algunos terapeutas en los primeros estudios, enfatizaron la acción de vomitar más que el sentimiento de náusea. Raymond (1964) demostró que la acción de vomitar no es un evento importante, sino que es la sensación de náusea la que influye en la adquisición de una reacción de evitación de la droga. d) El fracaso de distinguir entre las sensaciones de náusea y el vómito real en la mayoría de los reportes aumenta la dificultad de valorar la efectividad en las numerosas series de casos reportados. e) Otros problemas relacionados con las técnicas de aversión

química es que se multiplican por la existencia de diferencias individuales. La gente difiere en la velocidad y grado de sus reacciones a diferentes drogas y además, la misma persona puede reaccionar en forma muy diferente a la misma cantidad de droga en diferentes días y aún en momentos diferentes de un mismo día.

Debido a la naturaleza ardua, complicada y desagradable de las sesiones de condicionamiento aversivo químico, es impráctico dar repeticiones frecuentes de la asociación entre el estímulo condicionado y el estímulo incondicionado. El número de presentaciones de condicionamiento y el número de sesiones, son por lo tanto, muy restringidas. Estas restricciones no sólo aumentan la duración del período de tratamiento sino que también limitan el número de ensayos de condicionamiento que pueden llevarse a cabo.

Otras críticas de este tipo de terapia consiste en que resulta antiético y aversivo. Existe evidencia clínica de que este tratamiento ocasiona agresividad y hostilidad por parte del paciente (Morgenstern, Pearce y Davies, 1963; Martín, 1963) por lo que hay que desarrollar métodos especiales para manejar la agresión. Otra dificultad es que eleva la ansiedad del paciente, y Eysenck y Rachman (1965) sugieren la posibilidad que este tipo de pacientes son altamente ansiosos y pueden responder desfavorablemente al tratamiento de agresión. Finalmente debe mencionarse que algunas de las drogas que se han utilizado en el tratamiento, tienen efectos colaterales desagradables y pueden ser peligrosos. Además, la aversión química no puede utilizarse para el tratamiento de pacientes con trastornos gástricos o cardiacos.

#### Terapia de aversión eléctrica.

En un experimento realizado por Wolpe (1965), los estímulos aversivos fueron aplicados a eventos interoceptivos como son los deseos.

Esta clase de condicionamiento aversivo intenta eliminar no solamente aquellos hábitos de uso de droga en los cuales no sólo la vista y el gusto (y quizá estímulos extrínsecos asociados) - sino también los hábitos de drogadicción que involucran desarrollo intraorganísmico, de algun modo generan sentimientos de necesidad de la droga (deseos). Estos sentimientos tienen de origen a la an gustia.

Wolpe menciona que no se pueden conocer respuestas fisiológicas que fundamenten el deseo hacia una droga, sin embargo ellas existen, tienen otros eventos corporales como sus antecedentes. Podría ser posible una inhibición condicionada a estas respuestas -- sin identificarlas fisiológicamente y sin conocer sus antecedentes -- si su evocación inmediata puede ser inhibida por la evocación simultánea de una respuesta incompatible, de acuerdo al principio de inhibición recíproca.

El choque farádico es un medio bueno para este fin. Macguire (1963,-1964) diseñó un pequeño aparato farádico suficiente para ser transportado, el cual da la solución a que el choque sea contingente con los deseos. El procedimiento consiste en que el paciente lleva un electrodo colocado al revés de la muñeca y cuando siente un impulso inicial del deseo se autoadministra oportunamente un choque eléctrico.

Wolpe reportó el uso de este método con un paciente adicto a demerol para mitigar el stress constante. La severidad de la neurosis fue reflejada en el puntaje de 59, el cual es un puntaje alto del cuestionario de Willoughby.

Wolpe reportó muy buenos resultados. Su tratamiento -- abarca tres diferentes metas: 1) conducir la inhibición condicionada del impulso endógeno, 2) condicionar una aversión a las ampulas y otros estímulos asociados con el demerol y 3) vencer la neurosis del paciente.

Los resultados fueron una marcada disminución del uso del demerol como consecuencia de la estimulación farádica a los deseos y a los estímulos exógenos, siendo inhibidos recíprocamente.

Cualquiera que piense utilizar la terapia de aversión en este tipo de tratamiento, deberá decidir qué tipo de estímulo aversivo, químico o eléctrico, va a emplear. La mayoría de los resultados obtenidos en la literatura han sido tratados por métodos aversivos químicos, pero existen sobradas razones para creer que los métodos eléctricos son preferibles a los químicos (Eysenck 1960; Rachman 1961, 1964).

La efectividad de la estimulación eléctrica aversiva depende de numerosos factores, tales como la intensidad del estímulo y la cantidad y tipo de entrenamiento previo. La estimulación eléctrica puede ser controlada en forma precisa en cuanto a intensidad, duración y tiempo que se requiere. Algunos aspectos que deben to--marse en cuenta son las diferencias en la resistencia al dolor.

La estimulación eléctrica permite frecuentes repeticio--nes en la asociación entre la conducta indeseable y el estímulo nocivo. Puede darse este tipo de estimulación en ambientes naturales, con aparatos portátiles. Este tipo de terapia no produce efectos fisiológicos colaterales indeseables como los producidos por la terapia de aversión química.

Sin embargo, la mayoría de las personas tiene miedo a los choques eléctricos, por lo cual el método es impopular con algunos pacientes. El nivel de ansiedad de muchos pacientes puede aumentar con la inducción de la estimulación eléctrica y esto puede interferir con el desarrollo de reacciones condicionada de evita--ción. Es de tomar en cuenta que por ser aversiva también este tipo de terapia produce algunos efectos colaterales que se mencionaron de la terapia aversiva química.

Cabe aclarar que aunque en este apartado se favorezca la terapia aversiva eléctrica sobre la terapia química por tener la - primera menos inconvenientes respecto al control y efectos, más

adelante se preferirá la sensibilización cubierta sobre la eléctrica y el reforzamiento diferencial de otras conductas sobre estas tres. Aunque son de cualquier forma una alternativa para controlar algunos aspectos de la farmacodependencia.

#### Sensibilización Cubierta (SC).

La técnica de sensibilización cubierta (también referida como aversión verbal o terapia aversiva imaginaria) usa escenas imaginarias como eventos aversivos.

Esta técnica establece una respuesta aversiva a un estímulo particular por medio de la inducción imaginaria de escenas dañinas y se ha utilizado en el tratamiento del tabaquismo, la obesidad y el alcoholismo (Cautela 1966, 1967, 1973).

En el tratamiento de abuso de drogas, Anant (1968) Steinfield (1970) han usado esta técnica para producir una respuesta cubierta de evitación condicionada a muchas de las conductas involucradas en la búsqueda y uso de drogas.

Originalmente la sensibilización cubierta no se conceptualizaba dentro del marco operante (Cautela 1967); sin embargo, más tarde se concibió como un procedimiento de castigo dentro de ese marco de referencia. Una consecuencia imaginaria altamente aversiva, previamente clasificada por el paciente como nociva, se hace contingente sobre una conducta de aproximación no adaptativa. El vómito ha sido la consecuencia aversiva cubierta más frecuentemente utilizada; otros estímulos usados son los gusanos, ratas y arañas. Las conductas no adaptativas tratadas por la sensibilización cubierta son obesidad, alcoholismo, tabaquismo, problemas sexuales y farmacodependencia.

Descripción del procedimiento de condicionamiento cubierto.

Después de darle al paciente una explicación de la técnica, se le dice que la SC es un procedimiento de condicionamiento

aversivo o de castigo, que la razón por la cual se utiliza es para decrementar la probabilidad del problema de la conducta; y que él se imaginará una consecuencia aversiva inmediatamente después de - imaginar la conducta desadaptativa. En seguida se le dan instrucciones de que cierre los ojos y se imagine una escena en la cual - se explicita el problema del paciente con una consecuencia verbal aversiva. Se dará un ejemplo en el siguiente capítulo.

En seguida se le pide que clasifique la claridad y emotividad de la escena. Si la escena se percibe claramente y el paciente experimenta disgusto se le pide que imagine la misma escena. Las escenas deben recrearse con los problemas específicos, lugares y tiempos del propio paciente.

La sensibilización cubierta no requiere aparatos ni drogas. Los pacientes pueden ser entrenados en escenarios naturales. Es una estrategia de entrenamiento de autocontrol a una variedad - de conductas.

#### B. LA DESENSIBILIZACION SISTEMATICA.

La desensibilización sistemática forma parte de las terapias de contracondicionamiento. Esta técnica involucra el apareamiento de respuestas incompatibles con los estímulos que provocan la ansiedad.

La desensibilización sistemática consiste en tres fases: La primera consiste en enseñarle al sujeto un entrenamiento en relajación muscular profunda, la segunda fase consiste en el establecimiento de una jerarquía de temores o estímulos perturbadores y la tercera fase consiste en aparear los estímulos perturbadores con los estados en relajación profunda.

En la primera fase se entrena cada grupo muscular en relajación profunda, empezando por los músculos visibles y los brazos; se recorren cada uno de los músculos esqueléticos del cuerpo y cuando ya se entrenaron todos se realiza una relajación total. Para mayor información véase Wolpe (1975).

Una vez realizado el entrenamiento en relajación se aplica un cuestionario de temores; se seleccionan los reactivos que caen en un puntaje alto; se jerarquizan desde el que causa más temor hasta el que causa menos temor; y se realiza un análisis particular de cada reactivo para descomponerlo en las diferentes dimensiones que el estímulo puede perturbar al cliente; por ejemplo, si el problema es la acrofobia, podría perturbar al cliente: a) los metros de altura, b) si hay contención o no, c) si va acompañada o no, etc.

Terminada esta operación, se pasa a lo que es propiamente la desensibilización sistemática, el apareamiento entre los reactivos que le causan perturbación, desde los de menor jerarquía hasta los de mayor, con el estado en relajación profunda, presentando 2 ó 3 veces según sea necesario hasta que el paciente reporte que ya no le causen temor.

### C. REFORZAMIENTO CONTINGENTE.

La tercera categoría general a la aproximación de tratamiento conductual consiste en reforzar contingentemente conductas prosociales en un programa estructurado de antemano. Se establecen las conductas específicas que se pretende establecer o decrementar y se aplican reforzadores o estímulos aversivos según corresponda.

#### Economía de Fichas.

En el tratamiento de uso de drogas, Glicksman, Ottomanelli y Cutler (1971); y O'Brien, Raynes y Patch (1971) han usado economía de fichas en hospitales. Glicksman y col. desarrollaron un sistema por el cual el paciente podía ganar su propia libertad y O'Brien y sus colegas desarrollaron un sistema con base en el principio de Premack.

Ayllon y Azrin (1974) demostraron experimentalmente la efectividad del tratamiento por economía de fichas. Para mayor información de esta técnica véase Ayllon y Azrin (1974).

Melin y Gotestam (1974) realizaron un tratamiento de adictos en Suecia, basado en la economía de fichas. Los pacientes eran 16 mujeres adictas a las anfetaminas; los resultados mostraron un aumento en conductas prosociales y una disminución hasta cero en el uso de la droga.

Melin, Anderson y Gotestam (1974) instauraron una economía de puntos dando más flexibilidad en actividades opcionales pero no tuvieron una fase de rehabilitación fuera del hospital. El programa abarcó una población de 52 pacientes que consumían estimulantes, opiáceos y alucinógenos. El tratamiento consistió, primero, en desintoxicación, y después se expuso al paciente en distintas fases -- del procedimiento un tratamiento y una economía de fichas.

#### D. DETENCION DEL PENSAMIENTO.

En la actualidad se han encontrado formas de manipular el pensamiento en forma más directa. Hay tres tipos: el principio de Premack, como lo adaptó Homme (1965); las técnicas de condicionamiento cubierto, desarrolladas por Cautela (1967, 1970a, 1970b, 1971, 1973) y la detención del pensamiento. Las dos primeras son para incrementar la probabilidad de una respuesta en particular y la tercera es para disminuir la probabilidad de una respuesta.

La detención del pensamiento es útil para la eliminación de trenes de pensamiento perseverantes que son iniciales, improductivos y generadores de ansiedad. Los reportes de uso clínico de la detención del pensamiento (DP) generalmente han sido positivos, tanto en donde la técnica fue usada sola (Taylor 1963; Yamagami -- 1971) como en combinación con otros procedimientos (Cambell, 1973; Cautela y Wisocki 1969; Edwards, 1973; Wisocki 1970, 1973, 1976).

La falta de trabajo empírico con esta técnica se ha debido a los siguientes factores: a) por hacer referencia a eventos -- privados, por lo que algunos investigadores lo pueden ver como inaccesible a la investigación científica; b) la técnica es muy simplista lo cual, hace suponer que sólo tiene efectos temporales y -- tiene aplicaciones limitadas a los desórdenes de la conducta; c) --

no se ha conceptualizado en términos de la teoría de aprendizaje.

Sin embargo hay que pensar que el proceso de la psicoterapia está basado en la suposición de que la conducta abierta está influenciada por cambios cubiertos. Las formas más comunes de manipular los eventos privados eran a través de la persuasión (por ejemplo, Ellis, 1980), el condicionamiento verbal (Krasner 1958), o por medio de redirección de respuestas atencionales para absorber los eventos que provocaban las actividades cognoscitivas competentes (Bandura 1969).

#### Descripción del Procedimiento.

El terapeuta pide al cliente que enumere cualquier pensamiento perturbador que él sienta y esté fuera de su control. Se hace una lista, se pone especial énfasis en conductas abiertas y cubiertas que son antisociales; se puede administrar el enlistado de Cautela, que consta de 51 auto-afirmaciones desagradables; el cliente registra la frecuencia de la ocurrencia de cada autoafirmación en una escala de 5 puntos.

Una vez localizada(s) la(s) conducta(s) blanco se procede a darle las siguientes instrucciones al cliente: "Lo que quiero que haga es que se recargue, que se relaje completamente, y que cierre los ojos. En seguida le voy a decir la palabra (siga), quiero que piense deliberadamente en el pensamiento que le perturbaba; tan pronto como tenga el pensamiento, hágame una señal con su dedo índice. ¿Entiende?". Si el cliente menciona que sí, se le dan nuevamente instrucciones de que se relaje. En seguida se procede con la técnica, una vez que el sujeto da la señal, se le grita "alto" produciendo una respuesta de susto. El cliente abre los ojos y platica su experiencia.

Normalmente el cliente menciona que se le produjo susto. se le da una explicación que esta técnica permite que una persona piense en dos cosas simultáneamente. Se le proporcionan algunos ensayos hasta que el sujeto menciona que el pensamiento perturbador desapareció. Después se insta al paciente para que ensaye él

sólo la técnica. El terapeuta le da las siguientes instrucciones: "Cierre los ojos nuevamente, trate de imaginar el pensamiento que le perturba lo más claramente que pueda; inmediatamente, imagínese a usted mismo gritando en forma muy fuerte la palabra 'alto'. Siga practicando hasta que lo imagine claramente." Una vez que el sujeto lo experimenta en forma clara se insta para que lo siga practicando cuando se le(s) presente(n) el(os) pensamiento(s) perturbador(es). Si el paciente tiene problema con la visualización se le pide que en lugar de imaginarlo, grite fuerte cuando se le presente la conducta blanco. Una vez repetido este procedimiento y se ha obtenido una imagen auditiva adecuada, se le pide al paciente que la imagine y la ensaye varias veces.

Después se le indica al paciente que una vez que se utilice la técnica, ésta se aplicará cada vez menos porque irán disminuyendo los pensamientos perturbadores. Se realiza un chequeo semanal de la frecuencia de la práctica, tanto éxitos como fracasos.

La técnica de DP es útil no solamente para conductas del pensamiento, sino también para sentimientos, imágenes, así como para conductas abiertas. La técnica puede ser usada no sólo para conductas caracterizadas como obsesivas o productoras de ansiedad, sino también las que involucran estímulos placenteros como comida, alcohol, drogas, patrones sexuales u objetos sexuales, etc. Este tipo de técnica puede combinarse con sensibilización cubierta para incrementar la eficacia del condicionamiento aversivo. Se puede también usar con técnicas de reforzamiento cubierto, desensibilización sistemática, relajación, etc.

#### E. APRENDIZAJE ASERTIVO.

El aprendizaje asertivo, afirmativo o de libertad emocional, no es solamente un procedimiento terapéutico sino toda una filosofía de la vida. Es una nueva forma de ver las relaciones sociales.

Este entrenamiento asertivo consiste en una serie de técnicas como son: Disco rayado, Banco de Niebla, Información Gratui

ta, Aserción Negativa, Interrogación negativa, Autorrevelación, Compromiso Viable, Aserción Positiva, etc.

El entrenamiento asertivo parte de la premisa de que el individuo ha aprendido conductas insatisfactorias e inadecuadas para relaciones felices. El aprendizaje asertivo (AA) lo que se propone enseñar es el arte de la comunicación más profunda. La comunicación debe de ser libre, manifestarse en términos de la primera persona "yo pienso, siento, quiero". Debe de ser en todos los niveles, amigos, extraños, familiares, superiores; debe de ser abierta, directa, franca y adecuada. Tiene una orientación activa en la vida, actúa en forma respetable, acepta sus limitaciones.

La comunicación expresa sentimientos, pensamientos y voliciones.

El terapeuta actúa como maestro: 1) identificando conductas esenciales que necesitan transformación; 2) planteando, junto con el paciente, un programa sistemático; 3) ensayando con el cliente los problemas de interacción; y 4) transfiriéndolo a la vida real.

La terapia sirve para implantar y reforzar conductas de libertad emocional. Wolpe (1977) define la conducta asertiva como... "la expresión adecuada de cualquier emoción, que no sea de ansiedad, hacia otra persona".

El propósito de Wolpe consiste en reducir las ansiedades y temores interpersonales que impiden establecer interacciones o relaciones personales satisfactorias mediante el principio de inhibición recíproca. El tratamiento de AA enseña al individuo a responder a situaciones sociales con cólera o afecto o cualquier emoción que inhiba o contrarreste la ansiedad.

El procedimiento consiste en que el paciente interprete diversos papeles. Se entrena primero en roles fáciles, enfatizando aspectos de tipo físico y gradualmente se van complicando hasta expresar contenidos de pensamientos y sentimientos. Se entrena al cliente a que exprese sus sentimientos, que no sean ansiedad, durante la actuación. Cada vez que el paciente actúa una escena con éxito

to debilita la liga entre los estímulos sociales y la respuesta cargada de ansiedad, hasta que esta última desaparece totalmente.

Arnold Lazarus (1980) define "La libertad emocional" "como el reconocimiento y expresión adecuada de todos y cada uno de los estados afectivos". Saber lo que siente no es suficiente, debe de expresarlo y expresarlo adecuadamente.

El entrenamiento asertivo se refiere a la defensa de sus propios derechos. Esto supone a) conocer los derechos, b) tener una respuesta activa para defenderlos y c) hacerlo dentro de la lucha -- por la libertad emocional.

El individuo completo conoce sus deseos y valores pero -- siempre esta dispuesto a reevaluarlos y cambiarlos, quiere sentir -- profundamente, actuar con firmeza, relacionarse íntimamente con los demás y tener conciencia del dominio de sí mismo.

La conducta inadecuada en una área tiene repercusiones en otras áreas de su organización psicológica, lo que hace surgir ansiedades, tensiones o depresiones adicionales e influye en su sensación de confianza.

Las acciones inadecuadas producen dudas acerca de sí mismo, esto produce sentimientos desequilibrados que producen acciones inadecuadas y así sucesivamente.

Este tipo de entrenamiento supone una serie de derechos humanos para su conocimiento, véase Smith (1977).

Hay pasos específicos para el entrenamiento.

- 1) Determinar la conducta que necesita adiestramiento.
- 2) Ensayar la escena.
- 3) El terapeuta retroinforma al paciente sobre los puntos buenos y malos de la actuación.
- 4) Instruir y corregir en la repetición de la escena.
- 5) Modelar para el paciente cómo sería una buena opción de la conducta deseada.
- 6) Dominar la conducta enseñada con algunas alternativas.

- 7) Practicando hasta que pueda ser transferido a la vida real (establecer el hábito).
- 8) Información del paciente sobre el éxito y fracasos de la vida real.

El entrenamiento asertivo conocido como también afirmativo o de la libertad emocional se puede emplear para los siguientes casos:

- 1) Timidez.
- 2) Dificultades de comunicación.
  - a) indirecta
  - b) deshonesta
  - c) inadecuada
- 3) asertiva sólo con ciertas personas.
- 4) personas con déficits conductuales a nivel social.
- 5) Personas con obstáculos específicos de interacción.
  - a) Ideas equivocadas como los que confunden agresión con aserción.
  - b) Con concepto equivocado de la realidad social.
  - c) Tiene una idea equivocada de la realidad psicológica (no interpreta bien los datos de la realidad - - afectiva, cognitiva y por lo tanto actúa equivocadamente).
  - d) No admite independencia de los demás (posesivo).
  - e) Cree que mientras haga lo correcto, ha de conseguir lo todo.
- 6) Las personas cuyos hábitos interfieren con sus deseos.
- 7) Las personas que tienen problemas de aserción con su - propia familia.

#### Niveles de Aserción.

- 1<sup>a</sup> Conductas elementales.
  - a) establecimiento de contacto visual.

- b) permanecer erguido.
- c) hablar con voz bastante alta.

2ª Artes básicas de la aserción.

- a) capacidad de decir no o si cuando se quiera.
- b) pedir favores o peticiones.
- c) comunicar sentimientos y pensamientos en forma abierta y directa.
- d) rechazar desaires.
- e) controlar situaciones.
  - Dieta.
  - Buenos hábitos del trabajo, etc.

3er. nivel. Interacciones complejas con otras personas.

- a) conducta de adaptación en diferentes situaciones.
- b) capacidad para formar y mantener un círculo social.
- c) logro de amistades personales.

Técnicas del Entrenamiento Asertivo.

Disco rayado.

Técnica que consiste de una repetición serena de palabras que expresan nuestros deseos, una y otra vez.

Se enseña la persistencia, sin tener que ensayar argumentos o sentimientos de ira, con el objeto de ensayar el enfrentamiento con los demás.

Efectos clínicos: nos permite sentirnos a nuestras anchas e ignorar las trampas verbales manipulativas, los celos dialécticos, la lógica irrelevante sin apartarnos del punto en que deseamos insistir.

Aprender a ser persistentes en la afirmación asertiva de sí mismo. Ser persistente es repetir una y otra vez, lo que queremos, sin enojarnos, irritarnos ni levantar la voz.

Las personas no asertivas tienden a incurrir en un parloteo excesivo que abandonan fácilmente cuando alguien les explica el

"porque", les demuestra "lógicamente" o les da "razones" para que hagan lo que desean hacer.

### Banco de niebla.

Técnica que enseña a aceptar las críticas manipulativas reconociendo serenamente ante nuestros críticos la posibilidad de que haya parte de verdad en lo que dicen, sin que por ello abdiquemos de nuestro derecho a ser nuestros únicos jueces.

Efectos clínicos: nos permite recibir críticas sin sentirnos violentos ni adoptar actitudes ansiosas o defensivas y sin ceder un ápice frente a los que emplean críticas manipulativas.

Enfrentarse a las críticas manipulativas, no negando la crítica (negarla es hacerle el juego) y de no contraatacar con -- otras críticas.

El banco de niebla también se llama convenir con la verdad, convenir en principio o convenir en la posibilidad.

Esta técnica se emplea en situaciones cotidianas para reaccionar frente a las declaraciones lógicas manipulativas o las que tratan de suscitar sentimientos de ira, de culpa o de ansiedad.

Cabe emplear esta técnica de las siguientes maneras:

1) Reconocer cualquier verdad contenida en las declaraciones que los demás emplean para criticarnos (convenir con la verdad).

2) Reconocer la posibilidad de la verdad: "Puede que tenga razón" (convenir con la posibilidad).

3) Podemos reconocer la veracidad general de las declaraciones lógicas que la gente emplea para manipularnos (convenir con el principio).

## Ejercicio para banco de niebla.

Se forman parejas, uno interpreta el papel que lanza la niebla y el otro el "oficial malo" crítico. El que lanza el banco de niebla tiene que convenir con todas las críticas que se le dirigen, aceptando la verdad, reconociéndola en principio o admitiendo su posibilidad. El "malo" debe empezar sus críticas con comentarios negativos acerca de la manera de vestir del otro, de su actitud, - puede llegar hasta reprocharle su conducta moral, probablemente sus hábitos sexuales o cualquier otra cosa que se le ocurra.

El banco de niebla obra varios efectos. En primer lugar, obliga al alumno a escuchar lo que dice el crítico. Si el crítico dice, por ejemplo: "Pareces...", el alumno contesta: "Tienes razón: parezco...". Si dice: "Creo que eres..." el alumno contesta: "Comprendo que creas eso..." o "Sé muy bien porque crees eso..." El alumno aprende a responder únicamente a lo que el crítico dice realmente y no a lo que sus críticos llevan implícito o cree el alumno que llevan implícito. La técnica enseña al alumno a ser un buen oyente, a escuchar lo que el crítico dice realmente -no a leer la 'mente' de los demás- sin lanzarse a interpretaciones de lo que dice, de conformidad con las dudas e incertidumbres del propio alumno, es decir aquello que sentimos o pensamos secretamente. Además, obliga al alumno a pensar, en términos de probabilidades y no en términos absolutos.

### Aserción Negativa.

Técnica que nos enseña a aceptar nuestros errores y faltas (sin tener que excusarnos con ellos) mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas, hostiles o constructivas, que se formulan a propósito de nuestras cualidades negativas.

Efectos clínicos: nos permite sentirnos a nuestras anchas, aún reconociendo los aspectos negativos de nuestro comportamiento sin tener que adoptar actitudes defensivas o ansiosas, ni vernos obligados

a negar un error real, consiguiendo al mismo tiempo reducir la ira o la hostilidad de nuestros críticos.

¿Cómo puedo reaccionar de otra manera y mantener mi dignidad y el respeto de mi mismo cuando alguien me critica por cometer una falta que, sin duda, es auténtico error, en 100 por ciento, y - del que soy realmente culpable?

Para poder enfrentarnos de manera más realista en nuestros errores en la vida, debemos aprender a modificar nuestro comportamiento verbal cuando nos enfrentamos a nuestro error y a corregir -- nuestra creencia adquirida de que la culpa está automáticamente asociada a la comisión de un error.

Si no nos comportamos asertivamente en relación con nuestros errores, podremos ser manipulados por otras personas no asertivas a través de nuestros sentimientos de culpabilidad y de ansiedad y ser inducidos así a 1) pedir perdón por nuestro error y buscar la manera de compensarlo en cierto modo, o bien a 2) negar nuestro error adoptando una actitud defensiva y contracrítica que proporciona a -- nuestro crítico hostil un saco de arena contra el que desahogar agresivamente sus propios sentimientos de frustración. En ambos casos -- reaccionamos lamentablemente y nos sentimos peor.

### Información Libre.

Técnica que nos enseña a identificar los indicios simples que nos da otra persona en la vida cotidiana, la cual permite reconocer lo que es importante o interesante para esa persona.

Efectos clínicos: permite vencer la timidez, entrar en conversación social e induce a hablar con mayor libertad de uno mismo.

Para llegar a ser comunicador asertivo el individuo, primero debe ejercitarse en el arte de captar las claves que los demás -- nos dan acerca de si mismos.

La segunda técnica es la autorrevelación, como pensamos, -- sentimos y reaccionamos ante la información recibida y permitir que la comunicación fluya en ambas direcciones.

El tipo de autorrevelación versa sobre las supuestas cosas que

debemos ocultar: aversión, preocupación, ignorancia, miedo, etc.

### Interrogación Negativa.

Técnica que nos enseña a suscitar las críticas sinceras de parte de los demás con el fin de sacar provecho de la información (si son útiles) o de agotarlas (si son manipulativas) induciendo a nuestros críticos a mostrarse más asertivos y a no hacer uso de trucos manipulativos.

Efectos clínicos: Nos permite provocar con serenidad las críticas contra nosotros en el seno de las relaciones íntimas, induciendo a la otra persona a expresar honradamente sus sentimientos negativos para conseguir mejorar la comunicación.

Esta técnica no responde a las declaraciones de nuestro crítico, negando nuestros errores o contramanipulando en forma de críticas en respuesta a las suyas. Mediante esta técnica, rompemos el ciclo manipulativo suscitando activamente nuevas críticas o más información acerca de nuestro comportamiento, de una manera serena y sin inmutarnos. Lo que se plantea por parte de la otra persona de su estructura del bien y del mal, hasta que confiese que desea hacer, los fines que pueda llegar a un compromiso satisfactorio para ambos. La técnica de interrogación negativa con el sarcasmo. El sarcasmo es una agresión verbal finamente velada.

Hay que tener en cuenta que la ejecución de esta técnica provoca reacciones agresivas en lugar de críticas repetitivas y muy probablemente pondrá fin a la interacción y posiblemente a la relación. Sin embargo, resulta especialmente útil en nuestro trato con personas de nuestro círculo íntimo en las relaciones no estructuradas en un plano de igualdad. Esta técnica nos ayuda a 1) desensibilizarnos de las críticas que proceden de las personas que apreciamos, permitiéndonos escuchar lo que nos dicen; 2) poner fin a las críticas manipulativas y repetitivas con la que nos sentimos acorralados; y 3) al reducir el empleo de las estructuras "morales", induciéndoles a decir asertivamente lo que desean para llegar a un compromiso a satisfacción de ambas partes.

### Auto-revelación.

Técnica que enseña a aceptar e iniciar la discusión de los aspectos positivos y negativos de nuestro comportamiento con el objeto de fomentar y favorecer la comunicación social y reducir la manipulación.

Efectos clínicos: Nos permite revelar aspectos de nosotros mismos y nuestra vida que anteriormente nos provocaban sentimientos de ignorancia, ansiedad o culpabilidad.

### Compromiso viable:

Técnica que nos permite establecer pactos posible de realizarse siempre y cuando no afecten nuestros sentimientos o nuestra dignidad.

En algunas situaciones debemos limitar nuestra asertividad, pactar o tratar una relación en la que se producen conflictos y una forma podría ser un compromiso viable.

Hay dos posibles ocasiones en las que es necesario establecer un compromiso viable y estas son situaciones en las que están implicados factores jurídicos o cuando nos encontramos físicamente a merced de otras personas.

### Estabilizador.

Consiste en tomar en cuenta el derecho propio y el del interlocutor y posteriormente elegir una conducta a seguir.

### Guión Deec.

Es una técnica en el que se crea un argumento verbal que nos servirá para expresar nuestros sentimientos con respecto a algo.

Los pasos que se siguen son:

- 1) Describir la conducta no deseada.
- 2) Expresar la emoción que provoca.
- 3) Enunciar la conducta deseada.

4) Comentar las consecuencias negativas en caso de no cambiar el modo de conducirse.

Aserción Positiva.

Consiste en la aceptación asertiva de las alabanzas que nos den, pero sin desviarnos del tema central.

Transmisión Activa.

Se trata de verificar si el interlocutor entendió lo que se le dijo.

Permite comprobar si nuestra comunicación ha llegado en verdad al emisor y evaluar nuestra propia efectividad como comunicadores.

Recepción Activa.

Consiste en verificar si uno entendió lo que le dijeron. -- Nos facilita reducir el exceso de subjetividad al interpretar una información.

Pregunta confrontante.

Técnica útil cuando se busca definir un compromiso con una persona que no quiere aceptar.

Técnica para disminuir la ira.

Son dos técnicas que comprenden:

- 1) Repetición e interrogación negativa.
- 2) Aceptación.

Se dará más información en la parte correspondiente a métodos conjugados para la rehabilitación de farmacodependientes.

F. TERAPIAS CONDUCTUALES COMBINADAS.

En este apartado se analizará en primer lugar cómo algunas drogas pueden usarse para el bloqueo del uso de una droga y las dificultades que acarrea el uso múltiple de drogas relacionadas con el bloqueo; también se analizarán las propiedades positivas y negativas

de las drogas bloqueadoras. En segundo lugar se revisará como se han utilizado distintas rutas terapéuticas combinadas en intentos hechos por distintos autores para disminuir el uso de drogas.

#### Metadona.

El mantenimiento de metadona parece ser un medio efectivo en el tratamiento de adicción a narcóticos porque bloquea los efectos de la heroína. El éxito de mantenimiento de metadona en el tratamiento de adicción a narcóticos es debido a dos propiedades. Primero que es de acción prolongada; es un opiáceo sintético que produce tolerancia por "bloqueo al narcótico" (Dole, Nyswander y Krech, 1966). Una segunda propiedad de la metadona en su eficacia clínica es su acción reforzante, la cual ha sido demostrada en estudios de autoadministración en monos y mamíferos pequeños (Thomson y Pickens 1969; Woodsy Schuster, 1970).

Jaffe (1970) fue uno de los primeros en puntualizar la importancia comparativa de la propiedad del reforzamiento de la metadona en contraste con el solo bloqueo. Su trabajo lo demostró comparando la metadona con la ciclazocina, un antagonista narcótico -- esencialmente no reforzante.

Parecería que los atributos reforzantes de esta droga que probablemente opera como reforzador negativo, en el desarrollo de tolerancia, está siendo utilizada para moldear y mantener conducta socialmente adaptativa.

#### Disulfiram (Antabúse).

El disulfiram es una droga que al ingerirla se combina -- con el alcohol, no permitiendo la oxidación y eliminación del acetaldehído y provocando una serie de reacciones que son altamente aver-sivas. Sin embargo, es clínicamente inerte en ausencia del alcohol y otras drogas.

Uno de los problemas principales en la farmacodependencia múltiple es que no se atacan simultáneamente los problemas provocados por las distintas drogas, por ejemplo, el alcoholismo complica

el mantenimiento de metadona lo cual resulta en una falla en el tratamiento, por lo que se recomienda el uso de disulfiram que bloquea el metabolismo del etanol.

Liebson y Bigelow (1972) reportan un caso de drogadicción múltiple: adicción a opiáceos, al alcohol y a las anfetaminas. El sujeto estuvo en tratamiento psiquiátrico, en Alcohólicos Anónimos y en un tratamiento con disulfiram y no había respondido a ningún procedimiento.

El tratamiento de Liebson y Bigelow consistió en administrar la metadona contingente a la reanudación de terapia con el disulfiram. Le requirieron un reporte diario de haber tomado la mezcla; la orina era recolectada tres veces diario permanentemente para detectar metadona, morfina, quinina, cocaína, anfetaminas y barbitúricos. El paciente continuó bien por tres años, reportándose seis días a la semana y manteniendo un récord de orina clara y sobriedad consistente.

Specvack, Pihl y Rowan (1973) describieron la utilización del condicionamiento de aversión y desensibilización sistemática en dos diferentes farmacodependencias. Utilizaron choques eléctricos contingentes a los pensamientos de inyectarse anfetaminas y desensibilización sistemática a una serie de fobias que se desarrollaron como consecuencia de las reacciones adversas del LSD.

En el estudio participaron tres adolescentes varones. Se supuso que tanto los objetos como prácticas relacionadas con la farmacodependencia eran responsables de provocar respuestas afectivas positivas por condicionamiento clásico.

El tratamiento consistió en tratar de decondicionar la respuesta afectiva positiva asociada con los estímulos con el ritual. Al asociar una respuesta afectiva negativa a los estímulos relacionados con el ritual; el estímulo incondicionado fué un choque eléctrico doloroso.

Los sujetos construyeron una jerarquía con los estímulos -

relacionados al ritual. La estimulación aversiva se asoció tanto a estímulos verbales como imaginarios. El tratamiento se realizó diariamente al principio y se redujo lentamente, prolongándose por cinco meses para dos de los sujetos y tres meses y medio para el tercero.

Los datos de este estudio indicaron la frecuencia reportada de los sujetos, de la tasa de la fuerza afectiva de los pensamientos relacionados al ritual y un autorreporte de la frecuencia de inyecciones semanales. Uno de los sujetos también fue evaluado por el uso de una escala de actitud semántica diferencial. También les fueron revisados los brazos para corroborar su reporte. El uso de anfetaminas para los sujetos era en promedio de 17 por semana antes del tratamiento y se redujo a tres por semana después del tratamiento.

O'Brien, Raynes y Patch (1972) usaron la terapia de aversión como técnica primaria para un tratamiento efectivo en la adicción de heroína, encontrando un éxito limitado. Hay algunos problemas con este tipo de tratamiento; estos incluyen que no tratan la ansiedad, no establecen respuestas condicionadas resistentes a la extinción y carecen de generalización (Rachman y Teasdale 1969).

O'Brien y col desarrollaron una investigación en la que combinaron varias técnicas para el tratamiento a la adicción de heroína. Un procedimiento de condicionamiento aversivo de estímulos eléctricos e imaginarios se empleó para extinguir la respuesta consumatoria de uso de heroína.

La ansiedad fue tratada con una forma modificada de la relajación de Jacobson (1976), como sustituto a la droga se indujo la relajación. Se usó la desensibilización sistemática para tratar la ansiedad que estaba apareada con la respuesta consumatoria del uso de la heroína. Con el uso de estímulos imaginarios Cautela (1966) se incorporaron respuestas condicionadas que fueron resistentes a la extinción.

Se desarrolló también una escala de autclasificación para

evaluar la ausencia de deseos de droga.

Con estas técnicas que acabamos de describir se trataron a dos pacientes: una mujer de 30 años y un hombre de 24 años, adictos a la heroína. Primeramente se desintoxicó con metadona en un período de 18 días, después, durante el tratamiento, las tres primeras sesiones fueron usadas para explicar el procedimiento y adquirir la historia de los estímulos intrínsecos y extrínsecos asociados en la adquisición y uso de heroína. Las siguientes tres sesiones se destinaron a enseñar la técnica de relajación. El estado de relajación fue apareado con la palabra "alfa" para establecer el estímulo condicionado para la relajación, con la cual se contrarrestaba la tensión.

Las sesiones de la 7 a la 21 consistieron en terapia de --aversión y relajación.

Las historias que contarían todos los estímulos asociados con la adquisición y uso de heroína fueron presentados al paciente en su propia jerga. Este patrón de estímulos, condiciones y respuestas fue considerada como cadenas conductuales complejas del uso de droga.

Se desarrolló una escala de autoevaluación para valorar --los deseos señalados por los estímulos asociados a la droga. La escala se administró antes de la primera sesión de aversión y tres veces durante la terapia.

Después de la sesión 21, la paciente regresó a su ambiente donde consumía la droga, donde fué reprimido su uso con Numerfán, --en la presencia de estímulos condicionados ambientales de ansiedad y uso de heroína, ella experimentó confusión, soledad y deseos fisiológicos ante los cuales sintió controlada su conducta. Ocho horas después de la inyección forzada, ella fué capaz de reprimir el inyectarse heroína. Al mismo tiempo se hicieron varios cambios en el procedimiento de aversión. Todos los estímulos condicionados usados previamente fueron divididos en tres grupos: 1) estímulo intrínseco asociado con el deseo; 2) estímulo extrínseco asociado con la

preparación de la inyección; y 3) estímulo asociado con los efectos de una inyección de heroína. A éstos se incorporaron los estímulos aversivos imaginarios. El estímulo incondicionado produjo un impacto emocional notable en el paciente. Los estímulos incondicionados aversivos verbales probaron ser efectivos; el número de presentaciones de choques fue reducido a tres por sesión. Después de la sesión 27 la paciente no tuvo deseos de usar heroína, fue dada de alta del hospital para ser seguida como paciente externa. Tres meses después de la salida del hospital no había evidencia del abuso de droga.

Para el segundo paciente los procedimientos de aversión y relajación fueron empezados en la cuarta sesión. El procedimiento de aversión puso más énfasis en los estímulos aversivos verbales. - La desensibilización sistemática se comenzó en la 12ava. sesión y - el tratamiento se completó en la sesión 19. El paciente rehuyó las sesiones de aversión durante un período de seis meses de seguimiento, después de las cuales él no asistió. Sin embargo, ese mismo -- tiempo estuvo libre de droga, lo cual fué verificado por la ausencia de huellas de marcas en todas las partes de su cuerpo y por reportes familiares.

## C A P I T U L O

### I I I

#### BASES TEORICAS DEL MODELO DE EXPLICACION DEL INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA CONDUCTA-USO Y ABUSO DE DROGAS.

En el presente capítulo se analizan las condiciones que se en encuentran antes, durante y después de la conducta de uso y/o abuso de drogas. Tales condiciones se clasifican con base en los siguientes criterios: Duración, Función, Acción y Naturaleza.

En cuanto al primer criterio, se divide a los eventos en: de corta duración (estímulos), media duración (eventos disposicionales) y aquellos de larga duración relativa (condiciones sociales, económicas, políticas, etc.). A los de corta duración los llamaremos estímulos; los de media - condición, y a los de larga - situación.

En cuanto a su función son: antecedentes, concurrentes y consecuencias de corta, mediana y larga duración. Pueden ejercer mayor o menor control con respecto a la conducta.

De acuerdo a su acción estas pueden actuar a nivel externo o interno.

Finalmente, de acuerdo a su naturaleza; los eventos pueden ser físicos (música, luz, estímulos visuales, táctiles, etc.), químicos (alimento), fisiológicos (hambre, sed, deseo sexual, etc.), psicoló

gicos (ansiedad, stress, etc.), sociales (modelamiento, interacción etc.) y contextuales (sistema sociocultural, económico y político).

CUADRO SINOPTICO

DURACION	{	Corta "Estimulos" ejemplos: luz, música, etc.
		Mediana "Condición" ejemplos: eventos disposicionales, dolor de cabeza.
		Larga "Situación" ejemplos: condiciones sociales económicas, políticas, etc.
FUNCION	{	Antecedentes: discriminativos, preaversivos, neutros.
		Concurrentes: condicionados.
		Consecuentes: reforzadores positivos y negativos; aversivos.
NATURALEZA	{	Fisiológicos: enfermedades, dolores.
		Psicológicos: ansiedad, depresión.
		Sociales: Modelamiento, interacción.
		Contextuales: problemas económicos
		Físicos: estímulos visuales, táctiles.

Es indispensable aclarar que no todas las condiciones afectan la conducta de todos los sujetos, ni en la misma intensidad; sin -

embargo, no se hará una evaluación paramétrica de cuanto afecta una condición a la conducta del sujeto, ya que ésto puede variar de acuerdo a los umbrales de cada persona, historia de condicionamiento, etc.

La interacción entre cada uno de los factores de los eventos temporales, funcionalidad, acción, naturaleza, así como la historia de condicionamiento y umbral del sujeto, darán como producto la probabilidad de la conducta de uso y abuso de drogas.

La interacción será representada por un hexaedro irregular, en el cual se conjugan los distintos factores (ver fig. 1).

Tanto el modelo explicativo de farmacodependencia, como el terapéutico se representan en dos modelos; uno que contiene la explicación de cómo se inicia y se mantiene la conducta del uso de droga, el otro, un análisis de rutas de técnicas terapéuticas alternativas dependiendo de características de casos de farmacodependencia hipotéticos (dado que es sólo un modelo teórico y no aplicado).

- Modelo de Explicación.

El modelo de explicación del uso de droga consta de tres partes: la primera, describe como un sujeto se inicia en el uso de droga, la segunda parte, describe los estímulos que rodean la conducta de uso de droga, de como se mantiene en el uso y abuso de droga. Estas partes

involucran aspectos del condicionamiento operante y clásico (ver fig. 2).

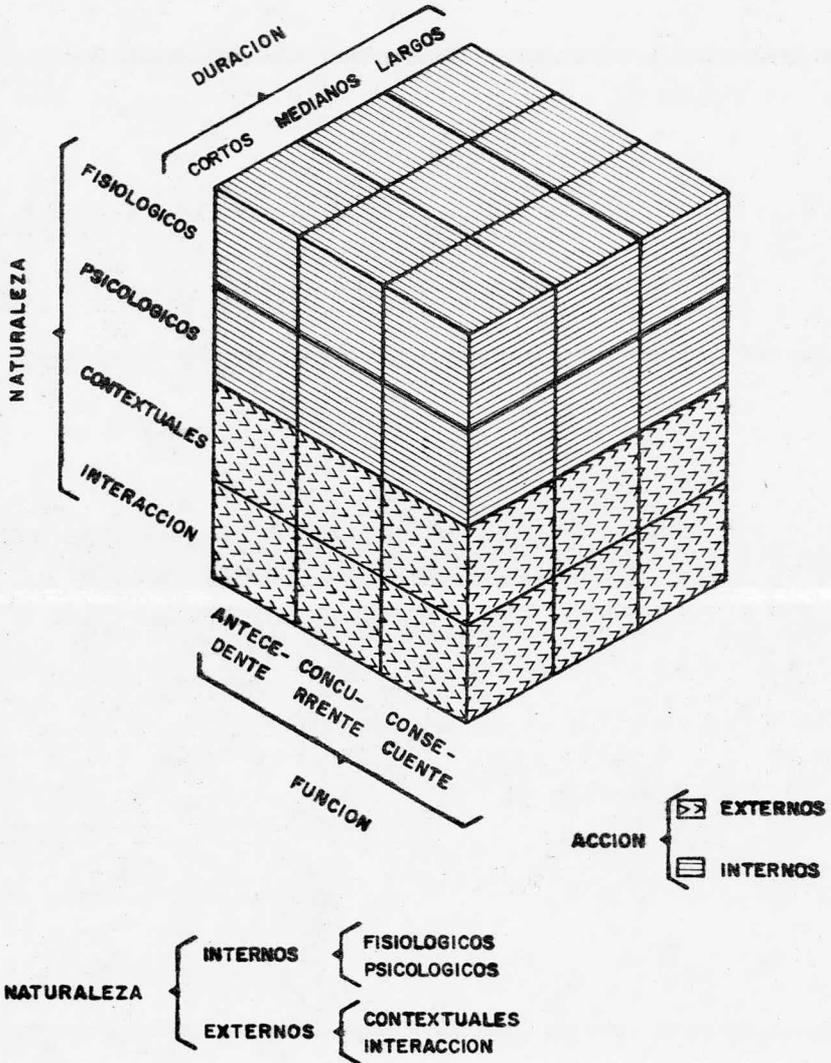
En la primera parte, que llamaremos "inicio del uso de droga", se analizarán bajo el paradigma operante las condiciones antecedentes, las respuestas, las consecuencias.

En cuanto a los antecedentes, se han dividido en dos partes los que tienen origen externo y los de origen interno. Las condiciones externas se dividen en condiciones de interacción social y condiciones contextuales.

También podríamos hablar de antecedentes inmediatos, mediatos y a largo plazo, los primeros podrían ser estímulos, los segundos, condiciones y los terceros, situaciones. Algunos ejemplos de los inmediatos podrían ser golpes y dolores; de los mediatos, enfermedades y estados disposicionales y, los de largo plazo Infancia con condiciones económicas limitadas, Baja escolaridad, desintegración familiar, etc.

En seguida se presenta un exaedro irregular que representa la integración de los distintos tipos de estimulación a la que se ve sujeto un individuo, después se dan ejemplos de esta integración.

FIGURA 1



La interacción que se representa en el hexaedro irregular de la figura I, puede ilustrarse con los siguientes ejemplos:

ACCION	NATURALEZA	DURACION	FUNCION	EJEMPLOS
Externo	Contextual	Corta	Antecedentes	Despido laboral
Externo	Contextual	Mediana	Antecedentes	Fracaso amoroso
Externo	Contextual	Larga	Antecedentes	Condición familiar, socioeconómica desfavorable.
Externo	Contextual	Corto	Concurrente	Imitación de patrones conductuales.
Externo	Contextual	Mediana	Concurrente	Música.
Externo	Contextual	Larga	Concurrente	Facilidad de -- más consumo de droga.
Externo	Contextual	Corto	Consecuente	Robo bajo influjo de droga.
Externo	Contextual	Mediana	Consecuente	Ambiente de camaradería.
Externo	Contextual	Larga	Consecuente	Prisión, aceptación de membresía en el -- grupo.
Internos	Fisiológico	Corta	Antecedente	Cólicos
Internos	Fisiológico	Mediana	Antecedente	Dolor de muela
Internos	Fisiológico	Larga	Antecedente	Cancer
Internos	Fisiológico	Corto	Concurrente	Dolor de cabeza
Internos	Fisiológico	Mediana	Concurrente	Tolerancia, latencia de efectos de droga.

ACCION	NATURALEZA	DURACION	FUNCION	EJEMPLOS
Internos	Fisiológico	Larga	Concurrente	Intoxicación aguda por la droga.
Internos	Fisiológico	Corta	Consecuente	Efectos colaterales de la droga.
Internos	Fisiológico	Mediana	Consecuente	Efectos Colaterales de la droga.
Internos	Fisiológico	Larga	Consecuente	Síndrome de abstinencia.
Internos	Psicológico	Corto	Antecedente	Recuerdo.
Internos	Psicológico	Mediana	Antecedente	Enojo.
Internos	Psicológico	Larga	Antecedente	Depresión.
Internos	Psicológico	Corto	Concurrente	Expectancia con respecto a los efectos de la droga.
Internos	Psicológico	Mediana	Concurrente	Euforia.
Internos	Psicológico	Larga	Concurrente	Delirios de grandeza.
Internos	Psicológico	Corta	Consecuente	Ilusión.
Internos	Psicológico	Mediana	Consecuente	Alucinación
Internos	Psicológico	Largo	Consecuente	Problemas de memoria.

ACCION	NATURALEZA	DURACION	FUNCION	EJEMPLOS
Externos	Interacción	Corta	Antecedente	Regaños
Externos	Interacción	Mediana	Antecedente	Actitudes de los padres.
Externos	Interacción	Larga	Antecedente	Imitación de un ídolo musical.
Externos	Interacción	Corta	Concurrente	Incitación al -- consumo de droga
Externos	Interacción	Mediana	Concurrente	Pláticas de temas de interés durante el uso de droga, tener relación sexual.
Externos	Interacción	Larga	Concurrente	Interacción familiar negativa.
Externos	Interacción	Corta	Consecuente	Aprobación de los compañeros de uso de droga.
Externos	Interacción	Mediana	Consecuente	Peleas, planear - la siguiente ocasión de uso de -- droga.
Externos	Interacción	Larga	Consecuente	Desaprobación del uso de la droga.

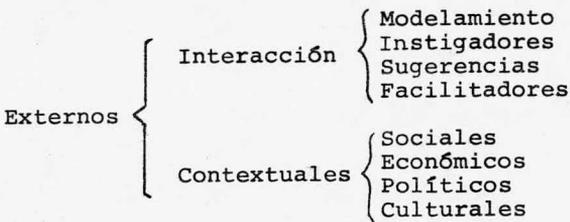
Algunos ejemplos de interacción social son el modelamiento y la conducta verbal, que incluye modelos de todos los tipos.

Las condiciones contextuales se dividen en sociales, culturales, económicas, políticas. Las condiciones sociales pueden ser familiares, grupos de referencia de población local y contextual nacional. Las culturales pueden ser educativas, religiosas y medios de aculturización como televisión, radio, cine, prensa, etc. Las económicas

tienen tres niveles: familiar, regional y nacionales, por último las políticas pueden ser locales y nacionales.

Inicio

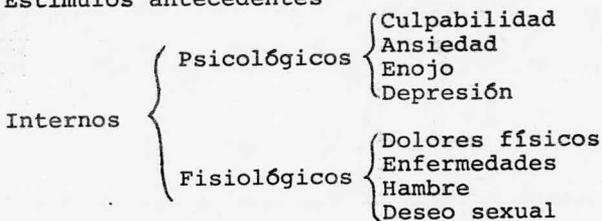
Estímulos antecedentes



Las condiciones internas se dividen en psicológicas y fisiológicas. Las psicológicas involucran estados de stress, ansiedad, miedo, depresión, enojo, culpabilidad, etc.; debe de notarse que no obstante ser estas condiciones algunas veces respuestas al medio, sirven también de estímulo a otro tipo de respuestas externas como evitación, escape, etc. Las fisiológicas incluyen eventos disposicionales como deseo sexual, hambre, privación de sueño, enfermedades dolores físicos, cansancio, etc.

Inicio

Estimulos antecedentes



Los estímulos antecedentes pueden clasificarse de acuerdo a su función, en discriminativos, preaversivos o neutros.

Estímulos antecedentes según su Función

}	Discriminativos
	Preaversivos
	Neutros (estímulos físicos y ambientales)

En cuanto a los estímulos físicos y ambientales no obstante que son antecedentes no se establecen en una relación funcional o causal y son generalmente neutros a menos que hayan sido apareados con un estímulo evocador en un condicionamiento y este tipo de estímulos físicos adquieren las mismas propiedades que el incondicionado.

Este tipo de condiciones antecedentes pueden incidir en diferente magnitud en cada persona y es posible que algunos de ellos no procedan por diferencias individuales de condicionamiento, umbral o combinación de ambos.

Los antecedentes por otra parte, pueden ser recientes ó remotos; se enfatizarán los recientes, ya que esta aproximación conductual determinará que para que haya una relación funcional entre el estímulo y la respuesta es indispensable que haya una estrecha relación temporal; la remota sólo se considerará de condicionamiento. En la aproximación psicoanalítica son importantes los antecedentes remotos. Pero en el marco operante no, por lo cual no se tocarán. Se podría argumentar que el pasado remoto de alguna manera influye en la conducta presente; en realidad hay mucha polémica hasta el presente. Por ejemplo, se ha propuesto que las prácticas de crianza de terminan la conducta del individuo. Sin embargo, no es intención de la técnica ofrecida aquí, el reestructurar ó reorganizar el pasado de la persona, sino modificar su presente.

Estímulos antecedente { Recientes (condicionamiento)  
Remotos (prácticas de creencia)

Las condiciones antecedentes pueden tener diferentes funciones dentro de esta relación con la conducta. Estas pueden funcionar como estímulos discriminativos ( $S^D$ ), instigadores, preparadores o facilitadores sociales.

Para la definición de estímulos discriminativos, instigadores y preparadores véase Campos (1974) y el facilitador se definirá como aquel estímulo que no siendo estímulo discriminativo, ni instigador, ni preparador, puede contribuir en forma secundaria a que se de la respuesta. Por ejemplo, la disponibilidad de adquirir tinner, cemento, gasolina, etc. en cualquier tlapalería.

Hasta aquí los estímulos antecedentes del inicio de uso de droga. En cuanto al análisis de la respuesta mencionaremos que es una respuesta compleja, la cual denominaremos patrones conductuales estereotipados; con esto queremos significar que es una cadena de respuestas en las que, la primera respuesta discreta es el estímulo discriminativo para la siguiente y ésta para la subsecuente y así sucesivamente, hasta terminar la cadena; y la respuesta a la que antecede sirve de reforzador condicionado para la anterior hasta que se determina con un reforzador incondicionado inicialmente que en este caso es la droga.

Estos patrones conductuales estereotipados varían de persona a persona y de grupo de consumidores a otro grupo; sin embargo, contienen elementos comunes con los que pueden ser analizados. Más adelante se dará un ejemplo con respecto a la farmacodependencia de inhalación de volátiles. Los patrones conductuales estereotipados se conocen en el medio común como rituales. Por ejemplo, aspirar cemento plástico en una bolsa, en un periódico enrollado, en las manos, - en una tela o estopa, junto con los estímulos físicos que se suceden en la inhalación; estos ejemplos se analizarán con más detalle adelante.

Otros aspectos que hay que agregar son como se mencionó: las condiciones que prevalecen durante esta cadena. Por ejemplo, si lo hizo en compañía, sólo, con música, a oscuras, etc.

Esto nos dará la clave para el procedimiento terapéutico, dado que tanto la cadena como los estímulos asociados a ésta pueden en cierta medida mantener la conducta por lo que no hay que perderlos de vista para procedimientos terapéuticos.

En el siguiente factor, en el paradigma se encuentran las condiciones consecuentes, en las que se ubican, primero los estímulos del medio, segundo los estímulos ligados al organismo, tercero los estímulos provocados por los efectos farmacológicos de la droga y cuarto los efectos producidos por la retirada de la droga.

1o. Estímulos del medio, pueden ser:

a) Interacción: Plática, refuerzo social, situación -

social, etc.

- b) Contextual: estado personal socioeconómico.
- c) Físicos: música, situación física (fiesta, lote baldío, etc.)

Estímulos del medio {  
Interacción: plática en diadas  
Contextuales: estado socioeconómico  
Físicos: música

2o. Estímulos ligados al organismo, se encuentran:

- a) Conocimiento, expectativas, predisposición, historia de interacción.
- b) Emocionales, estados afectivos (alegría, euforia, -relajamiento, excitación, etc.)
- c) Tipo fisiológico (enfermedades, hambre, dolores, --frio, necesidad sexual, etc.).

Estímulos ligados al organismo {  
Conocimientos, expectativas, etc.  
Emociones, estados afectivos (alegría, euforia, etc.)  
Aspectos fisiológicos (enfermedades, hambre, etc.)

3o. Los efectos farmacológicos provocados por la droga, estos pueden ser de dos índoles:

- a) Efectos de propiedades positivas de la droga (estados de euforia, relajamiento, sensaciones placenteras, disminución de ansiedad, hambre, dolor, etc.)
- b) Efectos de las propiedades negativas (ansiedad, -stress, destrucción de tejidos, miedo, etc.)

Efectos de las propiedades negativas { Ansiedad  
Stress  
Degeneración de tejidos

4o. Efectos producidos por la retirada de la droga:

Síndrome de abstinencia o retirada. ejem., dolores corporales, temblor, sudoración, diarrea, midriasis, etc.

Estos efectos están ligados con el paradigma de evitación, ya que el sujeto por evitar este tipo de reacciones sigue consumiendo la droga.

Efectos producidos por la retirada de la droga { Dolores corporales  
Temblor  
Diarrea  
Midriasis

Otro aspecto que si bien no puede clasificarse como estímulo - consecuentemente si propicia el uso de la droga; es la tolerancia, - definida ésta como la capacidad que tiene un organismo para adaptarse, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo los mismos efectos y segundo evitar consecuencias funestas - por ejemplo intoxicación aguda ó muerte por sobredosis.

La tolerancia en algún tipo de droga es bastante alto y en otras demasiado bajo (ver cuadro No. 1). La tolerancia desde el punto de vista del análisis conductual, podría considerarse como un estímulo consecuente para el uso de droga, pero un antecedente del abuso de droga.

Si se quisiera conceptualizar la tolerancia en una escala del 0 al 4, en donde el 0 indica poca tolerancia y el 4 máximo de tolerancia ó sea que tendría que ir subiendo la cantidad de sustancia utilizada para obtener el mismo efecto.

Por dependencia física entendemos un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos internos cuando se suspende bruscamente la droga. Estos pueden variar de una droga a otra; en algunas suelen ser bastante ligeras en tanto que en otras son demasiado severas. Ejemplos: alteraciones en la frecuencia cardiaca, en la presión arterial y en la respiración; diarrea, pérdida rápida de peso, sudoración, vómitos, convulsiones; incluso se puede llegar a provocar la muerte.

Este concepto es importante porque antes de empezar el tratamiento de rehabilitación o como parte inicial de éste, debe haber un período de desintoxicación gradual de las reacciones fisiológicas producidas por el consumo de droga, denominado síndrome de abstinencia, que es una de las razones más poderosas por la cual un sujeto farmacodependiente recae, por evitar este tipo de reacciones.

Se hablará más de este punto en el procedimiento terapéutico.

Si bien la dependencia física en este tipo de sustancias no es tan fuerte, es bueno considerarla para otros tipos de droga, ya que

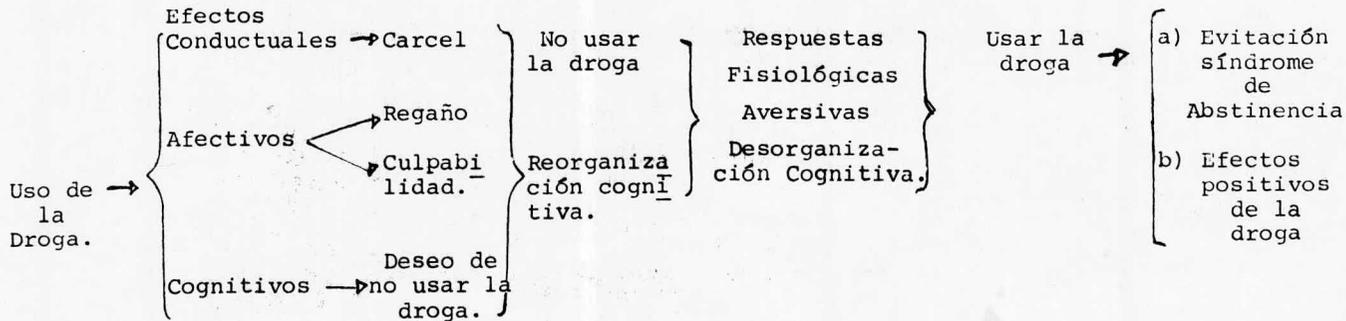
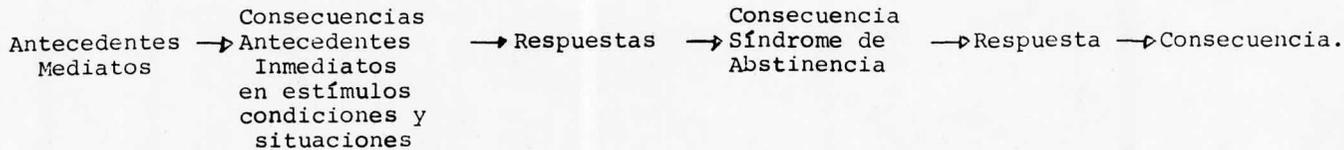
este modelo tiene como meta ser prototipo de un modelo de rehabilitación para todo tipo de droga.

El síndrome de abstinencia, desde el punto de vista conductual puede conceptualizarse como castigo, que es la consecuencia de la conducta de no usar droga. Se establece en un paradigma de evitación de la siguiente manera: (Ver Esquema No. 1).

En el paradigma, se observan los antecedentes mediatos en el cual el sujeto ya efectúa la conducta del uso de la droga. Esta conducta tiene efectos positivos a nivel fisiológico y psicológico, como los estados placenteros del efecto de la droga, efectos positivos sociales, como aceptación del grupo de amigos farmacodependientes, lo cual propicia seguir usando la droga; esta parte no está representada en el paradigma, dado que nos ocuparemos solamente del síndrome de abstinencia.

Retomando nuevamente los antecedentes mediatos, el uso de droga acarrea también consecuencias de tipo aversivo, que pueden ser consecuencias conductuales (por ejemplo, que lo metan a la cárcel), afectivos (regaña de parte de los familiares), afectivo cognitivos (sentir culpabilidad), cognitivas (deseo de no usar la droga); estas consecuencias a los antecedentes mediatos, son a su vez antecedentes de la respuesta externa "no usar la droga" y al mismo tiempo se efectúan respuestas internas de reorganización de la información a nivel afectivo y cognitivo, como devaloración del uso de la droga y revaloración de la conservación de la salud. Esta respuesta de "no uso de la droga", tiene como consecuencia de

ESQUEMA No. 1.



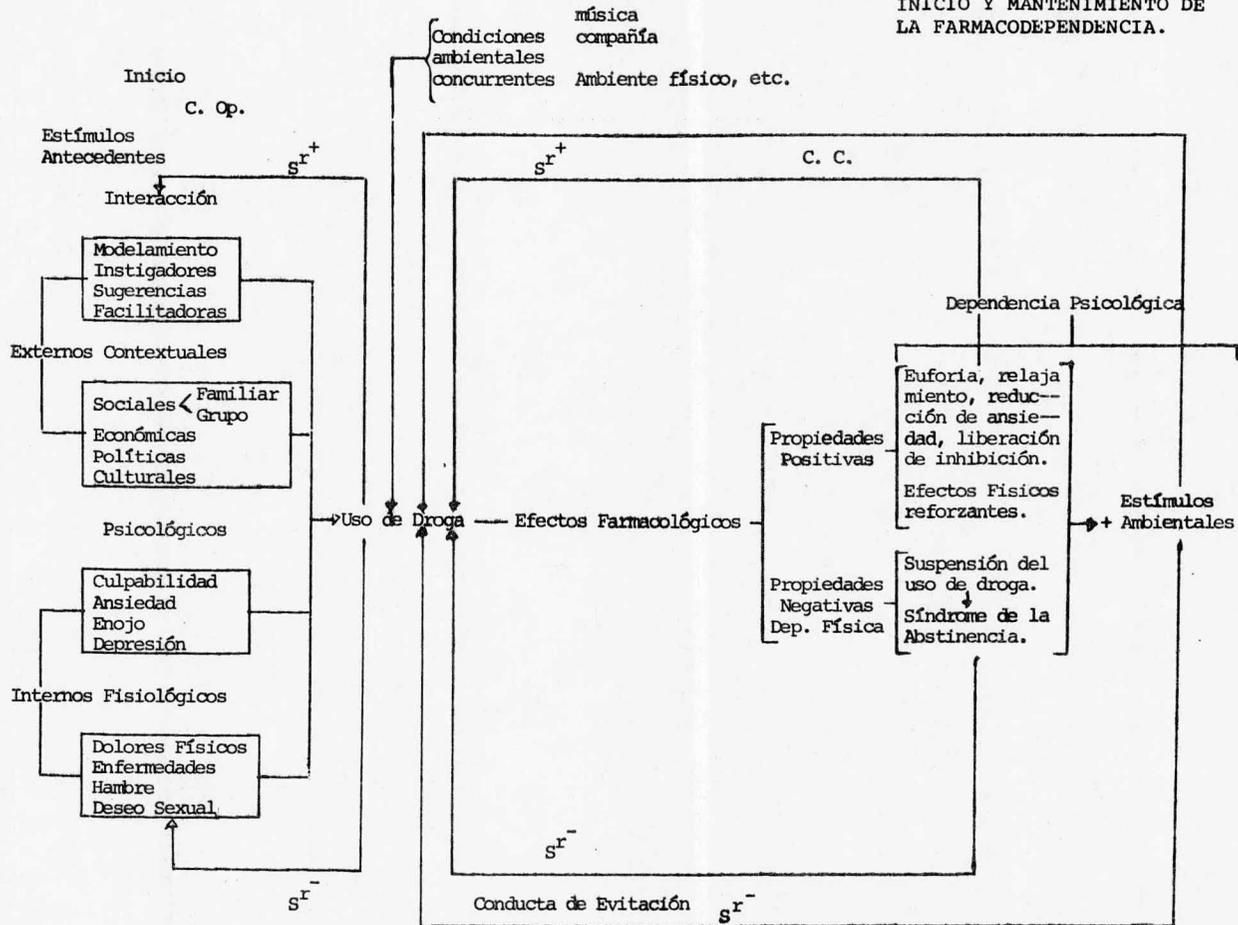
síndrome de abstinencia, que es una serie de respuestas de tipo fisiológico aversivo y en la parte psicológica se produce una desorganización cognitivo afectiva en la cual se revalora el uso de la droga para evitar el síndrome de abstinencia y se postergan los conceptos relacionados a la conservación de la salud. El temor al síndrome de abstinencia provoca a su vez la respuesta del uso de la droga y éstas tienen como consecuencia por el lado negativo evitar el síndrome de abstinencia y por el lado positivo, seguir sintiendo los efectos farmacológicos inherentes a la droga.

En cuanto a la dependencia psicológica que se define como el uso compulsivo de una droga desarrollando dependencia física, es la necesidad que tiene un individuo de consumir droga, sin poder reprimir esta conducta. Hablando en términos conductuales podríamos decir que es una consecuencia reforzante que tiende a fortalecer la conducta "el uso de droga", por esta razón esta última se incrementa y se mantiene.

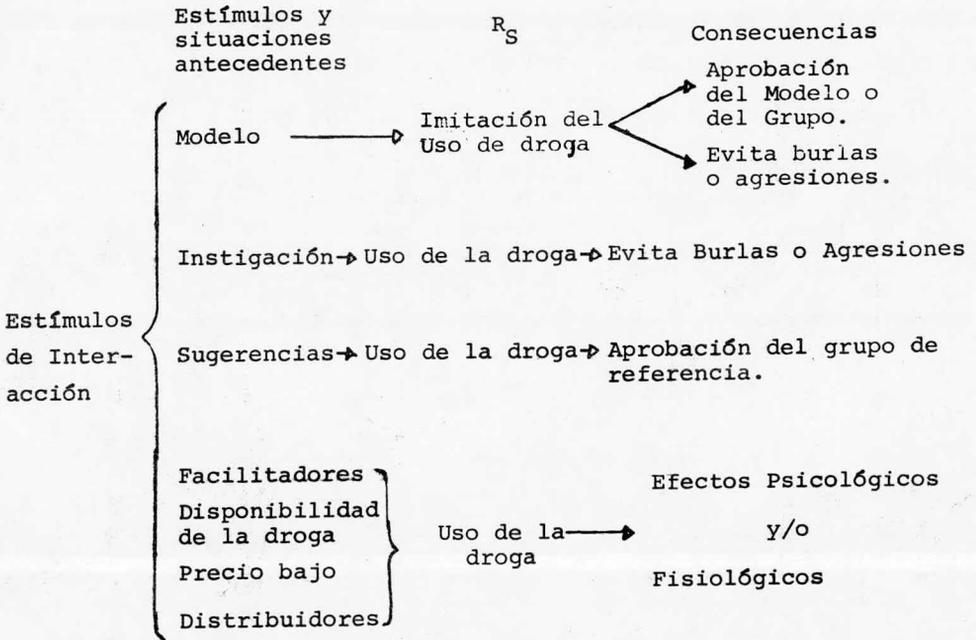
Enseguida se presenta un esquema en donde se representa el inicio y mantenimiento del uso de droga. (Ver Figura No. 2), después de la cual se analiza cada uno de los componentes en particular.

DEPENDENCIA.

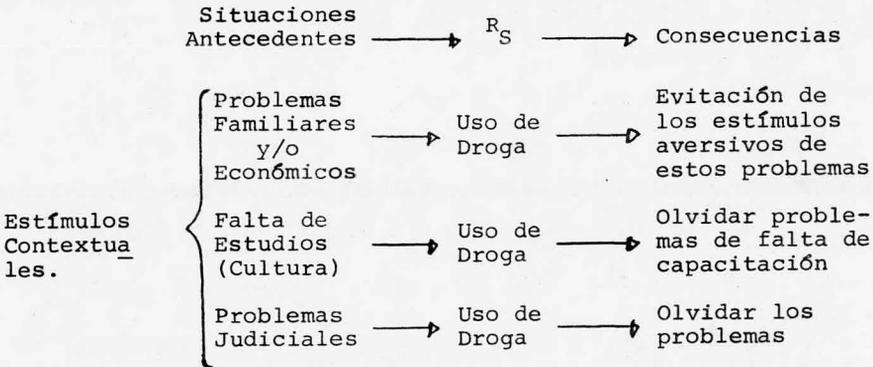
FIGURA # 2. MODELO DE EXPLICACION DEL INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA.



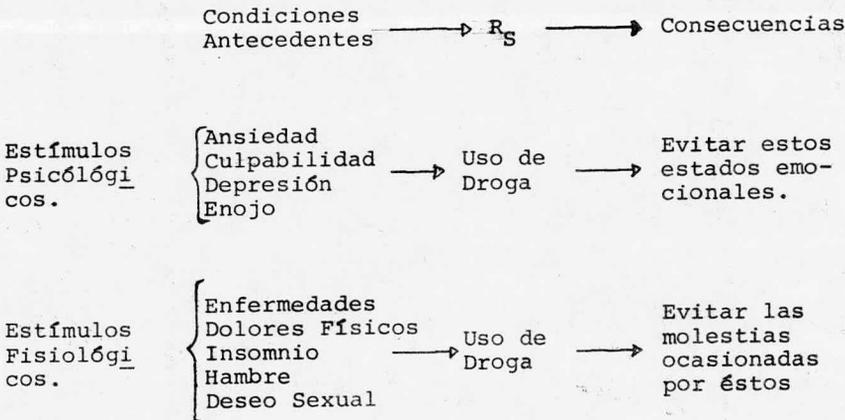
Análisis de los estímulos, condiciones y situaciones antecedentes con que pueden propiciar el inicio y mantenimiento del uso de la droga.



Cabe aclarar que con esto no se está afirmando que un sólo tipo de estímulos es suficiente para que se de efectivamente el uso de la droga, pero si se dan algunos de estos estímulos en combinación con los contextuales psicológicos y fisiológicos, se da realmente el uso de la droga. En seguida se analizarán los estímulos contextuales.



Una aclaración más, la relación que se analiza aquí, no es una relación causal unívoca, sino que es funcional multívoca, aquí sólo se proponen algunas posibles relaciones, aunque no es necesariamente exhaustiva. (Los datos podrán confirmarse y ampliarse con los datos empíricos que se obtengan de los casos reales).



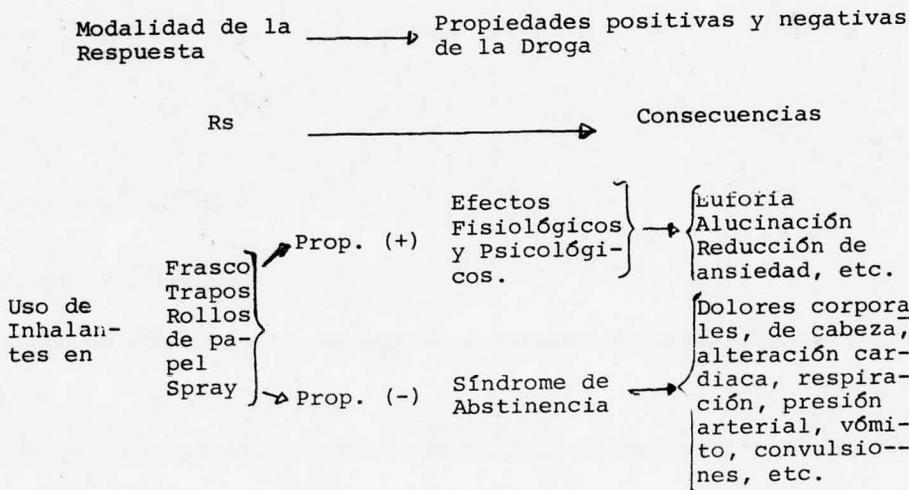
Análisis de la segunda parte (intermedia) en el modelo de uso y abuso de la droga.

En esta parte, se analiza con el paradigma del condicionamiento clásico, ya que todos los estímulos ambientales que están directamente asociados con el uso de la droga, funcionan como estímulos condicionados para evocar y fortalecer dicha conducta.



Análisis de las consecuencias inherentes a los efectos farmacológicos de la droga.

La parte derecha del modelo presenta las propiedades positivas y negativas de la droga.



La figura No. 3 muestra en forma gráfica el modelo explicativo propuesto del inicio y mantenimiento del uso y/o abuso de drogas. Este modelo se divide en dos partes principales, en la primera parte (lado izquierdo) se encuentran los estímulos, condiciones y situaciones antecedentes que propician el inicio en el uso de drogas, también se presenta, como éstos, una vez ya iniciado el uso de droga, se pueden convertir en poderosos reforzadores positivos o negativos, que mantienen la conducta del farmacodependiente. Así por ejemplo en los estímulos de interacción se puede presentar un modelo en un grupo par (amigos) que funciona como estímulo antecedente, una vez que el sujeto consume la droga y el modelo lo aprueba por dicha conducta; otro ejemplo sería cuando un sujeto es instigado (obligado) a consumir una droga, este suceso sirve de antecedente y la consecuencia al uso de la droga sería el evitar burlas, agresiones o fortalecer las ligas de aceptación de grupo; en otro caso podría presentarse que por simple sugerencia aceptará el uso de la droga y la consecuencia sería reforzamiento social.

En cuanto a los facilitadores como, disponibilidad de la droga, bajo precio, distribuidores de la droga, etc., contribuyen como estímulo antecedente a que se de la conducta del uso de la droga y cuya consecuencia, conseguir las drogas fácil y baratas.

En cuanto estímulos contextuales los antecedentes son problemas familiares, económicos, culturales, etc. que son eventos que sirven de estímulos suplementarios para el inicio en el consumo de droga, cuya consecuencia sería evitar las situaciones aversivas que le son características.

Por otro lado tanto los eventos psicológicos y fisiológicos son condiciones antecedentes que fungen como estímulos discriminativos para el inicio del uso de droga y cuya consecuencia sería evitar estados de ansiedad, enojo, depresión, culpabilidad, enfermedades, hambre, etc.

Con esto queda explicada la primera parte del modelo, mediante la relación de contingencias.

La parte intermedia señala que los estímulos concurrentes ambientales, unidos por asociación a los estímulos antecedentes y a los efectos de las propiedades positivas y/o negativas de la droga, evocan y mantienen el uso de droga.

La última parte del modelo (lado derecho) explica como el sujeto sigue consumiendo la droga a consecuencia, primero, de las propiedades positivas de esta (efectos farmacológicos), tales como relajamiento producido por la droga, reducción de ansiedad, euforia, etc., y en segundo lugar por las propiedades negativas del no uso de la droga, esto es el síndrome de abstinencia que puede manifestarse con dolores musculares, de cabeza, temblor, sudoración excesiva, etc.

Tanto los efectos farmacológicos en sus propiedades positivas (efectos reforzantes o placenteros producidos por la droga) y (efecto del síndrome de retirada por el desuso de la droga) negativas son poderosos reforzadores positivos o negativos que mantienen el uso de la droga.

Estos eventos consecuentemente unidos nuevamente a los estímulos ambientales, propician mediante el condicionamiento clásico una parte de la dependencia psicológica. La otra parte sería explicada por el apareamiento con las propiedades positivas de la droga.

Hay que hacer notar que esta clasificación para efectos de sistematización separa los estímulos, situaciones y condiciones, pero en la realidad, pueden actuar simultáneamente todos estos factores; hay algunos que pertenecen al mismo tiempo a dos categorías, por ejemplo el Stress, que se podría clasificar como psicológico y simultáneamente como fisiológico ya que reacciona con respuestas autonómicas, como sudoración de manos, elevación de la presión sanguínea, mayor frecuencia cardíaca, etc.

## CAPITULO IV.

### MODELO TERAPEUTICO PROPUESTO

#### RUTAS TERAPEUTICAS CONJUGADAS

Una vez presentado el modelo de explicación del inicio y mantenimiento de la conducta uso de droga, se explicará una serie de rutas terapéuticas para el decremento y extinción de dicha conducta.

Las rutas terapéuticas conjugadas, son un conjunto de técnicas derivadas del condicionamiento clásico, operante, aprendizaje social y teoría cognitiva que combinadas de diferente forma resultan en un procedimiento terapéutico que determinará una ruta crítica para rehabilitar un farmacodependiente; junto a esta ruta crítica, están las rutas alternas que son secuencias de procedimientos que llevarían a la misma rehabilitación.

En el modelo de explicación se hacen referencia a los paradigmas de condicionamiento clásico y operante.

El paradigma de condicionamiento clásico explica como un estímulo que inicialmente es neutro, puede provocar una respuesta que solo era elicitada por otro estímulo específico y que al ser asociado varias veces con éste adquiere esta propiedad.

El tipo de respuestas que se evocan con este condicionamiento son respuestas autonómicas y reflejas: por ejemplo reflejo patelar, movimientos peristálticos, etc. y se involucran los sistemas nervioso autónomo, muscular liso y glandular.

El condicionamiento operante (CO) controla respuestas llamadas "voluntarias" las cuales están controladas por estímulos consecuentes. El paradigma del CO es  $C=f(x_1 x_2 x_3 \dots x_n)$ . La conducta es una función de estímulos que pueden ser antecedentes o consecuentes. Las conductas que controla este condicionamiento son de tipo motriz y verbal. Los sistemas que están involucrados son SNC y musculo-esqueléticos. Un individuo en su vida diaria, emite respuestas reflejas y operantes en forma sucesiva o simultánea, por lo que se utilizan los dos modelos de condicionamiento para la formulación de las rutas terapéuticas.

#### Tipo de diagnóstico.

El diagnóstico que se usará para los fines terapéuticos puede ser de dos tipos, funcional o descriptivo. El primero señala qué condiciones están controlando la conducta y el segundo indica en una forma objetiva qué tipo de conducta se está dando. Cabe aquí una aclaración con respecto al término funcional que no se usa como lo utilizan los fenomenólogos, sólo como una descripción a manera de catálogo o estableciendo relaciones causales como una síntesis de la percepción interior, sino más bien como resultado de una contrastación experimental y empírica de la realidad externa.

Dos puntos que hay que considerar con respecto a los instrumentos de evaluación, son la validez y confiabilidad. La validez consiste en que el instrumento mida lo que dice medir,

La confiabilidad consiste en que las veces que se mida al mismo sujeto con ese instrumento, de el mismo resultado. Estos son los principales requisitos que nos pide la teoría de la medida; y es este uno de los - problemas prácticos que se tiene que solucionar para evaluar a los - sujetos adecuadamente.

El primer problema que se encuentra uno al tratar de evaluar la conducta de una persona, consiste precisamente en seleccionar o elaborar instrumentos de evaluación. Esta selección se efectúa de acuerdo al marco teórico que uno tenga. En caso de elaborarlos se enfrenta a otros problemas: de cómo elaborar los reactivos, cómo ordenar los, qué características contendrá, cuáles preguntas son importantes, a qué población va dirigida, la manera mas económica de obtener la información y qué secuencia es la más indicada.

En el diagnóstico funcional o descriptivo se incorporan instrumentos no estandarizados y más directos (ver apéndices).

Desde el principio del tratamiento y a lo largo del mismo se sugieren dos controles, para restringir la conducta de uso de droga.

I.- Control Médico

II.- Control Psicológico

El control médico consistirá en la evaluación continua de :

a) Orina y Sangre

b) Evaluación de signos y síntomas del uso de la droga.

c) Desintoxicación del uso de la droga.

Conviene hacer notar que las tomas clínicas de orina y sangre tienen una doble finalidad, la primera corresponde a un control del uso o desuso de las drogas y la segunda como control terapéutico que garantiza el autocontrol del consumo de drogas.

El control Psicológico consistirá también en tres aspectos.

- a) Evaluación de las conductas uso y desuso de droga.
- b) Problemas concurrentes al uso de la droga (ver modelo de explicación).
- c) Conductas de desarrollo
  - a) Conductas de desarrollo
  - b) Laborales

Para realizar estos diagnósticos hay varias formas de recolectar datos. Por medio de entrevistas, registros directos, listas cotejables, cuestionarios.

Las entrevistas a las que se hace referencia, son de tipo conductual, ver Villarreal (1981), los registros directos pueden ser consultados en Galindo et. al. (1980), las listas cotejables deben ser elaboradas para el objetivo que se pretende; ver Lazarus (1980) cuestionario de Temores; A<sub>2</sub>; de Willougby, Ver Wolpe (1977).

El cuestionario de historia clínica tendrá adaptaciones. Lazarus (ver apéndice I).

La evaluación como ya se mencionó no solo es conductual, sino también a nivel médico, análisis clínicos, psiquiátricos socio-económicos. Los criterios que sustentarán, los establecerán cada uno de los profesionistas en cuestión. Sólo valga mencionar que este tipo de evaluaciones serán antes del tratamiento, durante y después del mismo.

#### Tratamiento.

El tratamiento consistirá en cuatro fases.

- 1a.- Un ambiente altamente estructurado.
- 2a.- Un ambiente semiestructurado
- 3a.- Un ambiente desestructurado
- 4a.- Un período de seguimiento.

El tratamiento es interdisciplinario, y parte de un ambiente altamente estructurado en donde el control de las respuestas, objetivos y técnicas estarán completamente al cargo de los profesionistas. Tal ambiente gradualmente se convertirá en semiestructurado en donde el control, objetivos y técnicas estarán controladas tanto por profesionistas como por los pacientes, y finalmente un ambiente que gradualmente se convertirá en desestructurado, el cual primordialmente lo controlará el mismo paciente con visitas programadas al centro de rehabilitación, y por último una fase de seguimiento del caso.

Una programación total del ambiente estructurado de terapias y respuestas que se esperan del paciente. La razón por la que se propone un ambiente altamente estructurado es que los sujetos farmacodependientes tienen pérdida de autocontrol, de su conducta, y una forma de establecer éste, es dejar que el sujeto quede primero en un control ambiental, después, la familia y el sujeto puedan ejercer un control parcial y por último, el sujeto adquiera un autocontrol y regulación de su propia conducta. Otra razón es que el ambiente terapéutico que es estructurado permita mayor control de los profesionistas hacia los farmacodependientes; control que se irá desvaneciendo.

En seguida se presenta como sería el ambiente totalmente estructurado.

1) PROGRAMACION TOTAL DEL AMBIENTE ESTRUCTURADO.

1.1) Una economía de fichas en la cual se programaría:

- a) Conductas académicas
- b) Conductas vocacionales
- c) Conductas laborales
- d) Conductas sociales.

La economía de fichas consistirá en un sistema de programación de reforzadores generalizados que se otorgarán como sistema motivacional por las conductas denominadas como deseables dentro del ambiente prostético. Los reforzadores generalizados (puntos o fichas) serán canjeados por reforzadores primarios (Ej. Alimentos, privilegios, u objetos que requiera el usuario).

a) Conductas académicas.

Este tipo de conductas corresponderán al establecimiento de secuencias instruccionales, elaboración de programas y materiales didácticos, instrucción personalizada o programada, estrategias instruccionales, etc.

El tipo de técnicas que se utilizarán son todas las del condicionamiento operante: moldeamiento, reforzamiento diferencial, principio de Premack, castigo, tiempo fuera, saciedad, etc.

Las conductas académicas se programarán a partir del último año escolar que haya terminado el sujeto. Las materias que se programarían serían sólo aquellas en las que el sujeto encontrara dificultad. Las demás materias las tomaría en una clase regular.

b.- Conductas vocacionales.

Este tipo de repertorio consistirá en la impartición de información profesiográfica, detección de habilidades e intereses.

La información profesiográfica consistirá en dar la información lo más completa de carreras técnicas, oficios y profesiones a las que tendría acceso de acuerdo a sus habilidades e intereses.

La detección de habilidades e intereses consistirá en la



aplicación de cuestionarios, entrevistas y tests psicológicos.

Una etapa final de este apartado consistiría en correlacionar habilidades e intereses con las carreras u oficios, que posiblemente pueda estudiar.

c) Conductas Laborales.

Estos repertorios consistirán en distintos cursos de capacitación que le permitan realizar una actividad que les reditue económicamente, mientras realizan sus estudios; la capacitación se hará en el oficio que les interese.

Esta capacitación consistirá primero en un análisis de requisitos y repertorios que se involucran en el desempeño del oficio. Estos análisis serán de incidentes críticos. Y en segundo lugar el desempeño del programa de capacitación de acuerdo a los cánones de enseñanza y aprendizaje que se mencionaron en conductas académicas.

d) Conductas sociales.

Este tipo de respuestas consistirán en dotar al sujeto de habilidades de interacción personal, cuidado personal y ambiental del lugar donde reside.

La habilidad de interacción se entrenarán con base en el aprendizaje asertivo. El cuidado personal y ambiental serán desarrolla-

dos con la economía de fichas, usando los principios del condicio  
namiento operante.

2) Programación de un ambiente semiestructurado.

Esta programación perseguirá dotar al paciente de habilida-  
des de toma de decisiones, programas de autocontrol.

La toma de decisiones consistirá en enseñar al paciente a  
analizar situaciones y alternativas relevantes, establecer jerar-  
quías en cuanto a factibilidad de ser realizadas, selección de me  
dios para conseguir las metas así como el uso óptimo de los mismos.

Los programas de autocontrol consistirán en desarrollar una  
etapa de toma de decisiones y establecer formas monitoreadas de  
control ambiental y personal.

3) Ambiente desestructurado.

Este ambiente desestructurado se programará a partir del se-  
miestructurado y gradualmente por desvanecimiento sustractivo se  
irá dejando el control conductual, primero en los familiares y se  
gundo en el propio control del sujeto.

a) Control Familiar.

Este tipo de control se establecerá con visitas de los fami-  
liares al centro de rehabilitación, asistencia a un curso de capa

citación de manejo de contingencias y economía de fichas en el hogar; manejo de contingencias en el centro bajo supervisión especializada y por último control de contingencias en el hogar con sesiones de control y monitoreo esporádico.

b) Autocontrol.

El programa de autocontrol se llevará a cabo con un curso instruccional de manejo de contingencias, análisis de la propia conducta, manejo práctico de contingencias monitoreado y un programa de automoldeamiento con asesorías esporádicas.

4) Programa de seguimiento.

Este se establecerá como un calendario de visitas domiciliarias en las que intervendrán los siguientes profesionistas: trabajadores sociales, psicólogos y médicos.

La finalidad de estas entrevistas consistirá en: a) Constar que el sujeto no ha recaído en el uso de drogas, b) analizar y resolver los problemas que el propio sujeto no pudo.

En caso de que el sujeto haya recaído se tendrá un programa de recuperación ya elaborado exprofeso. Este programa de recuperación contemplará una evaluación inicial de los problemas específicos que contribuyeron a la recaída, un programa de reentrenamiento en la solución de los mismos, pasando únicamente por las fases semiestructurada, desestructurada y seguimiento.

En seguida se presentarán los criterios para evaluar la eficacia del tratamiento.

Evaluación de la eficacia del Tratamiento.

A diferencia de otro tipo de terapias, en las que sólo se eva

luaría el desuso de la droga o el incremento en el área productiva en esta terapia, se evaluará el manejo adecuado de tres áreas, como se indica a continuación:

- 1) Conductual
- 2) Emocional
- 3) Cognitiva

I.- Conductual.

- 1.- Decremento total del uso de la droga
- 2.- Incremento de productividad
- 3.- Incremento en conductas de adaptación social.

Mejoramiento de relaciones interpersonales en todos los niveles.

II.- Emocional.

- 1.- Habilidad para manejar tensiones (sistema de autocontrol de ansiedad, Resolución de Problemas, etc.)
- 2.- Disminución de problemas aledaños (Psicosomáticos)  
Ansiedad, depresión, culpabilidad, miedo, enojo, etc.

III.- Cognitiva.

- 1.- Mejoramiento en su conducta académica
- 2.- Tomar cursos de capacitación
- 3.- Manejo adecuado de problemas cotidianos
- 4.- Reestructuración de formas de pensar.

TERAPIAS PARA CONTROLAR CONDICIONES  
ANTECEDENTES.

En esta sección, se abordará sistemáticamente cada uno de los rubros generales y específicos que se manejan como condiciones antecedentes, posteriormente se tocarán las condiciones que están durante la respuesta, después se abordarán las condiciones que siguen a la respuesta, y por último se dará una semblanza de terapias conjugadas que dependerán de los incidentes críticos que se presenten en los casos hipotéticos; esto nos dará una gama de terapias conductuales combinadas según las necesidades específicas de un caso dado.

En primer lugar se abordarán las condiciones antecedentes-externas de Interacción.

Condiciones Antecedentes de Interacción (CAI)

Los estímulos que pueden fungir como discriminativos - - (  $E^D$  ) no son únicamente otros sujetos, como en el proceso de modelamiento, sino que también se efectúa una interacción entre el organismo y el ambiente. Ej./: la sustancia utilizada y la condición de uso; se tocará primero, este tipo de interacción - como la sustancia inhalable (cualquiera que ésta sea, cemento, tñner, gasolina, etc.) puede fungir como  $E^D$ .

Se tomarán los procesos de lo más simple a lo más complejo.

La presencia física de una sustancia inhalable no siempre es un requisito suficiente para que se de la conducta de uso, - pero si a la presencia física, se presenta el olor de la sustancia, que es reforzante para algunas personas se incrementa la probabilidad de su consumo.

La primera solución, que en este caso no sería terapéutica sino preventiva, sería agregar un olor desagradable a la sustancia que sea preferida del inhalador. O en un procedimiento terapéutico agregar el olor desagradable ( Ej.: amoníaco) a la sustancia o algún tipo de emético para que funcionara como estímulo aversivo a manera de terapia de aversión química o eléctrica. Aquí cabe hacer una serie de aclaraciones: el tipo de terapia eléctrica o química solo se utilizará en casos extremos porque si se analizan los efectos colaterales de uso tenemos:

- 1) Efectos no permanentes del no uso de sustancias ( Azrin, Holz 1966).
- 2) Respuestas emocionales del paciente ( Azrin, Holz 1966 ).
- 3) Evitación a la terapéutica y su uso en su ausencia (Azrin, Holz 1966)
- 4) Evitación del uso en presencia del terapeuta y su uso en su ausencia ( Azrin, Holz 1966 ).
- 5) Reacciones físicas aversivas ( Azrin, Holz 1966 ).
- 6) Etica profesional de su uso ( Ver artículo de Azrin, y Holz, 1966).

Por lo tanto se recomienda mejor solo el agregar un olor desagradable a la sustancia que se consume. Otra alternativa sería la terapia de sensibilización cubierta (o verbal), como ya se explicó.

En caso de que se utilice la terapia eléctrica, si y sólo si es extremadamente (1) necesaria se dará en un dedo de la mano y con muy bajo voltaje que sólo serviría para aparear el evento desagradable con el uso de la sustancia consumida.

#### Sensibilización cubierta.

La sensibilización cubierta por usada por Cautela (1966, 1967, 1973), en problemas de obesidad.

La sensibilización cubierta consiste en aparear estímulos aversivos verbales a las situaciones imaginarias del uso de droga. Después de realizar la evaluación dé en qué tipo de condiciones el sujeto consume la sustancia (Ver instrumentos de evaluación). Ej.: si el sujeto la consume en su cuarto, en compañía o sólo, en un baldío, etc.

(1) Por extremadamente entendemos sólo en los casos que se hayan hecho intentos múltiples con los otros tipos de terapias mencionadas en este escrito.

Supongamos que el sujeto ya ha sido evaluado en los aspectos necesarios. El sujeto la consume en un baldío, a veces en compañía de sus amigos, a veces solo, utiliza normalmente bolsas de polietileno en donde vacía el cemento y lo comienza a aspirar con la boca y nariz.

La sensibilización cubierta podría consistir en las siguientes dos formas, alternas de realizar el procedimiento:

- 1) Partir del cuestionario de temores
- 2) Partir de una situación hipotética

La primera opción, supongamos que el reactivo de gusanos le causa temor, teniendo este antecedente el procedimiento podría ser como sigue:

a) entrenarlo en visualizar imágenes inducidas por estímulos verbales. Aquí también hay dos opciones. Primera: mediante técnicas de relajamiento, cerrando los ojos, decirle que se imagine tal o cuál situación <sup>(2)</sup> y, segunda: solo indicarle que cierre los ojos e imagine la escena que se le indica.

(2) La ventaja de esta técnica es que el sujeto adquiere un estado de tranquilidad en oposición a la ansiedad que es consecuencia de la situación terapéutica nueva, las expectativas del paciente, o problemas del mismo.

b) aparear las situaciones en que acostubre inhalar con los estímulos temidos. Ej.: si el sujeto ya está en la situación terapéutica, y el escenario ya está preparado para la situación. Se le dan las siguientes órdenes: "Lo que quiero que hagas es que te recuestes lo más cómodamente que puedas... bien, ahora cierra los ojos y relájate lo más que puedas, que no haya ninguna tensión muscular en ninguna parte de tu cuerpo, en la frente, la cabeza, la cara, la boca, las mandíbulas, cuello, pecho, brazos, espalda, estómago, glúteos, piernas, pies... que no haya ninguna tensión, afloja todos los músculos -- todos, completamente relajados ... más y más relajados, que no haya ninguna tensión... (se deja de 5 a 10 minutos). Bien, ahora quiero que te imagines que estás en un baldío después de que adquiriste un bote de cemento, ahora estás vaciando una -- parte en una bolsa de plástico, lo embarras en las paredes de la bolsa, te sientas cómodamente y te dispones a aspirarla. Y ¡Oh, sorpresa! en lugar de cemento la bolsa está llena de gusanos son tantos que quieren salir del interior, un olor a putrefacción sale de la bolsa, tratas de tirarla, pero parece pegada a tu mano, entretanto, algunos de esos gusanos ya se salieron, otros ya están en los bordes, y otros ya están en tus -- manos, tratas de sacudirlos, pero no se caen, y ese olor a --

podredumbre penetrante, te dá náuseas, ganas de volver el estómago, la náusea se vuelve más intensa, te dán vértigos, sudas - copiosamente". Una vez hecho esto, se le dán indicaciones de - terminar la escena diciendo: "¡Basta! termina la escena, tranquilízate, abre los ojos, ahora, ciérralos, tranquilízate, comienza a relajarte nuevamente". Se le deja descansar un rato, - aquí se puede volver de nuevo con la escena, o descansar hasta - la próxima sesión.

La segunda opción parte de una situación hipotética. Esta solo sería una variante del ensayo anterior solo que en la parte de aversión verbal se substituiría el objeto temido por otras palabras aversivas.

#### Modelamiento

(Adquisición de la conducta por imitación)

Después de hacer la evaluación pertinente (Ver evaluación) si el sujeto se inició en la farmacoddependencia por imitación y la sigue consumiendo solo cuando está en compañía de otros amigos, entonces se podrá seguir este procedimiento; cabe hacer la aclaración de que normalmente no se dá una sola condición para que se dé la conducta, pero para fines didácticos y de exposición - se abordará analizando cada condición para que posteriormente se den soluciones conjuntas.

En este inciso se podría argumentar que no solo la imitación se daría, si no también la invitación. Sin embargo, por lo -

antes expuesto se tomará solo la imitación o modelamiento, aprendizaje vicario. (Bandura 1969).

Para producir la reducción de las conductas de imitación se sugieren dos caminos.

- a) En vivo.
- b) En película.

El procedimiento podría ser el siguiente:

Presentar un modelo recibiendo consecuencias aversivas (teniendo un efecto inhibitor).

En un procedimiento en vivo ó a nivel simbólico (película), se presentaría al sujeto terapéutico, la aplicación real o simulada de un sujeto recibiendo consecuencias aversivas contingentes al uso de la droga.

Cuando hay un agente instigador.

Cuando se presenta un agente instigador, la terapia adecuada sería un entrenamiento asertivo (ver Fensterheim, 1976)

El procedimiento consistiría en establecer patrones conductuales de interacción en donde al sujeto se le moldeen las conductas sociales adecuadas con el entrenamiento afirmativo (aser-

tivo) hasta que el sujeto adquiriera el repertorio suficiente para que no sea moldeado por ningún líder del grupo o de amistades. - Aquí se pueden entrenar las diferentes técnicas con respecto al entrenamiento asertivo, a saber: Banco de niebla, información libre, aserción negativa, Interrogación negativa, disco rayado, autorevelación.

Se preguntará cómo se puede detectar que un sujeto necesita de este tipo de entrenamiento; hay tres fórmulas para identificarlos.

a) en el contenido de la entrevista, el sujeto deja ver - - cuales son los problemas de interacción que él considera importantes. Si bien, adolece algunas veces de falta de confiabilidad, se entrevista la problemática social que en cierta medida contribuye a la inhalación de volátiles.

b) Una forma más directa y estandarizada será la aplicación del cuestionario Willoughby y el cuestionario A-2, (Ver Wolpe 1977) estos cuestionario se anexarán como apéndices.

c) Sacar una línea base del comportamiento asertivo.

Problemas familiares o grupos de referencia atrayentes.

Problemas antecedentes familiares (desintegración familiar)  
grupos pares atrayentes.

Uno de los problemas principales que se enfrenta un inhalador es que hay problemas familiares, estos pueden ser de interacción familiar o de tipo económico, además estos pueden estar ligados. El problema de interacción familiar puede clasificarse en relaciones positivas, negativas y neutras. Las primeras no causan problemas y las neutras muchas veces son llevaderas, así las que se atenderán son propiamente las negativas. Estas pueden ser desde fricciones por intereses a metas en conflicto con los diferentes miembros de la familia o bien pueden ser de índole económica, también pueden ser desintegración familiar respecto a relaciones afectivas por incompatibilidad de caracteres, problemas de interacción familiar por carencia de repertorios adecuados de relación.

En cuanto al aspecto económico se puede dar al paciente en primer lugar, orientación vocacional o laboral según el caso y edad del paciente. Esto es a menor edad se le exigirá o motivará ir a la escuela y se le dará orientación prevocacional o vocacional y a mayor edad se le dará orientación vocacional y en el caso pertinente orientación laboral. En caso necesario al niño o adolescente asignarle actividades académicas, de limpieza, cooperación con la familia con respecto a responsabilidades de orden y economía del hogar. Todo esto lo desprendemos por incompatibilidad de actividades con el uso y el abuso de consumo de -- drogas.

Por otro lado en cuanto a falta de repertorios adecuados --

de interacción se utilizará un entrenamiento asertivo que podrá conjugarse si es necesario a la terapia racional emotiva.

Las técnicas específicas más adecuadas que se utilizarían en este caso son el disco rayado, banco de niebla, aserción negativa, interrogación negativa y autorevelación (ver Smith - - 1975). Otra alternativa sería también enseñarle los derechos a firmativos.

Evidentemente el entrenamiento puede o no ser diferente dependiendo de: 1) las necesidades específicas del sujeto. 2) - similitud de necesidades con otros sujetos.

En términos generales se puede sugerir la siguiente secuencia en el entrenamiento en cuanto a los aspectos físicos.

- 1) contacto de ojos entre dos sujetos (uno puede ser el - terapeuta).
- 2) elección y modificación de postura corporal.
- 3) elección y entrenamiento de ademanes y gestos adecuados (se puede grabar en videocassette para dar retroinformación).
- 4) elección y entrenamiento de expresiones de la cara.
- 5) moldear y modelar tono de la voz, inflexiones, volumen.
- 6) moldear el-tiempo ritmo que se debe tomar para verbalizar el mensaje y por último.
- 7) el manejo adecuado del contenido.

Este entrenamiento consiste en cambiar sucesivamente primero el comportamiento, en segundo lugar el hábito y por último la actitud. En seguida se sugiere una secuencia para cambiar el comportamiento.

- 1) Observación del comportamiento (Línea Base).
- 2) Anotar cuando se fué o no asertivo.
- 3) Elegir y concentrarse en una situación particular.

Imaginar las posibles formas de manejar un incidente e incluyendo el sentimiento en el momento del incidente.

- 4) Revisar los componentes y la totalidad de la conducta.
- 5) Observar un modelo adecuado.
- 6) Considerar respuestas alternativas.
- 7) Imaginarse manejando la situación.

-Repita esto hasta que se sienta cómodo con el estilo escogido.

- 8) Ensayar con el terapeuta, maestro o amigo.

9) Recibir retroinformación y anotar los pasos clave en la conducta y desarrollo de las áreas débiles.

10) Ajustar el comportamiento conforme a lo que había planeado y lo funcional del mismo.

- 11) Ensayar en la vida real.

12) Entrenarlo varias veces hasta que se haga hábito.

13) Reforzar positivamente el comportamiento adecuado hasta que se establezca.

El entrenamiento asertivo consistirá en entrenar cada una de las técnicas que componen el tratamiento total afirmativo.

Aquí sólo se dará una semblanza general si se quiere profundizar más ver (Fensterheim y Baer 1976; Smith 1977; Alberti y Emmons 1977; Wolpe 1977).

#### Problemas Económicos.

Cuando el sujeto se encuentra con problemas económicos simultáneos al uso de una droga, pueden darse otro tipo de comportamientos que se consideran como no deseables tales como: robo, - prostitución.

Algunas de las posibles soluciones que se sugieren podrían solventar este problema. Es evidente que un problema está de la mano de otro, por ejemplo la falta de capacitación produce desempleo o sub-empleo, esto genera problemas económicos que afecta el área afectiva con autodevaloración y el área social con problemas de robo o prostitución. Esta cadena puede ser rota con un conglomerado de elementos terapéuticos y sociales, los cuales estarían comprendidos:

- a) Análisis de Habilidades e intereses.
- b) Orientación y consejo educacional o laboral.
- c) Terapia asertiva.
- d) Análisis para soluciones económicas.
- e) Internación laboral.

a) Análisis de Habilidades e intereses.

Este podrá ser de dos formas: 1) con una batería de pruebas psicométricas estandarizadas o 2) observaciones y cuestionarios -- directos.

b) Orientación y consejo educacional o laboral.

Esto consistiría en darle una serie de alternativas tanto - educativas como laborales y esto dependerá de: a) posibilidades reales económicas; b) habilidades e intereses; c) metas terapéuticas a corto y medio plazo.

c) Terapia asertiva.

Consistirá en dotar de habilidades sociales y verbales para 1) interacción común; 2) conseguir trabajo; 3) mantener círculo de amistades; 4) mantener independencia en caso que se necesite.

d) Análisis para soluciones económicas.

Consistirá en dada una serie de alternativas laborales escoger la más conveniente. Cabe aclarar que no se desechará ninguna entre las más remotas y las más próximas.

e) Internación laboral.

En este apartado el equipo de trabajo social tendrá una bolsa de trabajo y pasos específicos para entrevista, realización - de exámenes y colocación en el ambiente laboral.

## Presencia de estados internos

### 1) Ansiedad.

Hay dos opciones en el tratamiento, por un lado está la relajación profunda que es un método natural para quitar la ansiedad y por otro el tratamiento farmacológico (ansiolíticos) que se recomendaría sólo en estados demasiado severos. Una tercera opción sería empezar con el tratamiento farmacológico y continuar con la relajación profunda. Hay que hacer notar que el tratamiento farmacológico será siempre supervisado por psiquiatras.

### Insomnio.

Al igual que el anterior hay las dos mismas opciones relajación profunda y en casos extremos tratamiento farmacológico supervisado bajo control médico.

### Cansancio físico o incapacidad de relajamiento.

También se podría manejar las técnicas anteriores, sólo en el tratamiento farmacológico se utilizaría un relajante muscular.

Cabe aclarar que siempre se darán preferencia a los tratamientos más naturales, ya que el tratamiento farmacológico siempre conlleva efectos secundarios muchas veces indeseables.

### Enojo o Culpabilidad.

El enojo o la culpabilidad podrá ser tratado con enfrentamiento asertivo o con terapia racional emotiva.

### Fobias.

Podrán ser tratadas con diferentes técnicas: Desensibilización sistemática, terapia implosiva o terapia de inundación. La desensibilización sistemática podrá ser de tres formas: 1) en vivo; 2) imaginaria y 3) con imágenes de cine o videocassette combinada con modelamiento.

### Depresión.

Una técnica consistirá en someterlo a un programa de reforzamiento que le concediera la atención y el interés de los demás (reforzamiento positivo), después de que hubiese emitido respuestas no depresivas (Reforzamiento diferencial a otro tipo de conductas: RDO).

### Enfermedades y Dolores.

Las enfermedades pueden ser de dos tipos, de acuerdo al propósito de este trabajo, físicas y psicosomáticas. En cuanto a la solución de las primeras, un tratamiento médico pertinente es recomendado. En cuanto a las segundas, una combinación de tratamientos médicos y psicoterapéuticos son recomendados, por ejemplo:

La hipertensión arterial podrá ser tratada con tratamiento farmacológico, relajación profunda o con bioretroinformación.

La neurodermatitis, con tratamiento farmacológico o terapia de amplio espectro.

La úlcera gástrica, con tratamiento farmacológico y terapia de amplio espectro o terapia Racional Emotiva y Relajación. (Ellis 1980).

Hambre, sed y deseo sexual.

Se entrenará al sujeto en habilidades sociales para que pueda lograr los satisfactores primarios.

Insomnio.

Será tratado con técnicas en relajación profunda o con fármacos.

Cabe señalar que una vez analizadas las posibles terapias que pueden utilizarse con cada problema específico, se hará un análisis de los problemas que tienen elementos comunes para que el tratamiento se efectúe en paquetes sin tener que hacer un análisis exhaustivo cada vez que se presente un caso diferente.

Estímulos o condiciones concurrentes al uso de droga.

Es indudable que muchos de los estímulos presentes durante la fase antecedente son compartidos en la fase concurrente, sobre todo aquellos que llamamos condiciones. Algunos de los estímulos consecuentes también son compartidos con esta fase. El condicionamiento puede ser hacia adelante, hacia atrás y simultáneo.

Se tratará de no repetir información en lo posible, por lo cual cuando se analice algún estímulo que corresponda a algún antecedente sólo se remitirá a la sección correspondiente.

Así los estímulos que se pueden presentar en esta fase --- pueden ser de acuerdo a su naturaleza; físicos ambientales, disposicionales; que pueden ser fisiológicos y psicológicos, contextuales, de interacción.

En cuanto a los físicos no se tomaron en cuenta como estímulos ~~antecedentes~~ ya que sólo ~~afectan~~ en tanto estén apareados - con los eventos disposicionales. En esta fase los estímulos físicos ambientales están apareados a la conducta uso y abuso de droga, a la interacción social en grupos pares, expectancias con respecto a la droga sin quitar los eventos disposicionales.

Los eventos ambientales pueden tener tres funciones: de reforzador, de estímulos aversivos y de estímulos neutros. Estos últimos no se tomarán en cuenta. Cuando tienen la primera función, es decir de reforzador, se recomienda utilizar la terapia de aversión, química, eléctrica o sensibilización cubierta, preferiéndose esta última por ser la más sencilla, no se requiere instrumental, y no crea las desventajas mencionadas en el capítulo anterior.

La finalidad de este procedimiento consiste en descondicionar los efectos positivos apareados al uso de la droga.

Aquí se tendría que hacer un análisis específico de las dimensiones y valores que puede tener un estímulo, así como su naturaleza.

En cuanto a su naturaleza puede ser estímulos visuales tales como pinturas, luces, anuncios, fotografías, cine, ambiente físico como disposición del arreglo de muebles en el hogar o ambiente en el que se consume la droga, etc.; estímulos auditivos tales como distintos tipos de música, se considerará aquellos tipos que han sido apareados con el uso de droga y aquellos que evocan sensaciones y sentimientos o pensamientos relacionados con el uso de la droga. Estímulos cinestésicos como los que están involucrados en bailes y danzas. Estímulos gustativos, son los diferentes sabores.

Los valores de los estímulos visuales, auditivos, cinestésicos y gustativos son las diferentes modalidades o tipos de esa clase particular de estímulo.

Hay que aclarar que no se trata de aparear los estímulos aversivos con todos los posibles tipos y clases de estímulo, sino sólo aquellos a los que el sujeto en particular responde sintiendo, evocando el uso de droga.

Con respecto a los estímulos que evocan sensaciones, sentimientos o pensamientos aversivos se tratarán con relajación, desensibilización sistemática o desensibilización ensayada (Piaget Lazarus 1969).

Los eventos disposicionales fisiológicos al igual que los -  
estímulos antecedentes serán tratados mediante, terapia de --  
amplio espectro o retroalimentación biológica.

Los estímulos internos psicológicos serán tratados como en-  
los estímulos antecedentes que se refieren a este aspecto.

Los estímulos contextuales al igual que los de interacción-  
se tratarán en la sección de estímulos antecedentes.

Los eventos que comparten los elementos comunes con los - -  
estímulos consecuentes serán tratados en la sección de eventos -  
consecuentes.

#### Estímulos consecuentes al uso de droga.

Los estímulos que son consecuencia del uso y abuso de dro--  
gas pueden ser aquellos que son inherentes a las propiedades po-  
sitivas o negativas de la droga, consecuencias de tipo social o  
aquellas que al ser apareadas a los efectos de la droga adque--  
ren propiedades reforzantes o aversivas.

En cuanto a las propiedades positivas del efecto de la dro-  
ga encontramos: La Euforia, tranquilidad, excitación, relajamien-  
to, reducción de ansiedad, liberación de inhibición emocional, -  
alucinaciones placenteras, distorsión de la realidad espacial,-

temporal, autosobrevaloración (sentimientos de omnipotencia) - experiencia místicas, evasión de estados aversivos como hambre dolor, etc.

Aquí conviene hacer una distinción entre aquellas consecuencias que son el resultado del reforzamiento positivo y aquellas que son el resultado del reforzamiento negativo; las primeras hacen referencia a la obtención de un reforzador positivo, y las segundas se refieren a la evitación de un estímulo aversivo.

Hay que señalar que concomitantemente a estas condiciones, también están presentes respuestas fisiológicas que a su vez, pueden funcionar simultáneamente como bioretroinformación y como reforzadores positivos.

En cuanto a los reforzadores positivos como euforia, excitación, alucinaciones placenteras, distorsión en la percepción personal, espacial o temporal, sentimientos de omnipotencia, - experiencias de tipo místico; el tipo de terapias que se deberán aplicar son terapias de aversión, química, eléctrica o preferentemente sensibilización cubierta, otra alternativa es administrar una droga bloqueadora de los efectos de la droga consumida.

En cuanto al tipo de expectancia por parte del sujeto consumidor, la terapia tendrá que darle conductas alternativas -- con respecto al tipo de experiencia que pensaban tener. Ejemplo

tener una experiencia mística, exposición de desarrollo espiritual; sin productos químicos; Experiencias de tipo físico como - relajamiento, deseo de más energía, dar a practicar danza; ejercicio; en cuanto a la búsqueda de experiencias de tipo perceptual, contemplación de la naturaleza, buceo, desarrollo de habilidades artísticas como pintura, modelado, apreciación musical, etc., para el análisis más profundo ver alternativas a las drogas (Journal of Psychedelic Drug, Vol. 3, No. 2. Primavera, - - 1981). Este tópico lo trataremos adelante más detenidamente -- cuando se hable de alternativas a la conducta del consumidor de drogas.

Por otro lado, los estímulos consecuentes tipo reforzador negativo, en los que se involucra un mantenimiento por medio de la evitación de un estímulo aversivo, por ejemplo, cuando la -- tensión (estímulo aversivo  $E_A$ ) provoca el uso de droga para producir estado de relajación (estímulo reforzador negativo R-); - evitar el dolor, hambre, reducción de ansiedad, depresión, culpabilidad, enfermedades, escarnio, amenazas de parte de los - - grupos pares.

Estímulos y propiedades negativas asociados al desuso de - la droga.

En este apartado se analizarán tanto las propiedades negativas asociadas al desuso de la droga, como los estímulos asocia-

dos a estas propiedades negativas. Como es sabido la suspensión brusca del uso de droga se manifiesta con una serie de respuestas fisiológicas generalmente aversivas que en conjunto se denominan síndrome de abstinencia.

En la farmacodependencia de inhalables volátiles el síndrome de abstinencia no es grave, sin embargo, forma parte del fenómeno; aquí se darán alternativas para efectuar el proceso de desintoxicación gradual para lograr la homeostasis del organismo.

Para evitar el síndrome de abstinencia, se recomiendan distintas alternativas que dependerán más que nada del(los) tipo (s) de droga (s) consumida (s), por ejemplo en caso de las drogas fuertes se recomienda una desintoxicación gradual bajo supervisión médica; en caso de los inhalantes volátiles en cuanto al tratamiento, una desintoxicación a nivel biológico y a nivel psicológico se recomienda entrenamiento en relajación profunda, desensibilización sistemática, terapia racional emotiva.

Estímulos ambientales asociados a las propiedades positivas de la droga.

Cuando se habla de dependencia psicológica, (uso compulsivo de la droga), se hace alusión a dos cosas: 1) el deseo de producir los mismos efectos y (tolerancia). 2) los estímulos ambientales asociados a estos estados reforzantes para el sujeto. El tratamiento que se recomienda son detención del pensamiento, terapia aver-

siva, eléctrica, condicionamiento cubierto en D.R.O., sistema de monitoreo y autocontrol.

En cuanto a la tolerancia se dan conductas alternativas para evocar los distintos sentimientos, pensamientos, sensaciones, para lograr las experiencias que el sujeto pretende evocar.

Conductas alternativas para substituir el uso de drogas.

Las alternativas consistirán en realizar conductas que evoquen experiencias que sean similares a las que el sujeto desea experimentar. Aquí se enunciarán algunas que se vuelven por su naturaleza en indispensables. En primer lugar tenemos todas las conductas prosociales de tipo académico, laboral, de capacitación en artes y oficios, o de alguna maquinaria, taquimecanografía, pintura, etc. Esto dependerá de los intereses y habilidades del sujeto como de las posibilidades de la institución que administra la rehabilitación. Sin embargo, hay que ofrecer una gran variedad de conductas prosociales.

Otro aspecto que se ha de tomar en cuenta son las razones que aluden los sujetos del porqué usaron la droga, así como ya se mencionó, algunos sujetos usan la droga para tener experiencias físicas, sensoriales, emocionales, interpersonales, sociales, culturales, políticas, intelectuales, estético-creativas, filosóficas, místicas, espirituales.

Para el deseo de experiencias físicas se recomienda, deportes, danza, carpinterías; para el sensorial, entrenamiento en conciencia, sensorial, apreciación artística, contemplación de la naturaleza, autocontemplación; para el área emocional, terapia de grupo, entre

namiento asertivo; para experiencias de tipo interpersonal: entrenamiento asertivo, terapia de grupo, encuentros; para los socioculturales, servicio social, ayuda a la comunidad, acciones ecológicas, estudio; para las políticas, servicios y acción política, movimiento ecológico, trabajos en campañas; para experiencias intelectuales, lectura, juegos creativos y acertijos, entrenamiento en memoria, entrenamiento en concentración; para experiencias estético-creativas, producción y/o apreciación del arte, artesanías, trabajos manuales, escribir, cantar, etc.: para experiencias filosóficas, discusiones, seminarios, cursos, estudio de ética, realidad, moralidad, lectura de literatura; para mística-espiritual, estudio de las religiones, desarrollo espiritual, introducción al misticismo, meditación y yoga; para experiencias misceláneas; entrenamiento en supervivencia, actitudes a favor de lo natural, entrenamiento en ideas espontáneas, etc. (Alternativas a la droga. Journal of Psychodelic Drugs, 1981).

Dada la complejidad y la naturaleza de la conducta uso o abuso de drogas se hace indispensable considerar en forma detenida y exhaustiva cómo se desarrolla y mantiene el fenómeno de farmacodependencia.

Sin embargo no se trata de conglomerar de manera caótica un conjunto de soluciones contradictorias e incongruentes. Se trata más bien de sistematizar de manera logística un conjunto de técnicas denominadas conductuales para la solución de este problema.

Se ha visto que las técnicas son multimodales, es decir, una técnica sirve para una gama de problemas y también se ha visto que

a un mismo problema se proponen diferentes técnicas, por lo que en esta siguiente sección se hará un reajuste y reorganización de las diferentes técnicas que corrijan simultáneamente una miscelánea de problemas.

#### Reajuste y Reorganización de Terapias.

El reajuste y reorganización se darán en bloques de tratamiento, es decir, una de las técnicas que tenga que ser usada en el inicio, en medio, al final o tenga que utilizarse en dos o más problemas, se mencionará en una sola ocasión, en la práctica terapéutica se verá como se organiza el procedimiento global. También cuando una técnica sea susceptible de ser usada para una variedad de problemas, será más recomendada en su uso, en lugar de aquellas que sólo sirvan para un solo problema.

En seguida se presenta un cuadro sinóptico en el que se presenta el tipo de terapia, los problemas que puede resolver y si es aplicable a los estímulos antecedentes, concurrentes y/o consecuentes.

BLOQUES DE TRATAMIENTO PARA INCIDENTES CRITICOS.

TERAPIA	TIPO DE PROBLEMA	ESTIMULOS		
		Antecedentes	Concurrentes	Consecuentes
- 109 - Terapia Asertiva	Modelos inadecuados.	X		
	Instigación	X	X	
	Sugerencias	X		
	Amenazas			X
	Agresión	X	X	X
	Problemas familiares	X	X	X
	Problemas con grupos pares		X	X
	Problemas económicos	X	X	X
	Problemas políticos		X	X
	Culpabilidad			X
	Timidez	X	X	
	Enojo	X		
	Devaloración personal	X		
Deseo sexual	X			
Desensibilización Sis- Temática. Terapia Implosiva. Terapia de Inundación Modelamiento vivo, sim- bólico.	Fobias. Miedos específicos Estímulos ambientales asociados a miedos y suspensión de la dro- ga.	X X X	X	X

BLOQUES DE TRATAMIENTO PARA INCIDENTES CRITICOS

TERAPIA	TIPO DE PROBLEMA	ESTIMULOS		
		Antecedentes	Concurrentes	Consecuentes
Relajación profunda	Ansiedad	X	X	X
	Insomnio	X	X	X
	Incapacidad para relajarse	X		X
	Cansancio	X		
	Miedos inespecíficos	X		
Detención de pensamiento	Obsesividad	X		
	Trenes de pensamiento recurrentes.	X	X	X
	Deseo de droga	X		
Orientación Vocacional y escolar.	Culturales			X
	Académicas			X
	Deserción escolar			X
	Aburrimiento	X		
Capacitación Orientación Laboral.	Ecónómicos			X
	Laborales			X
Tratamiento médico	Enfermedades	X	X	X
	Dolores.	X	X	X
Terapia Racional Emotiva.	Depresión	X		X
	Culpabilidad			X
	Devaloración	X		X
	Enojo	X	X	X

BLOQUES DE TRATAMIENTO PARA INCIDENTES CRITICOS

TERAPIA	TIPO DE PROBLEMA	ESTIMULOS		
		Antecedentes	Concurrentes	Consecuentes
Terapia aversiva Química, eléctrica o Sensibilización cubierta	Euforia producto del uso de la droga.		X	
	-Tolerancia			X
	-Tranquilidad producto del uso de la droga.			X
	-Deseo de la droga	X		
	-Propiedades reforzantes de la droga como: olor, sabor, vista, tacto.		X	
	Estímulos ambientales reforzantes asociados al uso y consecuencias de la droga.		X	
Economía de Fichas, moldeamiento, reforzamiento diferencial, modelamiento, control instruccional, Principio de Premack, contrato de contingencias. Reforzamiento positivo y negativo.	Descuido personal	X	X	X
	Relaciones interpersonales	X	X	X
	Problemas escolares sociales laborales.	X	X	X
	Conductas sociales.	X	X	X
	Académicos.	X	X	X
	Autocontrol.	X	X	X

BLOQUES DE TRATAMIENTO PARA INCIDENTES CRITICOS

TERAPIA	TIPO DE PROBLEMA	ESTIMULOS		
		Antecedentes	Concurrentes	Consecuentes
Tiempo fuera	Excesos conductuales	X	X	X
Costo de respuestas	Robo	X	X	X
R. D. O.	Agresión	X	X	X
Castigo	Autocontrol			X
Saciedad				

## C O N C L U S I O N E S

Uno de los problemas a los que se enfrenta todo investigador es que las investigaciones que realiza, se evalúan a través del costo-beneficio que produce la investigación, es decir, se pretende bajar los costos lo más posible y maximizar los beneficios. Este modelo (investigación) no es la excepción; uno de los argumentos que se podrían contraponer sería el costo que pudiera ser excesivo dado que se propone un equipo interdisciplinario y por lo tanto una gran cantidad de personal al que hay que pagar. Aquí cabe hacer dos observaciones a favor de esta posición y sólo se plantearán dos fundamentos hipotéticos del porqué es necesario el equipo interdisciplinario.

1o. El beneficio que se espera es el óptimo, dado que el fracaso de algunos modelos se debe a la omisión de algunos elementos que constituyen partes fundamentales para evitar recaídas, como personal de "anclaje", seguimiento, etc.

2o. El modelo inicial propone un modelo exhaustivo de partes que constituyen tanto la explicación como la rehabilitación del farmacodependiente, pero esto no quiere decir que el modelo es inmovible o estático. El modelo tiene que ser primero validado y en la medida que se confirmen o desconfirman las partes se irán eliminando o cambiando según convengan; y esto a su vez hará que se elimine el personal que resulte innecesario o superfluo o que de

alguna forma duplique funciones.

Cabe señalar que esto constituye mas que nada un estudio piloto lo que implica un estudio exploratorio de posibilidades que ofrece el modelo, cuyas partes se irán eliminando en la medida que resulten, en la experimentación inoperantes.

Por otro lado si bien el modelo expuesto no es de los mas sencillos tiene algunas ventajas:

- 1) Pretende ser un modelo exhaustivo
- 2) Analiza las diferentes facetas que puede tener un estímulo
- 3) Analiza como se inicia y mantiene la farmacodependencia
- 4) Analiza la relación funcional con los estímulos
- 5) Analiza tanto conductas abiertas como encubiertas
- 6) Propone técnicas conductuales para toda la gama de problemas que se presentan
- 7) Establece un control profesional que gradualmente se convierte en autocontrol
- 8) Propone distintas alternativas para un mismo problema

Es necesario aclarar que estos modelos están sujetos a una validación en una tesis que están realizando actualmente dos compañeras.

B I B L I O G R A F I A.

- 1.- Alberti R. R. and Emmons M. L. Your perfect right. A guide to Assertive Behavior. Ed. Impac, U.S.A. 1977.
- 2.- Alcaraz M., García-Castells E., Guzmán-Flores C. Efectos conductuales y electrográficos provocados por la inhalación aguda y crónica de tiner en el gato. En Contreras C., Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Ed. Trillas, 1977. México. pp. 88-103.
- 3.- Anant S. S. Treatment of alcoholics and drug addicts by verbal aversion techniques. International Journal of the adictions, - - 1968, 3, 381-388.
- 4.- Aviado, M. Domingo, "Farmacología de los inhalantes de abuso". En contreras C. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Ed. Trillas, 1977, México, pp. 15-22.
- 5.- Ayala H., Quiroga H., Mata A., Chism K., "La Familia Enseñante: evaluación del modelo en México en términos de reincidencia en su aplicación a una muestra de niños inhaladores de solventes industriales". Revista Salud Mental (4) Primavera 1981.
- 6.- Ayllon T. y Azrin N., Economía de fichas, un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación. Ed. Trillas. 1974. México.
- 7.- Azrin N. y Holz W., Punishment. In Honig (Ed.) Operant behavior: areas of research and application. Ed. Appleton Century-Crofts. 1966. New York.
- 8.- Bandura A. Principles behavior modification. Holt, Rinehart and Winston, Inc. 1969. New York.
- 9.- Campbell L. M. 1973, A variation of thought stopping in a twelve-years-old boy: a case report. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 4, 69-70.
- 10.- Campos Luis. Diccionario de Psicología del Aprendizaje. Ed. Ciencia de la Conducta. México. 1974.
- 11.- Castro M. E., Valencia M. "Consumo de drogas en México. Patrones de uso en la población escolar". Salud Pública de México. 20 (5): pp. 585-590, 1978.

- 12.- Castro M. E., Valencia M. Smart R.: "Drug and alcohol use, problems and availability among students in México and Canada" Bull. Narc. 31 (1): pp. 41-42, 1979.
- 13.- Cautela J. R. Treatment of compulsive behavior by cover sensitization. Psychological Record, 1966, 16, 33-41. 3
- 14.- Cautela J. R. Covert sensitization. Psychological Report, 1967, 20, 459-468. 4
- 15.- Cautela, J. R. Covert reinforcement. Behavior Therapy, 1970 1, 33-50. 5
- 16.- Cautela, J. R. 1970 a Covert negative reinforcement. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1 273-278. 6
- 17.- Cautela, J. R. 1970b. Covert reinforcement. Behavior Therapy, 1, 33-50. 7
- 18.- Cautela, J. R. 1971, Covert extinction. Behavior Therapy. 2, 192-200. 8
- 19.- Cautela J. R. Covert processes and behavior modification. Journal of Nervous and Mental Diseases. 1973, 157, 27-36. 9
- 20.- Cautela J. R. y Wisocki P. "The thought stopping procedure: Description application, and Learning Theory Interpretation", The Psychology Record. 1977, 2 pp. 255-264. 10
- 21.- Cautela J. R. and Wisocki P. A. 1969. The use of male and female therapist in the treatment of homosexual behavior. In Rubin and C, Francks (Eds.) Advances in Behavior Therapy. New York; Academic Press.
- 22.- Colotla, A. Victor, Zardel Jacobo y Moctezuma, M. "Efectos agudos del tiner en la ejecución de ratas en un programa de intervalo fijo", II Congreso Nacional de Farmacología. 1978. México.
- 23.- Colotla, V., Lorenzana-Jiménez M., Echeverría J., Rodríguez R., "Evaluación de los efectos conductuales del tiner con la metodología operante", Cuadernos Científicos CEMESAM. 1978, 8, 203-220.
- 24.- Colotla, A. Victor, Bautista S., Torres O., Lorenzana-Jiménez M, y Rodríguez R., "Efectos del tolueno en la conducta operante de ratas". III Congreso Nacional de Farmacología. 1979.
- 25.- Contreras C., González-Estrada M., Paz C. y Fernández Guardiola A., "Aspectos electrográficos y conductuales de la intoxicación con disolventes industriales en gatos". En Contreras C. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Ed. Trillas. 1977. México.

- 26.- Costero I., Barroso-moguel R. "Alteraciones encontradas en gatos intoxicados experimentalmente con inhalaciones de disolventes industriales". En Contreras C. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Ed. Trillas. 1977. Méx.
- 27.- De la Garza F., Mendiola I., Cargía-Flores R. y Rábago S., "Estudio Biomédico de treinta pacientes inhaladores". En Contreras C. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Ed. Trillas. 1977. México.
- 28.- Dent J. Y. 1934 Apomorphine in the treatment of Anxiety states with special reference to alcoholims. Brit J. Inber. 43, 63-69.
- 29.- Dole V. P. y Nyswander M. A. "Medical treatment for diacetyl morphine (Heroin) addictions" Journal of the American Medical Association. 1965. 193, 646, 650. //
- 30.- Dole V. P., Nyswander, M. E. and Krech M.T. 1966. Narcotic blockade. Arch. Intern. Med. 118, 304-309.
- 31.- Edwards N. B. 1973. A case conference: assertive training in a case of homosexual pedophilia. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 3, 55-63.
- 32.- Ellis Albert. Razón y emoción en psicoterapia. Ed. Desclee de Brouwer. 1980. España.
- 33.- Erikson J.H. Gotestam K. G., Lennart M. and Lars-Goran Ost. "A token economy treatment of drug addiction". Behavior Research and therapy. 1975. 13. pp. 113-125".
- 34.- Eysenck H. J., (1960) Behavior Therapy and the Neurosis Pergamon Press.
- 35.- Eysenck H. J., and Rachman S. (1965) Causes and Cures of Neurosis. Routledge and Kegan Paul, London.
- 36.- Fensterheim H. y Baer J. No diga ni cuando quiera decir no. El aprendizaje asertivo (A.A.) que puede cambiar su vida. 1976. Barcelona Ed. Grijalbo. S. A.
- 37.- Fort C. P. "The psychodynamic of drug addiction and group psychotherapy. International Journal of Group psychotherapy 1955, 5, 150-156.
- 38.- Galindo E., Bernal T., Hinojosa G., Galguera M. I., Tarracena E., Padilla F., Modificación de conducta en la educación especial. Diagnóstico y Programas. Ed. Trillas. 1980. México.
- 39.- Geller I., Rowlands J. y Kaplan H. "Efectos de la cetonas en la conducta operante en animales de laboratorio". En Contreras C. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Ed. Trillas. 1977. México.

- 40.- Glicksgman M., Ottomanelli G., and Cutler, F., "The earn your way credit system: Use of a token economy in narcotic rehabilitation". International Journal of the Addictions. 1971. 6, 525-531.
- 41.- Gutiérrez, F. R., "Solventes Industriales" Cuadernos CEMEF, No. 2. 1975. México.
- 42.- Guzmán, Carlos. "Neurobiología del tiner, alteraciones conductuales producidas a largo plazo. Cuadernos CEMEF, 2, -- 1975. pp. 49-57.
- 43.- Hare 1912 on Alcoholism, its clinical aspects and treatment. Churchill. London.
- 44.- Historia Natural de la Farmacodependencia. Revista de la Facultad de Medicina. No. Vol. XVIII. Año 1975, pág. 4-28.
- 45.- Homme L. 1965 Perspectives in psychology: XXIV control of coverants, the operants of the mind. The psychological record. 15, 501-511.
- 46.- I. M. P. y S. E. P. El maestro ante el problema de las drogas. México. 1981.
- 47.- Jacobson Edmund. Aprenda a relajarse. Ed. Ciencia de la Conducta. México. 1976.
- 48.- Jaffe J. H. Drug addiction and drug abuse. In L. S. Goodman and A. Gilman (Eds.) The pharmacological basis of therapeutics (4th. ed.) London. Collier-Macmillan. 1970.
- 49.- Journal of Psychodelic Drug. Vol. 3, No. 2. Primavera. 1981.
- 50.- Krasner L, 1958. Studies of the conditioning of verbal behavior. Psychological Bulletin. 55, 148-170.
- 51.- Kisker George; La personalidad desorganizada; Psicología anormal. Ed. Trillas. México 1984.
- 52.- Lazaruz Arnold. Terapia conductista: Técnicas y perspectivas. Ed. Paidós. 1980. Argentina.
- 53.- Leukel Francis. Introducción a la psicología fisiológica. Ed. Herder 1978. Barcelona España.
- 54.- Liberman R. T. "Aversive conditioning of drug addicts: a pilot study, Behavior Research and Therapy, 1968, 6, pp. 229 to 231. England.
- 55.- Liebson I. and Bigelow G. A. A behavioral-pharmacological treatment of dually addicted patients. Behavior Research and Therapy. 1972. 10. 403-405.

- 56.- Lorenzana Jiménez M. Colotla V., Capella S., Manjarrez A., y Rodríguez R., Efectos del tiner en la ejecución de ratas entrenadas en un programa múltiple de reforzamiento. XIII Congreso Latinoamericano y XX Congreso Nacional de Ciencias Fisiológicas. México 1977.
- 57.- Martin G., 1963, Reward and punishment associated with the same goal response. Psychol. Bull. 60. 441-451.
- 58.- McGuire R. J. (1963) Personal communication. In Wolpe J. conditionet inhibition of crawling in drug addiction: a pilot experiment.
- 59.- McGuire R. J. and Vallance M. (1964) Aversion therapy by electric shock; a simple technique. Brit. Med. J. 1, 151-152.
- 60.- Melin L., Anderson B. and Gotestam, K. (1974) Contingency management in a methadone maintenance treatment program. Submitted to Eur. J. Behavioral Analysis Modification (1974).
- 61.- Morgenstern, F., Pearce J. and Davies B. (1963) The application of aversion therapy to transvestism. Paper read at Leading Conference of British Psychological Society.
- 62.- Natera G. "Estudio sobre incidencia de consumo de disolventes volátiles en 27 centros de la República Mexicana". En Contreras C. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Ed. Trillas. 1977. México.
- 63.- O'Brien J. S., Raynes A. E. and Patch V. D. An operant reinforcement system to improve ward behavior in inpatient drug addicts. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 1971, 2, 239-242.
- 64.- O'Brien J. S., Raynes A. E. and Patch V. D. "Case histories and shorter communications treatment of heroin addiction with aversion therapy, relaxation training and sistematic de sensitization" Behavior Research and therapy, 1972, 10 pp. 77 to 80.
- 65.- Pérez de Fco., Cárdenas R., Riquelme E., y Martínez C., "Farmacopsiquiatría y rehabilitación en pacientes toxicoinhaladores". En Contreras C. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Ed. Trillas. 1977. México.
- 66.- Piaget G. W. and Lazaruz A. A. "The use of rehearsal-desensitization", Psychotherapy theory Research and Practice, 1969, 6, 264-266.
- 67.- Prockop Leon, Daño al sistema nervioso, secundario a la inhalación de disolventes industriales. En Contreras C., Inhalación de disolventes industriales. Ed. Trillas, 1977. México. pp. 186-199.

- 68.- Quillet Diccionario Enciclopédico (en 8 tomos). Ed. Cumbre, México. 1978, 8a. Edición.
- 69.- Quiroga H., Mata A., Chism K. y Ayala H. "La familia enseñante: implementación de diversos procedimientos basados en una economía de puntos con el fin de incrementar la efectividad de una tarea de liderazgo en niños farmacodependientes:." Acta Psicológica Mexicana. 1,1. 1981. pp. 53-80.
- 70.- Rachman S. Sexual disorders and behavior therapy. American Journal of Psychiatry. 1961. 118, 135-240.
- 71.- Rachman S. Aversion therapy: "Chemical or electrical" Behavior Research and therapy. 1965, 2, pp. 289-299.
- 72.- Rachman S. and Teastable J. Aversion therapy and behavior disorders. Coral Gables: University of Miami Press, 1969.
- 73.- Raymond M. J. (1964) The treatment of addiction by aversive conditioning with apomorphine. Behav. Res. and therapy 1, - 287-293.
- 74.- Rodríguez R., Lorenzana-Jiménez M. y Manjarrez A. "Algunos efectos conductuales producidos por la inhalación aguda y -- crónica del tiner en ratas de distintas edades".
- 75.- Smith. Cuando digo no me siento culpable. Ed. Grijalbo. 1977
- 76.- Spevack M., Pihl R. and Rowan T. Behavior therapies in the treatment of drug abuse: Some case studies. Psychological Record, 1973. 23, 179-181.
- 77.- S. S. A. Farmacodependencia. Publicación técnica No. 4, 2a. Edición. México. 1974.
- 78.- Steinfield G. J. "The use of covert sensitization with institutionalized narcotic addicts". International Journal of the addictions, 1970. 5, 225-232.
- 79.- Taylor J. (1963) A behavioral interpretation of obsessive compulsive neurosis. Behavior Research and therapy 1, 237-244.
- 80.- Thomson T. and Pickens R. (1969) Drug self-administration and conditioning. In H. Steinberg (Ed.) Scientific Basis of Drug Dependence. J. and A. Churchill. London.
- 81.- Torres Ruiz A., "Manifestaciones clínicas en usuarios y/o -- abusadores de inhalantes volátiles. Cuadernos CEMEF, 2, 1975 pp. 72-84.
- 82.- Villarreal M. C. Fundamentos de Entrevista Conductual. Revisión teórica. Ed. Trillas. 1981. México.
- 83.- Voegtling W. (1947) The conditioned reflex treatment of alcoholims. Arch. Neurol. Psychiat. 57, 514-516.

- 84.- Wisocki 1970. Treatment of obsessive-compulsive behavior by covert sensitization and covert reinforcement; a case report Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1 - 233-239.
- 85.- Wisocki P. A. 1973. The successful treatment of a heroin addict by covert conditioning techniques. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 4, 55-61.
- 86.- Wisocki P. A. A covert reinforcement program for the treatment of test anxiety: Brief report. Behavior Therapy. 1973. 4, - 264-266.
- 87.- Wisocki P. A. (1976) A behavioral treatment program for social inadequacy: Multiple methods for a complex problem. In J. - Krumboltz and Thorensen (Eds.) Counseling methods New York: Holt, Rinehart and Winston.
- 88.- Wolpe Joseph. "Condition inhibition creaving in drug addiction: a pilot experiment behavior". Research and therapy. 1965, 2, pp. 285-288. England.
- 89.- Wolpe J. Psicoterapia por inhibición recíproca. Biblioteca de Psicología. Ed. Española Declei de Brower. 1975.
- 90.- Wolpe J. La práctica de la terapia de la conducta. 1977. Ed. Trillas. México.
- 91.- Woods J. H. and Schuster C. R. (1970) Regulation if drug self administration. In R. Harris, W. M. McIssac and C. R. Schuster (Eds.) Drug Dependence University of Texas Press. Austin.
- 92.- Yamagami T. 1971. The treatment of and obsession by thought stopping. Journal of Behavior therapy and experimental psychiatry, 2, 133-135.

APENDICE I.

EL PROPOSITO DE ESTE CUESTIONARIO ES:  
OBTENER DATOS QUE NOS AYUDEN A EVALUAR TU COMPARTAMIENTO DE UNA MANERA MAS ADECUADA POR LO QUE PEDIMOS CONTESTES A ESTAS PREGUNTAS DE LA MANERA MAS SINCERA, CONCRETA Y COMPLETA PARA FACILITAR TU PROGRAMA DE REHABILITACION.  
TU PUEDES TENER ABSOLUTA SEGURIDAD DE QUE ESTOS DATOS NO SALDRAN DE ESTE LUGAR SIN TU PERMISO, A MENOS QUE TU LO AUTORICES.

DATOS GENERALES:

- 1).- FECHA \_\_\_\_\_
  - 2).- NOMBRE \_\_\_\_\_
  - 3).- EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ ESTATURA \_\_\_\_\_  
PESO ACTUAL \_\_\_\_\_
  - 4).- DOMICILIO \_\_\_\_\_  
CALLE \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_
  - 5).- TELEFONO \_\_\_\_\_  
CASA \_\_\_\_\_ TRABAJO \_\_\_\_\_ O LUGAR DONDE SE PUEDA LOCALIZAR \_\_\_\_\_
  - 6).- ESTADO CIVIL:  
SOLTERO (A) \_\_\_\_\_ CASADO (A) \_\_\_\_\_ COMPROMETIDO (A) \_\_\_\_\_  
SEPARADO (A) \_\_\_\_\_ DIVORCIADO (A) \_\_\_\_\_ VIUDO (A) \_\_\_\_\_  
UNION LIBRE \_\_\_\_\_
  - 7).- ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
¿CUAL FUE EL ULTIMO AÑO QUE COMPLETASTE O ESTUDIASTE? \_\_\_\_\_
  - 8).- LA CASA DONDE VIVES ES PROPIA O RENTADA \_\_\_\_\_
  - 9).- ¿QUIEN TE ENVIO PARA TRATAMIENTO? \_\_\_\_\_
- DATOS ESCOLARES:
- 10).- ¿ESTUDIAS EN LA ACTUALIDAD? \_\_\_\_\_
  - 11).- ¿QUE ES LO QUE ESTUDIAS? \_\_\_\_\_
  - 12).- EN CASO DE QUE ESTUDIES EN QUE AÑO ESTAS \_\_\_\_\_
  - 13).- DESCRIBE QUE PIENSAS RESPECTO A LOS CURSOS QUE HAS TOMADO O QUE ESTAS TOMANDO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - 14).- ¿CUALES SON LAS MATERIAS QUE TE GUSTAN? \_\_\_\_\_
  - 15).- ¿CUALES SON LAS MATERIAS QUE TE DESAGRADAN? \_\_\_\_\_
  - 16).- ¿CUALES SON LAS MATERIAS QUE TE SON FACILES? \_\_\_\_\_
  - 17).- ¿CUALES SON LAS MATERIAS QUE TE SON DIFICILES? \_\_\_\_\_
  - 18).- ¿CUANTAS VECES HAS REPROBADO? \_\_\_\_\_
  - 19).- ¿QUE AÑOS FUERON LOS QUE REPROBASTE? \_\_\_\_\_
  - 20).- EN CASO DE NO SEGUIR ESTUDIANDO ¿CUAL ES EL MOTIVO? \_\_\_\_\_
  - 21).- ¿CUAL FUE TU PROCEDIMIENTO EN LA ESCUELA? \_\_\_\_\_
  - 22).- ¿ALGUNA VEZ FUISTE EXPULSADO DE LA ESCUELA? \_\_\_\_\_
  - 23).- DESCRIBE CUAL FUE TU RELACION CON LOS PROFESORES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - 24).- DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS QUE TE VOY A MENCIONAR INDICA LOS QUE SE APLIQUEN A TI:  
A).- SE ME DIFICULTA PONER ATENCION \_\_\_\_\_  
B).- SE ME DIFICULTA PONERLE ATENCION A LAS CLASES \_\_\_\_\_  
C).- SE ME DIFICULTA MEMORIZAR \_\_\_\_\_  
D).- SE ME DIFICULTA APRENDER \_\_\_\_\_  
E).- SE ME DIFICULTA CONCENTRARSE EN LAS ACTIVIDADES ESCOLARES \_\_\_\_\_  
F).- SE ME DIFICULTA INICIAR LA ACTIVIDAD \_\_\_\_\_

- 25).- SI HAS ASISTIDO A ALGUNA ESCUELA DE EDUCACION ESPECIAL O DE REHABILITACION DI A CUAL \_\_\_\_\_
- 26).- ¿CUAL ES O PUE EL MOTIVO DE TU ASISTENCIA AL CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL? \_\_\_\_\_
- 27).- SI TE HAN DADO TRATAMIENTO ¿EN QUE CONSISTIO? \_\_\_\_\_

PAR PARA EL ENTREVISTADOR:  
(TRATAMIENTO)

PSIQUIATRICO - VERBAL/MEDICO  
FARMACOLOGICO - QUE TIPO DE MEDICAMENTO  
PSICOTERAUPETICO - QUE TERAPIA

- 28).- ¿TE HICIERON EXPEDIENTE O KARDEX? \_\_\_\_\_
- 29).- ¿SE PUEDE CONSULTAR? \_\_\_\_\_
- 30).- ¿CUAL FUE LA DURACION Y FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO? \_\_\_\_\_
- 31).- ¿TERMINASTE TU TRATAMIENTO? \_\_\_\_\_ SI LA RESPUESTA ES NO ¿POR QUE? \_\_\_\_\_
- 32).- SI TE HAN APLICADO PRUEBAS PSICOLOGICAS DESCRIBELAS: \_\_\_\_\_
- 33).- DI CUALES FUERON LOS RESULTADOS: \_\_\_\_\_
- 34).- ¿QUE CAMBIOS FAVORABLES HAS NOTADO? \_\_\_\_\_

DATOS LABORALES:

- 35).- ¿TRABAJAS? \_\_\_\_\_
- 36).- ¿QUE CLASE DE TRABAJO DESEMPENAS? \_\_\_\_\_
- 37).- ¿TE GUSTA TU TRABAJO ACTUAL? \_\_\_\_\_  
(EN CASO DE RESPUESTA POSITIVA)
- 38).- ¿EN QUE ESTAS SATISFECHO? \_\_\_\_\_  
(EN CASO DE RESPUESTA NEGATIVA)
- 39).- ¿QUE OTRO TRABAJO TE GUSTARIA? \_\_\_\_\_
- 40).- ¿QUE OTRO TRABAJO HAS DESEMPEÑADO ANTERIORMENTE? \_\_\_\_\_
- 41).- ¿CUANTO GANAS? \_\_\_\_\_
- 42).- ¿CUANTO GASTAS? \_\_\_\_\_
- 43).- ¿CUALES FUERON TUS AMBICIONES PASADAS? \_\_\_\_\_
- 44).- ¿ACTUALMENTE CUALES SON TUS AMBICIONES? \_\_\_\_\_
- 45).- ¿COMO HA SIDO LA RELACION CON TUS PATRONES? \_\_\_\_\_
- 46).- ¿COMO HA SIDO LA RELACION CON TUS COMPANEROS DE TRABAJO? \_\_\_\_\_
- 47).- ¿LLEGAS PUNTUAL A TU TRABAJO? \_\_\_\_\_
- 48).- ¿FALTAS AL TRABAJO CON FRECUENCIA? \_\_\_\_\_  
CAUSAS \_\_\_\_\_

DATOS FAMILIARES:

- 49).- NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_
- 50).- EDAD \_\_\_\_\_
- 51).- OCUPACION \_\_\_\_\_
- 52).- SALUD ACTUAL DEL PADRE \_\_\_\_\_
- 53).- EN CASO DE HABER PALLECIDO QUE EDAD TENIA \_\_\_\_\_
- 54).- FECHA DE SU MUERTE \_\_\_\_\_
- 55).- CAUSA DE SU MUERTE \_\_\_\_\_
- 56).- NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_
- 57).- EDAD \_\_\_\_\_
- 58).- OCUPACION \_\_\_\_\_

- 59).- SALUD ACTUAL DE LA MADRE \_\_\_\_\_
- 60).- EN CASO DE HABER FALLECIDO QUE EDAD TENIA \_\_\_\_\_
- 61).- CAUSA DE SU MUERTE \_\_\_\_\_
- 62).- NUMERO DE HERMANOS \_\_\_\_\_
- 63).- EDADES DE LOS MISMOS \_\_\_\_\_
- 64).- ¿QUE LUGAR OCUPAS ENTRE ELLOS? \_\_\_\_\_
- 65).- DESCRIBE BREVEMENTE COMO TE LLEVAS CON TUS HERMANOS \_\_\_\_\_
- 66).- EN LA ACTUALIDAD ¿CUAL ES LA RELACION QUE EXISTE ENTRE TU FAMILIA Y TU? \_\_\_\_\_
- 67).- ¿COMO SON LAS RELACIONES QUE MANTIENES CON LOS DEMAS MIEEMBROS DE LA FAMILIA? \_\_\_\_\_
- ABUELOS \_\_\_\_\_
- TIOS \_\_\_\_\_
- PRIMOS \_\_\_\_\_
- HERMANOS \_\_\_\_\_
- PADRE \_\_\_\_\_
- MADRE \_\_\_\_\_
- 68).- DA UNA DESCRIPCION DE LA FORMA DE SER DE TU MADRE Y SUS ACTITUDES HACIA TI EN EL PASADO Y ACTUALMENTE \_\_\_\_\_
- 69).- DA UNA DESCRIPCION DE LA FORMA DE SER DE TU PADRE Y SUS ACTITUDES HACIA TI EN EL PASADO Y ACTUALMENTE \_\_\_\_\_
- 70).- ¿EXISTE O EXISTIO CONFIANZA CON TUS PADRES? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 71).- ¿PLATICASTE CON TUS PADRES DE TUS PROBLEMAS? \_\_\_\_\_
- 72).- ¿TE DEMUESTRAN APECTO TUS PADRES? \_\_\_\_\_
- 73).- ¿QUE TIPO DE COMUNICACION TIENES CON TUS PADRES? \_\_\_\_\_
- REGAÑOS \_\_\_\_\_
- CUESTIONES DE LA CASA \_\_\_\_\_
- CUESTIONES DE TRABAJO \_\_\_\_\_
- CUESTIONES PERSONALES \_\_\_\_\_
- DE CARINO \_\_\_\_\_
- 73).- BIS).- DESCRIBE LA RELACION QUE EXISTIA ANTERIORMENTE ENTRE TUS PADRES, HERMANOS Y TU DENTRO DE TU CASA \_\_\_\_\_
- 74).- ¿CUANTAS PERSONAS VIVEN EN TU CASA? \_\_\_\_\_
- 75).- ¿QUE PARENTESCO TIENEN ESAS PERSONAS CONTIGO? \_\_\_\_\_
- 76).- EN CASO DE NO HABER VENITO TUS PADRES A LA CONSULTA ¿CUAL ES LA CAUSA? \_\_\_\_\_
- 77).- DE NIÑO COMO TE CASTIGABAN TUS PADRES? \_\_\_\_\_
- 78).- ¿COMO CONSIDERAS QUE PUE TU INFANCIA? FELIZ \_\_\_\_\_ INFELIZ \_\_\_\_\_
- 79).- SI NO FUISTE CRIADO POR TUS PADRES ¿QUIEN TE CRIO Y DE QUE EDAD A QUE EDAD? \_\_\_\_\_
- 80).- ¿COMO ACTUAN CONTIGO TUS FAMILIARES CUANDO HACES BIEN LAS COSAS? \_\_\_\_\_
- 81).- ¿COMO ACTUAN CONTIGO TUS FAMILIARES CUANDO HACES MAL LAS COSAS? \_\_\_\_\_
- 82).- ¿QUE ACTIVIDADES REALIZA ACTUALMENTE? \_\_\_\_\_
- DEPORTIVAS \_\_\_\_\_

ENTRETENIMIENTO \_\_\_\_\_  
SOCIALES \_\_\_\_\_  
RELIGIOSAS \_\_\_\_\_

83).- ¿QUE HACES EN TU TIEMPO LIBRE? \_\_\_\_\_

DATOS MEDICOS:

84).- ¿CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE TE EXAMINO UN MEDICO? \_\_\_\_\_

85).- ¿CUAL FUE EL RESULTADO? \_\_\_\_\_

86).- ¿TOMAS TRANQUILIZANTES? \_\_\_\_\_

87).- ¿HAS PADECIDO ENFERMEDADES GRAVES? COLO: \_\_\_\_\_

EPILEPSIA \_\_\_\_\_

MENINGITIS \_\_\_\_\_

HIDROCEFALIA \_\_\_\_\_

LESION CEREBRAL \_\_\_\_\_

PAROTIDITIS \_\_\_\_\_

OTRAS: \_\_\_\_\_

88).- SI HAS TENIDO ALGUN ACCIDENTE DI DE QUE TIPO Y EN QUE CIRCUNSTANCIAS? \_\_\_\_\_

89).- ¿TE HAN APLICADO ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA? MENCIONA CUAL \_\_\_\_\_

90).- ¿PRESENTAS ALGUNA DEFORMACION FISICA? MENCIONA CUAL \_\_\_\_\_

91).- ¿ESCUCHAS BIEN DEL OIDO? \_\_\_\_\_

IZQUIERDO \_\_\_\_\_

DERECHO \_\_\_\_\_

92).- ¿VES BIEN? \_\_\_\_\_

OJO DERECHO \_\_\_\_\_

OJO IZQUIERDO \_\_\_\_\_

93).- ¿TIENES DIFICULTAD PARA HABLAR? \_\_\_\_\_

94).- ¿TIENES DIFICULTAD PARA CONTROLAR EL MOVIMIENTO DE: \_\_\_\_\_

PIES \_\_\_\_\_ CABEZA \_\_\_\_\_ MANOS \_\_\_\_\_ CUERPO \_\_\_\_\_

95).- SI TIENES ALGUNA ENFERMEDAD NERVICA MENCIONALA \_\_\_\_\_

96).- ¿HAS TENIDO O TIENES TICS NERVIOSOS? \_\_\_\_\_

97).- EN TU FAMILIA ¿ALGUIEN SUPRE ALCOHOLISMO, EPILEPSIA, DESORDEN MENTAL? \_\_\_\_\_

AREA FISIOLOGICA

98).- ¿SIENTES QUE TE LATE EL CORAZON MUY RAPIDAMENTE O MUY LENTO? \_\_\_\_\_

99).- ¿SIENTES DEMASIADO GAS EN EL INTESTINO? \_\_\_\_\_

100).- ¿TE OCURREN DIARRIAS PROVOCADAS POR TEMOR? \_\_\_\_\_

101).- ¿TIENES GASTRITIS O ULCERA? \_\_\_\_\_

102).- ¿TIENES CONTROL SOBRE TU ORINADO Y DEFECCADO? \_\_\_\_\_

103).- ¿SIENTES MAREOS? \_\_\_\_\_

104).- ¿PUEDES AFLOJAR LOS MUSCULOS? \_\_\_\_\_

105).- ¿TE SIENTES CANSADO (A) CONSTANTEMENTE? \_\_\_\_\_

106).- ¿NO PUEDES RELAJARTE? \_\_\_\_\_

107).- ¿SIENTES TENSION? \_\_\_\_\_

108).- ¿SIENTES QUE TE TIEMBLA EL CUERPO? \_\_\_\_\_

109).- ¿TIENES DOLORES DE CABEZA CONTINUAMENTE? \_\_\_\_\_

110).- ¿TIENES PESADILLAS? \_\_\_\_\_

111).- ¿NO PUEDES DORMIR? \_\_\_\_\_

112).- ¿TIENES ANSIEDAD CONSTANTEMENTE? \_\_\_\_\_

113).- ¿TIENES ANGUSTIA CONSTANTEMENTE? \_\_\_\_\_

114).- ¿SIENTES MIEDOS INESPECIFICOS? \_\_\_\_\_

115).- ¿TE SURGEN LOS MISLOS PENSAMIENTOS CONSTANTEMENTE? \_\_\_\_\_

116).- ¿REPITES ALGUNA ACTIVIDAD SIN RAZON CONSTANTEMENTE? \_\_\_\_\_

117).- ¿CUALES CONSIDERAS QUE SON TUS PROBLEMAS ACTUALES? \_\_\_\_\_

- 118).- EXPLICA COMO HA SIDO TU PROBLEMA (S) DESDE EL PRINCIPIO HASTA EL MOMENTO ACTUAL Y COMO SE HA IDO DESARROLLANDO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 119).- COMO CALIFICAS TU PROBLEMA (S):  
LIGERO \_\_\_\_\_ MODERADO \_\_\_\_\_ SEVERO \_\_\_\_\_ MUY SEVERO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ EXTREMADAMENTE GRAVE \_\_\_\_\_
- 120).- HAS CONSULTADO TU PROBLEMA CON ALGUN PROFESIONISTA?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 121).- ¿CON QUIENES? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 122).- ¿QUIEN TE ENVIO AL TRATAMIENTO? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 123).- ¿TE GUSTA TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS? \_\_\_\_\_
- 124).- ¿CON QUE FRECUENCIA INGIERES BEBIDAS ALCOHOLICAS? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 125).- ¿QUE CANTIDAD DE BEBIDAS ALCOHOLICAS CONSUMES? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 126).- ¿BEBES SOLO O ACOMPAÑADO? \_\_\_\_\_
- 127).- ¿POR QUE INGIERES BEBIDAS ALCOHOLICAS? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 128).- ¿QUE TIPO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS INGIERES? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 129).- ¿CONSUMES ALGUN TIPO DE DROGA? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 130).- ¿QUE CANTIDAD CONSUMES? \_\_\_\_\_
- 131).- ¿DESDE CUANDO LA (S) CONSUMES? \_\_\_\_\_
- 132).- ¿CON QUE FRECUENCIA LA (S) CONSUMES? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 133).- ¿EN QUE CONDICIONES AMBIENTALES CONSUMES LA DROGA? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 134).- ¿LA CONSUMES SOLO O ACOMPAÑADO? \_\_\_\_\_
- 135).- ¿CUAL FUE EL MOTIVO INICIAL PARA CONSUMIR LA DROGA? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 136).- ¿CUALES SON LOS MOTIVOS ACTUALES PARA QUE SIGAS CONSUMIENDO LA DROGA? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 137).- ¿CÓMO TE SIENTES ANTES DEL USO DE LA DROGA? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 138).- ¿CÓMO TE SIENTES DURANTE EL USO DE LA DROGA? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 139).- ¿CÓMO TE SIENTES DESPUES DEL USO DE LA DROGA? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 140).- ¿TE CREAN PROBLEMAS EL USO DE LA (S) DROGA (S)? \_\_\_\_\_
- 141).- ¿TU FAMILIA TIENE CONCIENCIA DE QUE USAS DROGA? \_\_\_\_\_
- 142).- ¿QUE PIENSA TU FAMILIA ACERCA DE TU CONSUMO DE DROGA (S)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AREA AFECTIVA**

- 143).- TE VOY A MENCIONAR UNA SERIE DE TERMINOS, INDICALE LOS QUE SE --  
APLIQUEN A TI:
- ME SIENTO DESPRECIABLE, INUTIL, UN DON NADIE.
  - ME SIENTO RESENTIDO, INADECUADO, INCOMPETENTE, INGENUO, NO PUEDO HACER NADA BIEN.
  - ME SIENTO CULPABLE, DIABOLICO, INMORAL.
  - TENGO PENSAMIENTOS HORRIBLES, SOY HOSTIL, ESTOY LLENO DE ODI0.
  - SOY ANSIOSO, AGITADO, COBARDE, AGRESIVO.
  - SOY NEGATIVO, PEO, DEPORLE, DESAGRADABLE.
  - ME SIENTO MENOS QUE LOS DEMAS.

- HE SENTIDO GANAS DE MATARLE O HE PENSADO EN ELLO.
- ME SIENTO DEMASIADO AMBICIOSO.
- ME SIENDO DEPRIMIDO, SOLITARIO, SIN AMOR.
- SOY UN INCOMPREDIDO.
- SOY CONFUSO, INSEGURO, CONFLICTIVO, PESAROSO.
- SOY AFECTIVO, SIMPATICO, INTELIGENTE, ATRACTIVO, SEGURO, CONSIDERADO.
- SOY TIRIDO.
- SOY DESCONFIADO.
- SOY UTIL COMPETENTE, PUEDO HACER LAS COSAS BIEN.
- ME SIENTO IGUAL DE COMPETENTE QUE LOS DEMAS.
- SOY CONSIDERADO.
- SOY TRANQUILLO.
- ME SIENTO QUE TENGO VALOR ANTE CUALQUIER SITUACION.
- SOY ALEGRE.
- SOY CAPAZ DE EXPRESAR MI AFECTO.
- SOY CAPAZ DE EXPRESAR MI TERNURA.
- SOY CAPAZ DE EXPRESAR MI AMOR.
- SOY CAPAZ DE EXPRESAR MI ODIIO.
- SOY CAPAZ DE EXPRESAR MI CORAJE.
- SOY CAPAZ DE EXPRESAR MI MIEDO.
- SOY CAPAZ DE CONTROLAR MI CORAJE.
- SOY CAPAZ DE CONTROLAR MI ODIIO.

144).- ¿HAS TENIDO ALGUN PERIODO EN QUE NO PUEDES CONTROLAR EL LLANTO?

145).- ¿HAS TENIDO ALGUN PERIODO EN QUE NO PUEDES CONTROLAR LA COBIERA?

BIS).- ¿TE HAS LLEGADO A GOLPEAR INTENCIONALMENTE?

146).- ¿TE DA POR DESTRUIR OBJETOS?

147).- ¿TE SIENTES DE MAL HUMOR CONSTANTEMENTE?

148).- ¿DESCRIBE LAS SITUACIONES QUE TE HACEN SENTIR ANSIOSO (A)?

149).- MENCIONA LOS MIEDOS O EXPERIENCIAS ANGSTIANTES QUE TENGAS

150).- ¿GUARDAS RESENTIMIENTO HACIA ALGUN FAMILIAR CERCANO O A ALGUIEN MAS?

151).- MENCIONA LAS CAUSAS DE TU RESENTIMIENTO

152).- ¿QUIEN ES LA PERSONA MAS IMPORTANTE EN TU VIDA?

153).- ¿QUE SUCESOS TE HAN CAUSADO UNA PROFUNDA TRISTEZA?

154).- ¿QUE SUCESOS TE HAN CAUSADO UNA GRAN HUMILLACION?

155).- ¿QUE SUCESO (S) TE HIZO SENTIR CON UN GRAN FRACASO?

156).- ¿QUE SUCESOS TE HAN CAUSADO UNA GRAN ALEGRIA?

157).- ¿QUE SUCESO TE CAUSO UNA GRAN SATISFACCION?

158).- ¿QUE TIPO DE SITUACIONES TE HACEN SENTIR EN CALMA O RELAJADO?

159).- ¿TE DESAGRADAN LAS VACACIONES Y LOS FINES DE SEMANA?

160).- TE VCY A MENCIONAR SOLO EL SOLO EL PRINCIPIO DE ALGUNAS ORACIONES QUE VAS A COMPLETAR DESCUBRIENDOTE A TI MISMO (A) :

YO SOY

YO SOY

YO SOY

- YO SOY \_\_\_\_\_
- YO SOY \_\_\_\_\_
- YO SIENTO \_\_\_\_\_
- YO PIENSO \_\_\_\_\_
- YO DESEO \_\_\_\_\_
- YO DESEO \_\_\_\_\_
- YO DESEO \_\_\_\_\_
- YO DESEO \_\_\_\_\_

AREA ACADEMICA:

- 161).- ¿SABES LEER? \_\_\_\_\_
- 162).- ¿SABES ESCRIBIR? \_\_\_\_\_
- 163).- ¿SABES SUMAR? \_\_\_\_\_
- 164).- ¿SABES RESTAR? \_\_\_\_\_
- 165).- ¿SABES MULTIPLICAR? \_\_\_\_\_
- 166).- ¿SABES DIVIDIR? \_\_\_\_\_
- 167).- ¿SE TE DIFICULTA APRENDER? \_\_\_\_\_
- 168).- ¿SE TE OLVIDAN LAS COSAS QUE APRENDISTE RECIENTEMENTE? \_\_\_\_\_
- 169).- ¿SE TE OLVIDAN LAS COSAS QUE APRENDISTE HACE TIEMPO? \_\_\_\_\_

DATOS CONDUCTUALES:

(SOLO EN CASO DE HABER EVIDENCIAS, DE SER NECESARIO ESTE TIPO DE ENTRENAMIENTO O SER NIÑOS MENORES DE 8 AÑOS).

- 170).- ¿TE LAVAS LA CARA Y LAS MANOS DIARIAMENTE? \_\_\_\_\_
- 171).- ¿TE LAVAS LAS MANOS ANTES DE COMER? \_\_\_\_\_
- 172).- ¿TE LAVAS LOS DIENTES DIARIAMENTE? \_\_\_\_\_
- 173).- ¿SABES BAÑARTE SOLO? \_\_\_\_\_
- 174).- ¿MANTIENES GENERALMENTE TU URAS A CABALO? \_\_\_\_\_
- 175).- ¿SABES USAR LA CUCHARA, CUCHILLO, TALLADOR? \_\_\_\_\_
- 176).- ¿TE ORINAS Y/O TE DEPECAS EN LOS PANTALONES? \_\_\_\_\_
- 177).- ¿TE ORINAS Y/O TE DEPECAS EN LA CAMA? \_\_\_\_\_
- 178).- ¿SABES PONERTE BIEN TU ROPA Y DEMAS PRENDAS DE VESTIR? \_\_\_\_\_
- 179).- ¿AYUDAS A HACER EL QUEHACER DE TU CASA? \_\_\_\_\_

- 180).- \_\_\_\_\_
- 181).- ¿ERES BERRINCHUDO? \_\_\_\_\_
- 182).- ¿ERES DEMASIADO INQUIETO? \_\_\_\_\_
- 183).- ¿QUE ACTIVIDADES TE GUSTAN? \_\_\_\_\_
- 184).- ¿QUE ACTIVIDADES TE ABURREN? \_\_\_\_\_
- 185).- ¿HACES LAS ACTIVIDADES QUE SE TE ENCARGAN? \_\_\_\_\_

DATOS DE RELACIONES INTERPERSONAL-SOCIAL:

- ✓ 186).- ¿TE AISLAS CON DEMASIADA FRECUENCIA? \_\_\_\_\_
- ✓ 187).- ¿LE PEGAS A LOS DEMAS? \_\_\_\_\_
- ✓ 188).- ¿HACES AMIGOS FACILMENTE? \_\_\_\_\_
- ✓ 189).- ¿MANTIENES LA AMISTAD? \_\_\_\_\_
- ✓ 190).- ¿ERES CAPAZ DE AYUDAR A OTRAS PERSONAS? \_\_\_\_\_
- 191).- ¿COMO TE DESCRIBIRIA TU MEJOR AMIGO (A)? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 192).- ¿COMO TE RELACIONAS CON TUS MAESTROS? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ✓ 193).- ¿COCO TE RELACIONAS CON PERSONAS DEL SEXO OPUESTO? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- 194).- ¿COMO TE RELACIONAS CON PERSONAS DEL MISMO SEXO? \_\_\_\_\_
- 195).- ¿COMO TE RELACIONAS CON PERSONAS MENORES QUE TU? \_\_\_\_\_
- 196).- ¿COMO TE RELACIONAS CON PERSONAS MAYORES QUE TU? \_\_\_\_\_
- 197).- ¿COMO TE RELACIONAS CON LAS AUTORIDADES? \_\_\_\_\_

DATOS SEXUALES:

- 198).- ¿EN TU CASA HUBO INSTRUCCION SEXUAL? \_\_\_\_\_  
EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE
- 199).- ¿EN QUE CONSISTIO? \_\_\_\_\_
- 200).- ¿CUALES FUERON LAS ACTITUDES QUE TUVIERON TUS PADRES HACIA EL SEXO? \_\_\_\_\_
- 201).- ¿HAS TENIDO EXPERIENCIAS DE MASTURBACION? \_\_\_\_\_
- 202).- ¿HAS TENIDO ALGUNA EXPERIENCIA DE ANSIEDAD O SENTIMIENTOS DE CULPA SURGIDOS POR LA MASTURBACION? \_\_\_\_\_
- 203).- ¿DE NIÑO FUERON REPRIMIDOS TUS IMPULSOS SEXUALES? \_\_\_\_\_
- 204).- ¿CUANDO Y COMO SENTISTE TU PRIMER IMPULSO SEXUAL? \_\_\_\_\_
- 205).- ¿HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES? \_\_\_\_\_
- 206).- ¿HAS TENIDO CON PERSONAS DEL MISMO SEXO O DE OTRO SEXO? \_\_\_\_\_
- 207).- ¿TE SIEMPRE ATRAIDO (A) CON PERSONAS DEL MISMO SEXO? \_\_\_\_\_
- 208).- ¿HAN SIDO SATISFATORIAS TUS RELACIONES SEXUALES? \_\_\_\_\_
- 209).- ¿DURANTE TUS RELACIONES SEXUALES HAS EXPERIMENTADO ALGUN DOLOR EN ORGANOS SEXUALES? \_\_\_\_\_
- 210).- ¿PUEDES DE HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES DE LOS SIGUIENTES TERMINOS DE AQUELLOS QUE SE APLICA A TI:  
ANGUSTIA \_\_\_\_\_  
VERGUEZA \_\_\_\_\_  
RECORDAMIENTO \_\_\_\_\_  
REPULSION \_\_\_\_\_  
SATISFACCION \_\_\_\_\_  
MIEDO \_\_\_\_\_  
GUSTO \_\_\_\_\_  
RELAJAMIENTO \_\_\_\_\_

DATOS DE RELIGION:

- 211).- ¿CUAL ES TU RELIGION? \_\_\_\_\_
- 212).- ¿QUE INSTRUCCION RELIGIOSA TE HA DADO? \_\_\_\_\_
- 213).- ¿PRACTICAS TU RELIGION? \_\_\_\_\_

DATOS DEL DESARROLLO:

- (PARA EL TUTOR)
- 214).- ¿CUAL FUE LA SALUD DE LA MADRE DEL PACIENTE DURANTE EL EMBARAZO? \_\_\_\_\_
- 215).- ¿CUAL FUE LA ALIMENTACION QUE TUVO LA MADRE DEL PACIENTE DURANTE EL EMBARAZO? \_\_\_\_\_
- 216).- ¿A LOS CUANTOS MESES SE SENTO SOLO? \_\_\_\_\_
- 217).- ¿A LOS CUANTOS MESES SOSTUVO LA CABEZA SOLO? \_\_\_\_\_
- 218).- ¿A LOS CUANTOS MESES SE PUSO DE PIE SOLO? \_\_\_\_\_
- 219).- ¿A LOS CUANTOS MESES CAMINO? \_\_\_\_\_
- 220).- ¿A LOS CUANTOS MESES COMENZO A HABLAR? \_\_\_\_\_
- 221).- ¿LE FUERON APLICADAS TODAS SUS VACUNAS? \_\_\_\_\_
- 222).- ¿A LOS CUANTOS AÑOS HABLO BIEN? \_\_\_\_\_

223).- ¿DIGA SI DURANTE LA INFANCIA EL PACIENTE:

- TUVO PESADILLAS \_\_\_\_\_
- SE CHUPO EL DEDO \_\_\_\_\_
- SE MORDIA LAS UÑAS \_\_\_\_\_
- SE LEVANTABA DORMIDO \_\_\_\_\_
- TARTAMUDEABA \_\_\_\_\_
- ERA BERRINCHUDO \_\_\_\_\_
- LLORON \_\_\_\_\_
- AGRESIVO \_\_\_\_\_

224).- ¿NOTO ALGUN PROBLEMA DURANTE LA INFANCIA? \_\_\_\_\_

225).- ¿QUE RELACION LLEVABA CON EL NIÑO (A)? \_\_\_\_\_

226).- ¿JUGABA CON EL NIÑO? \_\_\_\_\_

227).- ¿LO AYUDABA CON SUS TAREAS? \_\_\_\_\_

228).- ¿LO (A) CASTIGABA? \_\_\_\_\_ ¿COMO? \_\_\_\_\_

229).- ¿LO PREMIABA CUANDO HACIA ALGO BUENO? \_\_\_\_\_

230).- ¿COMO LO PREMIABA? \_\_\_\_\_

231).- ¿TUVO ALGUN ACCIDENTE TRAUMATICO DURANTE LA INFANCIA? DESCRIBA: \_\_\_\_\_

SI DESEAS AMPLIAR LA INFORMACION RESPECTO A CUALQUIERA DE LOS PUNTOS --  
TRATADOS ANTERIORMENTE O ALGUN OTRO PUNTO NO TRATADO PUEDES HACERLO.

¿ESTARIAS DISPUESTO (A) A PARTICIPAR EN UN PROGRAMA CUYA META SEA ENSE-  
ÑARTE NUEVAS FORMAS DE CONDUCTA? \_\_\_\_\_

¿PERMITIRIAS LA ENTRADA DE UN PSICOLOGO A TU CASA? \_\_\_\_\_

¿QUE METAS DESEAS ALCANZAR? \_\_\_\_\_

¿QUE ESPERAS DE LA TERAPIA? \_\_\_\_\_

INVENTARIO DE TEMORES

A continuación encontrará usted una serie de cosas y experiencias que pueden causar miedo u otras sensaciones desagradables. Imagínese frente a cada una de esas situaciones y coloque el número de cada ítem en alguna de las cinco columnas de la derecha: LA QUE MEJOR DESCRIBA QUE TANTO LE PERTURBA DICHA SITUACION EN SU VIDA ACTUAL.

	Nunca	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo
1.- Ruido de aspiradoras					
2.- Heridas abiertas					
3.- Estar solo (a)					
4.- Estar en un lugar extraño					
5.- Voces altas					
6.- Personas muertas					
7.- Hablar en público					
8.- Cruzar las calles					
9.- Gente que parece loca					
10.- Caer					
11.- Automóviles					
12.- Ser embromado o importunado					
13.- Dentistas					
14.- El Trueno					
15.- Sirenas					
16.- Fracaso					
17.- Entrar en un lugar donde otros ya están sentados					
18.- Lugares altos					
19.- Mirar hacia abajo desde edificios altos.					
20.- Gusanos					
21.- Criaturas imaginarias					
22.- Desconocidos					
23.- Recibir inyecciones					
24.- Murciélagos					
25.- Viajes en tren					
26.- Viajes en autobús					
27.- Viajes en automóvil					
28.- Sentir cólera o furia					
29.- Gente de autoridad					
30.- Insectos voladores					
31.- Ver inyectar a otra persona					
32.- Ruidos repentinos					
33.- Tiempo nublado					
34.- Multitudes					
35.- Espacios largos y abiertos					
36.- Gatos					
37.- Una persona amenazando a otra					
38.- Gente con apariencia de maleante					
39.- Pájaros					
40.- Ver aguas profundas					
41.- Ser observado al trabajar					
42.- Animales muertos					
43.- Armas					
44.- Suciedad					

	Nunca	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo.
45.- Insectos que se arrastran					
46.- Gente fea					
47.- Ver pelear					
48.- Fuego					
49.- Gente enferma					
50.- Perros					
51.- Ser criticado					
52.- Figuras extrañas					
53.- Estar en un elevador					
54.- Presenciar operaciones					
55.- Gente enojada					
56.- Ratones					
57.- Sangre humana					
58.- Sangre animal					
59.- Partida de amigos					
60.- Lugares cerrados					
61.- Perspectiva de una operación					
62.- Sentirse rechazado por otros					
63.- Aviones					
64.- Olores a medicina					
65.- Sentirse desaprobado					
66.- Serpientes inofensivas					
67.- Cementerios					
68.- Ser ignorado					
69.- Oscuridad					
70.- Perderse un latido cardíaco					
71.- Hombre desnudo					
72.- Mujer desnuda					
73.- Relámpago					
74.- Doctores					
75.- Personas deformes					
76.- Cometer errores					
77.- Parecer bobo (a)					
78.- Tener náuseas					
79.- Perder el control					
80.- Desmayarse					
81.- Arañas					
82.- Ser responsabilizado para tomar decisiones.					
83.- Vista de cuchillos u objetos cortantes					
84.- Convertirse en enfermo mental					
85.- Estar con un hombre					
86.- Estar con una mujer					
87.- Tomar exámenes escritos					
88.- Ser tocado por otros					
89.- Sentirse diferente de otros					
90.- Silencios en la conversación					

¡ G R A C I A S !

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE WILLOUGHBY

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

**INSTRUCCIONES:** Las preguntas de este cuestionario intentan indicar varias características emocionales de la personalidad. No es un Test en ningún sentido puesto que no existen respuestas correctas o equivocadas. Después de cada pregunta encontrará usted una lista de números cuyo significado se indica dos líneas abajo. Todo lo que usted tiene que hacer, es encerrar en un círculo el número que **MEJOR** describa sus características personales.

- 0 SIGNIFICA "NO", "NUNCA", "DE NINGUNA MANERA", ETC.
- 1 SIGNIFICA "UN POCO", "ALGUNAS VECES", "ALGO", ETC.
- 2 SIGNIFICA "CASI LA MITAD DE LAS VECES SI, Y LAS OTRAS NO".
- 3 SIGNIFICA "USUALMENTE", "BASTANTE", "A MENUDO", ETC.
- 4 SIGNIFICA "PRACTICAMENTE SIEMPRE", "DEL TODO", ETC.

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1.- ¿Se pone ansioso si tiene que hablar o hacer cualquier cosa frente a un grupo de extraños?               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22.- ¿Se preocupa si hace el ridículo o si siente que ha <u>pa</u> recido bobo?                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.- ¿Le lastima fácilmente lo que alguna gente le haga o - le diga?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.- ¿Permanece aislado en las situaciones sociales?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.- ¿Tiene cambios de humor que no puede explicar ?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6.- ¿Se siente incómodo cuando conoce gente nueva ?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7.- ¿Sueña despierto frecuentemente?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.- ¿Se desanima fácilmente, por fracaso o crítica ?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.- ¿Dice cosas de prisa y después se arrepiente ?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10.- ¿Constantemente se siente perturbado por la mera presen- cia de otra gente?                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11.- ¿Llora fácilmente?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12.- ¿Le molesta que haya gente observando su trabajo aun - que lo esté haciendo bien?                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13.- ¿La crítica lo hiere mucho?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14.- ¿Cruza la calle para evitar encontrarse con alguien?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15.- ¿En una recepción se aparta para encontrarse con el per- sonaje importante?                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16.- ¿A menudo se siente completamente miserable?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17.- ¿Duda en intervenir en una discusión o debate con un - grupo de gente a quien usted más o menos conoce? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18.- ¿Tiene sensación de aislamiento estando o no con otra gente?  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19.- ¿Se cohibe frente a sus superiores (maestros, jefes, - autoridades)                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20.- ¿Carece de confianza en su habilidad para hacer cosas y enfrentarse a nuevas situaciones?               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21.- ¿Se siente cohibido con respecto a su apariencia aun - cuando esté bien vestido y arreglado?            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22.- ¿Se atemoriza ante la vista de sangre, heridas y des - trucción, aún cuando no haya peligro para usted? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23.- ¿Siente que otras personas son mejores que usted?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24.- ¿Es difícil para usted decidirse?   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

CUESTIONARIO A-2.

Este cuestionario nos permitirá un conocimiento más preciso y profundo de su problema, lo cual nos permitirá ayudarle de una manera más eficaz. Trate, por lo tanto, de responder con la mayor sinceridad posible. Muchas gracias.

RELLENE EL CIRCULO QUE DESCRIBA SU SITUACION  
CON MAYOR EXACTITUD.

	SI	NO
1.- Cuando se encuentra con una persona visiblemente falsa, ¿es usted capaz de decirle algo acerca de este defecto?	0	0
2.- ¿Se está cuidando siempre de no tener problemas con la gente?	0	0
3.- ¿Frecuentemente evita contactos sociales por temor a hacer o decir algo <u>in</u> correcto?	0	0
4.- Si un amigo revela las confidencias que usted le ha hecho ¿podría decirle lo que realmente ha sentido?	0	0
5.- En el caso de que tuviera un compañero (a) de cuarto, ¿insistiría en que hiciera la parte de quehacer que le corresponde?	0	0
6.- Si el dependiente de una tienda atendiera primeramente a alguien que llegó después de usted, ¿le reclamaría su actitud?	0	0
7.- ¿Le parece que hay muy poca gente con la cual se siente tranquilo y pase <u>ra</u> tos agradables?	0	0
8.- ¿Dudaría usted al tener que solicitar a un buen amigo el préstamo de unos cuantos pesos?	0	0
9.- ¿Si le ha prestado cincuenta pesos a alguien que parece haberlo olvidado, se lo recordaría?	0	0
10.- Si una persona le juega bromas constantemente ¿se le hace difícil expresarle su molestia o desagrado?	0	0

	SI	NO
11.- ¿Permanecería parado en la parte posterior de un auditorio lleno de gente en lugar de buscar un asiento en la parte delantera?	0	0
12.- Si alguien patea constantemente la parte posterior de su asiento en un cine, ¿le pediría usted que dejara de hacerlo?	0	0
13.- ¿Si un amigo le llama por teléfono a horas avanzadas durante todas las noches, ¿le pediría que no llamara después de ciertas horas?	0	0
14.- Si su interlocutor se pone a hablar con otra persona justo en la mitad de su conversación con usted, ¿le expresaría su molestia?	0	0
15.- Si usted ordena una carne a medio asar en un restaurante lujoso, y se la sirven casi cruda, ¿le pediría al mesero que se la cociera un poco más?	0	0
16.- Si su casero no cumple con ciertas reparaciones que ha prometido hacer, ¿insistiría en que las hiciera?	0	0
17.- ¿Devolvería una prenda de vestir defectuosa que hubiese comprado días antes?	0	0
18.- Si una persona a la que respeta manifiesta puntos de vista con los cuales usted está en franco desacuerdo, ¿expresaría su propia opinión?	0	0
19.- ¿Es usted capaz de decir "NO" cuando la gente le hace peticiones irrazonables?	0	0
20.- ¿Piensa usted que la gente debería hacer valer sus propios derechos?	0	0

---



Arquitectura 49  
Local B.  
Tel: 6 59-73-33

Ps. Experimento

Do Frederico Ruente Silva

28-6-84