

Azul claro



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA

UNAM



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

001
31921
L2
1982-1

**ENTRENAMIENTO ASERTIVO EN
SUJETOS ALCOHOLICOS**

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

Teresa Larios Navarrete



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.

RECONOCIMIENTOS:

C.DR. CARLOS J. CASTAÑEDA GONZALEZ
DIRECTOR DEL CENTRO PARA LA PREVENCION DEL
ALCOHOLISMO DE LA SRIA. DE SALUBRIDAD Y -
ASISTENCIA DEPENDIENTE DE LA SALUD MENTAL.

C. ING. O. F. B. JORGE DANTON DE LA HUERTA CHAVEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE QUIMICA DEL SERVICIO -
MEDICO FORENSE.

C. DR. RAFAEL MORENO GONZALEZ
DIRECTOR DE SERVICIOS PERICIALES DE LA
PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL -
DISTRITO FEDERAL.

C. DR. RAMON FERNANDEZ PEREZ
DIRECTOR DEL SERVICIO MEDICO FORENSE.
(SEMEFO).

MI MAS SINCERO AGRADECIMIENTO AL INGENIERO MIGUEL OSCAR AGUILAR RUIZ SUBDIRECTOR DE SERVICIOS PERICIALES DE LA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL - POR SU COMPRESION, POR LA AYUDA QUE ME BRINDO Y POR EL TRATO TAN HUMANO Y FINO QUE ME DIO EN TODAS LAS OCASIONES QUE TUVE EL PLACER DE CONVERSAR CON USTED.

A MI ASESOR DE TESIS DOCTORA EN PSICOLOGIA CLINICA
ELVA GRACIELA BONAVIDES PALACIOS QUIEN AGRADESCO -
SU GUIA EN LA ELABORACION DEL PRESENTE TRABAJO.

LIC. JAVIER VILA CARRANZA.
NO TENGO PALABRAS PARA -
AGRADECER SU TAN ATINADA
Y TAN GENTIL SUPERVISION.

LIC. GILBERTO LIMON ARCE.
MIL GRACIAS POR SU AYUDA
QUE ME BRINDO EN SUPERVI-
SARME.

A MIS PADRES
CON GRAN AGRADECIMIENTO
ADMIRACION Y CARIÑO.

A MIS SOBRINOS
COMO UN ESTIMULO PARA
SU PERSONAL SUPERACION.

"Todos los hombres que conozco
son superiores a mi en algún
sentido. En ese sentido, aprendo
de ellos".

Emerson.

CAPITULO I	INTRODUCCION.	1
	OBJETIVO . . . . .	.2
A)	SUPUESTOS TEORICOS DEL ALCOHOLISMO . . . . .	.3
	- definición de Alcoholismo	3
	- evolución del alcoholismo	4
	- acciones farmacológicas del Alcohol Etílico . . . . .	.13
	- diagnóstico de la intoxicación alcohólica . . . . .	.17
	- determinación del Estado de Ebriedad . . . . .	.18
	- cromatografía de Gases . . . . .	.19
	- tipos de bebedores . . . . .	.21
	- clasificación de alcohólicos . . . . .	.22
	- uso y abuso de la sustancia nociva para la salud que causa dependencia: El Alcohol	23
	- modelo empírico - conductual del abuso del Alcohol	25
	- evaluación conductual del abuso de Alcohol	27
	- factores o variables que influyen en el consumo de Alcohol . . . . .	.27
	- rehabilitación conductual del Alcoholismo . . . . .	.32
	- aplicaciones del entrenamiento asertivo para los alcohólicos . . . . .	.39
B)	SUPUESTOS TEORICOS DE LA CONDUCTA ASERTIVA . . . . .	.48
	- definición de conducta asertiva	48
	- componentes de la conducta asertiva	50
	- determinantes situacionales de la conducta asertiva.	50
	- variables dependientes . . . . .	.51
	- objetivo del Entrenamiento Asertivo	51
	- definición de entrenamiento asertivo . . . . .	.51
	- técnicas utilizadas en el entrenamiento asertivo . . . . .	.52

- tipos de entrenamiento asertivo	52
- tipo de población que han utilizado los - autores.	53
- medidas y evaluaciones propuestas para la conducta asertiva	54
CAPITULO II METODO:SUJETOS	55
DISEÑO	55
ESCENARIO	55
APARATOS	55
MATERIALES	56
DEFINICION DE VARIABLES DEPENDIEN- TES E INDEPENDIENTES	56
PROCEDIMIENTO	57
CAPITULO III RESULTADOS	63
CAPITULO IV FIGURAS	67
CAPITULO V TABLAS	120
CAPITULO VI CONCLUSIONES	136
CAPITULO VII SUGERENCIAS	140
CAPITULO VIII APENDICES	142
CAPITULO IX BIBLIOGRAFIA	189

C A P I T U L O I

I N T R O D U C C I O N

El tema del trabajo es Entrenamiento Asertivo en Sujetos Alcohólicos.

El interés por abordar el tema del alcoholismo radica en que es uno de los problemas que más afecta a la humanidad encontrándose vinculado en delitos por violencias, familias disueltas, accidentes ferroviarios y automovilísticos, asesinatos, suicidios y ausentismo laboral (Favela, Reyes y Canales, 1975).

En nuestro país el alcoholismo abarca a una parte importante de la población generando esto graves problemas sociales, tanto en las colectividades urbanas como en las rurales (Guerra, 1977).

Bastaría examinar las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud en las que el alcoholismo ocupa un lugar tan preponderante como causa principal de mortalidad a nivel mundial, además de sus repercusiones sociales (accidentes, crímenes, rupturas familiares etc) y económicas a la industria al medio rural a las naciones (Velasco, 1977).

En México no son pocas las defunciones que causa el alcoholismo en forma directa e indirecta, en 1979 se observó que hubo 111 suicidios, 248 homicidios, 321 muertes ocurridas en hechos de tránsito, donde se encontró involucrado el alcohol (Datos proporcionados por el Departamento de Estadística del Servicio Médico Forense (1982)).

La estadística de las incidencias cometidas por el delito de ataque a las vías de comunicación manejando en estado de Ebriedad por mayores de edad fué de 1,969; en menores de edad de 19, en total hubo 1,988 denuncias en las agencias investigadoras del Ministerio Público en el Distrito Federal durante el período anual de 1981, (Datos proporcionados por el Departamento de Información y Estadística de la Procuraduría General de Justicia del D.F. (1982)).

En estudios realizados por (Cappell y Herman, 1972; Raymond, Higgins y Marlatt, 1973; Miller, Hersen, Richard, Eisler y Hilsman, 1974; Higgins y Marlatt, 1975) hicieron observaciones al respecto de que algunos sujetos inician su carrera de alcoholismo como una respuesta a eventos de mucho - - stress debido a que carecen de habilidades sociales y ésto origina que caigan en un estado de stress que mitigan ingiriendo alcohol dando ésto como resultado un decremento del stress.

Por lo anterior se planeó este trabajo que tuvo como objetivo: comprobar la relación que existe entre la falta de habilidades sociales con el excesivo beber y que los alcohólicos disminuyeran su ingesta de alcohol con el entrenamiento asertivo.

El grupo social al que fué dirigida la aplicación de este entrenamiento fué a un grupo de veinticuatro personas alcohólicas con las siguientes características, estar dentro del rango de edad de 20 a 45 años, no tener daño cerebral, ser farmacodependientes exclusivamente al alcohol, no estar bajo tratamiento farmacológico.

La importancia clínica de este trabajo radica en que el Entrenamiento Asertivo se dió a sujetos de consulta externa y ésto tuvo como implicaciones que fuera difícil de poder controlar las variables extrañas que se presentaron en el ambiente natural de los pacientes, al mismo tiempo se tuvo la ventaja de que se diera la generalización a comparación de investigaciones donde han utilizado sujetos hospitalizados o infrahumanos donde se tiene la desventaja de que no se de la generalización debido a que se encuentran recluidos o en cautiverio, ésto tiene la ventaja de que el experimentador pueda controlar las variables extrañas dado que no se encuentran en su ambiente natural por lo que considero que tiene validez la investigación que se llevó a cabo.

A continuación se mencionaran los dos tipos de fundamentación teórica, supuestos teóricos del alcoholismo y supuestos teóricos de la asertividad donde se incluyen puntos donde son ampliados en varias secciones por separado, se hizo necesario una sección de alcoholismo y su rehabilitación y otra sección de asertividad en donde cada uno de estos temas fueron desarrollados exhaustivamente, donde el estudio realizado se relaciona con trabajos anteriores en el campo de el entrenamiento asertivo en sujetos alcohólicos.

Se hace la observación de que en los primeros nueve subtemas de los Supuestos Teóricos del Alcoholismo no entran dentro del enfoque de la Psicología Conductual por lo que no se esta de acuerdo con ellos porque difieren de la Psicología Conductual.

La razón por la que se incluyeron es para dar al lector una visión general del alcoholismo para enriquecer sus conocimientos a los diversos grados culturales que la consulten.

A) SUPUESTOS TEORICOS DEL ALCOHOLISMO.

- DEFINICION DE ALCOHOLISMO.

Aunque la existencia de el alcoholismo no se pone en duda, no se ha llegado casi a ningún acuerdo en lo referente a una definición adecuada y aceptable de transtorno (Yates, 1977).

Desde que el fenómeno del alcoholismo existe, se ha intentado definirlo de acuerdo con los conocimientos que se tienen a la mano, y también de acuerdo a la formación doctrinaria de quien propone la definición, aún hoy, no existe un acuerdo general sobre una definición que resulte inobjetable (Velasco, 1977).

En los últimos años el concepto de alcoholismo como enfermedad ha ganado adeptos entre los profesionales y el público (Jellinek, 1960). Sin embargo, subsiste el desacuerdo en torno al significado del término "enfermedad".

- EVOLUCION DEL ALCOHOLISMO.

Uno de los méritos que con razón se le adjudica a - - - Jellinek es el de haber realizado un análisis sistemático del alcoholismo por entidades perfectamente delimitadas. Tal investigador partiendo de los resultados que obtuvo de la experiencia de dos mil alcohólicos recuperados, circunscribió la evolución del alcoholismo hacia términos no sológicos precisos y elaboró un esquema que hoy lleva su nombre.

Si nosotros hacemos una aplicación correcta del Esquema - de Jellinek, es decir considerando antes que el alcohol es un agente cuya acción no sólo depende de él, sino de - aquello sobre lo cual actúa, obtendremos una guía útil - para emplearla en la clínica. Con lo anterior, queremos decir que los alcohólicos no siempre recorrerán las fases del padecimiento que se mencionan, ni mucho menos que el bebedor llegue obligadamente a la última etapa rigurosa - mente patológica: ante todo debe entenderse que el Esquema de Jellinek es válido cuando el alcoholismo es tomado como un enfermo especial, en el cual los mecanismos de la enfermedad obedecen sobremanera a los substratos físicos, psíquicos y sociales que rigen su proceso.

Así concebido, el Esquema de Jellinek es el siguiente: -
1) Fase oculta o prealcohólica; 2) Fase prodrómica; 3) -
Fase básica, crucial o crítica; 4) Fase crónica.

La primera etapa de todo alcohólico es la llamada Fase - oculta o prealcohólica. En ella, los bebedores no mues - tran distinción alguna en lo que se refiere a las particu - laridades de su ingestión alcohólica, con respecto a la conducta o normas que se observan en este sentido en el grupo social al cual pertenecen.

Son personas que experimentan ostensiblemente un notable placer o disfrute de las reuniones familiares o sociales - donde existe la posibilidad de un generoso encuentro con la bebida. En muchos círculos casi nunca los veremos bus-

car la embriaguez absoluta; es decir, tienen la noción exacta de la imprudencia de una intoxicación total. En lo íntimo, no son las reuniones el atractivo que buscaban, sino la brillante oportunidad que encuentran de librarse honestamente de las preocupaciones, y tensiones diarias. Con lo que hemos expuesto no vemos pues elementos de base para poder diferenciar a un "bebedor social" de un bebedor en fase prealcohólica. Sin embargo, tales bebedores tienen motivaciones perfectamente enmarcadas que influyen de manera crucial en su inclinación por el alcohol. Un estudio minucioso refiere que han comenzado a transformar sus valores volitivos; buscan deliberadamente las ocasiones más propias para el disfrute "social" de la bebida. En esta situación los alcohólicos ocultos pueden permanecer, así, durante meses y años. Si persisten, cada vez con más inclinación buscarán conservar su equilibrio emocional, a través de su participación en los medios sociales donde se ingieren bebidas alcohólicas. Sus tensiones internas, sus insatisfacciones, su situación social y familiar contribuyen en su propensión al escape ocasional o repetido por medio de la bebida "social". Como algunos bebedores prealcohólicos han regularizado su ingestión de alcohol en forma diaria y otros, en cambio, se conservan únicamente en la ingestión ocasional, se dice que en la fase prealcohólica existen dos modalidades: a) La del alivio ocasional y periódico de las tensiones externas e internas a través de la bebida, y b) la de el equilibrio emocional, diario, constante y consolidado por medio del alcohol. Consideráse que el proceso evolutivo del período prealcohólico dura unos dos o tres años.

Si se ha insistido en la habituación bajo las mismas circunstancias, fácilmente sobrevendrá la alcoholomanía. Antes de que un sujeto caiga estrictamente en el alcoholismo, se ha observado que se mantiene oscilante entre la subfase diaria. Muchas veces regresa a la primera después de man-

tenerse en la segunda; en otras, queda estacionado dentro de la clasificación de bebedor moderado.

La FASE PRODRÓMICA del alcoholismo no es sino la etapa siguiente de la iniciación prealcohólica. Cuando alguno de los bebedores alcohólicos no ha alcanzado por medio de sus ingestiones ocasionales o diarias de alcohol librarse de sus conflictos, tiende siempre a "narcotizar" mayormente sus problemas.

Según Jellinek, las compuertas de la fase prodrómica quedan abiertas en el momento en que el bebedor presenta una amnesia retrógrada en relación a los sucesos que ocurrieron mientras este se encontraba intoxicado. La principal característica de este síntoma fundamental reside en el hecho de que la embriaguez causante del período amnésico no fué muy aguda, o sea que no se bebió tan excesivamente como para aducir pérdida de la conciencia. Es por eso que tal episodio amnésico fué denominado palimpsesto alcohólico, pues reúne particularidades específicas que la distinguen de síntomas que clínicamente pueden configurar semejanzas, aunque subordinados a una distinta etiopatogenia. En el estudio de los alcohólicos es posible encontrar con frecuencia sujetos que refieren haber padecido una alteración de su memoria después de la ingestión etílica, excesiva o moderada. Ante tal referencia, sin embargo, debe mostrarnos muy cautos, principalmente en lo que hace a la significación del fenómeno y a las conclusiones a que se de lugar. La razón estriba en que no siempre el episodio amnésico obedece rigurosamente a la ingestión de bebidas alcohólicas y a la acción directa sobre los procesos cerebrales que rigen el recuerdo inmediato, uno de los más débiles; sino a otros factores etiológicos y fisiopatológicos agregados.

El análisis del palimpsesto alcohólico y a la investigación de sus correlaciones estrictas deben de ser sujetados a un método de indagación muy escrupuloso para no -

confundirlo con síntomas similares.

Para ello, tan solo recordemos que en la naturaleza fisiológica de dicho síntoma quedan involucrados casi los mismos mecanismos que explican la anoxemia cerebral, los cuales nos indican que cursos y que manifestaciones pueden tener.

Para que el palimpsesto tenga suficiente valor semiológico, debe contar con dos condiciones veraces: a) Ser repetido y frecuente, y b) De aparición relacionada con la ingestión moderada de alcohol. Cuando no se cumplan las condiciones anteriores y cuando la ingestión de bebidas alcohólicas haya sido de un alto contenido etílico y en momentos de agotamiento o fatiga física y mental, el palimpsesto carece de valor, se invalida por sí mismo.

El subcomité de expertos para el estudio del alcoholismo, de la O.M.S. en su órgano informativo No. 94 afirma que el palimpsesto se produce más tempranamente en aquellos individuos habituados a las bebidas destiladas que en los que acostumbran ingerir bebidas de moderación. Empero otros estudios han encontrado resultados que discrepan con lo dicho por el mencionado Subcomité o sea que se ha visto el palimpsesto en alcohólicos que únicamente se embriagan con vino. Una vez que el alcohólico ha sufrido el palimpsesto, se opera en él un notable cambio de su personalidad.

En la mayor parte de los casos el bebedor no concede la mayor importancia al accidente amnésico y mucho menos supone las consecuencias que pueden sobrevenirle. Aunque le haya llamado la atención y relacione el incidente con la bebida, lejos de aislarse de ella y de los sitios y personas que le brindan la oportunidad de intoxicarse, empieza a tener una especial preocupación por el alcohol. Hay momentos en que le asalta la idea de si existe la suficiente cantidad de alcohol para satisfacer sus necesidades. Si asiste a una reunión donde se puede beber dentro de -

los límites aceptados por el grupo social al que pertenece, se observa que desde el principio su consumo es ávido; busca el impacto brusco del licor.

En ocasiones por la misma preocupación que tiene por la bebida y la cantidad que desea, llega ya embriagado a los círculos que frecuenta.

Si el período prodrómico del alcoholismo continúa sin interrupción, el progreso de la enfermedad no se hace esperar y surge un nuevo síntoma, el consumo a hurtadillas o ingestión sobrepticia. Dicho síntoma nos debe hacer pensar que en la personalidad del alcohólico han aparecido ya los remordimientos a que induce su conducta, los "sentimientos de culpa". Estos sentimientos le obligan por un lado a no diferenciarse de los demás; a evitar que en las conversaciones se externe un juicio sobre su debilidad frente al deseo de beber; a rehuir cualquier opinión severa sobre su persona y a racionalizar su problema, proyectando la culpa de su situación hacia sus amigos y familiares.

En otro sentido, la culpa, de un alcohólico siente la agudeza más todavía su inestabilidad emocional y lo inclina mayormente hacia las intoxicaciones repetidas: llega a niveles críticos el conflicto entre las normas de conducta y la habituación ética. La bebida cumple ahora un papel muy importante para la solución de este conflicto crítico.

Debe advertirse que por lo general, en este momento se conservan poco deterioradas las defensas orgánicas de los bebedores.

Ello no obsta para que, en la intimidad metabólica de los tejidos, principalmente el nervioso y el hepático, se están produciendo pequeñas alteraciones que se manifiestan en forma de neuritis pasajeras, insuficiencia hepática, trastornos gástricos y fatigabilidad, sin que lleguen a constituir cuadros orgánicos o psíquicos defini-

dos. En suma, la fase prodrómica del alcoholismo es fundamental no sólo dentro de la evolución clínica de la enfermedad, sino a la vez dentro de la terapéutica y su aplicación oportuna, así en lo que se refiere a la profilaxis: pues es obvio que pueden prevenirse los males mayores que más tarde o más temprano originara.

Una vez que el período prodrómico del alcoholismo se ha consolidado, hace su aparición la fase básica o crucial. FASE BASICA, CRUCIAL O CRITICA.- Los palimpsestos se repiten frecuentemente, cambia el psiquismo del bebedor y surge la disyuntiva de la enfermedad, o el alcohólico deja la bebida abriendo el camino a su curación dentro de su hábito, para caer insensiblemente en el fondo de la alcoholomanía. La distinción de esta etapa crucial del alcoholismo, según Jellinek, queda señalada por la pérdida de control del alcohólico en relación a la ingesta de alcohol. En esta fase del alcoholismo el alcohólico observa los siguientes rasgos de conducta. Si ingiere el primer trago, lleva la firme convicción de que podrá detenerse en los límites pertinentes, es decir, tiene en cuenta hasta donde se rompe la barrera de la moderación; no obstante, siendo cabalmente sincera su intención, pronto supera los límites que se había marcado y rechaza los niveles de su tolerancia. El alcohólico al percibir los primeros efectos de la bebida, ve surgir la necesidad absoluta de narcotizar, anestesiar, totalmente las tensiones psíquicas que venía sufriendo. Desde el instante de que un alcohólico rompa con sus propios frenos, podrá controlar en adelante únicamente las ocasiones de la embriaguez, pero no la cantidad de alcohol que la origine. Por tanto, el alcohólico puede ofrecernos períodos de abstinencia claramente voluntarios, aunque esta voluntad puesta en juego no es sino el resultado de un "sentimiento de culpa" exacerbado, expresión de la dinámica de los mecanismos racionalizadores frente a la actitud severa de la familia y la

presión del grupo social que le rodea, sufre intensamente o no el influjo de las presiones familiares y sociales, de todos modos el alcohólico se encierra en sus disculpas y justificaciones, se hace fuerte, dentro de su sistema racionalizador.

A partir de tal momento se vuelve un individuo extravagante, grandilocuente y retador; cree que su vida despierta atención e interés que todo se configura desde su punto de vista. El alcohólico ha transformado su esquema individual y, ahora, ya en pos de la transformación de su esquema familiar y social.

De un momento a otro los remordimientos que el alcohólico había logrado amortiguar se hacen insoportables.

Bebe con mayor fruición, trata asimismo de sistematizar las ocasiones los horarios las circunstancias de las libaciones.

Deja transcurrir períodos de abstinencia creyendo, con ello, aliviar sus autoacusaciones. Su contacto con el exterior se deforma, se aísla y se abandona a sus amistades. Muda de empleos y recorre otros sin que alguno de ellos despierte su interés o adaptación. Se convierte en una persona irresponsable que ha perdido todo fin en la vida. No tarda en que el mundo del alcohólico gravite absolutamente en relación a la bebida y nada más.

Al descuido de los intereses exteriores se agrega en este alcohólico una modificación del valor de sus intereses familiares. Al darse cuenta de la situación de su hogar siente lástima de sí mismo, intentando huir, escapar de su ambiente.

Al mismo tiempo, descarga su desazón sobre el grupo familiar y cambia bruscamente el esquema de relaciones con los suyos.

El rencor y el resentimiento de que es presa el alcohólico se ven proyectados contra la esposa, los hijos y aún más sobre los objetos y animales. El esquema social se ha

derrumbado.

En adelante, el enfermo que nos ocupa sólo tiene un objeto, el alcohol. Se ve impelido su abastecimiento diario, - acumula la bebida y protege en todo momento su existencia. No muestra preocupación alguna por la ingestión de alimentos, primero, porque la acción fisiológica del alcohol sobre las estructuras digestivas ha originado una anorexia casi constante y, segundo, por la pérdida total del factor psíquico condicionante del apetito.

Es, hasta este momento, cuando el alcohólico en evolución comienza a presentar síntomas somatopsíquicos de un gran deterioro celular del organismo.

El daño tisular que ha sufrido el alcohólico hasta este momento se manifiesta por tres síntomas fundamentales: - anorexia de punto de partida orgánico y psíquico como hemos dicho antes, pérdida de la libido o nada más disminución de ella, que algunos autores han observado en casi la mitad de los bebedores de esta etapa; y evidente deterioro de la personalidad con su rasgo característico, la actitud celatoria con respecto a la esposa o la mujer con quien conviven.

Además, como consecuencia de todo lo anterior, no es raro que el alcohólico crítico se conduzca por el camino de - las acciones criminales.

En lo que se refiere a los cambios del alcohólico en fase básica y a su ingestión de alcohol, diremos que la bebida es ya indispensable.

El derrumbe de el equilibrio psíquico y semático lo está obligando a libaciones constantes; no hay manera alguna - de encontrar firmeza en su personalidad, excepto a través del alcohol. De modo, pues, que cierra su ciclo crítico con una nueva modalidad: la ingestión de alcohol en ayunas.

A continuación el alcohólico entra en la FASE CRONICA de su enfermedad. Las resistencias físicas se han desquicia-

do en forma muy peligrosa. Los patrones éticos y socioculturales han llegado a sufrir un deterioro acentuado.

De ahora en adelante la ingestión en ayunas indicará el comienzo de largos períodos de embriaguez que pueden durar una, dos o más semanas.

Por lo general y según el medio social en que vive, el alcohólico crónico es el más descalificante de todos los bebedores; sin embargo, lo antes explicado, ya no experimenta ningún conflicto entre él y aquellos que le rodean en su decadencia espiritual ha llegado a un punto que bloquee todo juicio autocrítico. Como la situación de su estado patológico evidente crea ya una resistencia que conlleva elementos de fuerza por parte de sus familiares y amigos, y como esto mismo dificulta los medios a través de los cuales podía conseguir la bebida (mecanismos económicos y sociales), el alcohólico crónico se ve en la necesidad de recurrir a substitutos de ella.

Así vemos que puede ingerir desde infusiones hechas con alcohol metílico (industrial) (medicinal) hasta mezclas con loción, vinagre, agua de colonia, etc.) Cabe aclarar que estos substitutos estarán en razón de la resistencia que encuentra para su aprovisionamiento de la bebida y de la actitud tolerante o no del medio en cuyo seno se encuentra. Ya en plena cronicidad de su habituación y manía se viene a sumar una complicación de serias consecuencias: la pérdida de sus elementos de resistencia frente al alcohol, la tolerancia minimizada. La tolerancia reducida a su mínima expresión ya siendo acompañada en el alcoholismo crónico por temblores, incoordinación e impedimentos psicomotores, disminución de la ideación y del pensamiento, temores infundados, agitación e insomnio.

Parece ser que, además de las agresiones externas, la supresión brusca del tóxico produce el efecto de stress.

De modo que toda la fase crónica del alcoholismo nos muestra a un enfermo en franca derrota física, orgánica y psí

quica. Este clima de derrota se extiende también moralmente a los familiares y amigos más cercanos del paciente, pues no pueden librarse de la influencia de una personalidad ostensiblemente declinante. De esta manera el alcoholismo ha recorrido un cambio muy largo dentro de su enfermedad y ha llegado a la meta que jamás pudo haber previsto. Los autores especializados en la materia nos dicen que por lo general han transcurrido de 10 a 15 años para alcanzar esta fase los bebedores caracterizados (Méndez, 1964).

- ACCIONES FARMACOLOGICAS DEL ALCOHOL ETILICO.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.- el sistema nervioso central (SN) es afectado más intensamente por el alcohol que cualquier otro sistema o aparato del organismo. Desde hace mucho se ha venido debatiendo la cuestión de si el alcohol es un "estimulante". El vulgo considera las bebidas alcohólicas como estimulantes. Sin embargo, no hay duda de que el alcohol no posee esta acción, sino que, igual que otros anestésicos generales, es un depresor primario y continuo del SNC.

La aparente estimulación se debe a la actividad irrestricta de varias partes del cerebro que han sido liberadas de la inhibición al ser deprimido el mecanismo de control inhibitor.

Estudios electrofisiológicos sugieren que el alcohol al igual que otros anestésicos generales tiene su primer acción depresora sobre aquellas partes del cerebro que participan en las funciones más altamente integradas. Las estructuras polisinápticas del sistema activador reticular de algunos sitios corticales son particularmente susceptibles (Himwich y Callison, 1972).

La corteza queda entonces liberada de su control, integrante, lo que da por resultado que los diversos procesos relacionados con el pensamiento ocurran en forma desorganizada y que se interrumpa la actividad normal de

Los procesos motores.

Los primeros procesos mentales que resultan alterados - son los que dependen de la experiencia y el adiestramiento del individuo en la conducta de la cordura y autocontrol.

Los grados mas finos del discernimiento, la memoria, la concentración y la penetración se embotan y después experimentalmente se ha demostrado que en general, el alcohol no aumenta la capacidad física ni la aptitud mental. En general los efectos del alcohol sobre el SNC son proporcionales a su concentración en la sangre. Sin embargo los efectos son más marcados cuando la concentración se va elevando que cuando va disminuyendo. Si la velocidad de absorción del alcohol en el conducto gastrointestinal es elevada, puede resultar una concentración relativamente grande en la sangre por la ingestión de una pequeña cantidad de alcohol.

Lo mismo se aplica si es baja su distribución hacia los tejidos (como los músculos), quizá por escaso riego sanguíneo.

En ambas circunstancias, pueden producirse rápidamente los efectos centrales en virtud de que el encéfalo tiene un gasto sanguíneo especialmente elevado y un gran coeficiente de afinidad por el alcohol.

Sin embargo, pronto se efectúa la redistribución del alcohol y los efectos, en consecuencia, son de breve duración.

METABOLISMO DEL ALCOHOL.- de 90 a 98 por 100 del alcohol que entra en el organismo se oxida completamente. El metabolismo del alcohol difiere del de la mayoría de las sustancias en que la rapidez de su oxidación es constante con el tiempo, y aumenta poco al elevar la concentración en la sangre. La cantidad de alcohol oxidado en la unidad de tiempo es aproximadamente proporcional al pe -

so del cuerpo y probablemente al paso del hígado.

En el adulto, la cuantía media en que puede metabolizarse el alcohol es de unos 10 ml por hora.

Así el alcohol contenido en 120 ml de whisky o en 1.2 litros de cerveza requerirá entre cinco y seis horas para ser oxidado por una persona de talla media.

Diversos factores dietéticos, hormonales y farmacológicos alteran el metabolismo del alcohol.

Por ejemplo en la inanición disminuye el índice de oxidación del alcohol, la insulina lo aumenta y la tiroxina y triyodotironina no lo alteran.

La oxidación inicial del alcohol se efectúa principalmente en el hígado, y la rapidez de su metabolismo está considerablemente reducida en los animales hepatectomizados.

El primer paso es la oxidación del alcohol a acetaldehído por la deshidrogenasa alcohólica. Esta enzima, que contiene cinc y posee peso molecular de aproximadamente 80 000, utiliza NAD como aceptor de hidrógeno (Wartburg, 1971).

El acetaldehído es convertido en acetyl CoA, pero no se sabe si la conversión es directa o se hace por intermedio del ácido acético.

La CoA resultante comparte la suerte de la acetyl CoA producida en otras fuentes, que son la oxidación en el ciclo del ácido cítrico y la utilización en las diversas reacciones anabólicas comprendidas en la síntesis del colesterol, ácidos grasos y otros componentes de los tejidos. Muchos cambios metabólicos acompañan o siguen al metabolismo del alcohol. Algunos como el aumento en la producción de ácidos grasos y lactato, la hiperuricemia y, posiblemente, la disminución en la actividad del hígado en el ciclo del ácido cítrico y en la oxidación de los ácidos grasos, parecen ser consecuencias directas del aumento en la relación NADH: NAD producido por la oxidación del alcohol.

El alcohol es convertido en acetaldehído por otro sistema de enzimas, a saber, las oxidaciones microsómicas de fun -

ción mixta que se presentan en el retículo endoplásmico liso del hígado.

La medida en la cual este sistema metaboliza el etanol en el ser humano probablemente sea muy pequeña, pero brinda la base para las interacciones conocidas entre etanol y - la gran diversidad de otros medicamentos que también son metabolizados en este sistema (Lieber y col., 1971). Por ejemplo, el etano empieza deprimiendo y luego aumenta la actividad de las enzimas del retículo endoplásmico, hepático. Según Rubin y Lieber (1968) este efecto dual podría explicar el hecho de que los alcohólicos crónicos en esta do de ebriedad son menos resistentes a los barbitúricos que los individuos normales, pero son más resistentes que éstos cuando no han ingerido alcohol.

Excreción.- Normalmente, alrededor de 2 por 100 del alcohol ingerido escapa a la oxidación en circunstancias espe ciales, como cuando se han consumido grandes dosis de alcohol, este valor puede aumentar hasta 10 por 100.

Aunque se pueden descubrir pequeñas cantidades de alcohol en el sudor, las lágrimas, la bilis, el jugo gástrico, la saliva y otras secreciones, la mayor parte de el alcohol que escapa de la oxidación es escretada por los riñones y los pulmones.

TOLERANCIA AL ALCOHOL.- el consumo repetido de alcohol ge nera tolerancia con el resultado de que han de tomarse do sis mayores para que produzcan los efectos característi - cos. Sin embargo, el grado de tolerancia no es tan marca do como para la morfina y la nicotina - - - - - (Goodman y Gilman, 1978).

DEPENDENCIA PSICOLOGICA.- se refiere al uso de una subs - tancia extraña (droga, alcohol) como respuesta típica a una variedad de situaciones.

La situación puede ser una respuesta de adicción física - la cual es reforzada por la terminación de el síndrome de abstinencia, o esto puede ser en el cual el individuo pe-

riódicamente usa alcohol o drogas para reducir discomfort en situaciones interpersonales. La persona emite la respuesta de usar la substancia en una manera estereotipada que es analoga a la conducta emitida por gente etiquetada compulsiva (Ullmann y Krasner, 1969).

- DIAGNOSTICO DE LA INTOXICACION ALCOHOLICA.

Principiemos por una afirmación de la toxicología y de la psicología experimental: el alcohol ingerido en cualquier cantidad es anestésico y actúa primero sobre las células y tejidos más diferenciados, como son los del sistema nervioso central, y los de la corteza cerebral, de tal manera que las representaciones éticas y estéticas se disocian y se liberan automatismos, originándose estados impulsivos y agresiones en actitudes, gestos, ademanes, palabras o hechos; se pierde la autocrítica, y la memoria se perturba, pero se conserva: ésta es la embriaguez incompleta. Una segunda fase es la de irritabilidad mayor, en la que el sujeto es mas impulsivo, insolente y provocador, tornándose aún más peligroso; la palabra articulada es lenta y las expresiones incoherentes: ocurre lo mismo con las expresiones escritas, en las que se hacen manifiestos los temblores y la falta de coordinación motriz; esto sucede también en la marcha que se vuelve zigzagueante; la sensibilidad general se embota; aparece la confusión mental: el sujeto esta desorientado y pierde la memoria: esta es la embriaguez completa. Después viene ya el período comatoso, como puede observarse en las diversas fases de las figuras 1 y 2 incluidas en las que aparecen las cantidades de alcohol en la sangre.

Es muy conveniente tener en cuenta la cantidad de alcohol contenida en las bebidas de uso frecuente: de la clase de bebida y de la cantidad ingerida puede hacerse la deducción teórica de la cantidad de alcohol circulante; - - - Albert Ponsold establece estas conclusiones serias y valiosas: "Sólo el porcentaje de alcohol en la sangre

constituye un dato objetivo", y "es el valor de la concentración del alcohol en la sangre una medida mucho más segura que la observación clínica". De lo que hemos expuesto puede deducirse un apotegma invariable: "SI BEBE NO MANEJE"; "SI MANEJA NO BEBA"; y el mismo autor estableció que quien conduce vehículos de motor debe evitar por completo el alcohol. Informa que ya se tiene una concentración de alcohol en la sangre de aproximadamente 0.5 % con tres vasos de cerveza o tres de vino - medio litro o tres copas de licor.

El diagnóstico correcto de la intoxicación alcohólica debe de hacerse sin duda ni discusión, por el camino del laboratorio (Quiroz, 1980).

▲ DETERMINACION DEL ESTADO DE EBRIEDAD.

La definición y el diagnóstico de estado de ebriedad son todavía materia de controversia.

En un sentido general se designa como estado de ebriedad a la condición que guarda un sujeto como resultado del consumo excesivo de bebidas alcohólicas y que se caracteriza por alteraciones funcionales temporales. Sin embargo, en la práctica diaria esa denominación sólo se emplea para calificar el estado que presenta un sujeto cuando da claras muestras externas de alteraciones en el área de la conciencia, de la percepción y de la coordinación motora.

El diagnóstico comúnmente se basa en inspección y exploración clínica tendiente a descubrir cambios en la apariencia general y la actitud, anormalidades en el andar o en el hablar, alteraciones de la función motora particularmente en cuanto a coordinación, respuesta a los estímulos y tiempo de reacción, estado de la pupila y presencia de olor a etanol. Todo ello constituye signología inespecífica, poco sensible y escasamente confiable para tareas forenses.

Por lo tanto, en la práctica forense se requiere de la aplicación de metodología específica, sensible y confia -

ble para poner de manifiesto las concentraciones bajas de alcohol en sangre que afectan notablemente en forma negativa la capacidad de conducción. Además, las pruebas que se emplean deben estar encaminadas al estudio de un parámetro objetivo que no requiera de la interpretación subjetiva del examinador ni permita consideraciones discordantes por parte de dos observadores.

La única técnica que cumple con tales requerimientos es la determinación cuantitativa de la concentración de alcohol en la sangre (CAS) completada por el establecimiento de una cifra límite de CAS permitida y por la reglamentación apropiada que permita la toma de muestras biológicas de sujetos vivos.

La cifra límite de alcoholemia permitida sería aquella - por aquella de la cual se ha observado un aumento importante del riesgo de resultar involucrado en un hecho de tránsito: 80 mg de alcohol por 100 ml de sangre, concentración que puede representarse como 0.08 % de alcohol en la sangre. Cifra que, por otro lado ha sido ya sancionada en el artículo 90 del Reglamento de tránsito del Distrito Federal en vigor, en el cual se asienta "se considera que una persona se encuentra en estado de ebriedad cuando tenga 0.08 % o más, de contenido alcohólico en sangre" - - - (Jiménez, 1980). Véase figura 3 donde se ilustra el Curso de la Intoxicación Alcohólica (Fernández, 1980).

- CROMATOGRAFIA DE GASES.

La Cromatografía de Gases (CG) es una técnica que ha ganado aceptación en un campo más amplio que cualquier otra técnica analítica, se usa principalmente para la separación, identificación y cuantificación de mezclas de compuestos volátiles (gases y líquidos) con puntos de ebullición de 400 grados C. La técnica tiene extraordinarias ventajas: es sensible, rápida y fácil de utilizar en el análisis de mezclas complejas de compuestos.

La separación de los componentes de una muestra se llevan

a cabo en una columna casi siempre de pequeño diámetro, - la columna que es la parte en donde la separación toma lugar, esta empacada con un material inerte que en la mayoría de los casos es tierra de infusorios, ladrillo sólido o carbón, dicho material recibe el nombre de soporte o fase estacionaria.

Este soporte esta recubierto por un líquido o semisólido, que por medio de un solvente adecuado se mezcla con el soporte y se pone dentro de la columna y se le llama fase líquida y finalmente el gas que se va a analizar y que se cuela a través de la fase estacionaria recibe el nombre de fase móvil. El nombre de Cromatografía de Gases denota que la fase móvil es un gas.

En el método de elución, una corriente de gas de acarreo fluye a través de la columna. Se inyecta una muestra a través de un tapón de hule con una jeringa de precisión generalmente de 1 a 10 ul, una pequeña cantidad de muestra que es usualmente del orden de .2 ul y en esta forma se hace llegar la muestra líquida a una zona de calentamiento o bloque de inyección en donde la muestra es evaporada o introducida y arrastrada por el gas de acarreo que generalmente es de nitrógeno o helio hasta la entrada de la columna. Es entonces que la mezcla empieza a ponerse en contacto con la fase líquida de la columna, colándose a través del soporte y un compuesto saldrá con mayor prontitud de la columna, tanto más sea la tendencia de ser retenido a su paso por la columna. la retención puede ser: absorción, solubilidad, atracción molecular, polaridad, por tanto, los componentes son retardados selectivamente de acuerdo con la fuerza que la tiene que retener pasando la columna a diferentes velocidades. La enorme ventaja de esta técnica es el hecho de que la columna se limpia por sí sola, es decir, que regresa a su condición original al final de cada análisis.

Las partes de que consta un cromatografo son: a) Regula-

dor de presión y medidor de flujo; b) Sistema de inyección de la muestra; c) Columna de separación; d) Horno; e) Sistema de detección; f) Registrador (Nuño, 1975).

En el trabajo realizado por Favela, Reyes y Canales (1975) utilizaron el Cromatografo de Gases para la determinación de alcohol etílico en muestras de sangre y orina provenientes de cadáveres.

En el Servicio Médico Forense (SEMEFO) emplean la técnica de Cromatografía de Gases para determinar la concentración de alcohol en la sangre (1982).

También en la Dirección General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia del D.F. (1982) utilizan la técnica de Cromatografía de Gases (CG) para detectar las concentraciones de alcohol en la sangre en sujetos vivos.

★ TIPOS DE BEBEDORES.

Ronald y Catanzano (1972) afirman que los tipos de bebedores son los siguientes: 1) Bebedores Abstemios Totales.- aquellos que no beben alcohol bajo condición alguna.

2) Bebedores Sociales o Moderados.- personas que beben en ocasiones sociales o entre comidas, pero raramente se exceden. La conducta de ellos es buena mientras beben y no sufren consecuencias serias alguna a causa de su beber. Esto también incluye a gente que bebe como parte de las ceremonias de ocasiones religiosas.

3) Bebedores Esporádicos Excesivos.- gente que desarrolla un hábito de beber excesivo en ciertas ocasiones, tales como vísperas de Año Nuevo y otros días festivos, pago de cheque los fines de semana o en otras ocasiones por celebrar. También en esta categoría entra el joven que desarrolla un patrón de lograr la ebriedad por la pandilla. Esta gente sufre consecuencias de su manera de beber, tales como auto - accidentes, pleitos, etc., mientras esta intoxicado, pero de otro modo no muestra signos de deteriorización progresiva social o física relacionada a su

• beber.

4) Bebedores Sociales Excesivos.- personas que habitualmente beben excesivamente en ocasiones con episodios frecuentes o regulares de intoxicación a el punto de una obvia incoordinación muscular y conducta intoxicada. Este beber no es una seria desventaja en su vida de ajuste del individuo. Muchas de estas gentes finalmente llegan a ser alcohólicas, pero no todos ellos.

5) Bebedores Alcohólicos.- gente que ha desarrollado una enfermedad llamada alcoholismo .

➤ CLASIFICACION DE ALCOHOLICOS.

Ronald y Catanzano (1972) dicen que quien inventó la clasificación de alcohólicos fué Jellinek (1959).

La clasificación es la siguiente:

1) Alcoholismo Alfa.- el alcoholismo alfa representa puramente una dependencia psicológica continua sobre los efectos del alcohol para el alivio corporal o sufrimiento emocional. Un padecimiento alcohólico de esta especie de dependencia viola las reglas de la sociedad, por ejemplo beber en lugares y tiempos inaceptables, en excesivas cantidades y muestran conductas no aceptables mientras beben.

2) Alcoholismo Beta.- el alcoholismo Beta es aquella especie de alcoholismo en la cual tal alcohólico tiene complicaciones como polyneuropatia, gastritis y cirrosis hepática de el hígado puede ocurrir sin dependencia física ni psicológica del alcohol. El incentivo para un patrón de beber opresivo el cual guía a serias complicaciones pueden ser la costumbre de ciertos grupos sociales en conjunción con pobres hábitos nutricionales.

3) Alcoholismo Gama.- el alcoholismo Gama es aquella especie de alcoholismo por adquirir incremento de tolerancia al alcohol, hay dependencia física y pérdida de control sobre el uso de alcohol. Aquí hay una definida dependencia física y psicológica progresiva y una marcada

deteriorización de conducta. Bajo ciertas condiciones - una persona con alcoholismo Alfa o Beta puede desarro - llar en la persona el alcoholismo Gama. Esta especie pro - duce los más serios perjuicios y esta prevaleciente en los Estados Unidos. Este tipo de alcoholismo constituye una enfermedad.

4) Alcoholismo Delta.- el alcoholismo Delta muestra las mismas características que el alcoholismo Gama excepto - que, en lugar de una pérdida de la habilidad para contro - lar el uso del alcohol, esta la inhabilidad para abste - nerse de beber. Así permanece la habilidad para contro - lar la cantidad de tragos en alguna ocasión dada. Pero si este tipo de alcohólico para de beber un día o dos, - él experimenta un rápido ataque de retirada de síntomas, tales como temblores y delirium tremens.

Este tipo de alcohólico es el tipo más prevaleciente en Francia, donde provee valores culturales un gran incenti - vo para tomar mayor alcohol, principalmente vino. Esta especie de alcoholismo es también una enfermedad.

↑ **USO Y ABUSO DE LA SUSTANCIA NOCIVA PARA LA SALUD, QUE CAUSA DEPENDENCIA: EL ALCOHOL.**

Todo lo que se refiere a este subtítulo son afirmaciones que fueron justificadas o fundamentadas por (Quiroz, 1980).

El Organismo Mundial de la Salud en 1964 decidió usar el término dependencia en vez de "adicción" y "habituación".

Droga es toda sustancia que introducida en el organismo - modifica alguna o algunas de sus funciones. Las que ac -

túan sobre la mente se llaman psicotrópicos y modifican los estados afectivos, las percepciones y la conciencia.

Son gratificantes y en los animales de experimentación se

observan que prefieren estas sustancias a satisfacer el

hambre, la sed y las funciones sexuales, de tal manera -

que el alcohol resulta ser la reina de las drogas psico -

trópicas ya que conduce al alcohólico a olvidarse de los

alimentos, de las relaciones sexuales y de las bebidas -

normales que quitan la sed, como el agua o la leche.

El consumo de bebidas alcohólicas en México es superior a dos millones de metros cúbicos, una cantidad de líquido que sobrepasa a la de la Presa de la Villita del alto río Balsas.

~ Buenas e interesantes deducciones pueden hacerse de las cifras siguientes relativas a las bebidas que consume el mexicano y a su condición económica; cerveza 76.36 %, pulque 16.32 %, alcohol 3.21 %, aguardiente común 1.50 %, tequila 1.49 %, aguardiente de uva 0.82 %, mezcal 0.17, - whisky 0.11 %, sotol 0.02 %, son éstas un indicador eficaz de la pobreza nacional; sociológicamente, en general, puede decirse que a mayor pobreza corresponde mayor consumo de las peores bebidas alcohólicas.

Según datos del Patronato del Maquey, dependiente de la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos se confirma que el pulque tiene valor real como alimento y tiene valor comercial sobre todo si se le suman algunos de sus derivados.

~ La graduación alcohólica del pulque es inferior a la de la cerveza y los análisis de laboratorio revelan que contiene proteínas, calcio, fósforo, hierro, tiamina, riboflavina, inocina, ácido escórbico y cenizas. Con el tiempo ha disminuido el consumo de pulque, si se considera el notable aumento de la población: es la fuerza extraordinaria de la propaganda a través de los medios masivos de publicidad.

El 66 % de las personas víctimas de hechos de tránsito o lesionadas en riñas, fueron antes víctimas de las intoxicaciones alcohólicas. Es así también como vemos patentemente que el alcoholismo es un factor criminógeno de primer orden; la antigua observación de Vela Varko en el sentido del aumento de la actividad antisocial los fines de semana, continúa siendo válida: los días en que más - se ingiere bebidas embriagantes se cometen más crímenes;

Igualmente podemos afirmar - Criminalia, Oct., 1970 - que entre más grave es la intoxicación alcohólica más graves serán los delitos que se cometan, en cuanto a la gravedad de las lesiones y los homicidios.

Rediquemos algunas líneas a la acción criminógena de la cerveza; en términos de correlaciones entre el consumo de esta bebida y los delitos contra la integridad física de las personas - criminológicamente incluidos los delitos sexuales, y los delitos patrimoniales - resulta, para los delitos patrimoniales un índice de 0.87, y para los otros, de 0.52; es decir, la cerveza actúa impeliendo hacia ambos grupos de delitos, pero más intensamente hacia los delitos patrimoniales. Es, pues un factor criminógeno importante.

- MODELO EMPIRICO - CONDUCTUAL DEL ABUSO DEL ALCOHOL.

Acerca del Modelo Empírico - Conductual del abuso de alcohol, el enfoque conductual o de aprendizaje social del abuso de alcohol generalmente ha sido poco entendido y sobresimplificado.

Al mismo tiempo que los investigadores que están familiarizados con el enfoque conductual han escrito excelentes revisiones críticas en el área (Franks, 1958, 1963, 1966, 1970) éstas se han limitado necesariamente en alcances debido a la escasez de reportes de investigación clínica en el campo, en el momento en que fueron escritas. En esencia, los enfoques conductuales del alcoholismo se han basado en un simple modelo de condicionamiento (reducción de impulso) derivado de los principios del aprendizaje que se basan en datos análogos de animales (Kingham, 1958; - - - Conger, 1956).

Después que otros han intentado ampliar esta explicación (Yepner, 1964) se han dado énfasis a la combinación de los principios de las teorías psicodinámicas y del aprendizaje.

Tal aproximación simplista no representa el status actual

del enfoque conductual del abuso de alcohol. Más bien, - esta aproximación representa un objetivo empírico de evaluación observable, evaluación sistemática de resultados clínicos y el uso de procedimientos clínicos válidos.

El resultado de este modelo ha sido la proliferación de técnicas de tratamiento que se basan en el conocimiento científico de aprendizaje y conducta. Su estructura básica es una, lo metodológico.

Esto es, provee un sistema de metodología experimental - que usa evaluación objetiva para aumentar el conocimiento en el campo. Dentro de esta estructura se fundamentan empíricamente las estrategias de tratamiento más que teóricamente. Al discutir esta orientación para el entendimiento del abuso del beber Sobell y Sobell (1974) proponen - esas teorías con poca evidencia para apoyarlas o refutarlas, adicionando muy poco para el tratamiento o prevención del alcoholismo.

Un enfoque más fructífero tendría que involucrar investigaciones de los factores actuales existentes en el medio ambiente del individuo los cuales contribuyen al mantenimiento del abuso de patrones de beber. Este análisis funcional genera dos líneas generales de investigación: - - 1.- estudios descriptivos y, 2.- estudios de evaluación - del tratamiento.

En el análisis descriptivo, los factores específicos - - (por ej. stress) que se crean esten contribuyendo al mantenimiento del beber excesivo se investigan a través de evaluación conductual directa. Las observaciones directas del beber alcohólico se evalúan sistemáticamente mediante experimentación controlada.

El primer paso para determinar los factores que pueden - ser relevantes para el mantenimiento del abuso de alcohol consiste de un análisis funcional de eventos antecedentes y consecuentes específicos asociados con este patrón conductual. Tal análisis incluiría una amplia variedad de -

factores sociales, situacionales, cognitivos, fisiológicos y emocionales. Los factores antecedentes pueden precipitar el beber excesivo. Los eventos consecuentes que incrementan la probabilidad del consumo excesivo de alcohol pueden incluir un incremento en experiencias positivas (por ejemplo atención de amigos) o una reducción de antecedentes aversivos (por ejemplo reducción de síntomas). La combinación exacta de estos factores necesariamente inicia y mantiene el abuso del beber y en algún momento dado puede ser altamente compleja. La mayoría de los estudios conductuales han intentado aislar una o dos de estas variables intentando investigar su influencia sobre el beber alcohólico en el tiempo (Miller, 1976).

- EVALUACION CONDUCTUAL DEL ABUSO DE ALCOHOL.

Quizás la contribución más grande de la modificación de la conducta para el tratamiento de alcohólicos es la evaluación científica enfocada al cambio conductual. Dentro de esto está la objetividad de la medición combinada con la aplicación de métodos experimentales para evaluar los efectos del tratamiento. Las técnicas que tienen que experimentar constantemente, con un examen científico, esto permite al clínico obtener resultados empíricos y así mejora los procedimientos de tratamiento. El tratamiento del alcoholismo ha sido difícil además de que no se ha evaluado en forma sistemática (Hill y Blane, 1967; - - - Miller y Barlow, 1973).

Una de las razones de esta deficiencia a sido la falta de objetividad, de medidas cuantitativas del beber alcohólico.

Optimamente, las medidas de la conducta pueden ser concisas, comunicables y cuantificables (Miller, 1976).

* FACTORES O VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Específicamente, dentro del enfoque psicológico conductual se han realizado una variedad de trabajos encamina-

dos a determinar los factores que contribuyen al surgi -
 miento y mantenimiento del abuso en el beber. Sin embargo,
 debido a la reciente incursión de los principios de la -
 teoría conductual dentro de esta área, sólo se han logra -
 do delimitar de manera general algunas variables que in -
 fluyen en esta conducta como: 1) las de tipo social (basa
 das en el fenómeno del aprendizaje social de patrones de
 beber)(Hunt y Azrin 1973; Marlatt, 1974; Briddell y - - -
 Nathan, 1975; Marlatt, 1977); (2) las de tipo situacional
 (anuncios de cerveza, reunión de coctel)(Miller, Hersen,-
 Eisler, Epstein y Wooten, 1974); (3) las de tipo cogniti -
 vo no soy bueno, justo, yo actué tan estupidamente - - -
 (Vanderpool, 1969); (4) las de tipo fisiológico por ejem -
 plo evitación o escape de síntomas fisiológicos como la
 "cruda" (Nathan y O'Brien, 1971); (5) las de tipo emocio -
 nal por ejemplo evitación o escape de la ansiedad provo -
 cada por situaciones interpersonales (Mendelson, 1964).

En las VARIABLES O FACTORES DE TIPO SOCIAL.- la influen -
 cia de indicadores social - interpersonales sobre el con -
 sumo de alcohol ha sido investigada en algunos estudios.
 Para evaluar esta relación Nathan y O'Brien (1971) eva -
 luaron la conducta social de 4 alcohólicos Skid Row y 4
 no alcohólicos durante el beber prolongado en un ambien -
 te experimental. Los autores concluyeron que el aislamien -
 to social puede servir como un indicador para el consumo
 de alcohol. En contraste directo con estos resultados, -
 Bigelow (1973) y Griffiths, Bigelow y Liebson (1973, 1974)
 han encontrado repetidamente que la interacción social -
 al contrario del aislamiento, sirve como un indicador pa -
 ra el beber excesivo en alcohólicos crónicos. En estos
 estudios los alcohólicos se ocuparon en tener interacción
 social, más significativamente mientras bebían que mien -
 tras no bebían, (Bigelow, 1973), Briddell y Nathan (1975)
 han postulado que la diferencia entre los resultados de
 Nathan y los de Bigelow, Griffit y Liebson puede deberse

a la gran cantidad de alcohol consumido por los sujetos en el estudio de Nathan.

Existe evidencia convincente para sugerir que las interacciones sociales se hacen más reforzantes para los alcohólicos después de ^{del} el consumo de alcohol. Una explicación parcial de estos resultados puede encontrarse en los estudios de Mendelson, Mello y Solomon (1968); Steinglass, Winer y Mendelson (1971); Weiner, Tamerin, Steinglass y Mendelson (1971) estos autores investigaron la influencia del beber excesivo sobre la interacción social de parejas alcohólicas (padre, hijo y hermanos). Los resultados indican que el alcohol puede permitirle a un alcohólico "ocuparse de una serie de roles diádicos o intergrupo, los cuales no están disponibles para él, durante períodos de sobriedad" Mello, (1972). Las interacciones sociales pueden también, influir directamente sobre el consumo del alcohol vía presión del grupo y modelamiento social - - - (Miller, 1976).

Goldman, Taylor, Carruth y Nathan (1973) investigaron los efectos de las normas del grupo sobre el consumo de alcohol en cuatro alcohólicos crónicos.

/El patrón de beber individual de cada miembro del grupo fué influido significativamente por las normas establecidas por el grupo como una regla. /

Similarmente, Marlatt (1964) investigó la influencia de la conducta de beber de un individuo sobre la de otro. Específicamente, el autor hipotetizó que, sobre una tarea de beber, los alcohólicos expuestos a un modelo - bebedor fuerte beberían significativamente más que los sujetos - expuestos a un modelo - bebedor ligero ó sin modelo.

Los resultados indicaron que los sujetos expuestos al modelo de auto - consumo bebieron significativamente más vino que los sujetos expuestos al modelo de bajo consumo o sin modelo. La interacción social cálida contra la fría con el modelo no afecta el consumo.

VARIABLES O FACTORES DE TIPO SITUACIONAL.- Miller, Hersen, Eisler, Epstein y Wooten (1974) examinaron la relación entre indicadores de alcohol y consumo de alcohol en 20 alcohólicos y 20 bebedores sociales. Durante la condición de indicador, se colocaron una variedad de indicadores visuales de alcohol directamente a la vista del sujeto.

Estos indicadores incluyeron tres botellas de borbon (una llena, otra media llena y una casi vacía y algunas fotografías de gente consumiendo bebidas alcohólicas.

Los bebedores sociales tendieron a responder más significativamente bajo indicadores visuales de alcohol, mientras que los alcohólicos no respondieron diferencialmente a las condiciones.

Los bebedores sociales beben en situaciones que son altamente discriminativas en términos de indicadores visuales de alcohol (por ej. reuniones con amigos bebiendo, tomar cocktail con luz tenue e hileras de botellas con licor) y pocas veces beben cuando estos indicadores están ausentes.

FACTORES FISIOLÓGICOS.- En clínica, frecuentemente se señala que el beber de algunos alcohólicos crónicos se mantiene por una evitación ó escape de síntomas fisiológicos aversivos que ocurren cuando se decremanta o termina el consumo excesivo de alcohol. Nathan y O'Brien (1971) reportaron que los decrementos de los niveles de alcohol en la sangre sirven frecuentemente para incitar el beber en sujetos alcohólicos Skid Row. El alivio al dolor puede servir para iniciar y mantener el beber excesivo. Clínicamente muchos alcohólicos atribuyen su beber a este factor.

Dentro de los FACTORES O VARIABLES EMOCIONALES se ha considerado muy importante dentro de la etiología del alcoholismo la relación entre stress y el beber en exceso.

Generalmente, se ha asumido que las situaciones que producen ansiedad pueden servir como indicadores para beber en exceso, supuestamente, el consumo de alcohol origina que haya un decremento de la ansiedad y de esta manera se ha-

de mas probable que beban alcohol en respuesta a las mismas o a situaciones similares.]

Al ingerir alcohol, el individuo realmente escapa de una experiencia fisiológica desagradable.

Después de secuencias repetidas de la situación de indicador de ansiedad - beber en exceso - se origina una reducción en la ansiedad, el indicador en si mismo puede - elicitar la conducta de beber (Miller, 1976).

Fort y Porterfield (1981) reportaron que los individuos - concebidos por padres abstemios iniciaron su carrera alcohólica en respuesta a eventos de mucho stress, - - - -

Cappell y Hersen (1972) afirmaron que la hipótesis de reducción - tensión no ofrece una explicación válida de los patrones de beber en exceso. Mello (1972) señala que los bebedores sociales generalmente experimentan cambios positivos en el ánimo cuando beben alcohol, sin embargo, conforme aumenta la cantidad ingerida (alrededor de 8 onzas), los sujetos incrementaron significativamente su ansiedad y su depresión (Williams, 1966).

Los alcohólicos demostraron cambios de ánimo desagradables después de bajas dosis de alcohol (Mayfield, 1968). Otro factor en la relación entre stress y alcohol involucra el estado de excitación del individuo antes de consumir alcohol.

Lienart y Traxel (1959) y Fort (1960) reportaron que las propiedades tranquilizantes y reforzantes del alcohol se aumentan en condiciones de excitación emocional.

Higgins y Marlatt (1974) investigaron la relación entre excitación emocional y consumo de alcohol en 20 alcohólicos y 20 bebedores sociales, se dividieron azarosamente a los sujetos en dos grupos que recibieron amenazas de choques eléctricos dolorosos o amenazas de choques no dolorosos. En realidad, a ninguno de los sujetos se les dió choque. Los alcohólicos tendieron a consumir más alcohol que los bebedores sociales, no se encontro ninguna relación

significativa entre excitación por ansiedad y consumo de alcohol en los dos grupos.

Contrario a estos resultados, Miller, Hersen, Eisler y Hilsman (1974) encontraron que los sujetos alcohólicos al manifestar stress social incrementan significativamente el consumo de alcohol.

Allman, Taylor y Nathan (1972), sin embargo, sugieren que esta relación entre stress y consumo de alcohol es muy compleja.

TAM - REHABILITACION CONDUCTUAL DEL ALCOHOLISMO.

La terapia aversiva es tal vez la primera forma de rehabilitación para los alcohólicos en modificación de la conducta.

Los tres tipos principales de terapia aversiva que se han empleado con alcohólicos son: eléctrica, química y verbal (conocida como cubierta - desensibilización). El primer reporte científico de esta aplicación es atribuido a (Kantorovich, 1929).

Aversión Eléctrica.- El procedimiento mas frecuente de aversión eléctrica es de un paradigma de castigo - escape en el cual el shock es contingente a los tragos de alcohol esto es cuando el paciente termina los tragos de alcohol se le da el shock. Los shocks se dieron a través de electrodos localizados en el antebrazo de el paciente (en la superficie ventral), pierna o dedos. La ansiedad conduce a evitar el shock.

La intensidad del shock varia de 3 a 8 milliamps, esto depende de el terapeuta que los administra.

Davidson y Wallach (1971) notificaron que las intensidades del shock deben de ser bajas para los alcohólicos - crónicos puesto que estos pacientes frecuentemente exhiben neuropatia. Las intensidades del shock son determinadas por los reportes de los pacientes y por sus reacciones.

Se aplica un test en la sesión de pre - tratamiento para

determinan el rango de intensidad del shock que se considere conveniente para que sea desagradable mas no extremadamente doloroso.

Las terapias comienzan por aplicar a los pacientes bajos niveles de shock, presentandolos sistemáticamente e incrementandolos hasta que el paciente reporta dolor.

Vogler, Lunde, Johnson, y Martin, (1970) sugieren el uso de el Harvard Apparatus Company.

Estos aparatos son muy seguros puesto que producen un gran voltaje con un mínimo de cuatro a cinco milliamps. Un generador similar es el de Farrell, AV - 2 shocker - control.

El generador de shock Grason Stadler - modelo 700 de intensidad de shock de .001 milliamps. Existe shock por tático para auto administrarse shock en el medio ambiente natural de los pacientes que permite hacer ensayos de condicionamiento. Estos son útiles cuando los pacientes estan instruidos para castigar sus impulsos y sus pensamientos de alcohol en una manera de auto - control. Un método típico es el uso para administrarse de 25 a 50 ensayos de condicionamiento diariamente durante - - 10 días. Existe evidencia en aversión en sujetos no humanos y humanos que provee algunas utiles guías para aplicaciones clínicas. Estas consideraciones de el procedimiento incluyen: (1) La intensidad del shock tendra que ser alta para ser efectiva. Algunas evidencias experimentales con animales indican que los niveles del shock deberían de permanecer intensos en todas las sesiones del tratamiento.

Lovibond (1970) sugirió que las intensidades del shock no variaran en cada sesión, el recomienda variar la duración y el tiempo de el choque inicial.

(2) En un paradigma de castigo el shock debería ser presentado inmediatamente después de la respuesta (e., al tomar una bebida alcohólica).

(3) Durante las primeras sesiones del tratamiento (adquisición) el shock debería ser contiguo, presentandose cada vez que la respuesta ocurra, como continuar sesiones intermitentes de shocks. En las cuales solo algunas de las respuestas deberan ser usadas para asegurar resistencia a la extinción.

(4) Para asegurar la generalización de los resultados, sesiones de aversión eléctrica deberían tener lugar en ambientes muy similares a las situaciones en las cuales el alcohólico bebe. Así, escenarios con una variedad de indicadores de alcohol tales como un simulado bar, es deseable.

(5) Toda la cadena de eventos de consumo de alcohol tendra que ser castigada.

Se pone énfasis en los eventos que ocurren en las primeras partes de la secuencia de beber (e.g., vér el , hacer variando la bebida.

(6) Una respuesta alternativa es la de suministrar reforzamiento. Mientras este procedimiento es bien aceptado en estudios de castigo con animales, en comparación con reportes de terapia aversiva que ha sido menospreciado. Ciertamente no todas las consideraciones de el procedimiento -son tomadas en cuenta Miller (1976).

Aversión Química.- la terapia de aversión química se refiere a la asociación repetida entre el ver, oler y pro-bar el alcohol y una respuesta fisiológica desagradable inducida por la droga.

Las drogas mas empleadas son (1) emetine, apomorphine y -ipecac las cuales elicitán náusea y vómito y (2) Anectine la cual induce a un estado de completa parálisis muscular y respiratoria. Estímulo aversivo olfatorio tal como sulphurated potash puede también ser usado. La selección de la droga es determinada por los efectos.

Por ejemplo Voegtlin (1947) prefirió a la emetine de la -apomorphine como una droga condicionada puesto que la última induce somnolencia como náusea. Tales efectos seda -

tivos frecuentemente retardan el procedimiento de condicionamiento.

Sin embargo, Raymond (1963) reportó magníficos resultados clínicos con la apomorphine.

Rachman y Teasdale (1969) sugirieron que la terapia de aversión química se basa en un paradigma de condicionamiento clásico, cuando las consecuencias aversivas no son contingentes a una respuesta particular se dice que es un modelo de castigo instrumental.

Los argumentos se basan en el hecho de que muchos pacientes que han recibido terapia de aversión química han reportado que experimentaron náusea y vómito en el ver, oler y probar bebidas alcohólicas. Sugieren que el condicionamiento clásico per se es un factor significativo en esta técnica. Quizá la aplicación de emetine en terapia aversiva con alcohólicos fué empleada por Voegtlin (1940) y sus colegas. En el procedimiento de Lemere, Voegtlin, Broz, O'Hollaren y Tupper, (1942) los pacientes expresaron que al aplicarseles una serie de inyecciones, esto originó que se "sensibilizara" su sistema nervioso. Los pacientes entonces bebieron 20 onzas de solución salina conteniendo $1\frac{1}{2}$ gramos de emetine oral.

A los pacientes se les aplicó una inyección de 3.25 gramos de emetine hydrochloride, 1.65 gramos de pilocarpine, hydrochloride para producir sudor y salivación, 1.5 gramos de enhedrine sulphato.

Previo al impulso inicial de náusea y vómito (este intervalo de tiempo frecuentemente determina previas observaciones de la inyección - del intervalo de la náusea) a los pacientes se les dijo que tomaran 1 onza de whisky en su boca, dar vueltas a su alrededor y concentrarse en las sensaciones gustativas. Se dieron de dos a tres ensayos (apareamiento alcohol - vómito) en sesiones de 45 minutos en alternativos días. Después de el tratamiento - las sesiones de recondicionamiento fueron programadas al

final de los 6 meses o al año en que el paciente expresa un fuerte deseo de beber.

Voegtlin, Lemere, Broz y O'Hollaren (1942) ellos trataron a 1100 alcohólicos crónicos en grupos de 40 a 45 pacientes. En este procedimiento a todos los pacientes se les aplicó las inyecciones, pero solo algunos se les aplicó la inyección de apomorphine. El autor reportó que solo 5 o 6 ensayos son necesarios para establecer la "sugestión", la respuesta es más estable en el procedimiento grupal. El procedimiento grupal engrandece la sesión de aversión pero provee mutuo reforzamiento para participar en la terapia y el mantenimiento de la sobriedad es completa después de el tratamiento. Beber mucho ocurre en escenarios sociales, los efectos del tratamiento se generalizan mas rápidamente en el ambiente natural (Miller, 1976).

Cubierta Desensibilización.- el mas reciente desarrollo clínico de el procedimiento aversivo usado con alcohólicos es la terapia de aversión verbal o cubierta desensibilización. Este último término fué inventado por Cautela (1966) que es quizá el primero que abogó por el procedimiento.

En esta técnica el paciente se imagina escenas de eventos desagradables o sentimientos tales como náusea o vómito. De diez a veinte apareamientos son presentados durante cada sesión del tratamiento durante varios meses.

Mientras, el paciente esta en un estado de relajación es cenar de los episodios de beber de sus propias experiencias son descritas. El paciente es instruido para que se imagine estas situaciones claramente usando todas las modalidades de juicio. Típicamente escenas de náusea y vómito son entonces descritas para el paciente para que se las imagine.

Un ejemplo de las escenas es el siguiente: paseas alrededor del refrigerador en tu casa para coquer una cerveza.

Adquieres un sentimiento de malestar en la boca de ~~el~~ estomago. Tocas la cerveza, y tu estomago siente un gran ma_lestar". "Cuando codes la cerveza sientes vómito que llega a la garganta". Son acregadas escenas en las cuales - imaginan sentimientos de relajación y son apareadas con eludir o rechazar el alcohol. Además el terapeuta administra sesiones para instruir a los pacientes para practicar estas asociaciones en su casa. Al paciente se le puede - dar una cinta grabada de su tratamiento de cubierta desensibilización para ayudarse en este proceso.

Cautela (1970) también abogó por el uso de cubierta desensibilización como un procedimiento de auto - control.

Los pacientes son aconsejados para término con el estímulo y con los pensamientos de alcohol para imaginarse escenas nocivas en la presencia de estos eventos.

Al ver una bebida alcohólica en su ambiente natural, el - paciente expresa imaginar que el beber esta asociado con vómito. Algunos alcohólicos reportan que las imagenes de náusea y vómito no son aversivas para ellos que han experimentado estas condiciones frecuentemente en el pasado. En estos casos, se les aplica a los pacientes el Inventario de Miedo de Wolpe (1973) que provee situaciones standar desagradables. Escenas imaginadas de culebras, muerte o rechazo social es frecuentemente usado con éxito. Los terapeutas frecuentemente utilizan escenas desagradables (aversivas) para el que beba alcohol en su ambiente natural tales como ser arrestado o perder el empleo. Los resultados de la exacta naturaleza de este proceso de condicionamiento no son claros a causa de la naturaleza imaginativa de la cubierta - desensibilización.

Barlow, Leitenberg y Agras (1969) y Miller y Hersen (1972) han demostrado experimentalmente que el apareamiento de - imagenes y sentimientos de náusea parece ser una variable esencial en el proceso de ~~el~~ tratamiento.

Miller (1959) reportó el uso de la aversión verbal en com

Binación con la hipnosis. Sugestiones de náusea fueron asociadas con oler y probar bebidas alcohólicas.

Estas sugestiones producen vómito. Los resultados indican que el 83% de veinticuatro pacientes fueron completamente abstemios durante nueve meses. Strel'Chuk (1957) en Rusia, reportó exitos similares con este procedimiento.

Anant (1967) trató a veintiseis pacientes usando cubierta desensibilización. Después de el entrenamiento de relajación, imagenes relatadas de náusea fueron asociadas con imagenes de alcohol. Después de un mínimo de cinco sesiones de tratamiento, el 96 % de los pacientes permanecieron abstemios en un período de seguimiento de 8 a 15 meses.

Sin embargo, en un reciente artículo Anant (1968) reportó que solo tres de quince pacientes o sea el 20% de los pacientes permanecieron abstemios de 8 a 15 meses.

Una importante desventaja de ambas terapias aversivas, química y eléctrica es que éstas son frecuentemente contraindicadas por desordenes médicos de una naturaleza gastrointestinal o cardiaca. En este respecto, la cubierta desensibilización tiene una obvia ventaja. Este procedimiento es mucho menos ofensivo para los pacientes y puede ser administrado fácilmente sin la necesidad de un equipo costoso o supervisión médica. Por estas últimas razones el procedimiento puede ser también usado para proveer ensayos de condicionamiento en la casa de los pacientes. Otra ventaja de la cubierta - desensibilización es que el terapeuta es capaz de simular el ambiente natural también como el pueda imaginarselo.

Una desventaja de el procedimiento es que algunos pacientes reportan que ellos son inhábiles para imaginar claramente las imagenes descritas.

Clínicamente, parece ser útil la terapia aversiva, que es un método para suprimir temporalmente el alcohol a través de mecanismos de control. Mientras el abuso de alcohol esta siendo suprimido a través de la terapia aversiva, los

pacientes pueden ser instruidos y reforzados para alternativos modos de responder que son incompatibles con el beber excesivo. La terapia aversiva es una técnica que puede ser incluida en un paquete total de tratamiento para el alcoholismo (Miller, 1976).

También dentro de la rehabilitación conductual del Alcoholismo se encuentra la enseñanza de conductas Alternativas.- un importante objetivo en el tratamiento conductual de el abuso de el alcohol consiste en la enseñanza de patrones que son incompatibles con el beber excesivo.

Los tipos de conductas que los clientes pueden usar es variado. Sin embargo, tres importantes respuestas alternativas han sido el foco del tratamiento conductual del alcoholismo.

IZT: 1000139

Estas son la asertividad, la relajación y habilidades de auto-control (Miller, 1976).

APLICACIONES DEL ENTRENAMIENTO ASERTIVO PARA LOS ALCOHOLICOS.

Desafortunadamente pocos análisis sistemáticos de los efectos de el entrenamiento asertivo con los alcohólicos son efectivos.

Clínicamente, el entrenamiento asertivo ha ganado popularidad en los programas de tratamiento para el alcoholismo (Miller, 1976). En un reciente estudio, - - - - - (Martorano (1974) evaluó los efectos del entrenamiento asertivo en cuatro alcohólicos (Skid Row) en su laboratorio, los resultados que obtuvo ilustran los inmediatos beneficios de el entrenamiento asertivo durante la sobriedad.

Miller y Eisler (1977) utilizó sujetos alcohólicos y no alcohólicos, los resultados que obtuvieron fueron que hubo diferencias entre los grupos cuando fueron comparados en ejecución de asertividad positiva.

Los alcohólicos tuvieron mejor ejecución en asertividad positiva que los no alcohólicos.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

Conductualmente, estos grupos fueron igualmente no asertivos cuando expresaron sentimientos de ira o irritación.

[En particular, debido a la naturaleza de el problema de el abuso de el alcohol, todos los alcohólicos deben aprender a desechar ofertas de bebidas alcohólicas - - - - - (Miller, 1980).]

Foy, Miller, Eisler, & O'Toole (1976) recientemente demostraron el uso de el entrenamiento asertivo para enseñar a los alcohólicos a desechar bebidas efectivamente, para su estudio utilizaron a dos pacientes alcohólicos crónicos que previamente tuvieron dificultad de resistirse a presiones sociales para beber.

Durante las tres sesiones, el entrenamiento se enfocó a que los instructores enseñaran a los pacientes a abstenerse a solicitar bebidas en situaciones presentes o en el futuro. Durante las próximas tres sesiones se les enseñó a los pacientes a ofrecer una alternativa (e.g., tomar una taza de café en lugar de una bebida alcohólica) e introducir a los sujetos a cambiar diferentes tópicos de conversación. Al final de las tres sesiones a los pacientes se les enseñó a que tuvieran contacto visual cuando les respondieran a los instructores logrando que respondieran con firmeza. Los resultados que obtuvieron fueron que hubo cambios positivos además se mantuvieron sobrios a los tres meses de las sesiones siguientes, datos de auto-reporte revelaron que ambos pacientes usaron estas nuevas habilidades del todo efectivas, ambos pacientes reportaron que incrementaron confianzas de sentimientos, auto-estima y control sobre su beber.

Miller (1975) también reportó el uso de este entrenamiento, sus pacientes fueron instruidos a practicar rehusar la segunda o tercera bebida que les ofrecían, después de un extenso entrenamiento, algunos pacientes fueron seleccionados para que simularan condiciones con cervezas bajo lo cual ellos deberían rehusar la tercera bebida.

Los pacientes usaron habilidades para rehusarse cuando los invitaban a beber, por lo que controlaron el uso del alcohol.

Estas habilidades fueron particularmente útiles en los pacientes dado que ellos fueron hombres jóvenes que beben principalmente en pequeños grupos sociales.

Recientes estudios clínicos indican que el entrenamiento asertivo con alcohólicos lleva marcados mejoramientos en el funcionamiento interpersonal y ocupacional - - - - - (Adinolfi, Mc Court y Geoghegan, 1975).

Se ha demostrado que el fenómeno de la ansiedad en situaciones sociales interpersonales se relaciona con la ausencia de habilidades sociales por parte de los sujetos y por tanto estas habilidades interpersonales frecuentemente establecen la ocasión para episodios de beber - - (Miller, 1976).

Se hace necesario enfatizar la importancia de una apropiada enseñanza en habilidades asertivas para alcohólicos como parte de su total programa de tratamiento - - - (Eisler, Hersen, Miller & Blanchard, 1975).

A un hombre divorciado de 34 años de edad con una larga historia de beber alcohol inicialmente trabajo como dependiente, debido a su ejecución fué ascendido a gerente, su inhabilidad para manejar las responsabilidades de su posición se debió a su carencia de asertividad, ésto dió como resultado una reanudación de beber.

Después de varias sesiones de entrenamiento el paciente con buen éxito aprendió alternativas habilidades para que las usara en el sitio donde bebe, después de el entrenamiento el paciente fué mucho más capaz para afrontar molestas situaciones, caso de estudio reportado por - - Eisler, Hersen y Miller (1974).

ENTRENAMIENTO DE RELAJACION Y DESENSIBILIZACION SISTEMATICA.

La relación entre stress fisiológico y abuso del beber es extremadamente compleja (Allman, Taylor y Nathan, 1972; Higgins y Marlatt, 1974; Miller, Hersen, Eisler y Hilsman, 1974).

El entrenamiento en relajación y desensibilización sistematica han sido usados para proveer a los alcohólicos con una respuesta alternativa para los eventos que producen ansiedad. El entrenamiento en relajación profunda de músculos en pacientes no es nuevo (Jacobson, 1938).

El entrenamiento en relajación es un proceso, en donde al paciente se le da una serie de sesiones, se le enseña la completa relajación muscular (e.g, músculos faciales, bíceps, tríceps, espalda y músculos del cuello, músculos de las piernas) donde son individualmente tensados y entonces gradualmente relajados.

Sugestión, estimulación y reforzamiento verbal son usados por el terapeuta para fomentar la noción que el cliente es capaz para controlar y relajar sus músculos como deseen. Al cliente se le pide que imagine una específica palabra indicativa tal como "relax" o imagine una escena agradable descrita por el terapeuta.

A los clientes se les exhorta para practicar esta relajación en casa y para usarla en eludir la tensión y la ansiedad.

Nathan (en impresión) describe unas interesantes investigaciones por Steffen (1974) en la relación entre relajación y conducta de beber.

Utilizó cuatro sujetos que fueron expuestos a las siguientes condiciones: período de libre acceso de bebida (12 días), entrenamiento en relajación o una condición de placebo (6 días), período de libre acceso de bebida (+ días). Medidas acumuladas por todo el estudio incluyeron concentraciones de alcohol en la sangre, niveles de tensión de

los músculos frontales y subjetivos reportes de ansiedad. El reporta estar más relajado aunque fisiológicamente es ta más tenso.

El entrenamiento en relajación no es usado solo sino como parte de el procedimiento de desensibilización sistemática.

Desensibilización Sistemática Wolpe (1973) consiste en aso ciar la ansiedad producida por situaciones, imaginativamen te con relajación. El entrenamiento es guiado por una lis ta de ansiedades producidas por situaciones graduadas en orden jerarquizado provocando de menor a mayor ansiedad. Cada situación es asociada con relajación imaginativa o - en vivo repetidamente hasta que el cliente pueda experi - mentar la situación con poca o nada de discomfort.

Aunque pocos reportes de el uso de la técnica con alcohólicos son útiles.

Kraft (1969); Kraft y Al - Issa (1967,1968) han reportado afortunados casos de estudio.

La relajación fué inicialmente inducida por hipnosis.

La jerarquización implicó escenarios sociales con incre - mentos en el número de gente. Ocho pacientes alcohólicos juvenes fueron tratados, todos reportaron ser buenos bebe - dores sociales en moderación.

En una experimentación más controlada Lanyon, Primo, - - - Terrell y Wener (1972) compararon los efectos de la "aver - sión interpersonal": combinada con desensibilización sis - temática, "aversión interpersonal": una condición de dis - cusión de un grupo de 21 alcohólicos.

La aversión interpersonal consistió de una confrontación insultante de dos terapeutas y observaciones en vdeotaped de declaraciones de auto - desprecios por el mismo pacien - te.

Los resultados indicaron que el 71% de los pacientes de - la desensibilización aversiva permanecieron abstemios en 9 meses comparados con el grupo de solo aversión que tuvo

14 % y 25 % el grupo de discusión.

CONDUCTAS DE AUTO CONTROL.- Otro grupo de conductas que sirven como alternativas para el excesivo beber están en cabezadas bajo las técnicas de auto - control o auto manejo. En esencia estas son respuestas hechas por el alcohólico que decremanta la probabilidad del excesivo beber. Por ejemplo, Thoresen y Mahoney (1964) notaron que al tomar Antabuse a diario el alcohólico exhibe auto - control sobre su medio ambiente de tal manera que los pacientes arreglan de antemano las consecuencias del consumo de alcohol.

Según Golderied y Marhaum (1973) mencionaron que el auto - control es un "proceso a través de el cual el individuo llega a ser el agente principal en guiarse, dirigirse y regular su propia conducta que puede eventualmente dirigir y desear consecuencias positivas".

Mahoney (1974) mostró un número de estrategias de auto - manejo que han sido desarrolladas, dos formas básicas son estímulos control y programación conductual.

El autor trato a un hombre de 49 años de edad agente viajero que sólo bebe en exceso cuando esta ausente de su casa en viajes de negocio.

Estos viajes frecuentemente invitan a beber alcohol que dura varios días.

Este patrón tiene como resultado severas dificultades maritales y la amenaza de perder el trabajo.

Un análisis funcional de esta conducta revela que el beber en exceso ocurre mas frecuentemente (1) cuando está solo en la recamara en un motel mientras llega a la ciudad en la tarde o a la semana cuando el llama a sus clientes y (2) cuando está con un cliente o grupo de clientes en la cena y están ordenando bebidas y le fomentan a él - para que haga lo mismo.

El cliente esta de acuerdo con las siguientes estrategias de auto control (1) Programar el horario de las llegadas

y terminaciones de las reuniones de sus negocios. Así, - si la reunión fuera en la mañana llegar temprano esa mañana, anticiparse en la noche.

Puesto que viaja mucho debe de hacer alegos.

(2) Hacer todo lo posible para terminar sus negocios en un día y retornar esa misma noche.

(3) Que el haga planes para educarse en las reuniones de cóctel en base a otro trabajo o asambleas.

(4) Cuando cite a sus clientes de negocios en un bar, o restaurante antes de que ordene bebidas alcohólicas debera ordenar primero café o Coca. El cliente reportó que cuando el se encuentra con otras personas y estas ordenan bebidas alcohólicas antes que el, tiene la oportunidad de ordenar una bebida no alcohólica.

(5) Prácticar (con ayuda de su terapeuta) varias expresiones verbales para estimularle a que ordenara bebidas no - alcohólicas, en relación a este punto final - - - - Martens (1964) discutió las ventajas de el auto - control de un individuo hablando en público. Establece la ocasión para consecuencias negativas si el bebe.

Kanfer, Cox, Griener y Karoly (1974), demostraron experimentalmente que los individuos son mucho más propensos a las condicionantes de un convenio para cambiar su conducta si éstas condiciones se manejan en público. De esta manera bebedores excesivos pueden disminuir su probabilidad de beber por los siguientes motivos: (1) cuidando el suministro el suministro de licor, bajándolo o haciendolo inaccesible; (2) programando actividades tales como la elaboración de un proyecto de trabajo, leer "periódicos", jugar con niños o caminar cuando es probable que beba; (3) interrumpir cadenas de conductas que establecen la ocasión para beber en exceso mediante la programación diaria de actividades; (4) "Socializarse" o interactuar con bebedores sociales o abstemios. De esta manera, cuando el alcohol es inaccesible la cadena de conducta -

necesaria para obtenerlo, se prolonga siendo menor la - probabilidad de que el individuo ingiera alcohol. Siguiendo dichos procedimientos los autores trataron a un hombre soltero, alcohólico crónico de 55 años. El "patrón" de el cliente fué trabajar una o dos semanas de tal manera que le permitiera ahorrar el suficiente dinero para después gastárselo en bebidas alcohólicas, bebiendo dos o tres semanas seguidas. Entonces, cuando el paciente andaba sin dinero, usaba dinero que tenia en un banco local, en una cuenta de ahorros en donde tenia depositados los cheques de su pensión.

Según los autores, la accesibilidad de dinero establece - la ocasión para beber, el cliente acordó depositar todo lo de su pensión en un banco localizado en una pequeña población a 20 millas de la ciudad, que es donde vive, y - que requiere de 90 días de aviso para poder hacer un retiro. De esta manera el dinero ganado a través de su trabajo fué también depositado en esta cuenta directamente por su jefe, y el guardaba el suficiente dinero en efectivo para comer, para la renta, y para algunos otros gastos. El sistema se le hace muy difícil a el cliente para abstenerse de beber bebidas alcohólicas.

Sin embargo, continua bebiendo y rápidamente anda fuera - de fondos (en 1 o 2 días) y es entonces cuando termina de beber. La misma técnica puede ser bastante efectiva con - trolando el beber social.

Para controlar el beber en una fiesta el podría: (1) Mezclar su propia bebida, (2) Siempre usar un vaso pequeño para medir alcohol, (3) Mezclar bebidas suaves, (4) Tomar pequeños tragos, (5) El mismo que prepare la primera bebida una bebida no - alcohólica, (6) Comer una comida antes de beber, (7) Registrar y gráficar el número de bebidas consumidas.

Las consecuencias positivas de las técnicas de la conducta de Auto - Control para abstenerse o moderarse en beber

son: más satisfacciones familiares, que los hijos y la esposa esten orgullosos, un posible ascenso en el trabajo, tener buena salud - sentirse bien físicamente, tener reconocimiento y aprobación de otros, tener sentimientos de realización.

Dentro de las consecuencias aversivas del abuso del alcohol se encuentran: perder a la esposa y a los hijos, perder el empleo, perder a amigos, tener cirrosis del hígado, encierro en el hospital, muerte debido a accidentes, causar la muerte de otros mientras se está en estado de ebriedad.

Al cliente se le pide que escriba estas consecuencias aversivas en una tarjeta y que las lea cada vez que el sienta "necesidad" para tomar una botella.

Grabarse estas consecuencias (como es el caso de la cubierta desensibilización) y realzar el poder de auto control. A los clientes se les puede aconsejar que lean estas consecuencias positivas y aversivas durante el día si ellos desean o no desean beber (Miller, 1976). -

De todas las técnicas que se mencionaron anteriormente sobre la rehabilitación conductual del Alcoholismo la que se eligió para el presente trabajo de tesis fué el Entrenamiento Asertivo, éste se aplicó a los sujetos de estudio, las razones por las cuales se seleccionó al Entrenamiento Asertivo son las siguientes: (1) Los pacientes alcohólicos aprenden a desechar ofertas de bebidas alcohólicas (Martorano, 1974; Eisler, Hersen, Miller, 1974; - - - Eisler, Hersen, Miller y Blanchard, 1975; Miller, 1975; - Foy, Miller, Eisler y O'Toole, 1976; Miller, 1976; - - - Miller, 1980).

(2) Lleva marcado mejoramiento en el funcionamiento interpersonal (Adinolfi, Mc Court y Geoghegan, 1975; Miller, 1977; Miller y Eisler, 1977).

(3) El entrenamiento asertivo en forma grupal es generalmente más efectivo por varias ventajas fundamentales: al

encontrarse con otros individuos que poseen problemas si milares existen mejores oportunidades de ensayo con diferentes personas y le da oportunidad a otros miembros del mismo grupo de participar y extender diferentes tipos de roles; el paciente puede asumir el papel de coterapeuta y esto beneficia más su aprendizaje; se plantean también muchos ejemplos de respuestas asertivas, no asertivas y agresivas, lo que proporciona a los participantes un mayor rango de situaciones que pueden abordarse y experimentar como se pueden aplicar habilidades asertivas en esas situaciones.

Los miembros del grupo resultan ser buenos dispensadores de reforzamiento positivo y retroalimentación que se recibe dando oportunidad de integrar una buena respuesta asertiva (Jakubowski, 1970).

(4) El entrenamiento Asertivo tiene aplicación en una gran variedad de actividades humanas y escenarios, como en la escuela, escenarios terapéuticos, oficinas, en la comunidad, en instituciones deportivas, etc - - - - - (Lange, Arthur y Jacobowski, 1975)

(5) El Entrenamiento Asertivo es una terapia que no es ofensiva para los pacientes dado que no tiene contraindicaciones por desordenes médicos y puede ser administrado fácilmente sin la necesidad de un equipo costoso o supervisión médica.

B) SUPUESTOS TEORICOS DE LA CONDUCTA ASERTIVA.

- DEFINICION DE CONDUCTA ASERTIVA.

Hablando sobre los supuestos teóricos de la asertividad se comenzará con la definición de conducta asertiva. Las primeras definiciones de asertividad en general son vagas.

Wolpe y Lazarus (1966), por ejemplo, definieron conducta asertiva como "todas las expresiones socialmente aceptables de derechos y sentimientos". En oposición a expresiones de enojo, irritación, desacuerdo y fastidio se in

cluyeron expresiones positivas de alegría, halago y amor. Se ha ofrecido también otras definiciones generales tales como habilidades para auto expresarse - - - - - Lieberman (1972) y ámbito de libertad emocional - - - - - (Lazarus, 1971).

Otros intentos para definir asertividad han resultado en definiciones operacionales e identificación de clases de respuestas específicas de asertividad Lazarus (1973) propuso que la conducta asertiva sea dividida en cuatro patrones de respuestas separados y específicos: a) la habilidad para decir No, b) la habilidad para expresar sentimientos positivos y negativos, y d) la habilidad para iniciar, con tinuar y terminar conversaciones en general.

Galassi, De Leo, Galassi y Bastien (1974) identificaron tres clases de respuestas de asertividad: expresión de sentimientos positivos, sentimientos negativos y auto rechazo se definió como la tendencia a dar importancia exagerada a los sentimientos de otros. Otras definiciones operacionales incluyen la habilidad de expresar opiniones y desacuerdo con opiniones contrarias a la propia - - - - Lawrence (1970), la habilidad para iniciar y mantener interacciones sociales (O'Connor, 1969), y la habilidad para auto - identificar más que autosacrificar respuestas y decisiones en situaciones de conflicto - - - - - (Goldstein, Martens, Hubben, Van Belle, Schaaf, Wiersma & Goedhart, 1973).

Rich y Schroeder (1976) revisaron lo inadecuado de definiciones de asertividad y ofrecen la siguiente definición funcional de conducta asertiva, conducta asertiva es la habilidad para buscar, mantener o aumentar el reforzamiento en una situación interpersonal mediante la expresión de sentimientos o deseos cuando tal expresión arriesga la pérdida de reforzamiento o igualmente castiga. Esta última definición de conducta asertiva es la que se tomo en cuenta en este trabajo.

✓ - COMPONENTES DE LA CONDUCTA ASERTIVA.

Los componentes de la conducta asertiva se desglosan en dos tipos: conductas verbales y no verbales (Cotler, - Sherwin y Guerra, 1976).

Entre las primeras se incluyen el establecer, mantener, - terminar conversaciones; habilidades de relaciones adi - cionales en estas se encuentran auto elogios, dar y reci - bir cumplidos, bombardeo de cualidades, comunicación de sentimientos con el uso del yo, afirmaciones en vez de - preguntas, contratos de contingencias positivas; habili - dades de protección dentro de éstas el disco rayado o re - petición de afirmaciones honestas hechas en un principio cuantas veces sea necesario hasta que cese la otra perso - na de interactuar de una manera poco exitosa, ignorar se - lectivamente, clasificar problemas, reducción de la culpa y la regla de no decir lo siento, disculparse.

Las conductas no verbales más importantes son: contacto visual, contacto físico, espacio corporal, postura, expre - sión facial, volumen de la voz, tono e inflexión, movi - miento corporal, elección del momento oportuno para com - portarse asertivamente.

✓ - DETERMINANTES SITUACIONALES DE LA CONDUCTA ASERTIVA.

Se dice que las conductas que son socialmente apropiadas en una circunstancia, puede no serlo en otra. Por ejemplo, si uno está esperando en una fila para comprar el boleto para el teatro y alguien se pone adelante, la respuesta - socialmente mencionada diferirá dependiendo de si la per - sona es un hombre de edad media, o un niño, o una mujer grande.

Igualmente, la respuesta asertiva requerida diferirá de - dependiendo de si hay familiaridad con la otra persona en comparación con la respuesta de uno, a alguien quien es totalmente extraño (Eisler, Hersen, Miller y Blanchard, - 1975).

- VARIABLES DEPENDIENTES.

Se ha trabajado con las siguientes variables dependientes tales como: longitud de palabras, sonrisa, contacto visual, movimientos principales del cuerpo, gestos, latencia de respuesta asertiva, duración de respuesta asertiva, fluidez del lenguaje, contenido asertivo, respuesta larga, nivel de ansiedad, autoevaluación, los resultados que han tomado en cuenta estas variables son Trower, Krvsia, Yardler, Martorano y Melnick (1977); - Gambrill y Richey (1975); McFall y Twentyman (1973); - Galassi y Galassi (1976); Ratus (1973); Galassi y - - - Galassi (1979); Galassi, Hollandsworth, Radecki, Howe, Claiborne y Evans (1976).

- OBJETIVO DE EL ENTRENAMIENTO ASERTIVO.

El objetivo de el entrenamiento asertivo es el de tener la habilidad para buscar, mantener o aumentar el reforzamiento en una situación interpersonal mediante la expresión de sentimientos o deseos cuando tal expresión arriesga la pérdida de reforzamiento o igualmente castigo.

- DEFINICIÓN DE ENTRENAMIENTO ASERTIVO.

Existen diferentes puntos de vista acerca de lo que se considera entrenamiento asertivo uno de ellos es - - - Eisler (1975) afirmó el entrenamiento asertivo es una conducta interpersonal que envuelve la honestidad y la expresión sincera de sentimientos, establece además que el entrenamiento asertivo incluye cualquier procedimiento terapéutico dirigido hacia el incremento de las habilidades del cliente para participar en tales conductas de una manera socialmente apropiada.

Kortt (1976) consideró el entrenamiento en asertividad como sinónimo de expresión de una emoción cualquiera menos la de angustia este entrenamiento tendría aplicabilidad para establecer relaciones interpersonales a sujetos que acostumbran quejarse del comportamiento de - -

otros, también a individuos tímidos poco expresivos que requirieren entrenamiento asertivo.

Lange y Jacobowski (1976) hicieron una última consideración de lo que es el entrenamiento asertivo considerandolo como un entrenamiento semiestructurado caracterizandolo por el énfasis sobre adquisición de la asertividad a través de la práctica, que puede ser directa utilizando el juego de roles o indirecta a través de la observación de modelos.

- TECNICAS UTILIZADAS EN EL ENTRENAMIENTO ASERTIVO.

Modelamiento .- Trower, Yardley, Bryant y Shaw (1978); - Kirschner (1976); Nietzel, Martorano y Melnick (1977); - McFall y Twentyman (1973).

Instrucciones.- Nietzel, Martorano y Melnick (1977); - - - Gambrill y Galassi (1976); Rathus (1973).

Reforzamiento.- Kirschner (1976); McFall y Twentyman (1973); Galassi y Galassi (1976).

Feedback (retroalimentación).- Trower, Yardley Bryant y Shaw (1978); Kirschner (1976).

Playback de Respuestas.- Rathus (1973).

Desensibilización Sistemática .- Trower, Yardley, Bryant y Shaw (1973).

Terapia Racional.- Nietzel, Martorano, Melnick (1977).

√ - TIPOS DE ENTRENAMIENTO ASERTIVO.

El entrenamiento asertivo puede ser hecho en forma individual o en forma grupal Jacobowski (1976) considera que el entrenamiento en grupos es generalmente más efectivo por varias ventajas fundamentales se derivan del potencial para la interacción que presenta encontrarse con otros individuos que poseen problemas similares.

Para el paciente, existen mejores oportunidades de ensayo con diferentes personas y le da oportunidad a otros miembros del grupo de participar y extender diferentes tipos de roles.

El paciente puede asumir el papel de coterapeuta y esto be

neficia más su aprendizaje.

Se plantean también muchos ejemplos de respuestas asertivas, no asertivas y agresivas, lo que proporciona a los participantes un mayor rango de situaciones que pueden abordarse y experimentar como se pueden aplicar habilidades asertivas en esas situaciones. Por último los miembros del grupo resultan ser buenos dispensadores de reforzamiento positivo y retroalimentación que se recibe de oportunidad de integrar una buena respuesta asertiva.

- TIPO DE POBLACION QUE HAN UTILIZADO LOS AUTORES.

El entrenamiento asertivo lo han aplicado a individuos con estilo de "vida pasiva o inhibida" (Wolpe, 1958. - 1969; Wolpe y Lazarus, 1966); sujetos que tienen desviación sexual (Edwards, 1972) Stevenson y Wolpe, 1960), - individuos depresivos (Piaget y Lazarus, 1969) y sujetos que tienen conflictos maritales (Eisler, Miller, Hersen y Alford, 1974; Fensterheim, 1972). También se ha usado el Entrenamiento Asertivo para mejorar el funcionamiento interpersonal en esquizofrénicos (Weinman, Wallace y Post, 1972). En alcohólicos Miller (1977) en su estudio evaluó (1) la relación entre los auto - reportes de la asertividad de los alcohólicos comparados con su conducta actual; (2) la relación entre responder asertivamente y su conducta de beber de los alcohólicos, y (3) la conducta asertiva de pacientes alcohólicos comparada con pacientes recibiendo tratamiento psiquiátrico por otros desordenes. Los resultados que obtuvo fueron que en los auto - reportes los alcohólicos fueron significativamente más asertivos que los no alcohólicos. Ambos alcohólicos no tienen habilidad para expresar sentimientos negativos. Se establecieron diferencias, sin embargo los grupos fueron comparados en ejecución de asertividad positiva. En los alcohólicos hubo notas significativamente altas en asertividad positiva que los no alco

hólicos. No hubo correlaciones significantes entre aserción positiva y beber. No obstante si hubo correlación entre aserción negativa y beber. Así, conductualmente hubó menor asertividad en alcohólicos por lo que consumieron más alcohol.

- MEDIDAS Y EVALUACIONES PROPUESTAS PARA LA CONDUCTA -
ASERTIVA.

- Las medidas que se emplean en la conducta asertiva son tres: a) medidas de auto - reporte, b) medidas conductuales, c) medidas fisiológicas.

Los instrumentos de evaluación de la conducta Asertiva han sido mediante: Inventarios, Observaciones Directas - en ambientes naturales, Observaciones en situaciones conductuales planeadas, evaluación mediante role - playing, la tasa del pulso, la tasa cardiaca.

Para entrar a la sección de método plantear el objetivo del trabajo que fué comprobar la relación que existe entre la falta de habilidades sociales con el excesivo beber, que los alcohólicos disminuyeran su ingesta de alcohol. Estos objetivos se alcanzaron manipulando la asertividad.

Ć A P I T U L O I I

M E T O D O

M E T O D O

Sujetos.- Veinticuatro alcohólicos no asertivos (12 hombres para el grupo experimental, 12 hombres para el grupo control) participaron como sujetos teniendo las siguientes características : que estuvieran dentro del rango de edad de 20 a 45 años que no tuvieran daño cerebral, que fueran farmacodependientes exclusivamente al alcohol, y que no estuvieran bajo tratamiento farmacológico.

La media de edad para el grupo experimental fué de 37.66 comparada con 35.91 del grupo control.

Ellos fueron recluidos en base al inventario de Asertividad de Gambrill y en base a una entrevista individual que se tuvo con los sujetos, véase tablas 1 y 2 que presentan los datos descriptivos de los sujetos del grupo experimental y control respectivamente.

Diseño.- Los sujetos alcohólicos (24) no asertivos fueron azarosamente asignados a los grupos experimental y control dentro de un Diseño de Dos Grupos Seleccionados al Azar.

Escenario.- El entrenamiento se llevó a cabo en el Centro para la Prevención del alcoholismo de la S.S.A. dependiente de la Salud Mental.

El entrenamiento se dió en el auditorio (10 m. de largo X 6 m. de ancho) dentro de éste se encuentra, un escritorio, varias sillas (Vér Apéndice A1).

Aparatos.- El aparato que se utilizó para analizar las muestras de sangre de los sujetos del grupo experimental se llama Cromatografo de Gases.

HIGH EFFICIENCY GAS CHROMATOGRAPH.

MARCA: HEWLETT PACKARD.

MODELO: 7127 A.

Se localiza en el Servicio Médico Forense (SEMEFO) . - (Vér Figura 4).

El aparato que se empleó para analizar las muestras de

sangre de los sujetos del grupo control también se llama Cromatografo de Gases.

MARCA: VARIAN AEROGRAPH.

SERIES: 2100.

PART NO. REGISTRO 21 000 C - 01.

SERIAL NO. 05203736.

Se encuentra en la Dirección General de Servicios Periciales de la Procuraduría General de la Justicia del D.F. (Vér Figura 5).

Dentro de una de sus utilidades de éstos aparatos de Cromatografía de Gas sirve para medir el grado de concentración de alcohol en la sangre.

Materiales.- Inventario de Asertividad de Gambrill, Manual de Asertividad elaborado por el área de Psicología Clínica de la ENEP - IZTACALA, cartulinas, marcador, estrellas de papel, hojas, pizarrón, gises.

Definición de Variables:

- Variable Dependiente:

Adquirir Conductas Asertivas: tener habilidad para buscar, mantener o aumentar el reforzamiento en una situación interpersonal mediante la expresión de sentimientos positivos (amor, alago, alegría), expresar deseos, tener habilidades para decir No, habilidades para iniciar continuar y terminar conversaciones en general, expresar de rechos, habilidad para expresar opiniones y desacuerdo con opiniones contrarias a la propia.

Los componentes de la conducta asertiva que se registraron fueron:

Contacto Físico Positivo: iniciado (i) o respondiendo (r). Cualquier conducta del sujeto que lo hace entrar sin violencia, en contacto físico con un adulto - tocarlo en cualquier parte del cuerpo, tomarle la mano, apoyarse en él, véase tabla 3 que presenta los resultados de ésta variable.

Contacto Visual: Contacto que se establece entre dos personas que se miran fijamente en un período de 15 segun --

dos, ver tabla 4 donde se observan los resultados de esta variable.

Sonrisa: Conducta referida a reír como respuesta a otros, véase tabla 5 donde muestra los resultados de ésta variable.

- Variable Independiente:

Entrenamiento Asertivo: es un entrenamiento semiestructurado caracterizándolo por el énfasis sobre adquisición de la asertividad a través de la práctica, que puede ser directa utilizando el juego de roles o indirecta a través de la observación de modelos.

- Procedimiento:

1.- Selección de sujetos.

1.1.- En forma individual se les aplicó el inventario de asertividad de Gambrill ver Apéndice A2, tablas 7 y 8 en éstas se observan los datos en términos del porcentaje de las respuestas del inventario de Asertividad de Gambrill de cada uno de los sujetos en el Pretest y Postest de los grupos Experimental y Control respectivamente, en el grupo experimental se observa que en el Postest las respuestas se vieron afectadas sobremanera para beneficio de los siete primeros sujetos.

1.2.- Se les hizo una entrevista el objeto de ésta es la de obtener información acerca de las relaciones interpersonales de los pacientes, al hacer la entrevista permitió esclarecer el problema específico en cada caso individual, además permitió evaluar los aspectos no verbales de la conducta de los pacientes.

1.3.- A los sujetos se les aplicó el electroencefalograma con el propósito de que los sujetos no tuvieran daño cerebral.

2.- Se les dió un contrato para que lo firmaran para que se comprometieran asistir a todas las sesiones de el entrenamiento asertivo (E.A.), (Ver Apéndice A3).

3.- A los sujetos del grupo experimental y control se les

tomo muestras de sangre una vez por semana, en el mismo día y a la misma hora, la sangre fué analizada para detectar que grado de concentración de alcohol se encuentra en la sangre, véase tablas 9 y 10 que contienen el resumen de los datos del Grado de Concentración de Alcohol en la sangre de los sujetos del grupo experimental y control, véase el capítulo correspondiente a la sección de figuras en las que se presentan las gráficas del grado de concentración de alcohol en la sangre de los dos grupos.

4.- Se utilizó el Manual de Asertividad elaborado por la área de Psicología Clínica de la E.N.E.P.- IZTACALA - - (Vér Apéndice A4).

4.1.- Los ejercicios que se tomaron en cuenta del manual de asertividad fueron: Ejercicio 1.- Instrucciones; Ejercicio 2.- Tópicos Fútiles; Ejercicio 3.- Dar y Recibir - Cumplidos; Ejercicio 4.- Si - No; Ejercicio 5.- Conversaciones Sociales; Ejercicio 6.- Discriminación de Conducta Asertiva, Agresiva y no asertiva; Ejercicio 7.- Identificando Derechos Personales y Aceptandolos Encubiertamente; Ejercicio 10.- Haciendo Demandas y Rehusándolas;- Ejercicio 11.- Haciendo afirmaciones sin explicaciones;- Ejercicio 12.- Enfrentandose a personas persistentes; - Ejercicio 13.- Ejercicio de Ensayo Conductual en grupos pequeños.

Entre el ejercicio 7 y 10 se dió la sesión de Relajamiento ésta técnica de relajamiento se tomó del manual de procedimientos clínicos de Psicología de la E.N.E.P. - - IZTACALA.

Los que se implementaron fueron el Ejercicio de la Aserción en el Trabajo; La Aserción en la Relación Intima; - Como salir de la Depresión.

Esta fué la secuencia en la que se vieron los ejercicios.

4.2.- El paquete de técnicas que se utilizó en el E.A. - fué : Ensayo Conductual: Consiste en la actuación de seg mentos de conducta en situaciones problemáticas para el

individuo. Este actúa en la forma que lo hace típicamente ante esa situación y recibe información del terapeuta enfatizando los aspectos positivos de su actuación y sugiriendo mejoras en conductas verbales y no verbales - apropiadas a ese tipo de interacción.

El individuo nuevamente actúa y recibe retroalimentación esta secuencia se continua hasta que el individuo ha logrado cierto nivel de eficiencia en su ejecución, véase la tabla 6 en la que se exponen el número de ensayos Conductuales que requirieron los pacientes para que actuaran en forma correcta en cada uno de los ejercicios.

Instrucciones: El individuo recibe una serie de recomendaciones acerca de su conducta antes de enfrentarse a una situación problemática.

Modelamiento: Consiste en la observación de la conducta de otro (el modelo) durante una situación problemática para el que observa.

El modelo se presentó en vivo.

Reforzamiento: En el entrenamiento asertivo (E.A.) se enfatiza el principio de reforzar positivamente las respuestas asertivas con el fin de que se mantenga y fortalezcan. La forma en la que se administró fué variada, por ejemplo: se administró por el terapeuta, y se dió reforzamiento intrínseco a la ejecución.

Retroalimentación: El terapeuta o coterapeuta proporciona información al cliente sobre aquellos aspectos verbales y no verbales de su ejecución durante el ensayo conductual. Es de vital importancia que la retroalimentación se proporcione sobre los aspectos positivos de su ejecución y en seguida sugerir al cliente algunas mejoras convenientes en su conducta para el siguiente ensayo, se enfatiza que de ninguna manera se hace comentarios de desaprobación que desalienten al individuo en entrenamiento.

4.3.- En cada sesión se tomo el registro de la frecuen -

cia de los componentes de conductas no verbales: contacto físico, contacto visual, sonrisa.

4.4.- El entrenamiento se llevó a cabo dos veces por semana Martes y Jueves, las sesiones duraron dos horas, se - vieron dos ejercicios por semana.

4.5.- El terapeuta (mujer) tuvo la colaboración de un ayu - dante hombre para que entre los dos ejemplificaran los - ejercicios.

4.6.- Los sujetos se sentaron frente al terapeuta.

4.7.- Al final de cada sesión se tomo asistencia vér ta - bla 11 donde se ejemplifica la asistencia del grupo expe - rimental y se aprecia cuales fueron los sujetos que deser - taron.

4.8.- La evaluación que se utilizó en los sujetos fué a través de el Inventario de Asertividad, la entrevista, el Ensayo Conductual, y el grado de concentración de alcohol en la sangre.

4.9.- Independientemente del Diseño elegido se pretendió que al término de el entrenamiento de el grupo experimen - tal dar el entrenamiento al grupo control con el propósi - to de que estos adquirieran las habilidades sociales. No se dió el entrenamiento al segundo grupo mencionado por - la variable de deserción por parte de estos sujetos.

PROCEDIMIENTO QUE SE SIGUIO PARA EL ENSAYO CONDUCTUAL
Antes de dar la explicación del ejercicio que correspon - dió, a cada sujeto se le pidió que actuara en la forma - que lo hace típicamente ante una situación problemática (del ejercicio que se iba a tratar) al término de la ac - tuación recibió información del terapeuta enfatizando los aspectos positivos de su actuación y sugiriendo mejoras en conductas verbales y no verbales apropiadas a este ti - po de interacción este procedimiento se aplicó a todos - los ejercicios de el E.A. (entrenamiento asertivo).
Después de el ensayo conductual se dió una breve explica - ción del ejercicio a tratar se modelo la forma correcta de

actuar positivamente, por orden se les pidió a cada sujeto que actuaran de la misma manera como lo hizo el modelo y se le dió retroalimentación.

Se dió a conocer los objetivos del ejercicio y finalmente se dejaron las tareas.

PROCEDIMIENTO PARA LA ECONOMIA DE FICHAS

1.- A los sujetos se les preguntó que es lo que les gustaría recibir como premio al finalizar el entrenamiento - asertivo. Por unanimidad decidieron que se les diera un Diploma, con ésto se comprobó la falta de reconocimiento que tienen estos sujetos (Vér Apéndice A5).

1.1.- En el pizarrón en una cartulina estuvieron anota-dos los nombres de los miembros del grupo, la fecha, en ésta cartulina se llevó el registro del cumplimiento de las tareas.

1.2.- Al inicio de cada sesión se revisó la tarea si cumplieron con ésta se les colocó una paloma en el lugar correspondiente al nombre del sujeto y a la fecha.

1.3.- A la persona que llevó a la práctica las dos tareas seguidas correspondientes a los dos ejercicios vistos semanalmente se les colocó una estrella en la cartulina, - vér tabla 12 que presenta la forma esquemática en la que se llevó a cabo el sistema de Economía de Fichas.

El Sistema de Economía de Fichas fortaleció la conducta de cumplir con las tareas.

1.4.- Siempre que fué posible, la anotación de las palomas fué acompañada por alguna expresión de aprobación social como "sonreír" decir "esta bien" "perfecto" "lo hi-zó bien" y una descripción verbal de las contingencias existentes, por ejemplo: le anotare una paloma por el - buen cumplimiento de las tareas de el ejercicio X; o por ejemplo "le pondre en la cartulina una estrella por el buen cumplimiento de las dos tareas realizadas en esta - semana".

1.5.- Al finalizar el entrenamiento de nuevo se les apli

có el inventario de asertividad.

A los familiares se les citó cada ocho días (los sábados) con el objeto de entrevistarlos.

Las preguntas que se les hizo se relacionaron a si en el transcurso de la semana su familiar alcohólico bebió o no bebió.

Se les entregó una hoja de registro para que anotaran - que días de la semana el paciente tomo bebidas embriagantes observando que tuviera aliento alcohólico y en su - forma de hablar que se viera que estaba ebrio, se les recomendo que no les comunicaran a su familiar alcohólico que hiba estar siendo registrado, vér tabla 13 muestra - el registro que se les dió a los familiares para que anotaran una marca en el día que si bebieron y en el día - que no bebieron; en la tabla 14 se observa que se logró el objetivo de que los sujetos alcohólicos disminuyeran su ingesta de alcohol debido a la asistencia regular al entrenamiento ésto se ve en los siete primeros sujetos. Vér Apéndice A6 (Limitaciones de la Investigación).

C A P I T U L O I I I

R E S U L T A D O S

R E S U L T A D O S

Se presentan los resultados del entrenamiento asertivo - en sujetos alcohólicos bajo siete encabezados principales: a) Resultados de los datos descriptivos de los sujetos del grupo experimental y control, b) Resultados de los componentes de conductas no verbales (contacto físico, contacto visual, sonrisa, c) Resultados del número de ensayos conductuales que requirieron los pacientes para que actuaran en forma correcta, d) Resultados del porcentaje del grado de incomodidad y de probabilidad de respuesta del inventario de asertividad de Gambrill, e) Resultados del grado de concentración de alcohol en la sangre, f) Resultados del sistema de economía de fichas, g) Resultados del análisis estadístico del diseño de dos grupos seleccionados al azar.

- DATOS DESCRIPTIVOS DE LOS SUJETOS DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL.

La media de edad para el grupo experimental fué de 37.66 y la media de edad para el grupo control fué de 35.91.

En cuanto al estado civil en el grupo experimental hubo casados 9, unión libre 2, solteros 1; pasando al grupo con trol hubo casados 9, unión libre 0, solteros 3.

En relación a la educación el grupo experimental tuvo menor nivel educativo en comparación con el grupo control - que tuvo un nivel educativo superior.

Con respecto a la edad en la que iniciaron a beber los sujetos del grupo experimental fué de 12 a los 17 años; y en el grupo control iniciaron su carrera alcohólica de los 15 a los 20 años.

Tocante al empleo los sujetos del grupo experimental tuvieron los siguientes empleos: jefe de personal 1, obreros 2, plomero 1, empleados 3, yesero - pintor 1, albañil 1, chofer 1, conserje 1, ingeniero 1; el grupo control tuvo los siguientes empleos: empleados 2, herrero 1, electricistas

2, operador 1, ojalatero 1, comerciante 1, mecánico 1, - obrero 1, ingeniero 1, barnizador 1.

- FRECUENCIA DE LOS COMPONENTES DE CONDUCTAS NO VERBALES
En las tablas 3, 4 y 5 se observan las conductas de contacto físico, contacto visual, sonrisa respectivamente que fueron registradas en el auditorio del centro de alcoholismo.

En la tabla 3 apreciamos el registro del componente no verbal contacto físico en la que se observa que a lo largo de el entrenamiento asertivo los primeros siete sujetos tuvieron contactos físicos positivos iniciados - - - (i) = 53 y contactos físicos positivos respondidos - - - (r) = 41.

La tabla 4 se refiere a la frecuencia del componente no verbal contacto visual, específicamente en los sujetos - del A al G adquirieron la conducta de tener contacto visual con otra persona en la mayoría de los ejercicios, - se ve claramente que en los cuatro últimos ejercicios - cada uno de los sujetos señalados mantuvieron el contacto visual en dos ocasiones en comparación con el primer ejercicio que se dió una ocasión en cada uno de los sujetos. Los sujetos restantes adquirieron la conducta pero no la mantuvieron de igual manera con respecto a los primeros sujetos que se citaron.

Pasando a la tabla 5 que corresponde al registro del componente no verbal sonrisa observamos que en el primer - ejercicio en ninguno de los sujetos se dió la conducta de sonreír, a partir del segundo ejercicio que correspondió al de tópicos fútiles se comenzó a dar la sonrisa en los primeros nueve sujetos, en los siguientes ejercicios la sonrisa se dió en forma irregular pero ya en los últimos cuatro ejercicios los sujetos del A al G mantuvieron la conducta de sonreír.

RESULTADOS DEL NUMERO DE ENSAYOS CONDUCTUALES QUE REQUIRIERON LOS PACIENTES PARA QUE ACTUARAN EN FORMA CORRECTA. En relación a la tabla 6, ésta indica que en el ejercicio 1 los sujetos necesitaron de 4 a 5 ensayos pero a partir del segundo ejercicio se empieza a notar que van disminuyendo los ensayos, en el segundo ejercicio todos los sujetos requirieron de 3 ensayos, a partir del tercer ejercicio en adelante requirieron de 2 a 1 ensayos.

- RESULTADOS DEL PORCENTAJE DEL GRADO DE INCOMODIDAD Y DE PROBABILIDAD DE RESPUESTA DEL INVENTARIO DE ASERTIVIDAD - DE GAMBRILL.

En la tabla 7 se nota que en el grupo experimental en el Posttest el porcentaje del grado de incomodidad fué de 81 % a 90 %, el porcentaje de probabilidad de respuesta fué de 80 a 99 %.

En el Posttest se ve que hubo cambios notables en el porcentaje del grado de incomodidad que fué de 21.5 a 35.5 % y en la probabilidad de respuesta fué de 21 a 37.5 %.

En el Posttest se comprueba que los sujetos adquirieron en su repertorio las habilidades sociales.

En la tabla 8 detectamos que en el Posttest del grupo control el porcentaje del grado de incomodidad y el porcentaje de probabilidad de respuesta no cambio.

- GRADO DE CONCENTRACION DE ALCOHOL EN LA SANGRE.

Como puede observarse en la tabla 9 y en las gráficas correspondientes al grupo experimental se nota un descenso dramático en la conducta de beber a partir del ejercicio 2 en comparación con la tabla 10 y las gráficas correspondientes al grupo control, la gráfica poligonal muestra a los dos grupos donde se observa que los sujetos del grupo control presentaron mayor porcentaje de concentración de alcohol en la sangre. Es necesario recordar al lector que los familiares estuvieron registrando diariamente a su familiar alcohólico, en la tabla 14 se ilustra que no hubo un descenso dramático sino que paulatinamente fueron dis-

minuyendo las ocasiones que bebían a la semana.

En la tabla 14 se observa que en los primeros siete sujetos se logró el objetivo de que los sujetos alcohólicos disminuyeran su ingesta de alcohol debido a que asistieron regularmente a el entrenamiento asertivo, los siete primeros sujetos en la semana bebieron toda la semana excepto el sujeto E que bebió solo en una ocasión, a partir de la tercera semana se nota que los sujetos bajaron el número de ocasiones que bebían a la semana, en la cuarta semana algunos sujetos tomaron exclusivamente una o dos ocasiones a la semana. A partir de la quinta semana a la octava los sujetos no bebieron en toda la semana.

- SISTEMA DE ECONOMIA DE FICHAS.

En la tabla 12 es evidente que en los siete primeros sujetos se vió incrementada la conducta de cumplir con las tareas como efecto del reforzamiento social a lo largo del sistema de economía de fichas.

- ANALISIS ESTADISTICO DEL DISEÑO DE DOS GRUPOS SELECCIONADOS AL AZAR.

Se realizó un análisis de datos de la "prueba t".

Para hacer este análisis los datos se obtuvieron de las calificaciones del grado de concentración de alcohol en la sangre de cada uno de los sujetos de los dos grupos.

La prueba t reveló diferencias estadísticas significativas entre la media del grado de concentración de alcohol del grupo experimental $\bar{X} = 130.95$ y la media del grado de concentración de alcohol del grupo control $\bar{X} = 814.18$. Los resultados de la "prueba t" fueron $t = 0.85$, $gl = < 0.4$.

Vér apéndice A7 donde se ve los pasos que se siguió para el análisis estadístico del Diseño de Dos grupos Seleccionados al Azar.

C A P I T U L O I V

F I G U R A S

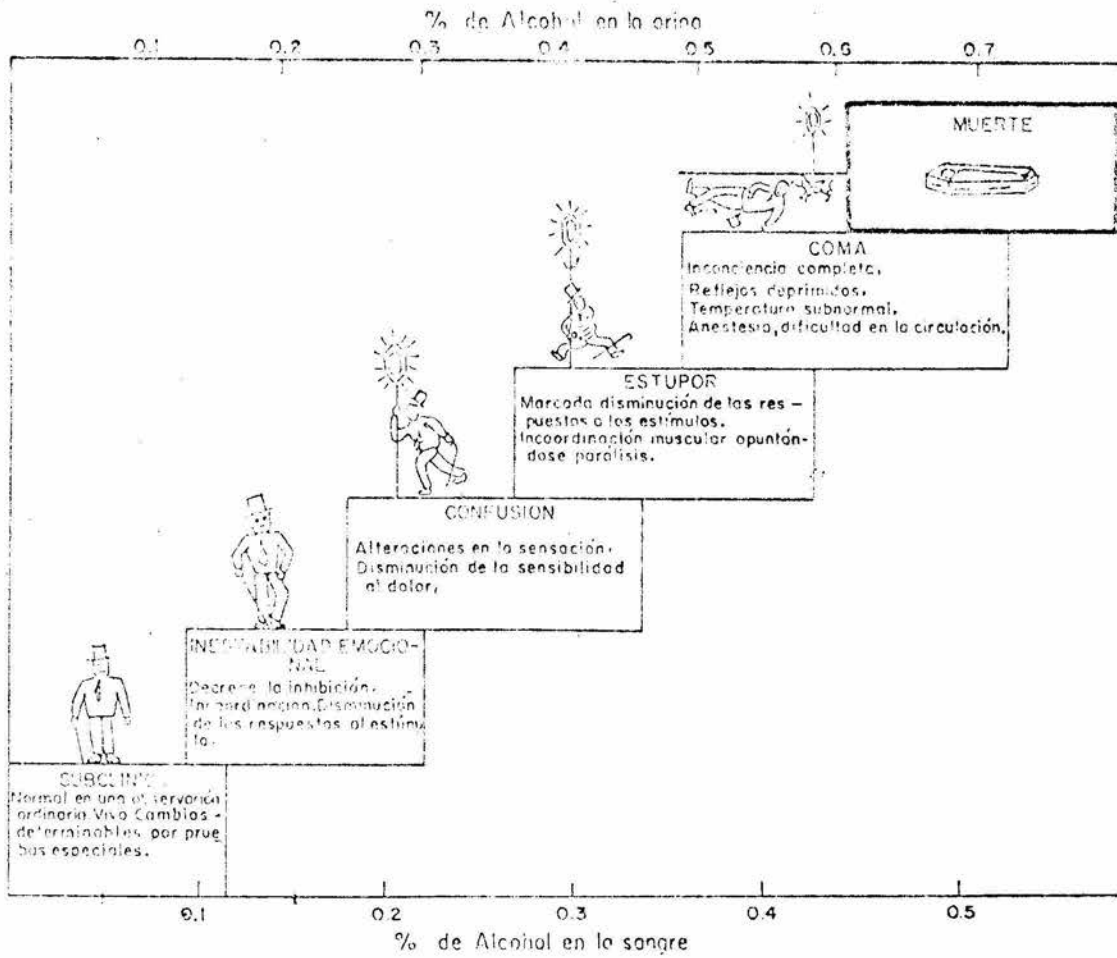


Fig.1. Porcentaje de alcohol en sangre y orina.

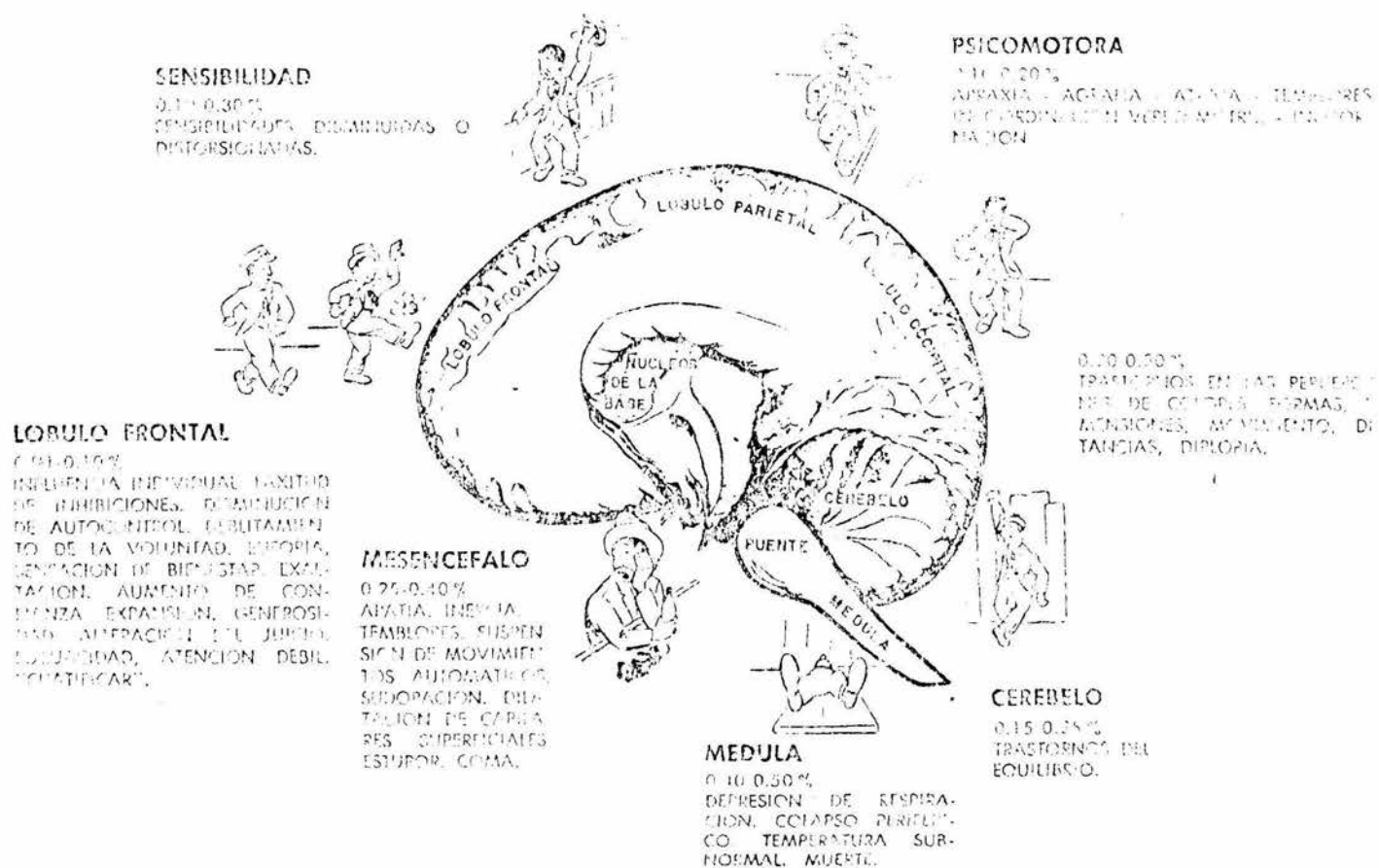


Fig.2.Efectos farmacológicos del Alcohol:anestesia.

(Porcentaje de alcohol en la sangre)

CLINICA

No hay influencia aparente. Conducta casi normal por observación ordinaria. Pruebas especiales revelan pequeños trastornos sub clínicos.
2 onzas (29.57 x 2 = 59.14 ml) de Whiskey o 2 botellas de cerveza promedio por persona.

Euforia, menos inhibiciones y más aparente confianza en sí mismo. Sociabilidad, desarrollo de conversación, aumento de las confianzas, disminución de atención, juicios, control y respuesta a los estímulos. Inestabilidad emocional. Las reacciones se retardan en el 35% de la gente.

Mucha gente sufre grandes cambios:

Mala memoria y comprensión, incoordinación muscular, confusiones, incapacidad de juicios críticos y de manejar automóviles.

6 / onzas (177.42 206.99 ml) de Whiskey o 6-7 botellas de cerveza promedio por persona.

Mala respuesta motora, dificultad en percibir color, forma, movimiento y dimensiones, desorientación, confusión. Pérdida de inhibiciones, peleas sentimentales, irrazonables, vértigo, temor, cólera, pesadumbre, descuido en la seguridad personal, paso tambaleante, habla balbuciente.

Intoxicación aguda, embriaguez, diplopia, lenguaje cortado, el comportamiento perturba la tranquilidad y seguridad pública.

Apatía, inercia general, insensibilidad, temblores, cese de movimientos automáticos, sudoración, dilatación de capilares superficiales, incapacidad de ponerse de pie o caminar, vómito, incontinencia de orinar y heces, somnolencia, comienzo de parálisis, empeora el estado conciente, estupor, coma.

Arreflexia o hiporreflexia, hipotermia, inconciencia, coma en la mayoría de los casos, disnea, colapso circulatorio, shock, muerte posible por parálisis respiratoria.

Límite letal

CONCENTRACION DE ALCOHOL

(10-50 mg%)
Sangre: 0.01-0.05%

Orina: 0.01-0.07%



(50-100 mg%)
Sangre: 0.05-10%

Orina: 0.07-0.14%



(100-200 mg%)
Sangre: 0.10-0.20%

Orina: 0.13-0.25%



(200-250 mg%)
Sangre: 0.20-0.25%

Orina: 0.25-0.30%



(250-300 mg%)
Sangre: 0.25-0.30%

Orina: 0.31-0.40%



(300-400 mg%)
Sangre: 0.30-0.40%

Orina: 0.40-0.50%



(400-500 mg%)
Sangre: 0.40-0.50%

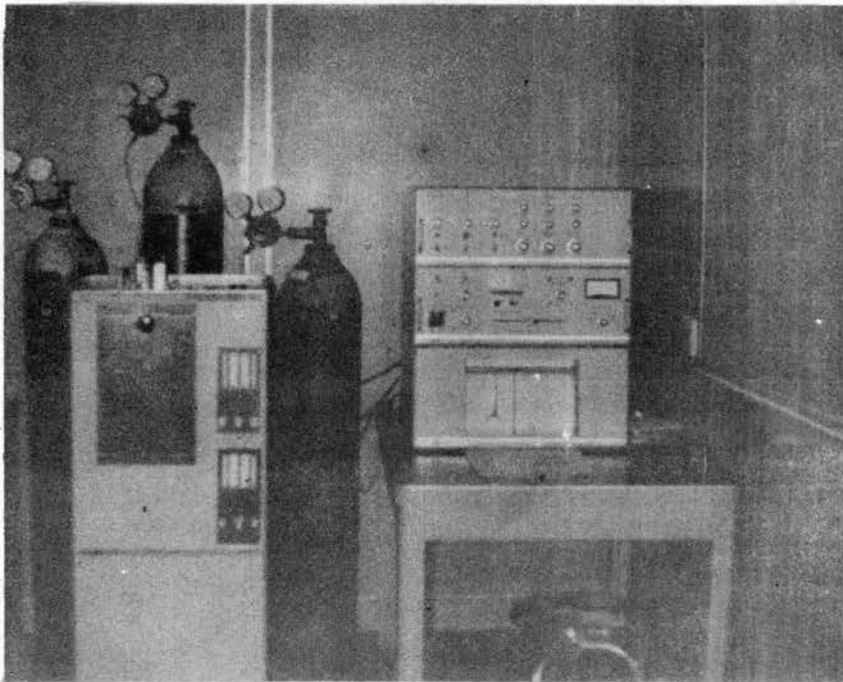
Orina: 0.50-0.61%



Sangre: 0.50% (500 mg%)
Orina: 0.62%



Fig.3. Curso de la intoxicación alcohólica



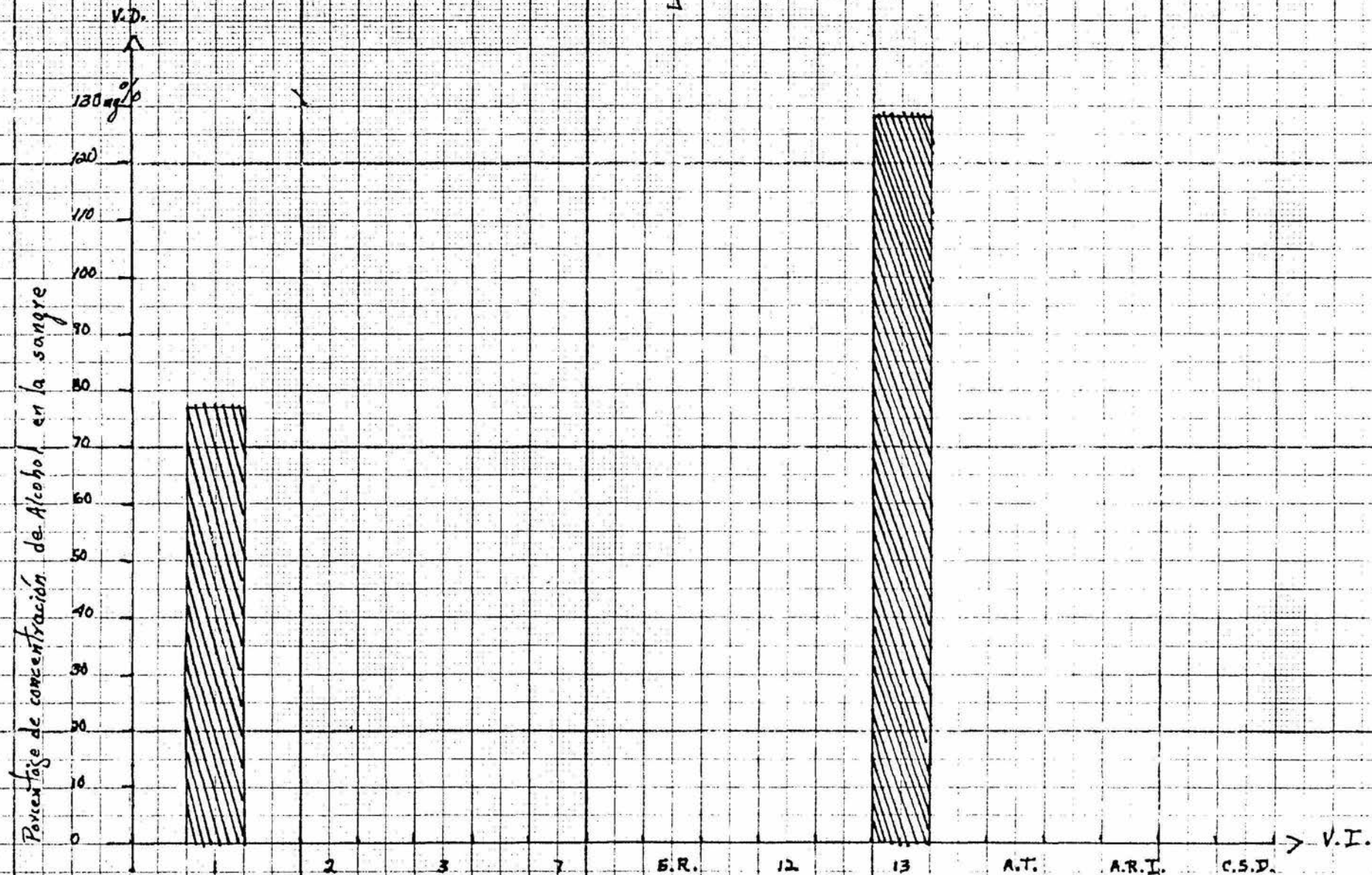
**Fig. 4. Cromatografo de Gases del
Servicio Médico Forense.**



Fig.5. Cromatografo de Gases de la Dirección General de
Servicios Periciales de la Procuraduría de
Justicia del D.F.

Grupo Experimental

Sujeto A



E.R. = ejercicio de relajación.

A.T. = Atención en el trabajo.

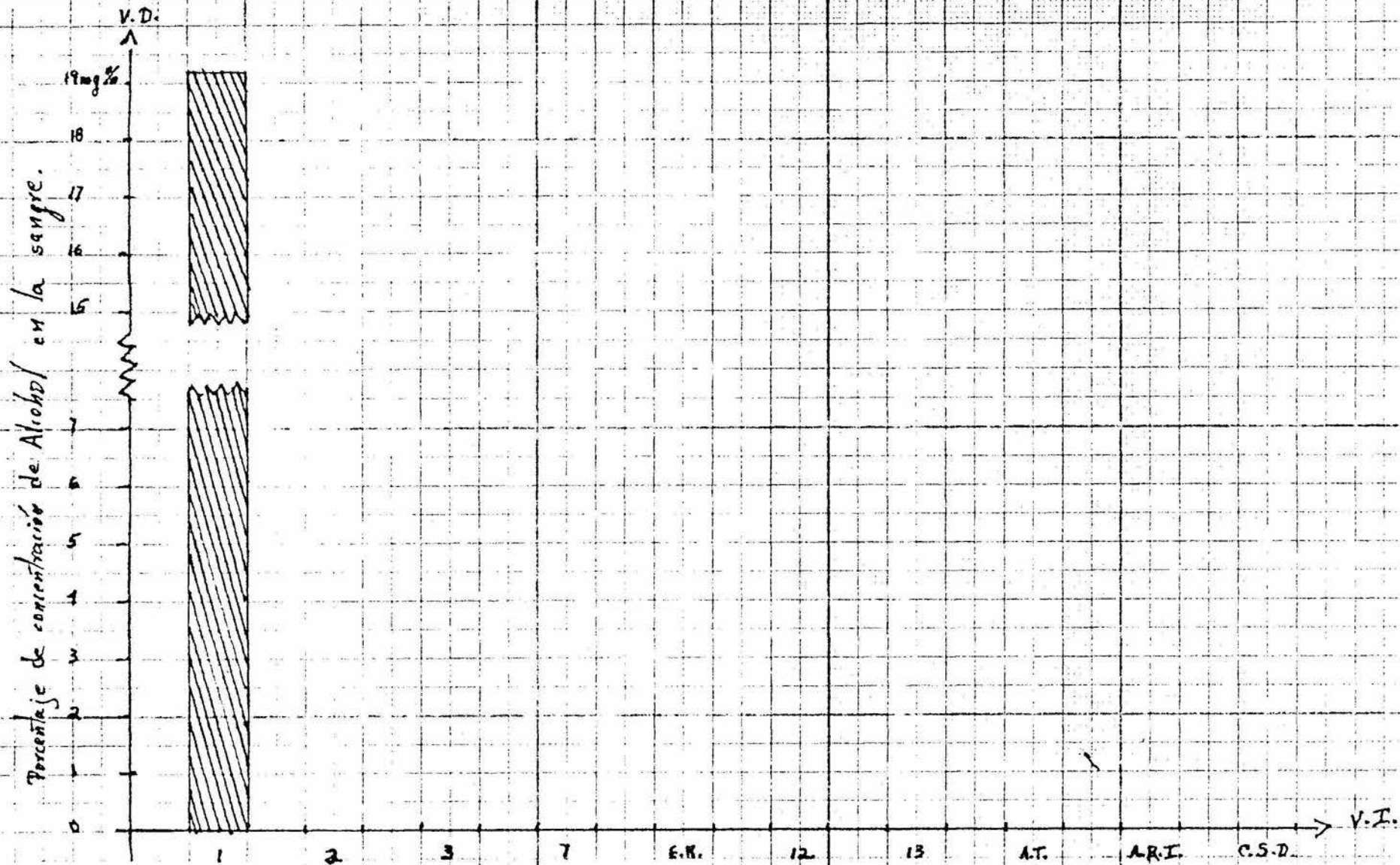
A.R.I. = Atención en la Relación Intima.

C.S.D. = Cómo salir de la Depresión.

Ejercicios

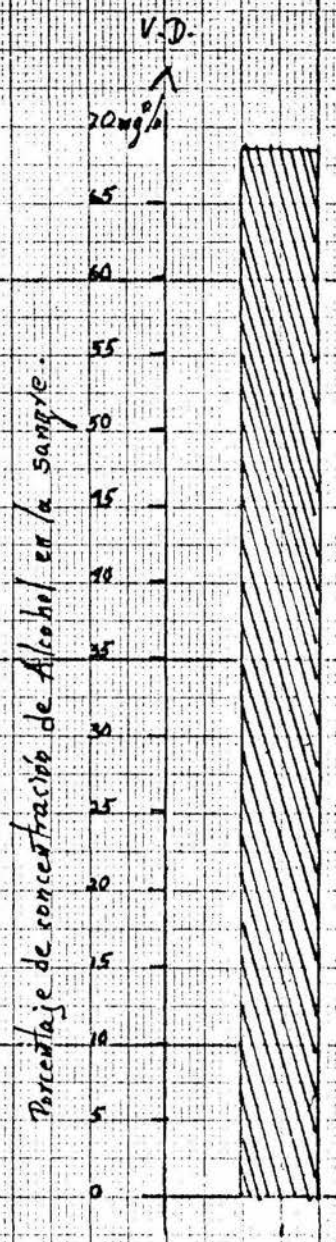
Grupo Experiencia I

Sujeto B



E.R. = Ejercicio de Relajación.
A.T. = Aserción en el trabajo.
A.R.I. = Aserción en la Relación Intima.
C.S.D. = Como Salir de la Depresión.

Grupo Experimental
Sujeto C

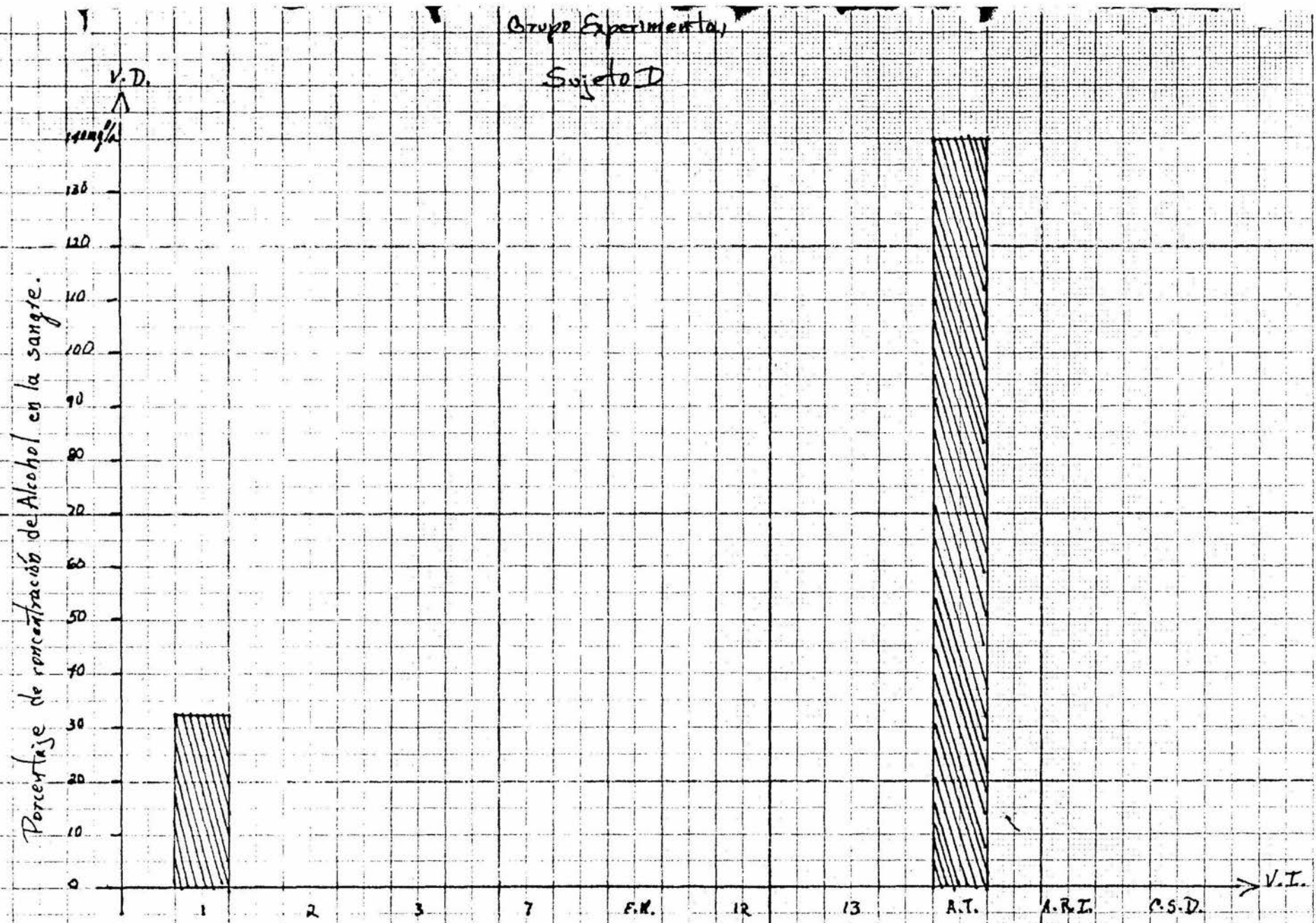


E.R. = Ejercicio de Relajación.
A.T. = Aserción en el trabajo.
A.R.I. = Aserción en la Relación Intima.
C.S.D. = Cómo Salir de la Depresión.

Ejercicios

Grupo Experimental

Sujeto D



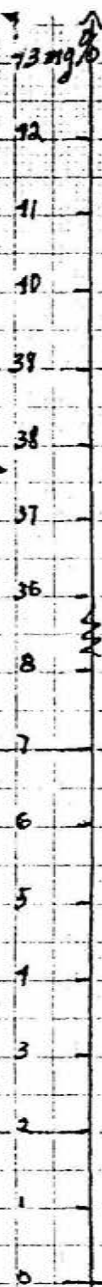
F.R. = Ejercicio de Relajación.
A.T. = Aserción en el trabajo.
A.R.I. = Aserción en la Relación Intima.
C.S.D. = Centro Soliv de la Depresión.

Ejercicios

Grupo Experimental

Sujeto E

Porcentaje de concentración de Alcohol en la sangre.



2

7

12

13

A.T.

A.R.I.

C.S.D.

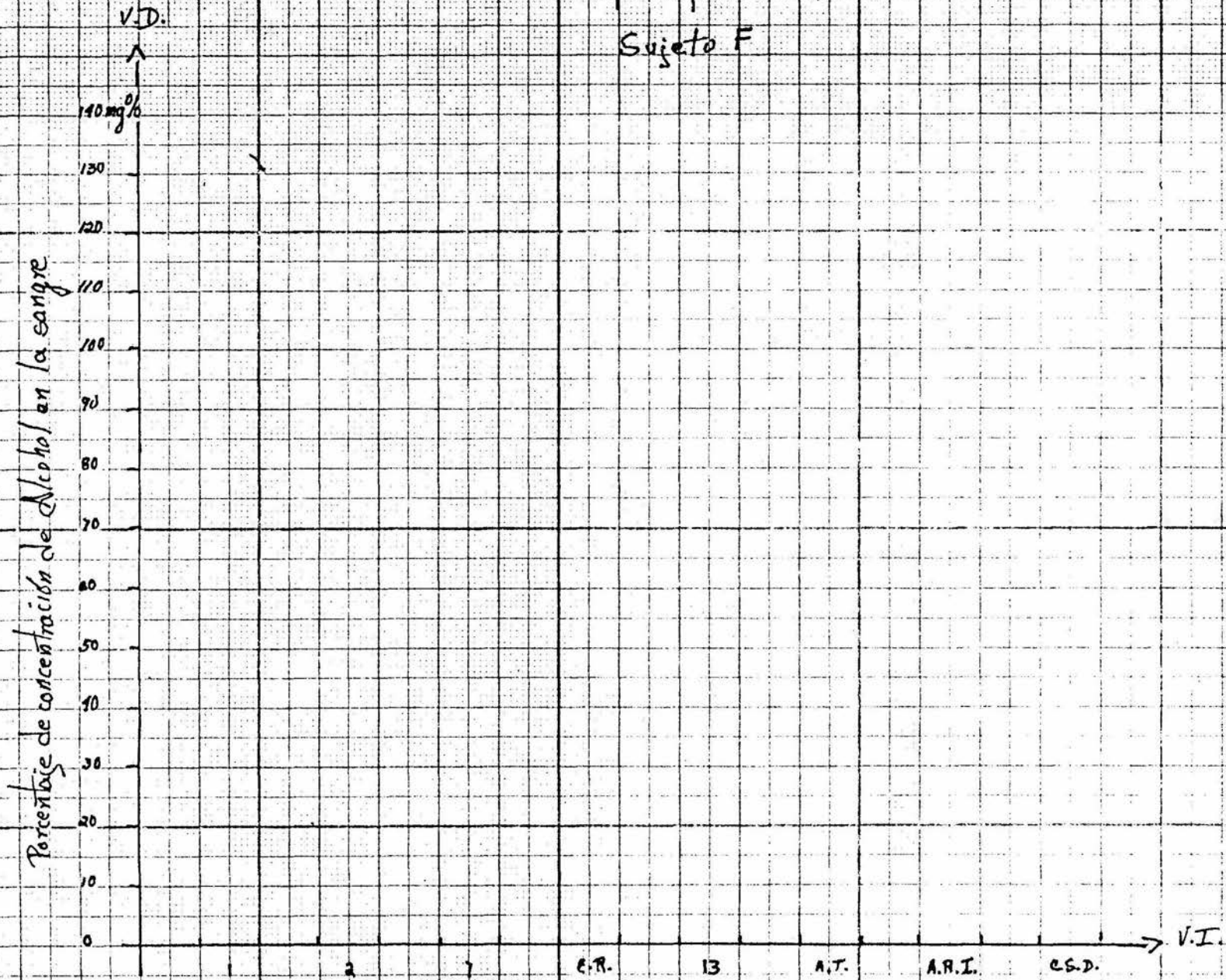
V.I.

Ejercicios

A.T. = Abstracción en el trabajo.
A.R.I. = Abstracción en la Relación Intima.
C.S.D. = Cero Solís de la Depresión.

Grupo Experimental

Sujeto F

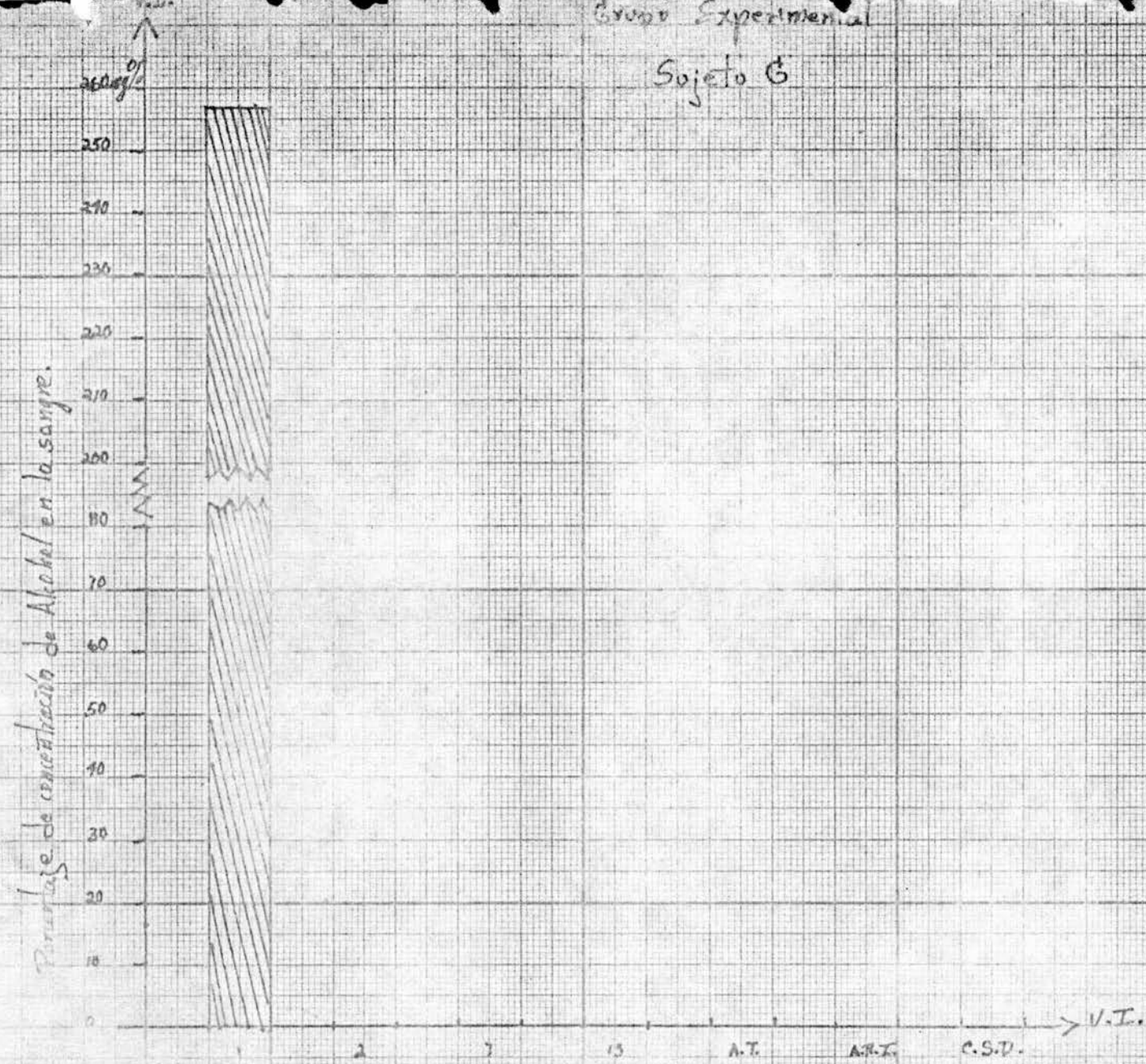


E.R = Ejercicio de Relajación.
A.T = Aserción en el Trabajo.
A.R.I = Aserción en la Relación Intima.
C.S.D = Como Salida de la Depresion.

Ejercicios

Grupo Experimental

Sojeto G

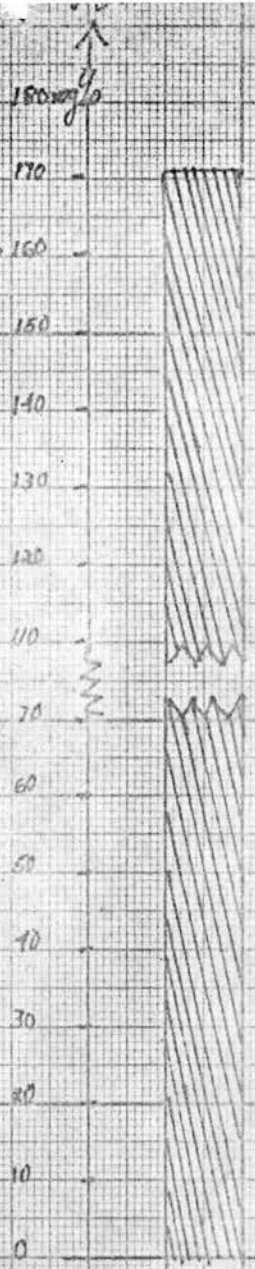


Ejercicios

A.T. = Asociación en el trabajo.
A.R.T. = Asociación en la Relación Intima.
C.S.D. = Cómo Salir de la Depresión.

Grupo Experimental
Sujeto H

Porcentaje de concentración de Alcohol en la sangre.



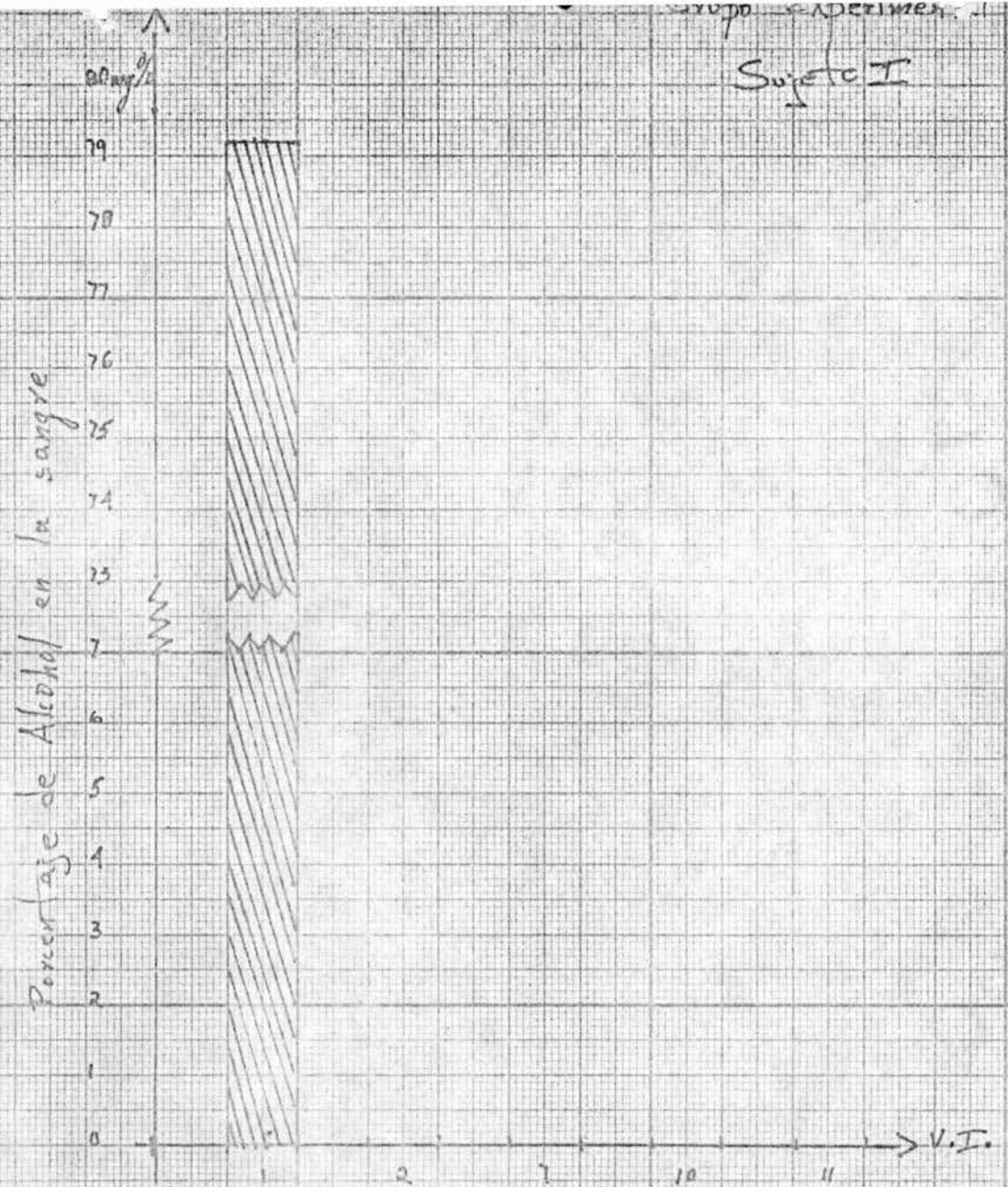
IZT.
1000139

U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA



Ejercicios.

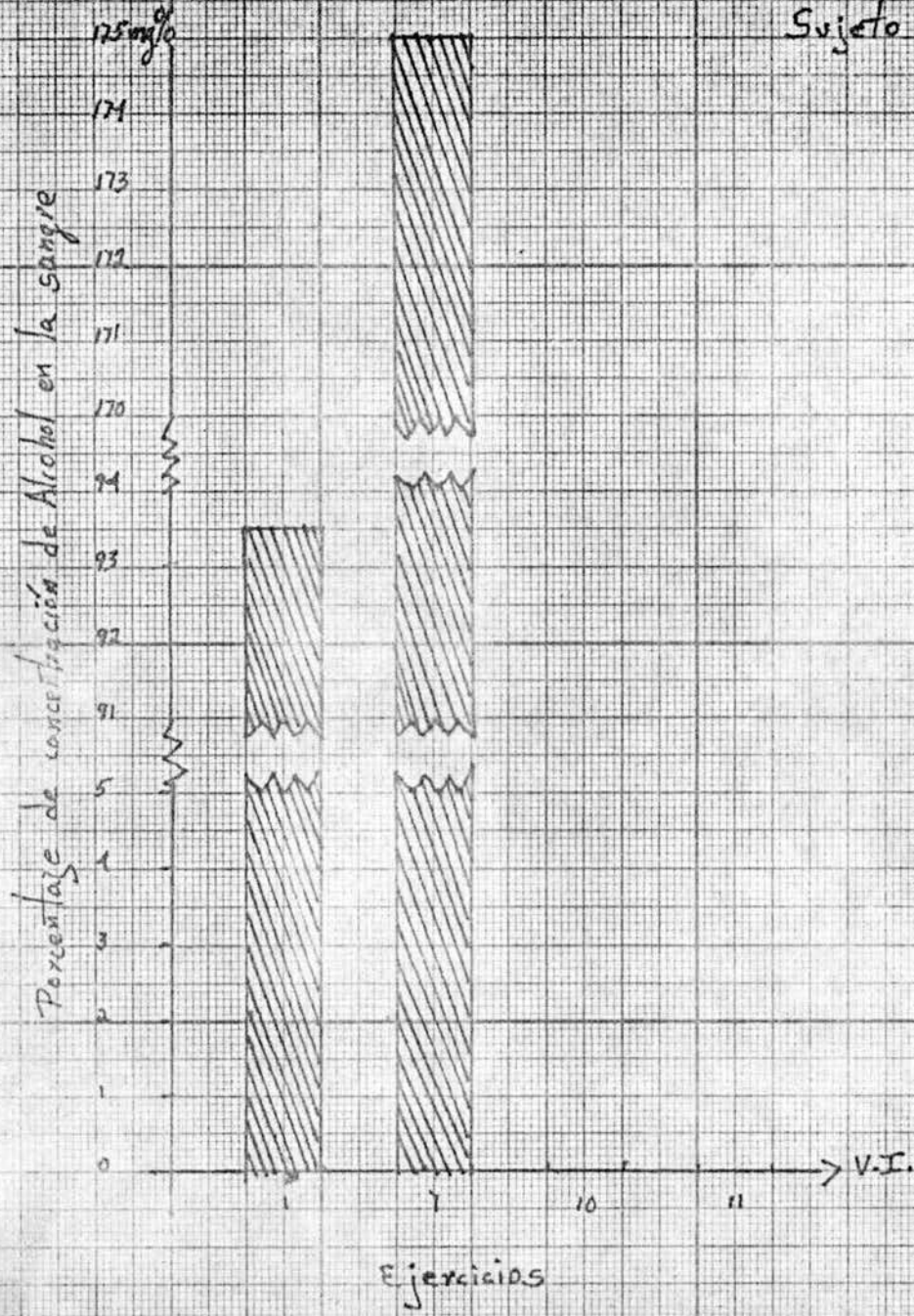
Sujeto I



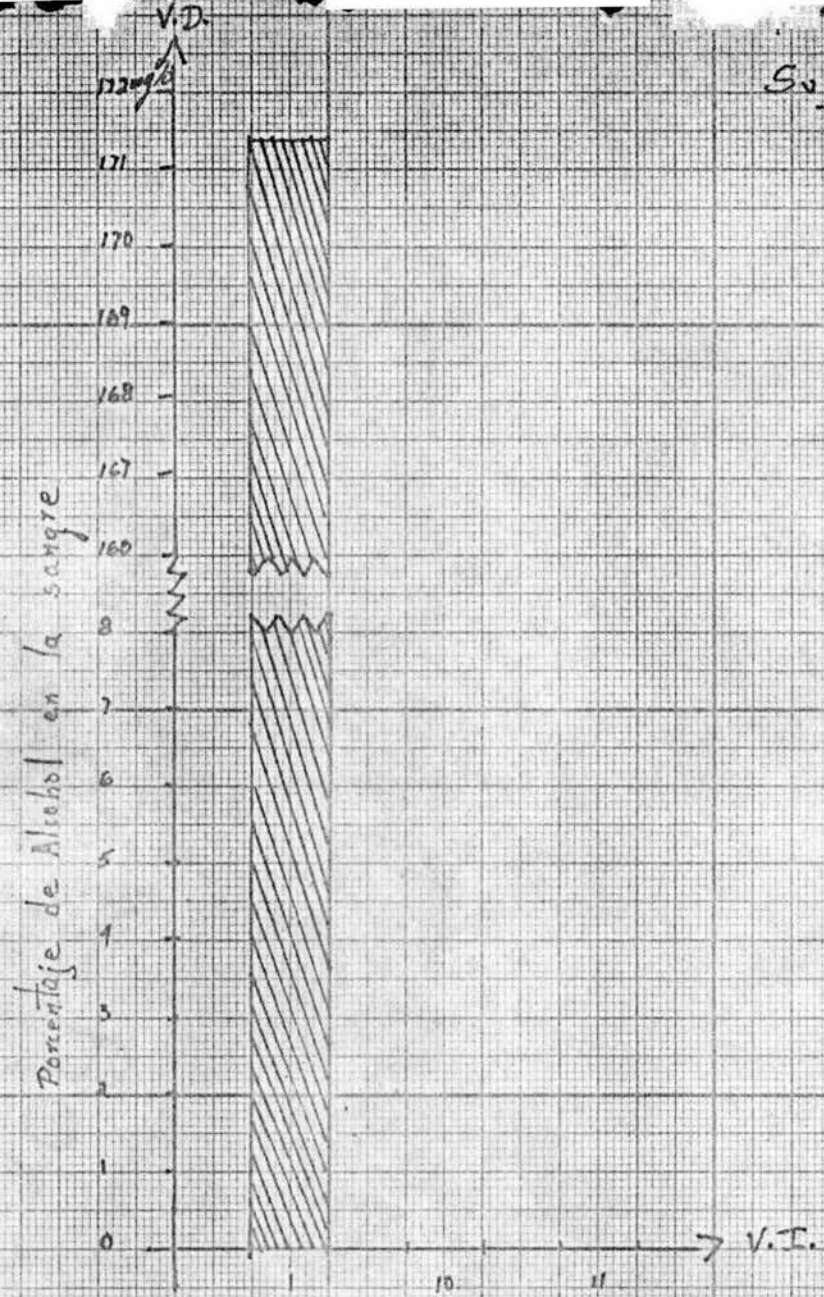
Ejercicios

Grupo Experimental

Sujeto J

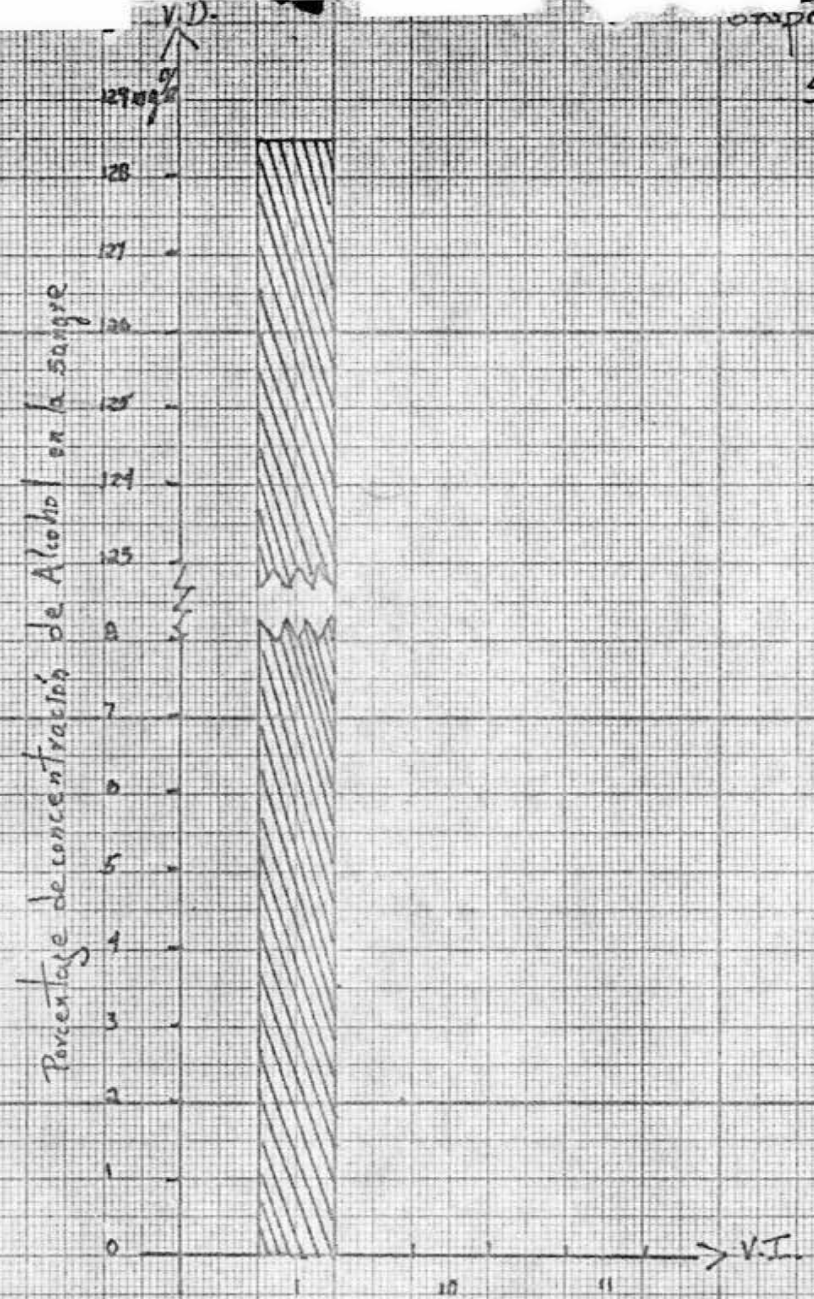


Experimento
Sujeto K.



Grupo Ex, 57,

Sujeto L



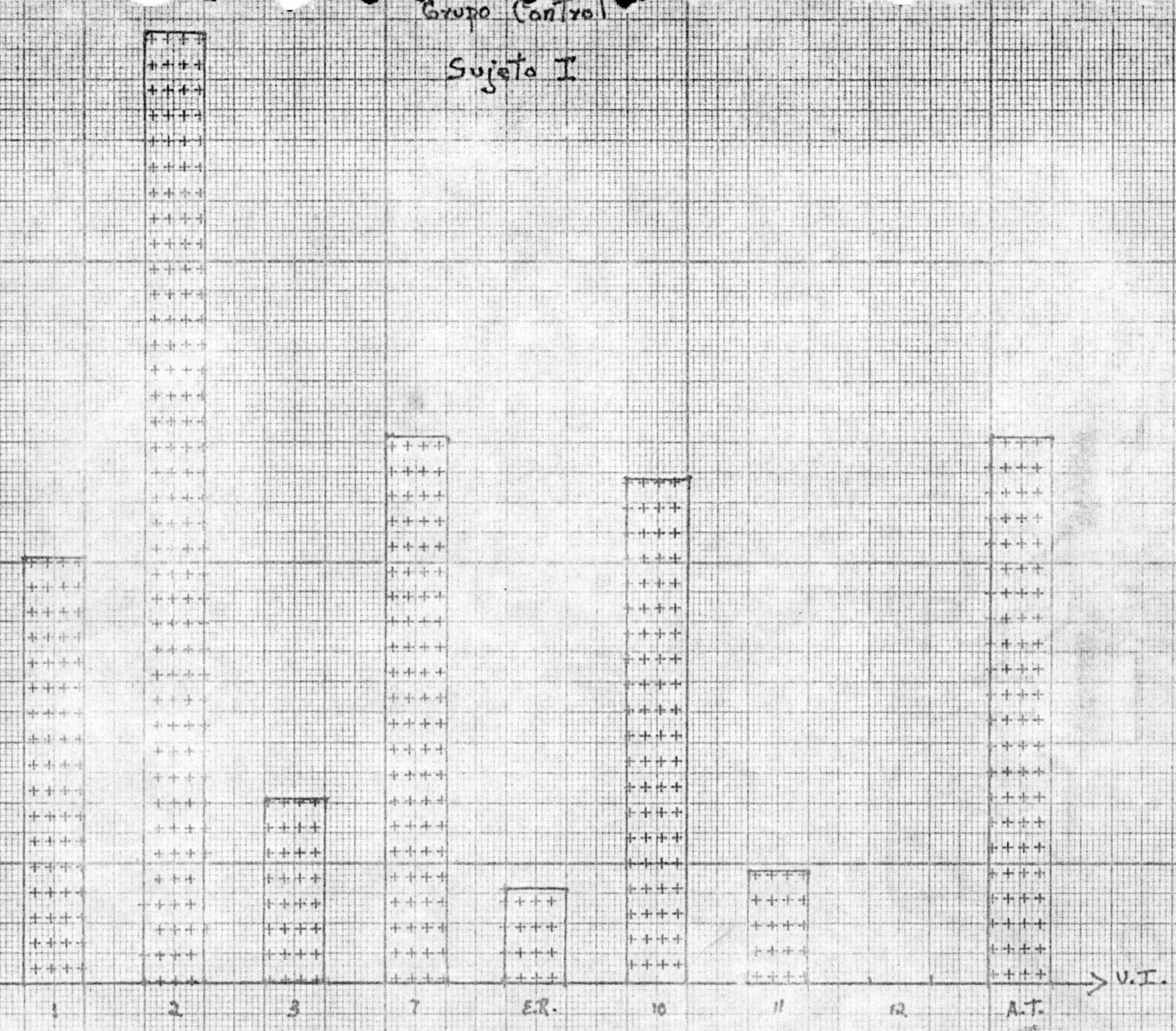
Ejercicios

Grupo Control

Sujeto I

Porcentaje de concentración de alcohol en la sangre

0mg %
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
110
120
130
140
150



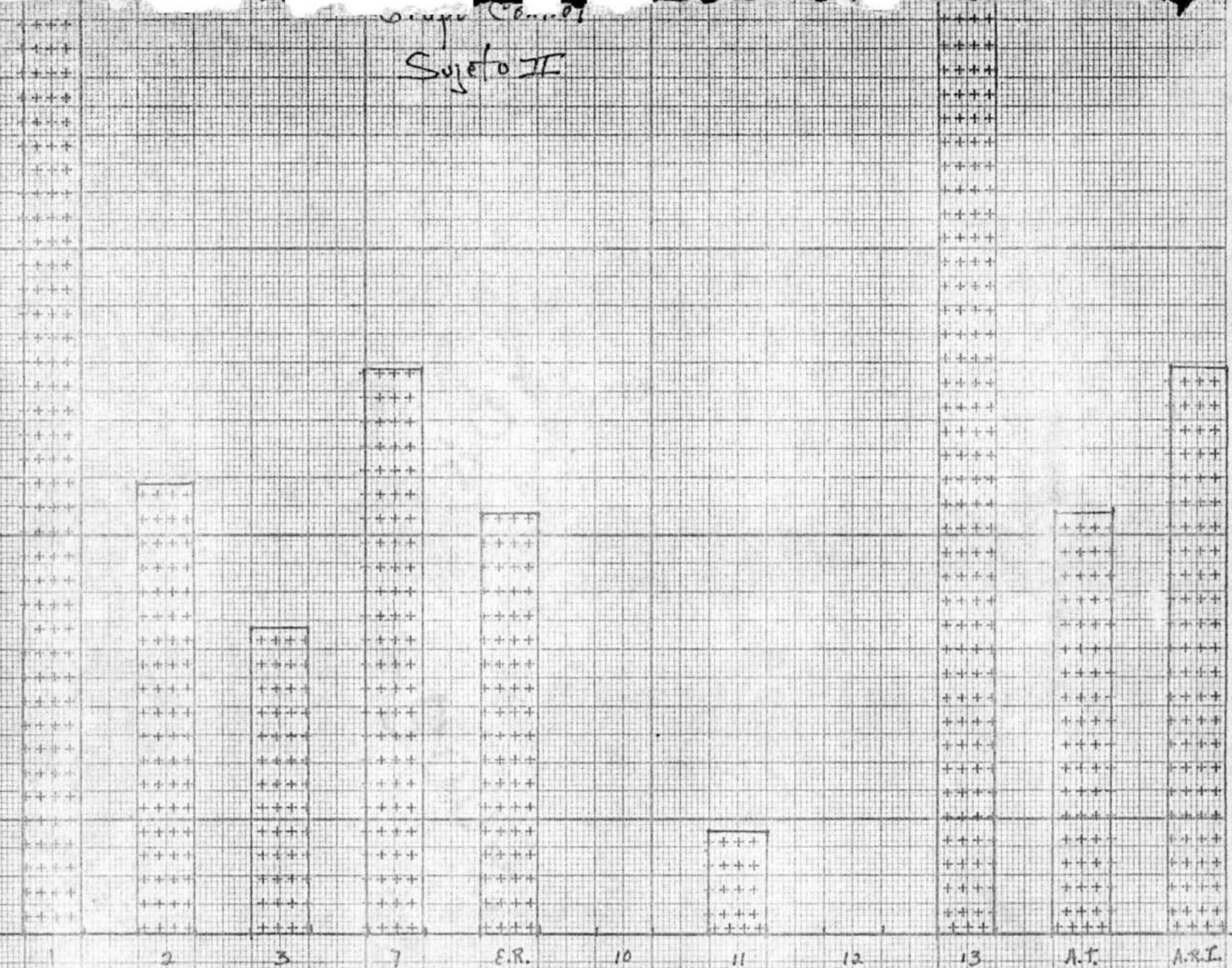
Ejercicios.

E.R. = Ejercicio de Relajación.
A.T. = Abserción en el trabajo.

Grupo Control
Sujeto II

Porcentaje de concentración de Alcohol en la sangre

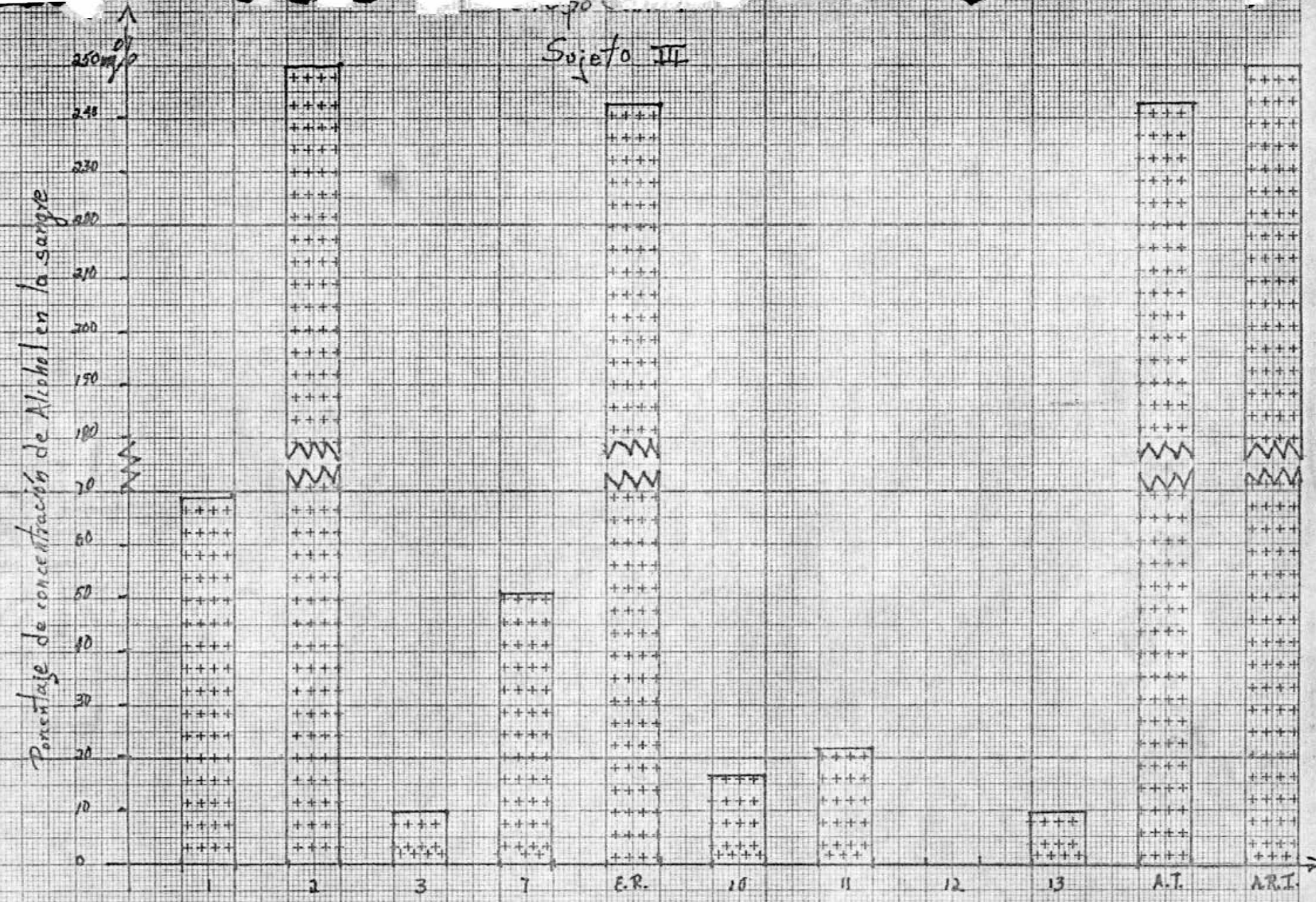
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0



Ejercicios.

E.R. = Ejercicio de Relajación.
A.T. = Inserción en el trabajo.
A.R.T. = Acción en la Relación Intima.

70
Sujeto III



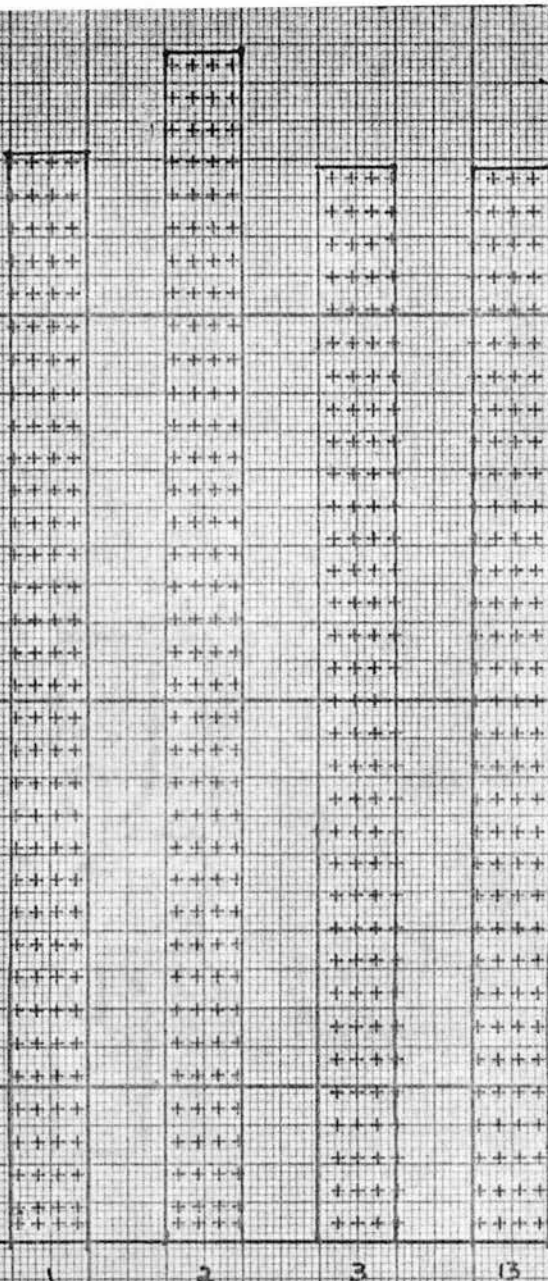
E.R = Ejercicio de Recuperación.
 A.T = Absorción en el Trabajo.
 A.R.T = Absorción en la Reacción Intima.

Ejercicios

Sujeto IV

Porcentaje de concentración de Alcohol en la sangre

150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

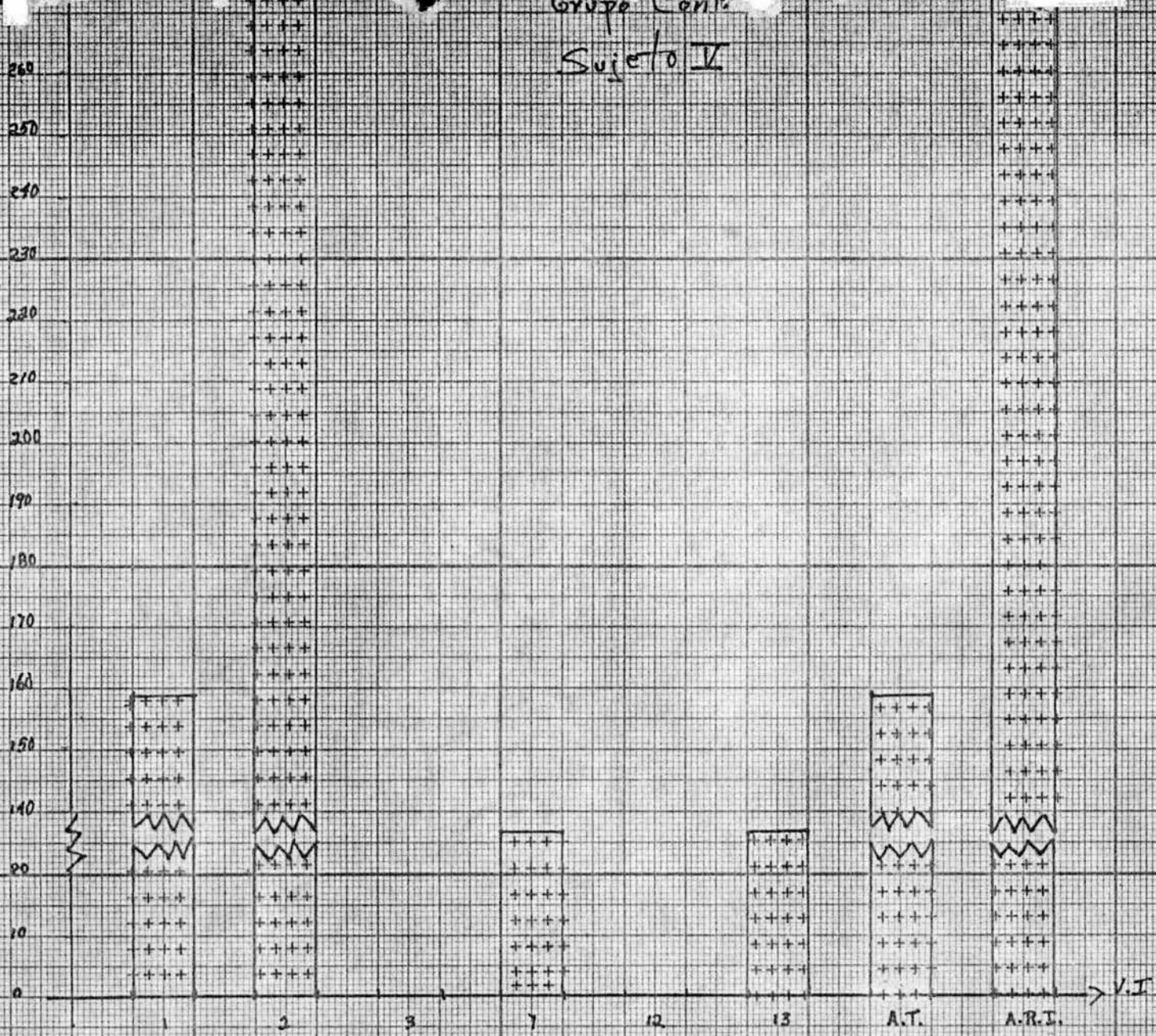


→ VI.

Ejercicios

Grupo Control
Sujeto V

Porcentaje de concentración de Alcohol en la sangre.

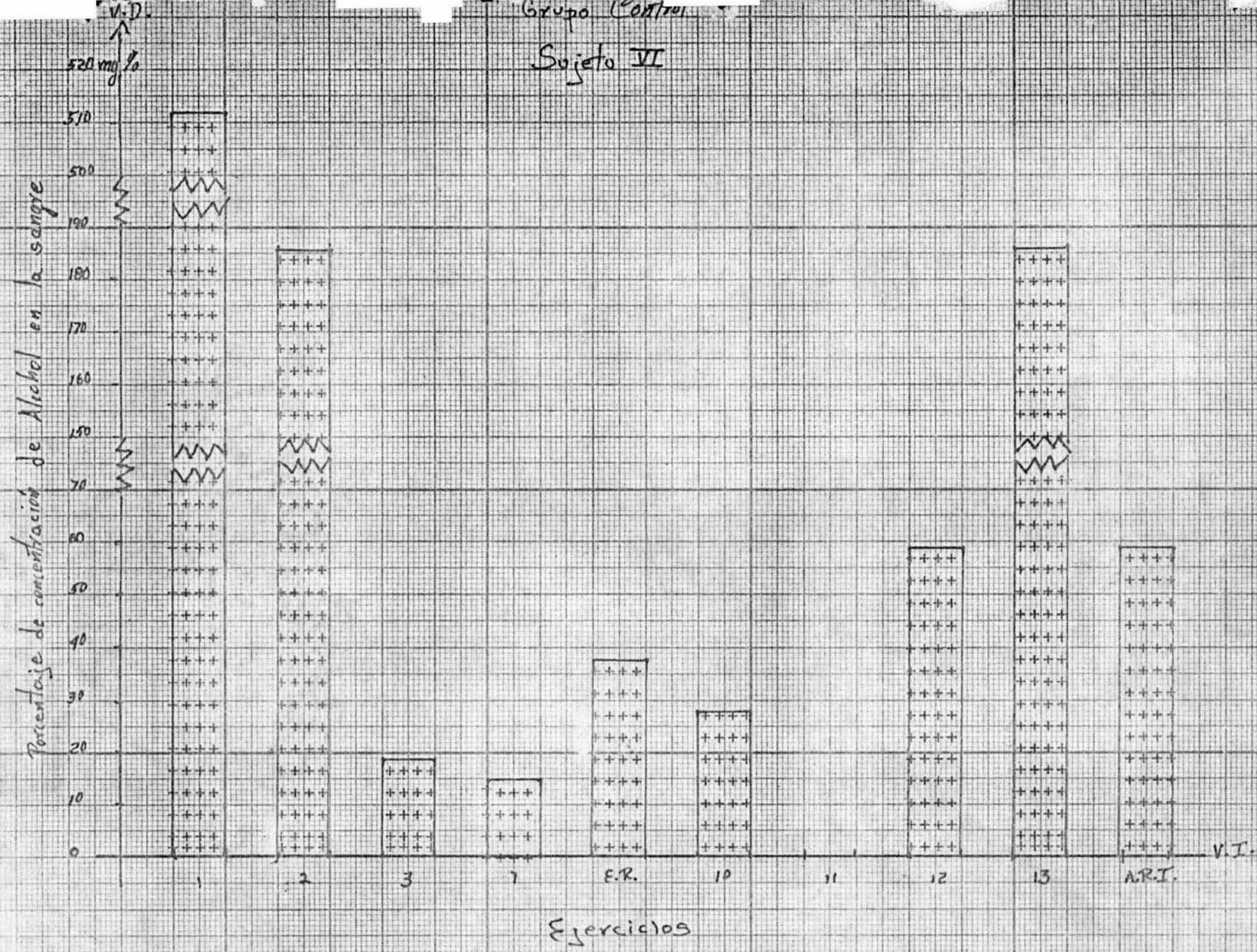


Ejercicios.

A.T. = Aserción en el trabajo.
A.R.I. = Aserción en la Relación Intima.

Grupo Control

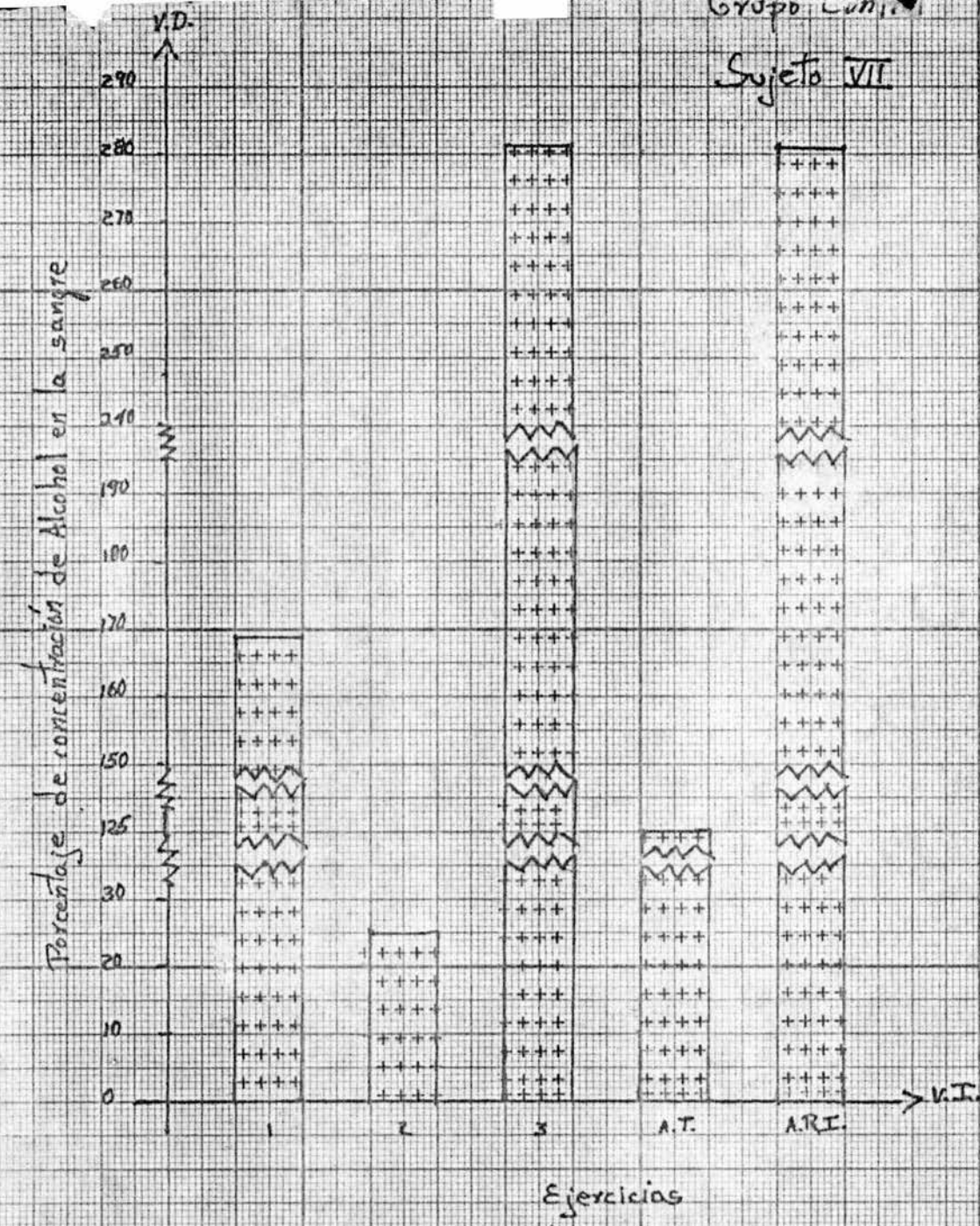
Sujeto VI



E.R. = Ejercicio de Relajación.
 A.R.I. = Ascensión en la Relación Intima.

Grupo Control

Sujeto VII

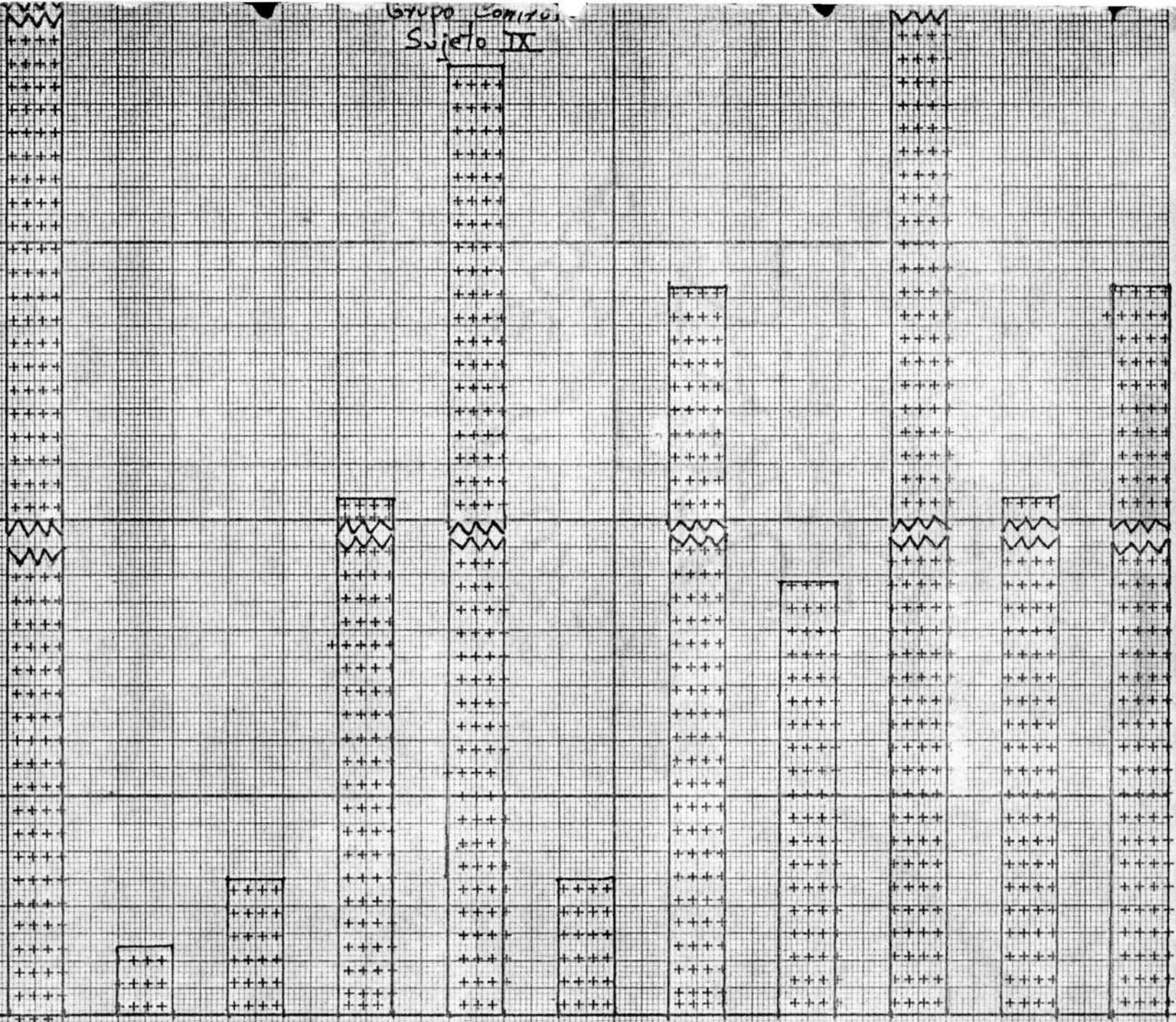


A.T. = Aserción en el Trabajo.
A.R.I. = Aserción en la Relación Intima.

GRUPO COMITOL
Sujeto IX

Porcentaje de concentración de Alcohol en la sangre

250
220
210
200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

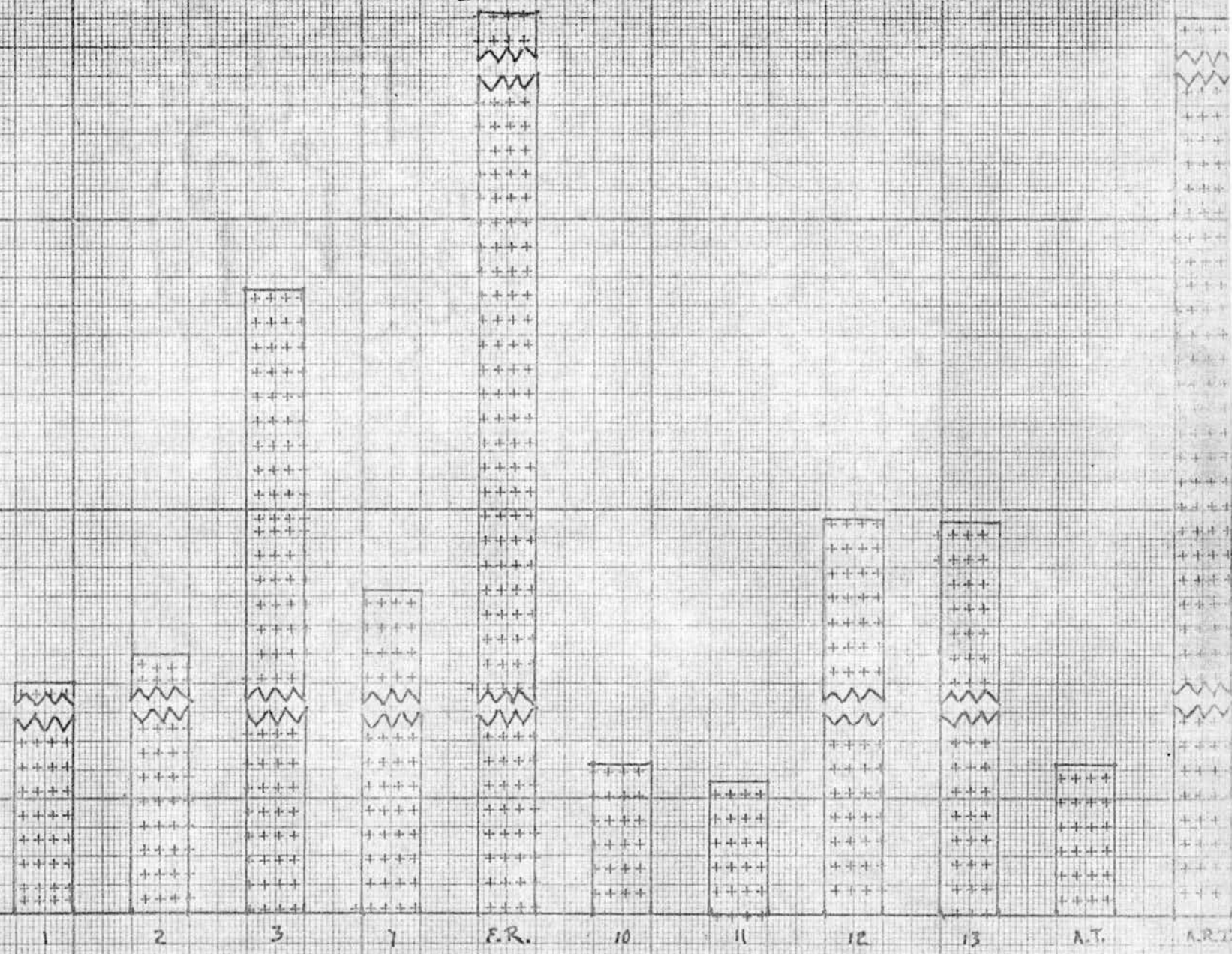
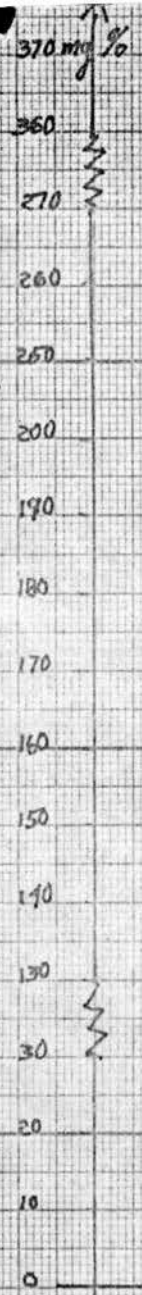


R = Ejercicio de Relajación.
+ = Asistencia al trabajo.
R.T. = Asistencia en la Reducción de Tensión.

Ejercicios

GRUPO COMI
Sujeto X

Porcentaje de concentración de Alcohol en la sangre



Ejercicios

E.R. = Ejercicio de Relajación.

A.T. = Aserción en el trabajo.

A.T. = Aserción en la Relajación - tiempo

Grupo Control

Sujeto XI

Porcentaje de concentración de Alcohol en la sangre

150 mg %
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

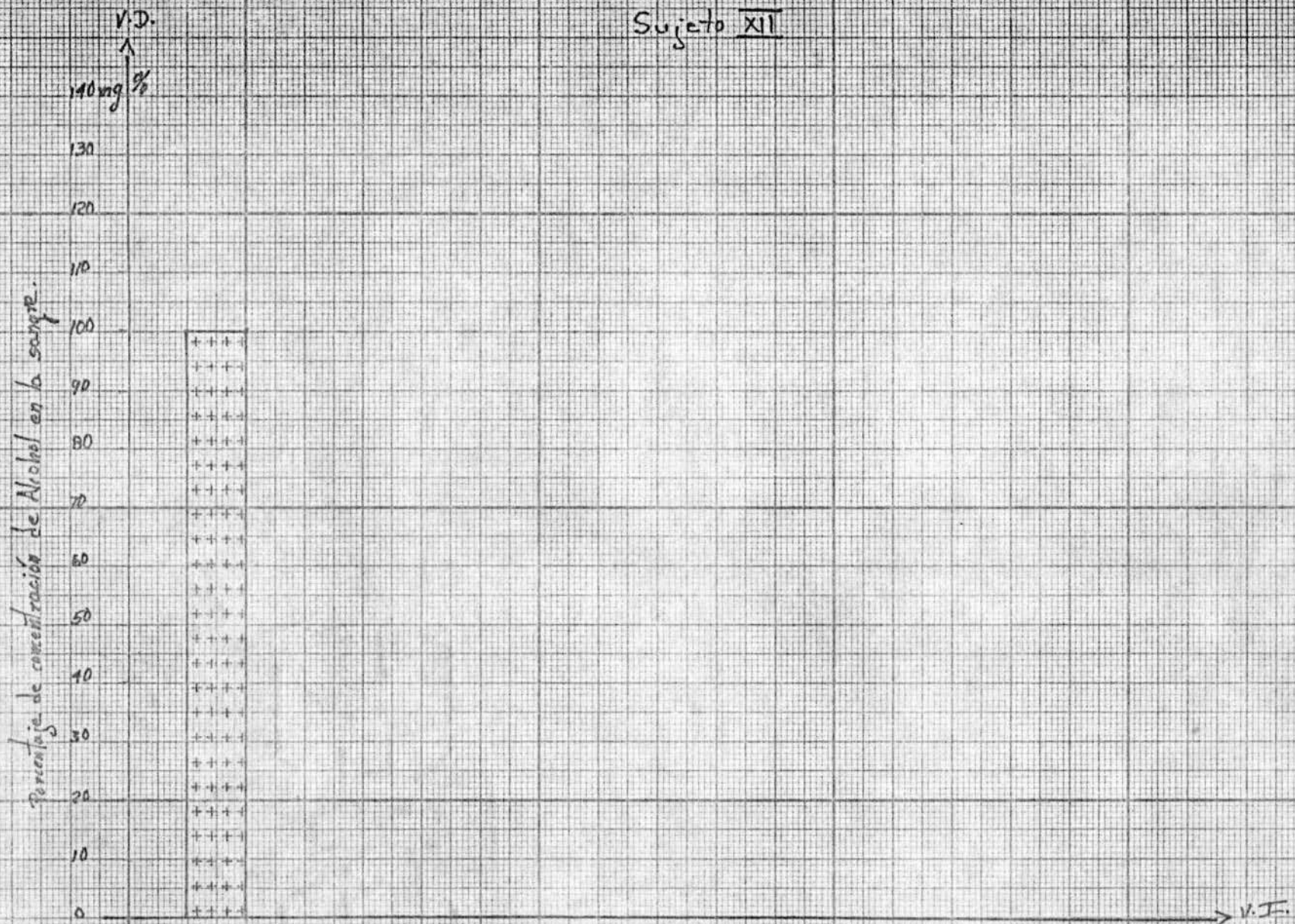


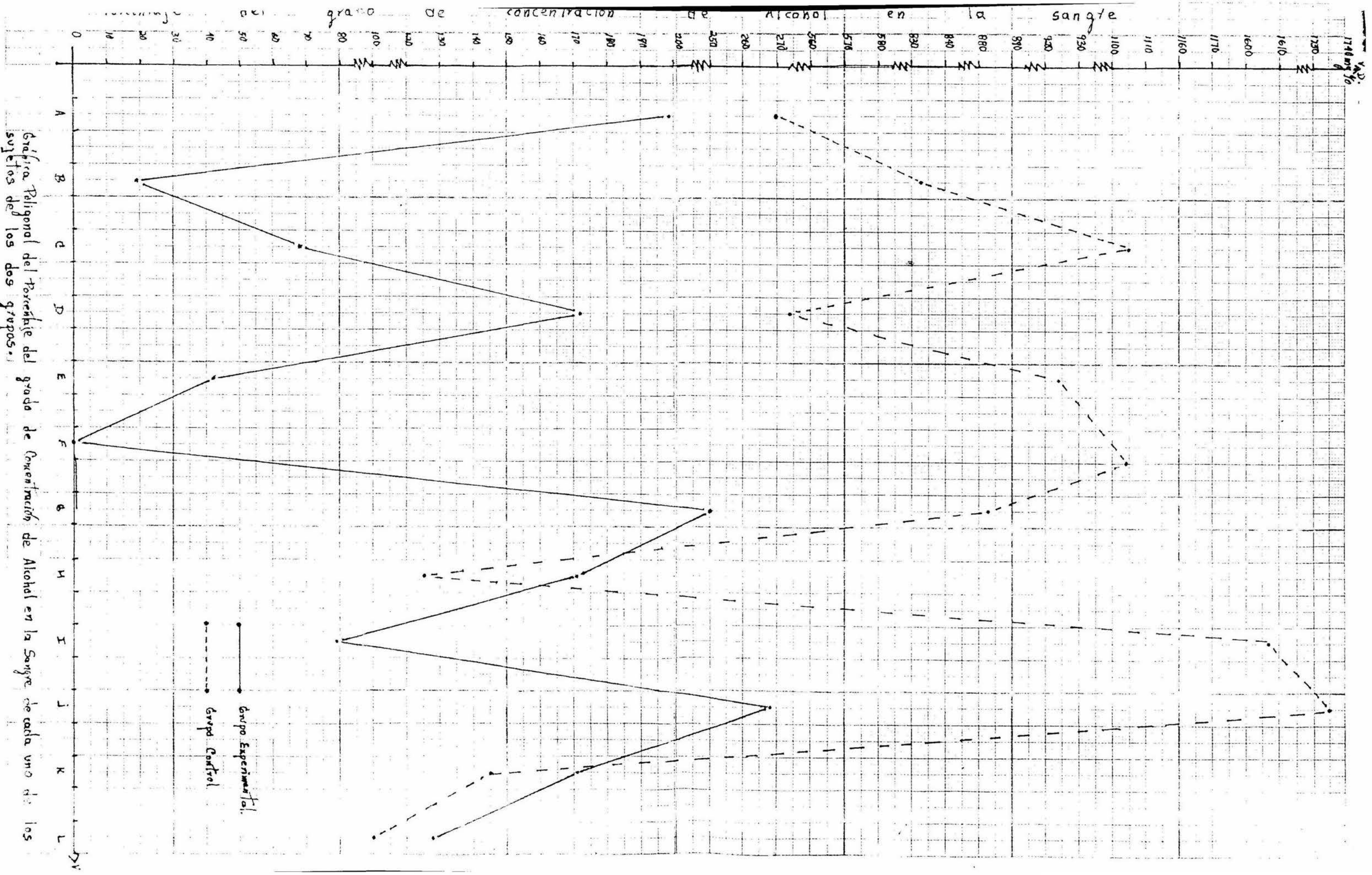
Ejercicio

> V-I

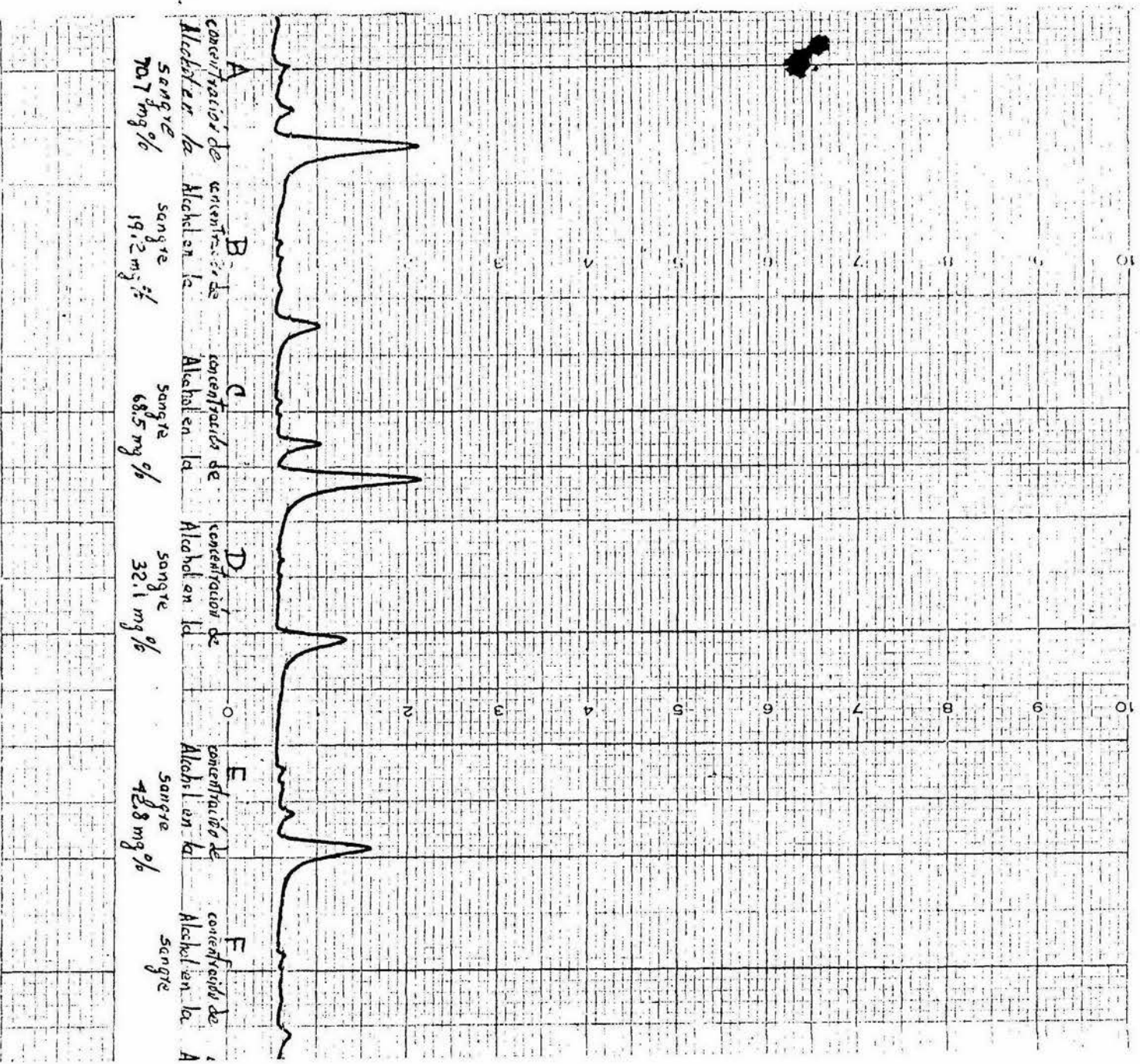
Grupo Control

Sujeto XII





GRUPO
Ejercicio: InsFu

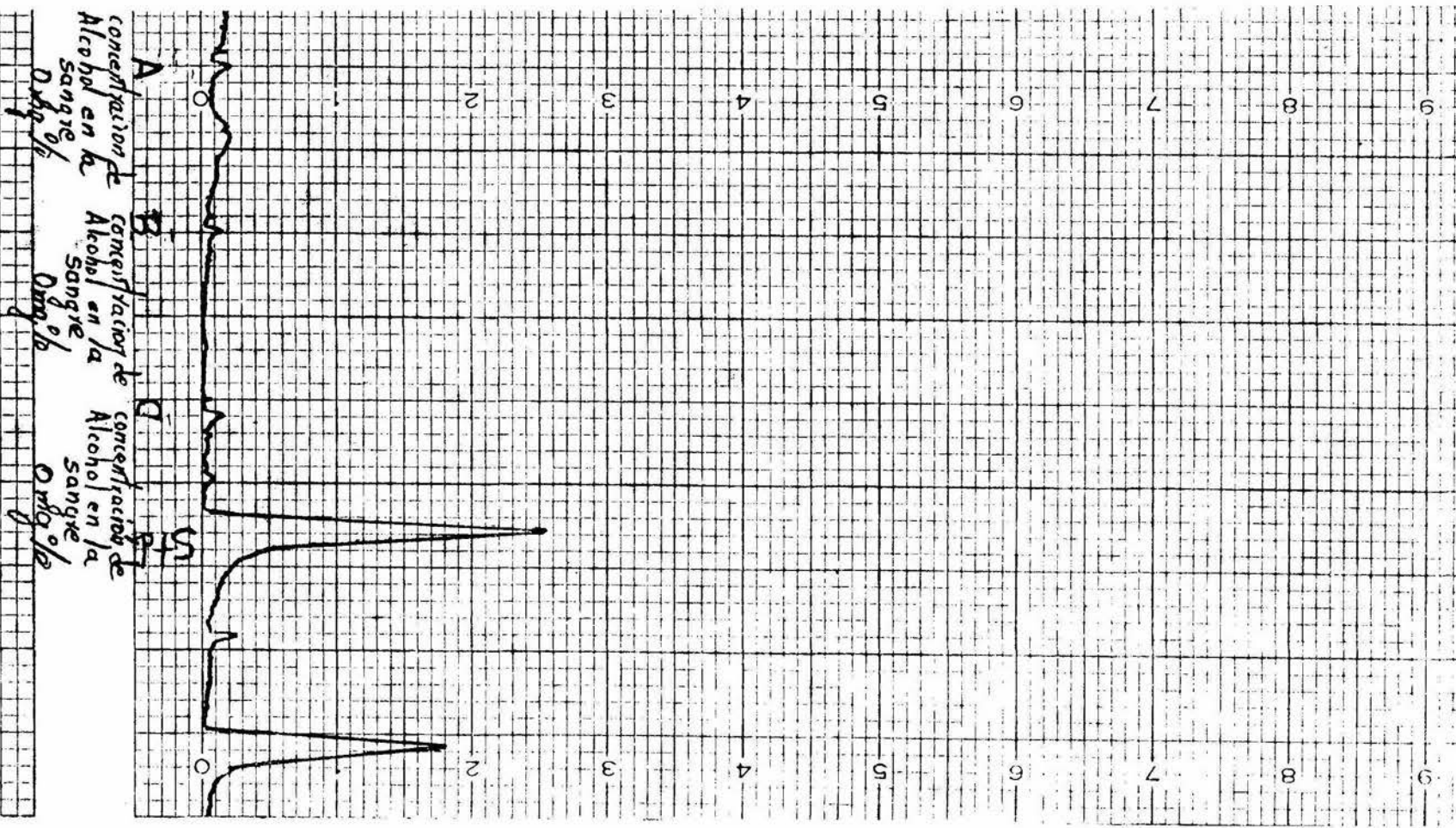


GRUPO EXPERIMENTAL
Ejercicio: Tópicos Fútiles.

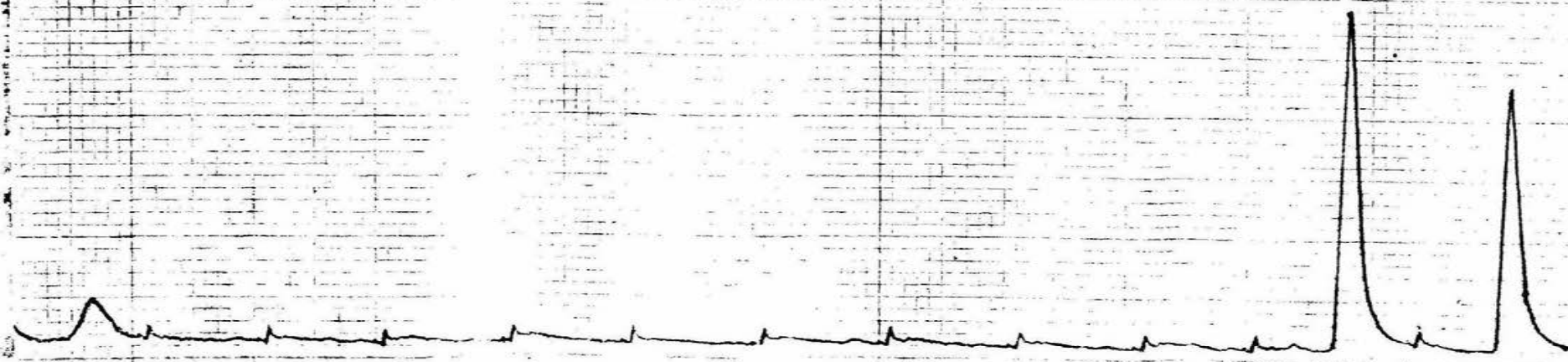


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Ejercicio: Dar y recibir Cumpidos.

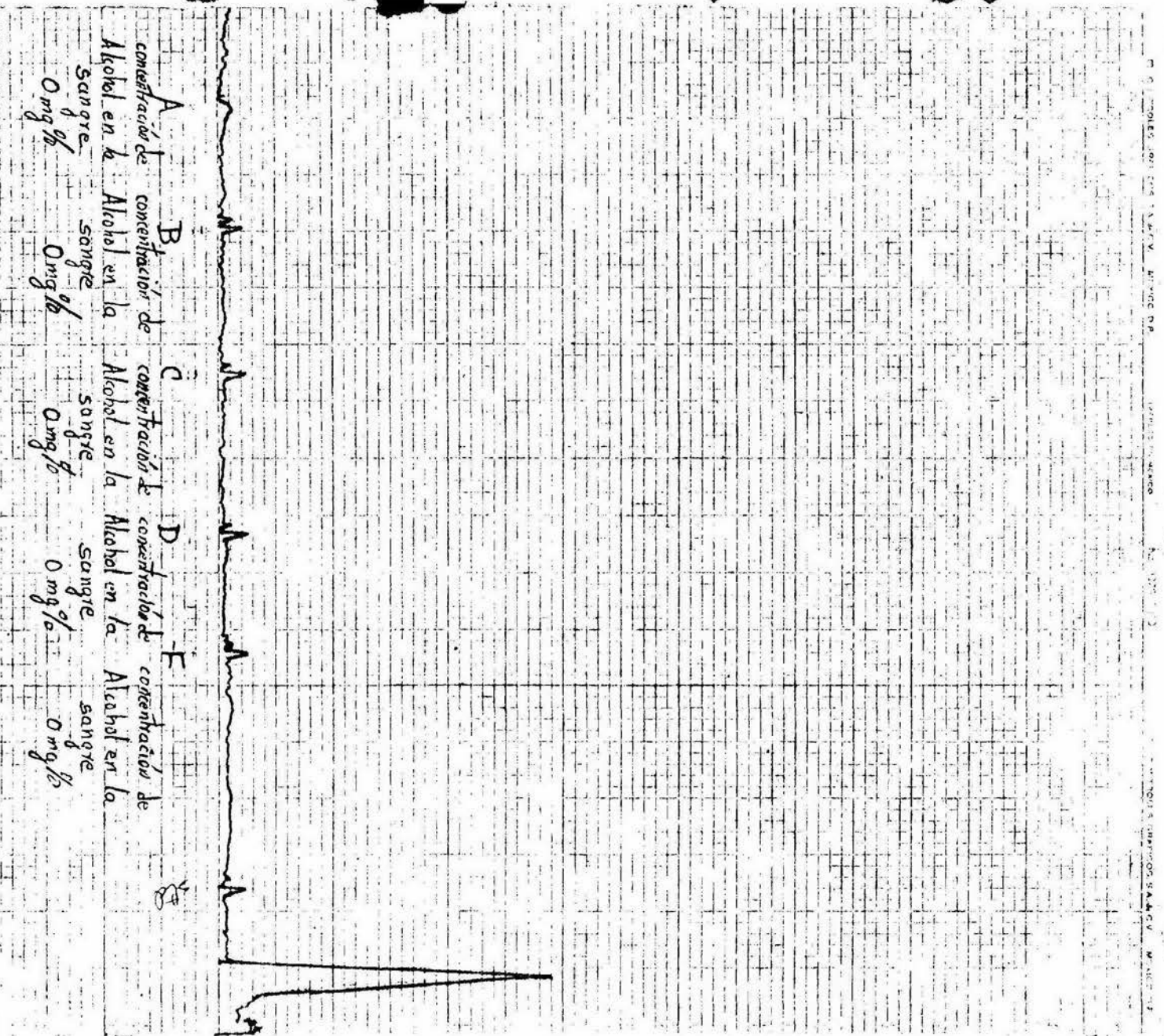


Ejercicio: Identificando Derechos Personales y Aceptando los Encubiertamente.

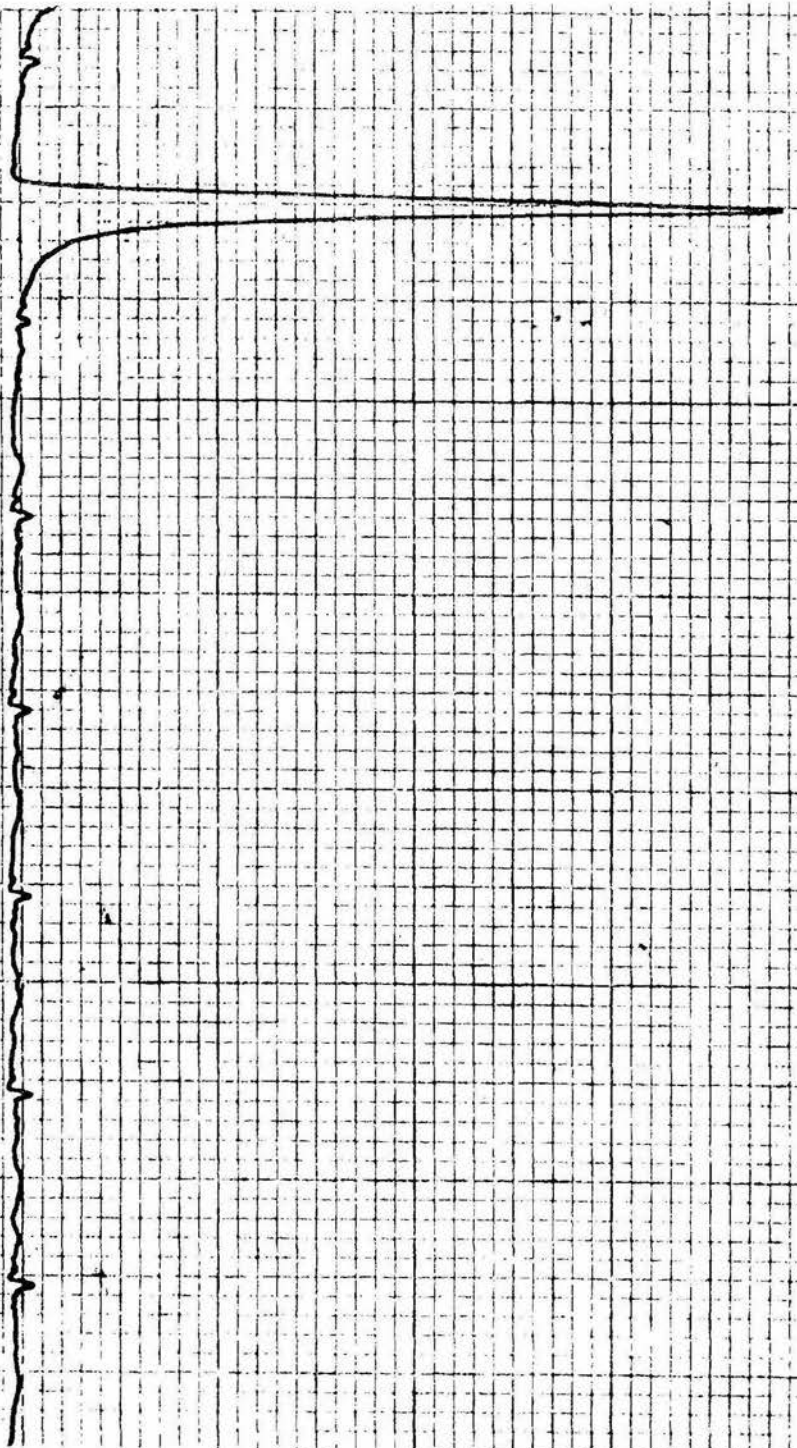


A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
concentración de Alcohol en la sangre 0mg%	concentración de Alcohol en la sangre 0mg%	concentración de Alcohol en la sangre 0mg%	concentración de Alcohol en la sangre 0mg%	concentración de Alcohol en la sangre 0mg%	concentración de Alcohol en la sangre 0mg%	concentración de Alcohol en la sangre 0mg%	concentración de Alcohol en la sangre 0mg%	concentración de Alcohol en la sangre 0mg%	concentración de Alcohol en la sangre 175 Dmg%

GRUPO EXPERIMENTAL
Ejercicio de Relajación.



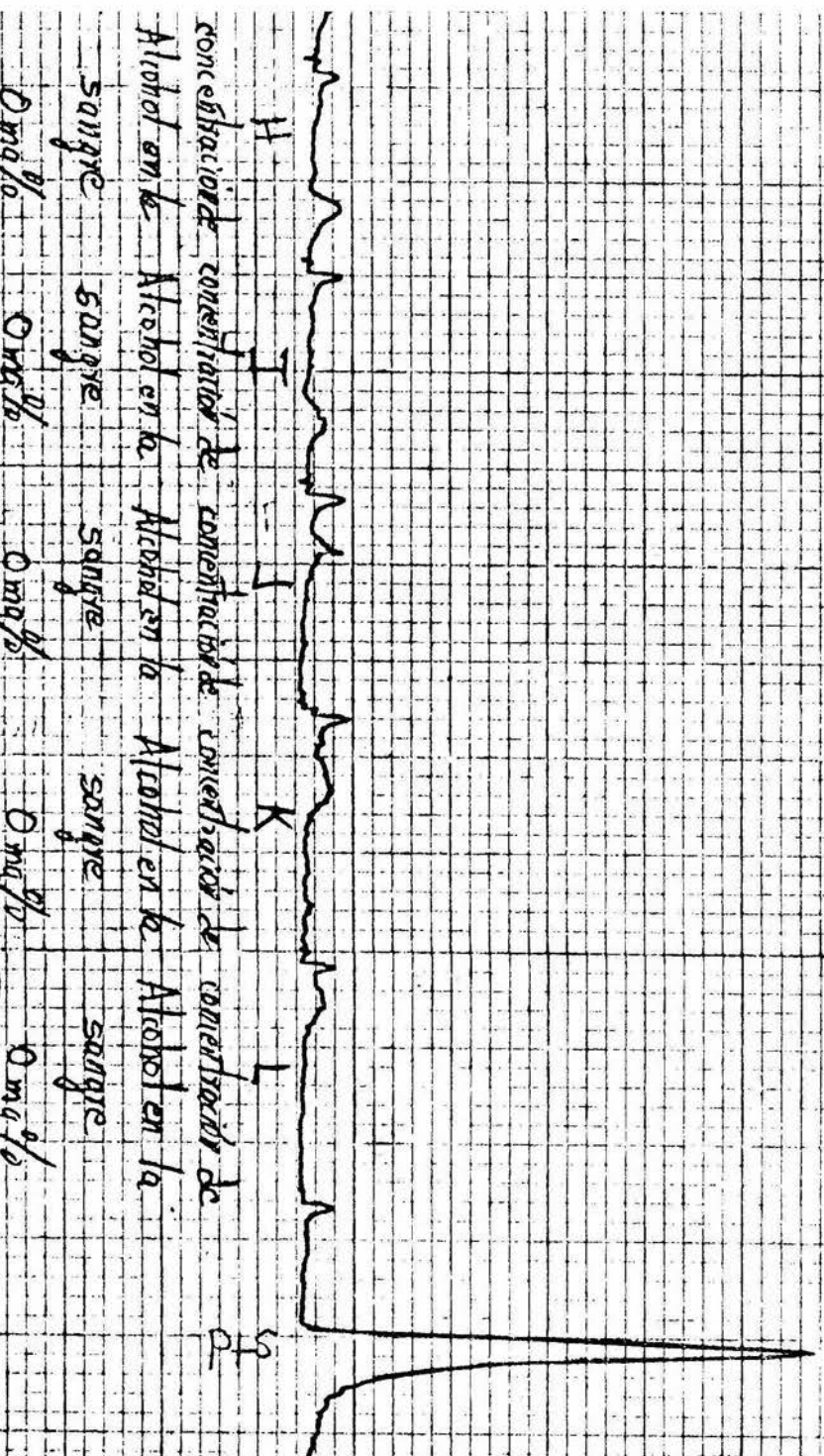
Ejercicio: Haciendo Demandas y Refusaciones.



A B K H L D
 concentrador de concentrador de concentrador de concentrador de concentrador de
 Alcohol en la sangre Alcohol en la sangre Alcohol en la sangre Alcohol en la sangre Alcohol en la sangre
 0mg% 0mg% 0mg% 0mg% 0mg%
 970 970

GRUPO EXPERIMENTAL

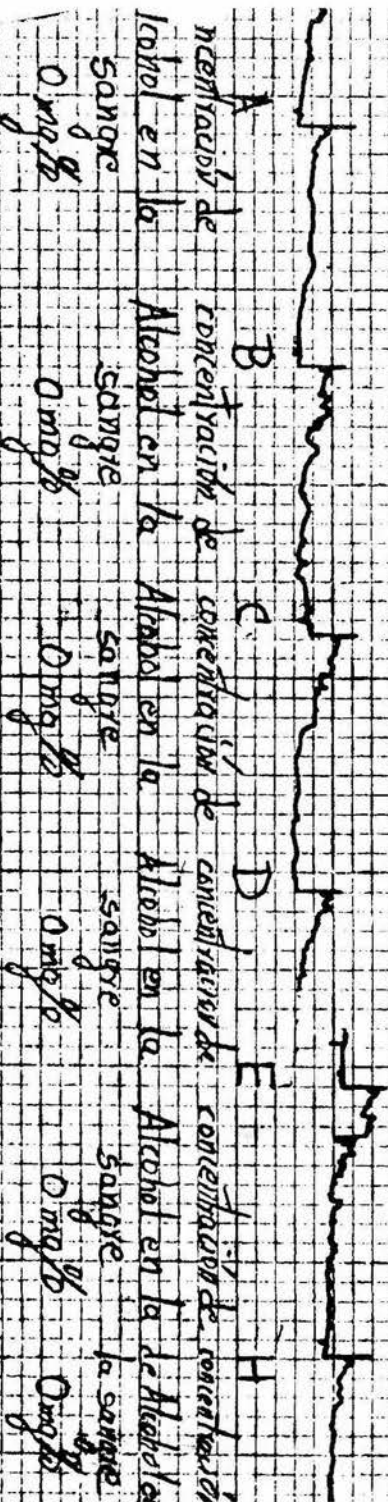
Ejercicio: Haciendo afirmaciones sin explicaciones.



concentracione concentracion de concentracione de concentracione de

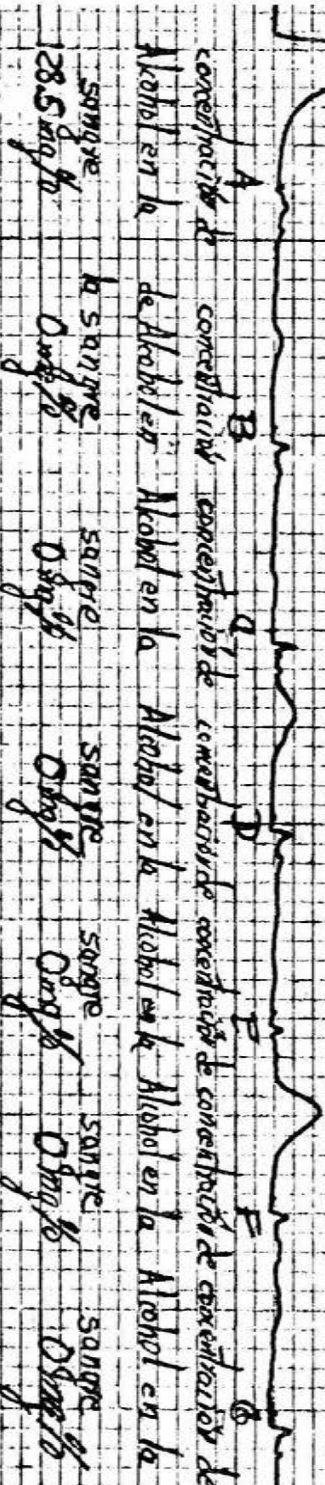
GRUPO EXPERIMENTAL

Ejercicio: Enfrentando se a personas persistentes.



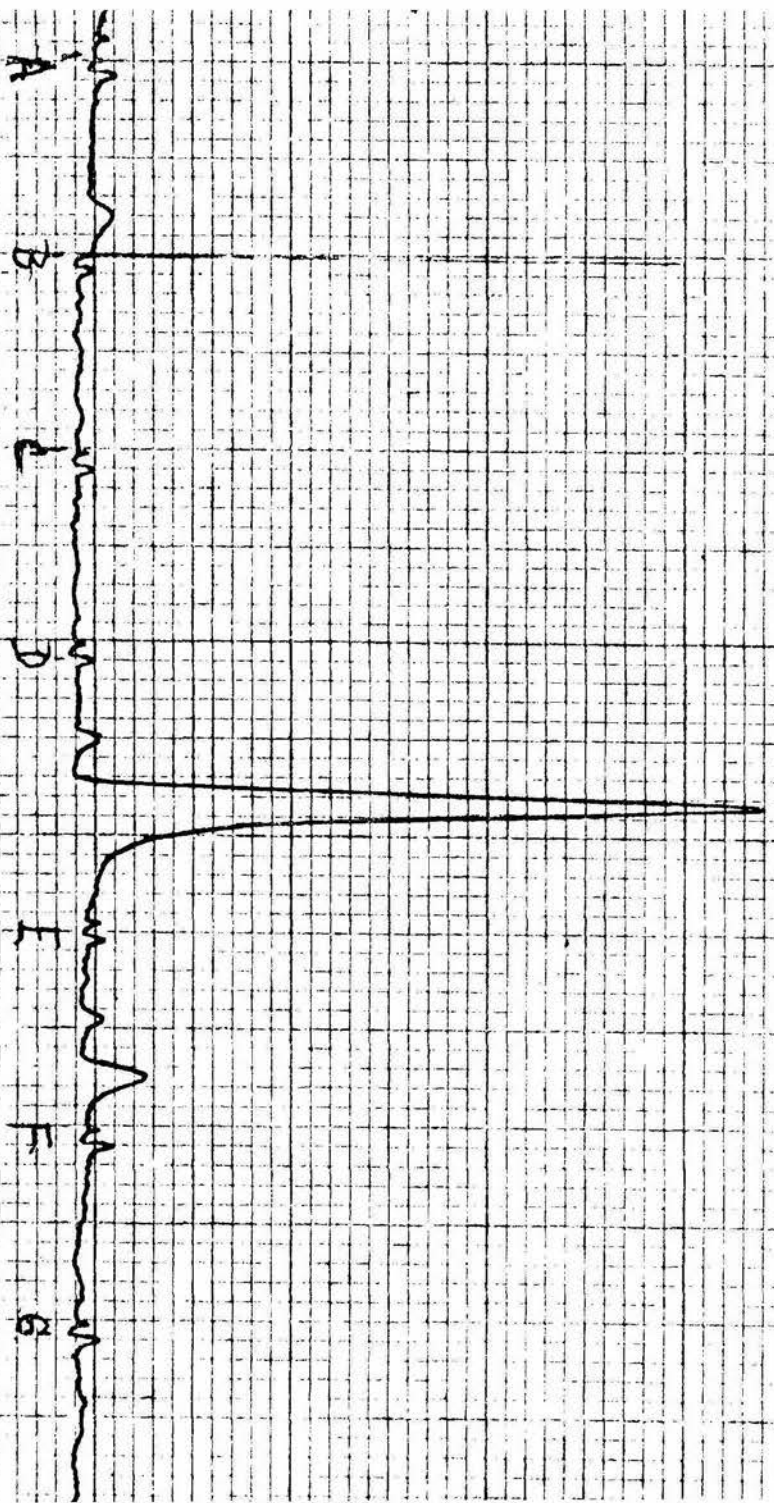
GRUPO EXPERIMENTAL

Ejercicio: DE ensayo conductivital en grupos pequenos.



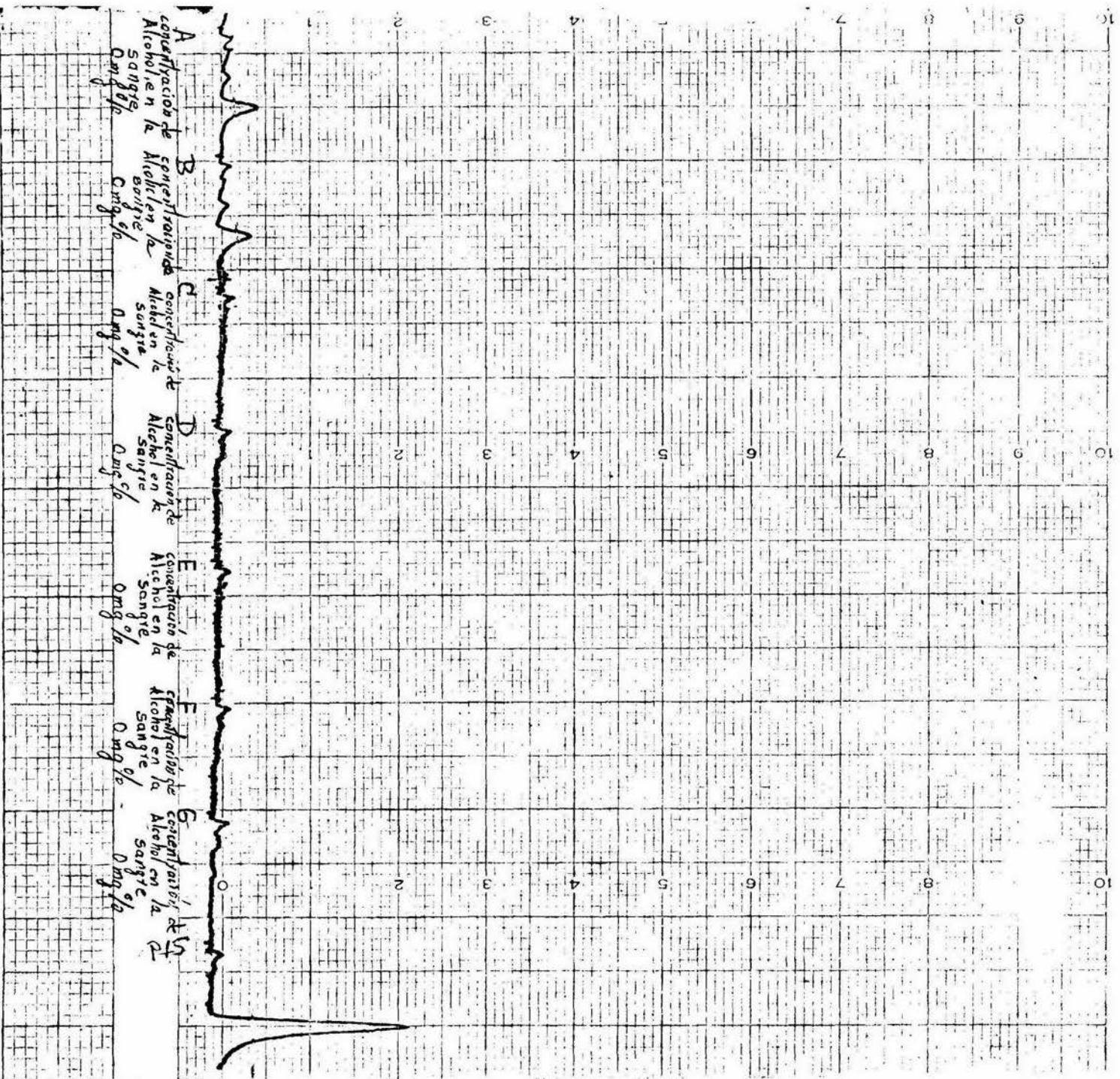
GRUPO EXPERIMENTAL

Ejercicio: La Asercion en el Trabajo.

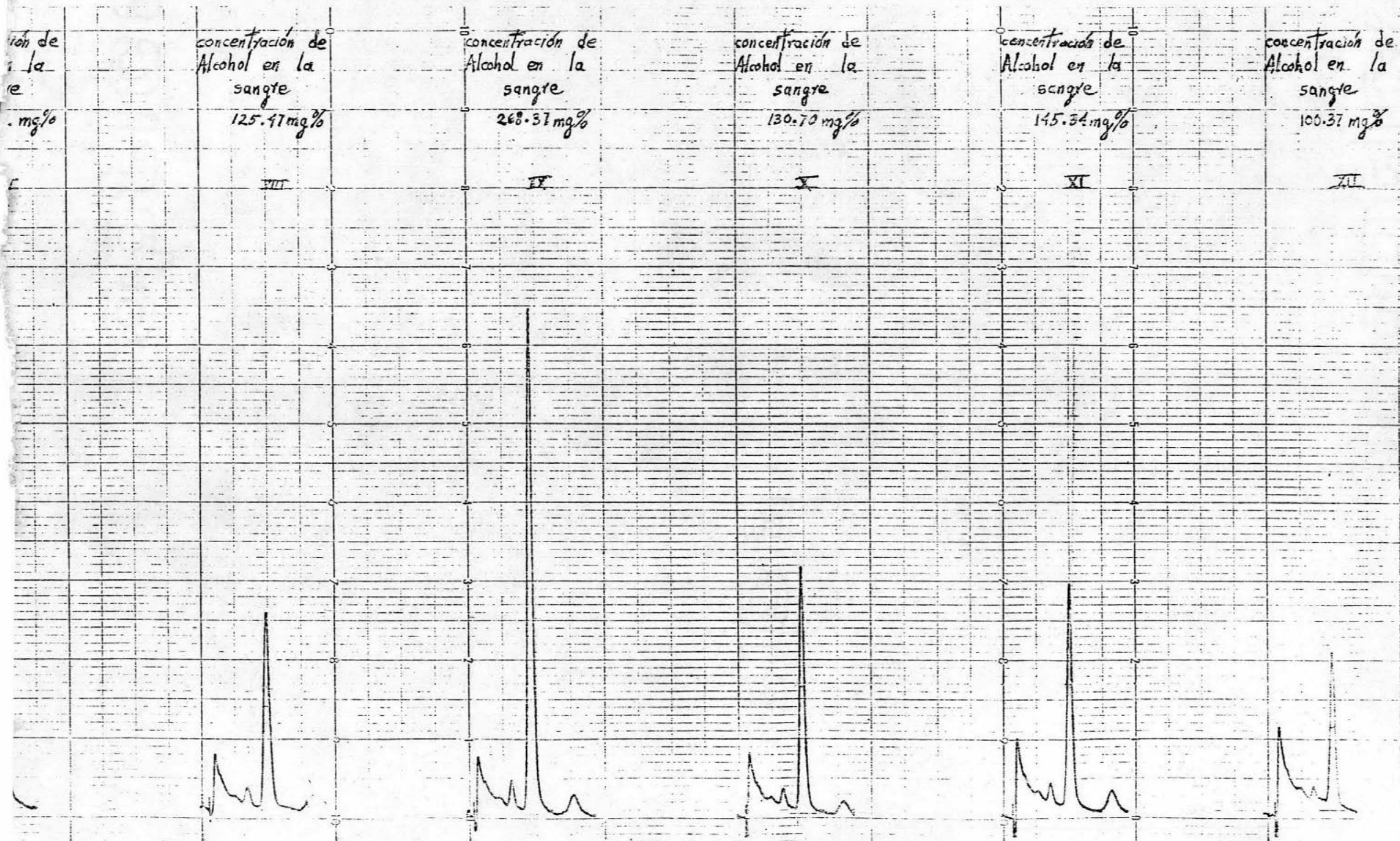


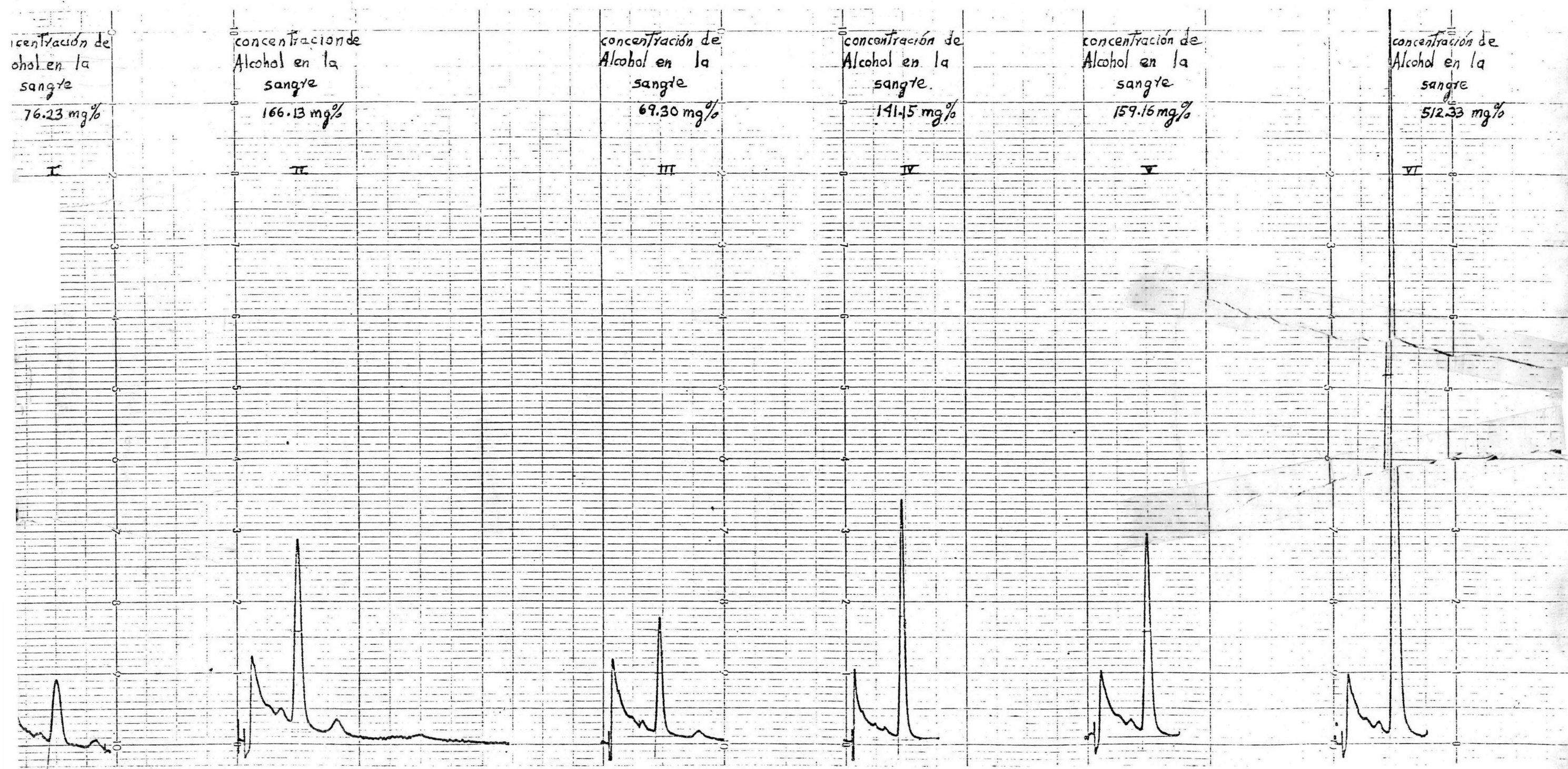
A concentración de Alcohol en la sangre 0 mg/l
 B concentración de Alcohol en la sangre 0 mg/l
 C concentración de Alcohol en la sangre 0 mg/l
 D concentración de Alcohol en la sangre 140 mg/l
 E concentración de Alcohol en la sangre 0 mg/l
 F concentración de Alcohol en la sangre 0 mg/l
 G concentración de Alcohol en la sangre 0 mg/l

GRUPO EXPERIMENTAL
Ejercicio: La Aserción en la Relación Intima.



20
1-72101-0172
HEWLETT-PACKARD





concentración de Alcohol en la sangre
158 mg%

I



concentración de Alcohol en la sangre
79 mg%

II



concentración de Alcohol en la sangre
250.94 mg%

III



concentración de
Alcohol en la
sangre

31.13 mg/%

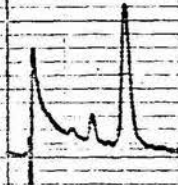
I



concentración de
Alcohol en la
sangre

54.057 mg/%

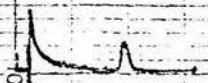
II



concentración de
Alcohol en la
sangre

10.39 mg/%

III

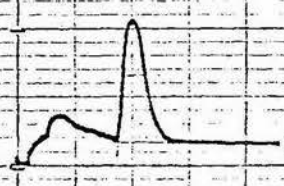
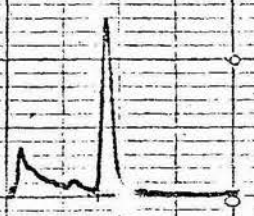


concentración de
Alcohol en la
sangre
91.603 mg%

I

concentración de
Alcohol en la
sangre
99.91 mg%

II



GRU

concentración de
Alcohol en la
sangre
16.63 mg%

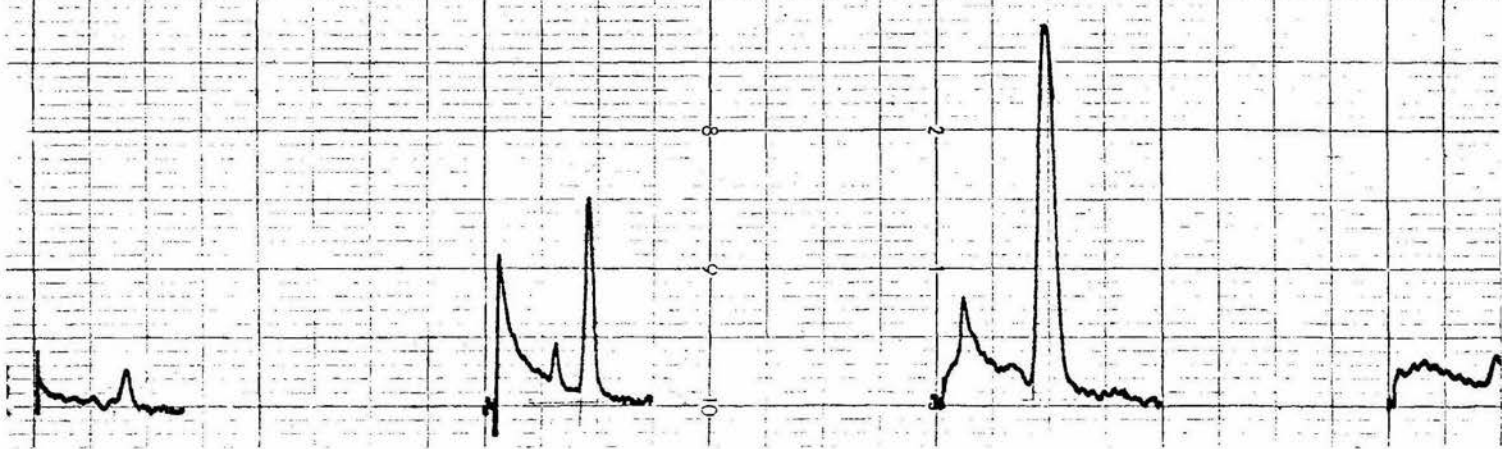
I

concentración de
Alcohol en la
sangre
17.84 mg%

II

concentración de
Alcohol en la
sangre
213.50 mg%

III



GRUPO.

VALIAN BIROGRAPH WALNUT CREEK, CALIF. CHART NO. 310A P.N. 71-030124-00

concentración de
Alcohol en la
sangre
84.34 mg%

I



concentración de
Alcohol en la
sangre
negativo

II



concentración de
Alcohol en la
sangre
17.32 mg%

III



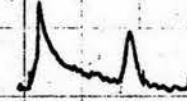
concentración de
Alcohol en la
sangre
28.87 mg%

IV



concentración de
Alcohol en la
sangre
25.409 mg%

V



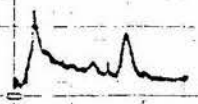
concentración de
Alcohol en la
sangre
26.56 mg%

VI



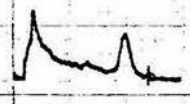
концентрация де
Алкогол ен ла
санге
19.63 мг%

I



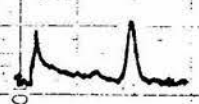
концентрация де
Алкогол ен ла
санге
18.479 мг%

II



концентрация де
Алкогол ен ла
санге
22.868 мг%

III



concentración de Alcohol en la sangre negativo

concentración de Alcohol en la sangre negativo

concentración de Alcohol en la sangre negativo

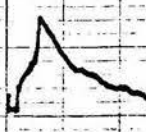
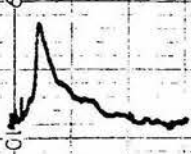
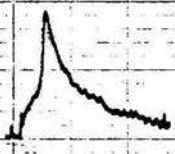
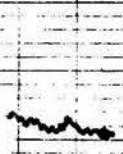
concentración de Alcohol en la sangre negativo

I

II

III

IV



concentración de
Alcohol en la
sangre

166.13 mg%

II

concentración de
Alcohol en la
sangre

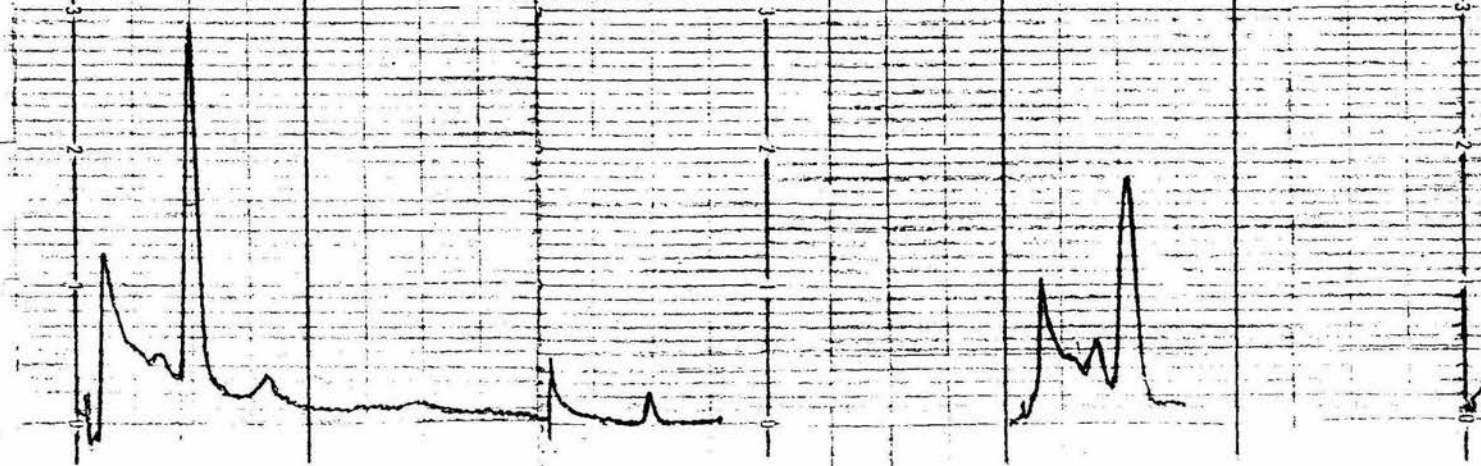
10.39 mg%

III

concentración de
Alcohol en la
sangre

139.41 mg%

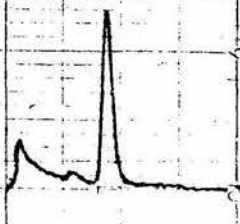
IV



concentración de Alcohol en la sangre

91.608 mg%

I



concentración de Alcohol en la sangre

74.84 mg%

II



concentración de Alcohol en la sangre

243.50 mg%

III



concentración de Alcohol



concentración de Alcohol en la sangre

99.91 mg%

II

concentración de Alcohol en la sangre

250.94 mg%

III

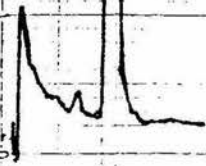
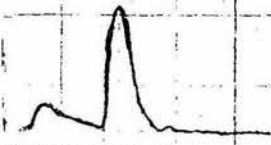
concentración de Alcohol en la sangre

275.34 mg%

V

concentra Alcohol

59.



C A P I T U L O V

T A B L A S

Tabla 1

Datos descriptivos de los sujetos del grupo experimental

Sujetos	Edad	Estado Civil	Educación	Empleo	Edad al empezar a beber
A	28	Casado	Segundo año de Preparatoria	Jefe de Personal	a los 14 años
B	34	Casado	Sabe leer	Obrero	a los 15 años.
C	39	Casado	Segundo año de Secundaria	Plomero	a los 17 años
D	45	Casado	Segundo año de Primaria	Empleado Federal	a los 16 años
E	39	Casado	Segundo año de Secundaria	Empleado Federal	a los 12 años
F	34	Unión Libre	Analfabeto	Yesero, Pin- tor	a los 15 años
G	36	Casado	Tercer año de Secundaria	Obrero	a los 17 años
H	36	Unión Libre	Tercer año de Primaria	Albañil	a los 14 años

(Continuación)

Pacientes	Edad	Estado Civil	Educación	Empleo	Edad al empezar a beber
I	45	Casado	Primaria	Chofer	a los 15 años
J	45	Casado	Cuarto año de Primaria	Conserje	a los 15 años
K	39	Casado	Ingeniería	Ingeniero	a los 14 años
L	32	Soltero	Cuarto año de Primaria	Empleado	a los 14 años

Tabla 2

Datos descriptivos de los sujetos del grupo control

Pacientes	Edad	Estado Civil	Educación	Empleo	Edad al empezar a beber
I	45	Casado	Primaria	Empleado	a los 20 años
II	35	Casado	Primaria	Herrero	a los 17 años
III	23	Soltero	Primero de Secundaria	Electricista	a los 15 años
IV	45	Casado	Primaria	Electricista	a los 15 años
V	44	Casado	Primaria	Operador	a los 16 años
VI	39	Soltero	Primaria	Ojalatero	a los 16 años
VII	37	Casado	Primaria	Empleado	a los 17 años
VIII	36	Casado	Quinto año de Primaria	Comerciante	a los 15 años

(Continuación)

Orientes	Edad	Estado Civil	Educación	Empleo	Edad al Empezar a beber
IX	35	Casado	Primaria	Mecánico	a los años 16
X	35	Casado	Segundo año de Secundaria	Obrero	a los años 17
XI	35	Soltero	Ingenieria	Ingeniero	a los años 16
XII	22	Casado	Sexto año de Primaria	Barnizador	a los años 15

Registro de la frecuencia del componente no verbal contacto físico
 Ejercicios 1 2 3 7 10
 Ejercicios de Relajación

	Ejercicio 1	Ejercicio 2	Ejercicio 3	Ejercicio 7	Ejercicio de Relajación	Ejercicio 10
A	(i) (r)	(i) (r)	(i) (r)	(i) (r)	(i)	
B	(i) (r)	(i)	(i)	(i) (r)	(i)	
C	(i) (r)	(i) (r)	(i)	(i) (r)	(i)	
D	(i) (r)	(i)		(i) (r)	(i)	
E	(i) (r)	(i)		(i) (r)		
F	(i) (r)	(i) (r)		(i) (r)	(i)	
G	(i) (r)	(i)				
H	(i) (r)	(i)				(i)
I	(i) (r)	(i) (r)				(i) (r)
J	(i) (r)			(i)		(i)
K	(i) (r)					(i) (r)
L	(i) (r)					(i)

Ejercicios 11 12 13 La Aserción en el Trabajo La Aserción en la Relación In. Depresión. Cómo salir de la

	Ejercicio 11	Ejercicio 12	Ejercicio 13	La Aserción en el Trabajo	La Aserción en la Relación In. Depresión.	Cómo salir de la
		(i) (r)	(i) (r)	(i) (r)	(i) (r)	
		(i) (r)	(i) (r)	(i) (r)	(i) (r)	
C		(i) (r)	(i) (r)	(i) (r)	(i) (r)	
		(i) (r)	(i)	(i) (r)	(i)	
E		(i) (r)	(i) (r)	(i) (r)	(i) (r)	
F			(i) (r)	(i)	(i) (r)	
G			(i) (r)	(i) (r)	(i) (r)	
H	(i) (r)	(i)				
I	(i) (r)					
J	(i)					
K	(i) (r)					
L	(i) (r)					

Nota.- Los datos aparecen en frecuencia.

(i) Contacto físico positivo iniciado.

(r) Contacto físico respondiendo.

Registro de la frecuencia del componente no verbal contacto visual

Sujetos	Ejercicio 1	Ejercicio 2	Ejercicio 3	Ejercicio 7	Ejercicio Relajación	Ejercicio 10
A	/	/	/	/	/	
B	/	/	/	/	/	
C	/	/	/	/	/	
D	/	/	/	/	/	
E	/	/	/	/	/	
F	/	/	/	/	/	
G	/	/	/	/	/	
H	/	/	/	/	/	/
I	/	/	/	/	/	/
J	/	/	/	/	/	/
K	/	/	/	/	/	/
L	/	/	/	/	/	/

Sujetos Ejercicio 11 Ejercicio 12 Ejercicio 13 La Aserción en Trabajo La Aserción en el Relación Cómo se la de Int.Depresi

Sujetos	Ejercicio 11	Ejercicio 12	Ejercicio 13	La Aserción en Trabajo	La Aserción en el Relación	Cómo se la de Int.Depresi
A		/	/	/	/	/
B		/	/	/	/	/
C		/	/	/	/	/
D		/	/	/	/	/
E		/	/	/	/	/
F		/	/	/	/	/
G		/	/	/	/	/
H	/	/	/	/	/	/
I	/	/	/	/	/	/
J	/	/	/	/	/	/
K	/	/	/	/	/	/
L	/	/	/	/	/	/

Registro de la Frecuencia del componente no verbal sonrisa

Sujetos	Ejercicio	Ejercicio	Ejercicio	Ejercicio	Ejercicio	Ejercicio
	1	2	3	7	de Relajación	10
A		/	/	/	/	
B		/	/	/	/	
C		/	/	/	/	
D		/	/	/	/	
E		/	/	/	/	
F		/	/	/	/	
G		/	/	/	/	
H		/	/	/	/	
I		/	/	/	/	
J						
K						
L						

Sujetos	Ejercicio	Ejercicio	Ejercicio	La Aserción	La Aserción	Cómo sali
	11	12	13	en Trabajo	el en Relación	la de In. Depresión
A			/	/	/	/
B			/	/	/	/
C			/	/	/	/
D			/	/	/	/
E			/	/	/	/
F			/	/	/	/
G			/	/	/	/
H						
I						
J						
K						
L						

Numero de ensayos conductuales que requirieron los pacientes para que actuara en forma correcta

Sujetos Ejercicio Ejercicio Ejercicio Ejercicio Ejercicio de Ejercicio

	1	2	3	7	Relajación	10
A	4 ensayos	3 ensayos	2 ensayos	2 ensayos	1 ensayo	
B	4 "	3 "	2 "	2 "	1 "	
C	4 "	3 "	2 "	2 "	1 "	
D	4 "	3 "		2 "	1 "	
E	4 "	3 "		2 "		
F	4 "	3 "		2 "	1 "	
G	4 "	3 "		2 "		
H	5 "	3 "		2 "		2 ensayos
I	4 "	3 "		2 "		2 "
J	4 "	3 "		2 "		2 "
K	4 "	3 "		2 "		2 "
L	4 "	3 "		2 "		2 "

Sujetos Ejercicio Ejercicio Ejercicio La Aserción La Aserción Cómo sal

en el en la de 1 Trabajo Relación Int. Depresi

	11	12	13			
A		1 ensayo	2 ensayo	2 ensayo	2 ensayos	1 ensayo
B		1 "	2 "	1 "	1 "	1 "
C		1 "	2 "	2 "	2 "	1 "
D		1 "	2 "	2 "	1 "	1 "
E		1 "	1 "	2 "	1 "	1 "
F			2 "	2 "	1 "	1 "
G			2 "	2 "	1 "	1 "
H	2 "	1 "				
I	1 "					
J	1 "					
K	2 "					
L						

Tanto por ciento del grado de incomodidad y de probabilidad
de respuesta del inventario de asertividad de Gambrill

Grupo Experimental

Pretest

Sujetos	% del grado de incomodidad	% de probabilidad de respuesta
A	86.5	30.0
B	90.0	91.0
C	84.5	91.0
D	86.5	91.0
E	83.5	87.0
F	87.5	99.5
G	89.0	82.0
H	81.0	82.0
I	82.0	80.5
J	83.5	94.0
K	82.0	89.5
L	81.0	87.0

Grupo Experimental

Postest

Sujetos	% del grado de incomodidad	% de probabilidad de respuesta
A	26.5	37.0
B	23.5	23.0
C	22.5	25.0
D	22.0	21.0
E	35.5	36.5
F	24.5	29.0
G	21.5	37.5
H		
I		
J		
K		
L		

Porcentaje del grado de incomodidad y de probabilidad de respuesta del inventario de asertividad de Gambrill

Grupo Control

Pretest

Sujetos	% del grado de incomodidad	% de probabilidad de respuesta
I	83.0	81.5
II	88.0	87.0
III	82.0	89.5
IV	89.5	97.5
V	89.5	88.5
VI	90.0	84.0
VII	91.0	80.0
VIII	82.0	90.5
IX	84.5	96.5
X	90.5	90.0
XI	86.5	83.0
XII	81.5	91.0

Grupo Control

Postest

Sujetos	% del grado de incomodidad	% de probabilidad de respuesta
I	83.0	81.5
II	88.0	87.0
III	82.0	89.5
IV		
V	89.5	88.5
VI	90.0	84.0
VII		
VIII		
IX	84.5	96.5
X	90.5	90.0
XI		
XII		

Resumen del grado de concentración de alcohol en la sangre del grupo experimental

Letras	Ejercicio 1	Ejercicio 2	Ejercicio 3	Ejercicio 7	Relajación	Ejercicio
A	70.7 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	
B	19.2 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	
C	68.5 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	
D	32.1 mg%	.0 mg%		.0 mg%	.0 mg%	
E	42.8 mg%	.0 mg%		.0 mg%		
F	.0 mg%	.0 mg%		.0 mg%	.0 mg%	
G	250.7 mg%	.0 mg%		.0 mg%		
H	171.4 mg%	.0 mg%		.0 mg%		.0 mg%
I	79.2 mg%	.0 mg%		.0 mg%		.0 mg%
J	93.5 mg%			175.0 mg%		.0 mg%
K	171.4 mg%					.0 mg%
L	128.5 mg%					.0 mg%

Letras Ejercicio 11 Ejercicio 12 Ejercicio 13 La Aserción La Aserción Cómo sal:
en el en la de la
Trabajo Relación Int. Depresión

A		.0 mg%	128.5 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%
B		.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%
C		.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%
D		.0 mg%	.0 mg%	140.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%
E		.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%
F			.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%
G			.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%	.0 mg%
H	.0 mg%	.0 mg%				
I	.0 mg%					
J	.0 mg%					
K	.0 mg%					
L	.0 mg%					

datos del grado de concentración de alcohol en la sangre del grupo control.

datos Ejercicio 1 Ejercicio 2 Ejercicio 3 Ejercicio 7 Relajación Ejercicio 10

	76.23mg%	158.0 mg%	31.18 mg%	91.608 mg%	16.63 mg%	84.34 mg%
I	166.13mg%	79.0 mg%	54.057mg%	99.91 mg%	74.84 mg%	0.0 mg%
II	69.30mg%	250.94mg%	10.39 mg%	46.776 mg%	243.50 mg%	17.32 mg%
	141.15mg%	154.51mg%	139.41 mg%			
	159.16mg%	275.34mg%	.44 mg%	27.71 mg%		
	512.33mg%	186.11mg%	18.48 mg%	15.823 mg%	38.11 mg%	28.87 mg%
	169.62mg%	25.99mg%	281.15 mg%			
III	125.47mg%					
	268.37mg%	13.86mg%	25.87 mg%	154.51 mg%	232.35 mg%	25.409 mg%
	130.70mg%	135.93mg%	198.43 mg%	146.38 mg%	366.95 mg%	26.56 mg%
	145.34 mg%					
II	100.37mg%					

datos Ejerc.11 Ejerc.12 Ejerc.13 La Aserción La Aserción Cómo salir
 en el en la de la
 Trabajo. Relación In Depresión.
 tina.

	19.63 mg%	0.0 mg%		91.608mg%	
I	18.479mg%	0.0 mg%	166.13 mg%	74.84mg%	99.91 mg%
III	22.868mg%	0.0 mg%	10.39 mg%	243.50mg%	250.94 mg%
V			139.41 mg%		
		0.0 mg%	27.71 mg%	159.16mg%	275.34 mg%
VI	0.0 mg%	59.25mg%	186.11mg%		59.25 mg%
VII				125.47mg%	281.15 mg%
III					
IX	192.85 mg%	79.0 mg%	268.37 mg%	154.51mg%	192.85 mg%
	23.099mg%	158.0 mg%	158.0 mg%	26.56mg%	365.95 mg%
I					

Nombres de los sujetos	F e c h a s														
A	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Ejercicio 1.
B	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Ejercicio 2.
C	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Ejercicio 3.
D	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Ejercicio 4.
E	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Ejercicio 5.
F	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Ejercicio 6.
G	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Ejercicio 7.
H	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Ejercicio de Relajación.
I	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Ejercicio 10.
J	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Ejercicio 11.
K	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Ejercicio 12,
L	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Ejercicio 13.
	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	La Aserción en el Trabajo.
	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	La Aserción en la Relación Intima.
	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	Cómo salir de la Depresión.

Nombres de los sujetos	F e c h a s													A.T.	A.R.J.	C.S.D.						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13									
A	✓	✓	*	✓						✓	✓	*				✓	✓	*	✓	✓	*	✓
B	✓	✓	*	✓						✓	✓	*				✓	✓	*	✓	✓	*	✓
C	✓	✓	*	✓						✓	✓	*				✓	✓	*	✓	✓	*	✓
D	✓	✓	*							✓	✓	*				✓	✓	*	✓	✓	*	✓
E	✓	✓	*							✓						✓	✓	*	✓	✓	*	✓
F	✓	✓	*							✓	✓	*				✓		✓	✓	*	✓	
G	✓	✓	*							✓						✓		✓	✓	*	✓	
H	✓	✓	*							✓			✓	✓	*	✓						
I	✓	✓	*							✓			✓	✓	*							
J	✓									✓			✓	✓	*							
K	✓												✓	✓	*							
L	✓												✓	✓	*							

Nota.-

R = Relajación.

A.T. = Aserción en el trabajo.

A.R.J. = Aserción en la Relación Intima.

C.S.D. = Cómo salir de la Depresión.

de registro que se les dió a [redacted] familiaron para que registraran la conducta de beber

Sujeto _____

Semana # _____

Días	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábados	Domingo
Si bebio							
No bebio							

oro de veces que bebieron alcohol los pacientes en el transcurso de la semana

Pacientes	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
A	7 veces	5 veces	3 veces	1 vez	0 veces	0 veces
B	7 "	2 "	1 "	0 "	0 "	0 "
C	7 "	3 "	2 "	0 "	0 "	0 "
D	7 "	7 "	3 "	1 "	0 "	0 "
E	1 "	1 "	1 "	0 "	0 "	0 "
F	7 "	7 "	4 "	2 "	0 "	0 "
G	7 "	5 "	3 "	1 "	0 "	0 "
H	7 "	7 "	3 "	2 "	2 "	1 "
I	7 "	7 "	4 "	4 "	3 "	3 "
J	7 "	7 "	4 "	4 "	5 "	5 "
K	7 "	7 "	6 "	6 "	5 "	5 "
L	7 "	6 "	6 "	6 "	6 "	6 "

Pacientes	Semana 7	Semana 8				
A	0 veces	0 veces				
B	0 "	0 "				
C	0 "	0 "				
D	0 "	0 "				
E	0 "	0 "				
F	0 "	0 "				
G	0 "	0 "				
H	2 "	2 "				
I	2 "	2 "				
J	0 "	0 "				
K	5 "	6 "				
L	7 "	6 "				

C A P I T U L O VI

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

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

Del estudio realizado del Entrenamiento Asertivo en sujetos alcohólicos se derivan las siguientes conclusiones. Se cumplieron los objetivos del trabajo que fueron comprobar la relación que existe entre la falta de habilidades sociales con el excesivo beber, y que los alcohólicos disminuyeran su ingesta de alcohol con el entrenamiento asertivo esto se puede comprobar con los resultados que se obtuvieron.

Este trabajo empleó como diseño experimental el Diseño de Dos Grupos Seleccionados Al Azar, éste fué efectivo ya que permitió observar las diferencias significativas entre la media del grupo experimental $X = 130.95$ y la media del grupo control $X = 814.18$.

En este estudio veinticuatro alcohólicos no asertivos participaron como sujetos de los cuales a doce se les dió el entrenamiento que se llevó a cabo en el Centro para la Prevención del Alcoholismo de la S.S.A. dependiente de la salud mental.

La presente investigación se compara con otras investigaciones en cuanto al procedimiento, se cita a Eisler, Miller y Hersen (1973); Martorano (1974); Miller y Eisler (1977) el tratamiento conductual que utilizaron en los sujetos alcohólicos fué el Entrenamiento Asertivo (E.A.) su procedimiento no es completo cómo el procedimiento que se empleó en el presente reporte clínico por la razón de que utilizaron solo algunos de los ejercicios que estan comprendidos en el E.A., en comparación con el tratamiento conductual realizado en este estudio donde se utilizó todo un manual de asertividad, además se utilizó una sesión de relajamiento. Por lo tanto aunque hay diferencias en el procedimiento de los autores mencionados con respecto al procedimiento de esta investigación, los resultados de los experimentadores señalados corro -

boran los resultados obtenidos en este trabajo de tesis que fueron que el procedimiento de Entrenamiento Asertivo es efectivo aplicado en los sujetos alcohólicos.

De acuerdo a los resultados mencionados en el capítulo III, los resultados estadísticos de ésta investigación - proporcionaron los datos suficientes para apoyar las conclusiones de que con la introducción del Entrenamiento - Asertivo en los sujetos alcohólicos del grupo experimental éstos adquirieran las habilidades sociales y debido a esto redujeran su ingesta de alcohol.

Se considera que esta modalidad de trabajo sería de gran aplicabilidad y utilidad en los centros relacionados con la salud mental.

Los errores metodológicos que se tuvieron fueron la utilización de dos aparatos de Cromatografía de Gas y en segundo orden es que no se estipuló en el procedimiento un período de seguimiento al término del tratamiento. Si se hubiera especificado se tendría la oportunidad de asegurarse de que la conducta terminal, una vez establecida - permanecería a través del tiempo.

El seguimiento consiste en un registro objetivo de la - frecuencia con que dicha conducta se presenta terminado el programa de modificación.

El seguimiento acostumbrado consiste en prolongar el registro de la frecuencia de la conducta por un tiempo semejante al que tomo el registro de la línea base y observar si hay algún cambio significativo en su frecuencia. Si la conducta permanece se dice que el procedimiento - global tuvó éxito. Este procedimiento, sin embargo, puede ser complementado ventajosamente por un segundo método de seguimiento. Esta forma de seguimiento, es por - - muestreo temporal, es decir, en lugar de continuar el registro diariamente por un lapso limitado, se hacen observaciones intermitentes de manera que con un mismo número de observaciones se cubre un período mayor. Naturalmente,

lo ideal es poder conjugar ambos procedimientos, es decir, primero registrar continuamente durante un período más o menos corto, y después muestrear las observaciones durante un período prolongado que nos asegure la permanencia de la conducta en cuestión Ribes (1976).

En los Modelos Conductuales / del Aprendizaje Social el beber del alcohólico es iniciado por eventos antecedentes y mantenidos por eventos consecuentes - - - - - (Bandura, 1969; Hunt y Azrin, 1973; Ullmann y Krasner, 1965, 1969).

El beber se aprende en un contexto socio - cultural - - - (Goffman, 1963a, 1963b; Szasz, 1970).

Estudios de variables socio - culturales han concluido - que estas se correlacionan con la existencia del alcoholismo (Cahalan, 1970; Chafetz y Demone, 1962; Field, 1962; Heath, 1975; McClelland, Davis, Kalin y Wanner, 1972; - - McCord y McCord, 1960; Pittman y Snyder, 1962; entre otros).

A continuación se infiere lo siguiente para las subsiguientes investigaciones relacionadas con el tema es aconsejable que se planteen hipótesis relacionadas con las variables tales como edad, estado civil, educación, empleo edad al empezar a beber éstas pueden influir para que carezcan de habilidades sociales las personas y ésto trae como consecuencia que terminen siendo alcohólicas.

En la presente investigación se presentó el problema de la deserción que es una variable extraña que se dió en - los sujetos que se utilizaron que fueron pacientes de consulta externa por lo que no se pudo controlar esta variable dado que se encontró en el ambiente natural de los sujetos por lo que se sugiere que pongan atención las futuras investigaciones en la variable de deserción ésta quizá se debió a que alguno o algunos de los ejercicios es - tructurales del entrenamiento asertivo no fueron ejercicios que los motivo a continuar el Entrenamiento Aserti -

Los eventos antecedentes pudieron haber influido en el consumo de alcohol de los sujetos por los resultados que se obtuvieron. Por lo tanto se sugiere para estudios posteriores que se avoquen al tratamiento del alcoholismo implementar medidas preventivas diseñadas a los eventos antecedentes mencionados y el problema del alcoholismo sigue abierto a la investigación.

C A P I T U L O VII

S U G E R E N C I A S

SUGERENCIAS

Hago una cordial invitación a los Psicólogos Clínicos a que se interesen sobre el tema del Alcoholismo, que tengan presente que dentro del perfil profesional del Psicólogo las funciones profesionales que desempeña son las de evaluar, planear, intervenir para modificar un problema, prevenir e investigar, y dentro de los problemas sociales que resuelve se encuentra el de la Salud Pública por lo tanto el Psicólogo es un elemento importante dentro del equipo interdisciplinario que puede ayudar a solucionar el problema del alcoholismo, con respecto a lo anterior quiero que tengan presente y que lo entiendan - los demás profesionistas que los Psicólogos no somos profesionales obsoletos.

Las investigaciones deben dirigirse hacia pacientes alcohólicos de consulta externa con la ideación de métodos funcionales para la evaluación de la asertividad.

Otra sugerencia es que los Psicólogos Clínicos den entrenamiento a Paraprofesionales (padres y maestros) porque la educación se tiene que iniciar en la casa y esta se debe continuar en la escuela para capacitarlos como terapeutas de sus hijos y alumnos en la enseñanza apropiada de las cuatro características de que consta la personalidad asertiva o sea que sean personas que se sientan libres para manifestarse, comunicarse, que tengan una orientación activa en la vida, y que actuen de modo que lo juzguen respetable. Por tanto, con la adquisición de las características mencionadas serán más los individuos que aprendan a llevar una existencia más agradable a causa de las relaciones personales más íntimas y más profundas. Llevándose a la práctica los cursos, Psicólogos Clínicos, padres y maestros tienen en sus manos una medida preventiva para que disminuyan el número de sujetos alcohólicos por causa de carecer de habilidades sociales.

Una última sugerencia es que se hagan investigaciones más a fondo de los factores existentes en el medio ambiente - de los individuos.

C A P I T U L O - VIII

A P E N D I C E S

DESCRIPCION VERBAL DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL TRABAJO

El Centro para la Prevención del Alcoholismo de la S.S.A. consta de Planta Baja y un primer piso.

Al entrar a la Planta Baja se observa un largo pasillo - en el que se encuentra la sala de espera.

En la entrada a la izquierda se localiza la dirección, - Personal, el Módulo de Información y junto a este el Auditorio.

A la entrada a la derecha esta la administración caminando enseguida vemos Trabajo Social mas hacia adentro esta un cubículo de Medicina General junto a este un cubículo para Psiquiatría, siguiendo caminando a la derecha se localiza la Caja, el Archivo, un cubículo de Psicología al lado un cubículo de Medicina General este cubículo cuenta con camara de Gessel, hacia el fondo de la sala de espera se encuentra enfermería.

Enfrente de la caja se observa dos Baños para el personal que trabaja en esta planta, caminando esta una puerta que conduce al exterior de esta planta enseguida se localiza dos cubículos para Psiquiatría.

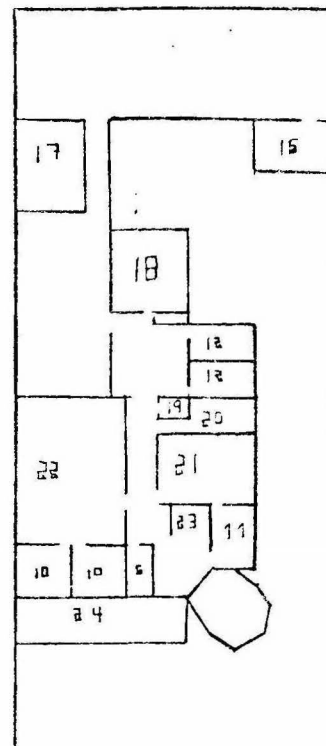
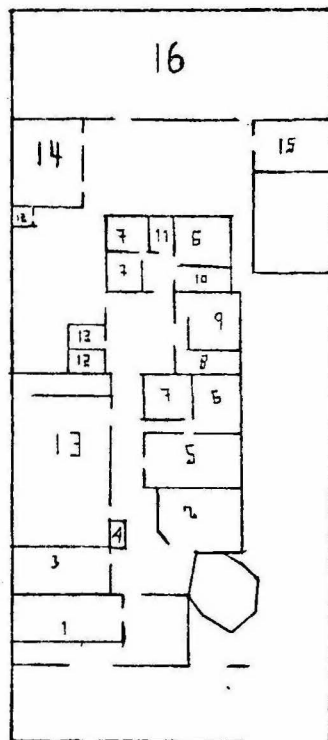
Al dirigirnos a la puerta que se encuentra al lado de los baños al entrar a ella nos conduce al exterior de la sala de espera de esta planta baja, al estar en el exterior vemos el baño para los pacientes caminando mas hacia adentro se encuentra la cocina enfrente de esta se localiza el grupo de A.A. y al fondo se localiza la casa del conserje.

Al subir al primer piso a la derecha se encuentra la sección de enfermería al lado se localiza la farmacia hacia adentro esta la sala de curación.

Subiendo a la izquierda esta el cubículo de Medicina General y además la sala de espera. Más hacia adentro se encuentra un pasillo a la izquierda está la sala de hidratación que cuenta con siete camas dentro de esta sala hay dos cubículos designados a Psicología, saliendo de

La sala de hidratación a la derecha se encuentra el séptico enseguida la ropería. Mas hacia adentro se ven los baños para el personal que trabaja en este piso, y al fondo se localiza el almacén y una puerta que conduce al exterior del primer piso, ya estando en el exterior se observa el lugar donde está el residente.

- 1 DIRECCION
- 2 ADMON
- 3 PERSONAL
- 4 MODULO
- 5 TRAB. SOCIAL
- 6 MEDICO GEN.
- 7 MEDICO PSIQ.
- 8 CAJA.
- 9 ARCHIVO
- 10 PSICOLOGIA
- 11 ENFERMERIA
- 12 SANITARIO
- 13 AUDITORIO
- 14 COCINA
- 15 GRUPO AA
- 16 CONSERJE
- 17 RESIDENTE
- 18 ALMACEN
- 19 SEPTICO
- 20 ROPERIA
- 21 SALA 1
- 22 SALA 2
- 23 FARMACIA
- 24 BALCON



CENTRO PARA LA PREVENCION DEL ALCOHOLISMO S.S.A.



VIVERIDAD NACIONAL
AVISMA

ESCUELA NACIONAL DE
ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALPA.

145
A2

AREA: PSICOLOGIA
CLINICA.

Por favor indique su grado de incomodidad en el espacio que hay a la izquierda de cada una de las situaciones que aparecen abajo - utilizando la siguiente escala:

- 1 es igual a NINGUNA INCOMODIDAD
- 2 es igual a UN POCO DE INCOMODIDAD
- 3 es igual a REGULAR INCOMODIDAD
- 4 es igual a MUCHA INCOMODIDAD
- 5 es igual a DEMASIADA INCOMODIDAD

Grado de in comodidad.	Situación.	Probabilidad de respuesta.
_____	1.- Rechazar una petición para prestar tu carro	_____
_____	2.- Elogiar a un amigo	_____
_____	3.- Resistir la presión de un vendedor	_____
_____	4.- Pedir un favor a alguien	_____
_____	5.- Disculparse cuando se está en un error	_____
_____	6.- Admitir tener miedo y pedir tolerancia	_____
_____	7.- Rechazar una invitación para una reunión	_____
_____	8.- Informar a una persona relacionada intimamente con usted que ha dicho algo que le molesta	_____
_____	9.- Preguntar al tener una duda	_____
_____	10.- Admitir ignorancia en alguna área	_____
_____	11.- Rechazar una petición para prestar dinero	_____
_____	12.- Preguntar cosas íntimas	_____
_____	13.- Callar a un amigo hablantín	_____
_____	14.- Pedir una crítica constructiva	_____
_____	15.- Iniciar una conversación con extraños	_____
_____	16.- Elogiar a una persona involucrada sentimentalmente con usted o en quien usted esté interesado(a)	_____
_____	17.- Pedir una reunión o cita con alguien	_____
_____	18.- Si su petición inicial es rechazada, pedirla para una ocasión posterior	_____
_____	19.- Admitir confusión sobre un punto en discusión y solicitar aclaración	_____
_____	20.- Solicitar trabajo	_____
_____	21.- Preguntar si ha ofendido a alguien	_____
_____	22.- Decir a alguien lo que usted desea de él	_____
_____	23.- Pedir el servicio esperado cuando éste no llega. Por ejemplo en un restaurante	_____

Samboli

Grado de incomodidad.	Situación.	Probabilidad de respuesta.
	24.- Discutir abiertamente con las personas las críticas a su conducta	146
	25.- Rechazar cosas defectuosas: En tiendas, etc.	A2
	26.- Expresar una opinión que difiere de la de las personas con quien habla	
	27.- Resistir insinuaciones sexuales cuando no está interesado (a)	
	28.- Decir a una persona lo injusta que ha sido	
	29.- Aceptar una cita	
	30.- Dar a alguien buenas noticias de usted	
	31.- Resistir la presión para tomar	
	32.- Resistir una petición injusta de alguien a quien usted estima	
	33.- Dejar un trabajo	
	34.- Resistir la presión para retractarse	
	35.- Discutir de una manera franca las críticas que le hagan a su trabajo	
	36.- Solicitar el regreso de cosas que prestó	
	37.- Aceptar cumplidos y elogios	
	38.- Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo	
	39.- Decir a un amigo o compañero de trabajo que ha dicho o hecho algo que a usted le moleste	
	40.- Pedir a una persona que le molesta en una situación pública, que deje de hacerlo	

Muy bien. Ahora que ha terminado, lea la lista de situaciones por segunda vez y a la derecha de cada situación, indique la probabilidad de que se ejecute la conducta si llega a presentarse realmente en su vida, o la probabilidad con que ha respondido si tales situaciones ya han ocurrido en el pasado. Por ejemplo: Si usted rara vez se excusa cuando se equivoca, debe marcar un cuatro (4) a la derecha de esa situación (en el espacio). Utilice la siguiente escala:

- 1.- Significa SIEMPRE LO HAGO
- 2.- Significa USUALMENTE LO HAGO
- 3.- Significa LO HAGO LA MITAD DE LAS VECES
- 4.- Significa DE VEZ EN CUANDO LO HAGO
- 5.- Significa NUNCA LO HAGO

Para que sus respuestas no se confundan con las anteriores, tape las de la izquierda con una plantilla de papel. Finalmente: Encierre en un círculo el número de la situación que le gustaría manejar más fácilmente en el futuro.

C O N T R A T O

Por medio de la presente me comprometo asistir a todas las sesiones del Entrenamiento Asertivo como parte del tratamiento para mi rehabilitación.

Nombre y Firma del interesado.

MANUAL DE ASERTIVIDAD**EJERCICIOS ESTRUCTURADOS.****Ejercicio 1. Introducciones.**

El terapeuta pidió que alguien comenzará a saludar a otro teniendo contacto visual y emitiera algún saludo habitual, mencionará su nombre y esperará a que el otro respondiera. Este a su vez se introdujo de igual manera con otra persona del grupo que aún no se había presentado y así se continuo hasta que todos se hubieron presentado.

Entonces se le pidió al primer participante que le dijera al que se presentó algo específico que le gustó acerca de cómo se introdujo.

Se enfatizó que esos comentarios fueran sobre cualidades no verbales de la presentación como: contacto visual, expresión facial, posición corporal y de las manos, cualidades de la voz. Se continuo así hasta que todos los miembros del grupo lo hicieran.

Finalmente se hizo una explicación acerca de lo común que es que se olviden los nombres de las personas cuando se les acaba de conocer.

Se aclaró que esto no es catastrófico y se pidió que se preguntaran unos a otros los nombres que olvidaron.

Objetivo del ejercicio.- Romper el hielo entre los miembros del grupo; ayudar a los miembros a que comiencen a conocer aquellas conductas no verbales que les llama la atención de otras personas; reducir la tensión del grupo enfocándose en retroalimentación positiva; acostumar a los miembros a dar retroalimentación.

Tareas: Presentarse 3 veces, notando lo que le haya gustado de sí mismo y de la otra persona durante la presentación (tener cuidado en no evaluar lo que haya pasado después de esto). Notar como se presentan otras personas ante extraños. Pedir a alguien que repita su nombre poco después de que se han presentado. Evaluar que tan directo se fué y si estuvo nervioso identificar claramente cual fué el problema.

Ejercicio 2. Tópicos Sútiles.

Se habló a los participantes acerca de los detalles en que centran su atención cuando se encuentran conversando con alguien, tales como contacto visual, sonrisas y expresiones faciales, postura corporal, gestos con las manos, volumen de la voz, tono, rapidez, fluidez. Se les mencionó que el propósito del ejercicio es reconocer como se reacciona ante otros y como hacen ellos ante nosotros mismos. Se formaron grupos de 3 personas y una persona habló mientras las otras dos escuchaban, pasados dos minutos, otra persona habló, y así también el siguiente. El entrenador hizo papelitos en los que escribió temas diferentes intrascendentes como papel del baño, clips, canicas, coches, zapatos, etc.,. Después de que todos terminaron de hablar, cada uno recibió retroalimentación positiva acerca de las características no verbales de su conducta, el entrenador comprobó que ningún miembro hablará acerca del contenido de la conversación. Por último se les pidió a los participantes que pensaran cuales conductas no verbales les gustaría modificar durante el curso del tratamiento.

Objetivo del ejercicio: que los participantes identifiquen aquellas conductas no verbales que les impresionan de otras personas; identificar las conductas que otros emplean; estimular a los participantes a que consideren aquellas conductas que les gustaría cambiar; enseñar a los participantes a que proporcionen retroalimentación positiva.

Tareas: Observar la conducta no verbal de tres personas; poner atención a sus propias conductas no verbales durante una interacción e identificar aquellas que le gusten; practicar 5 veces la conducta no verbal que haya elegido para cambiar, y evaluar los logros, ensayarle hasta que considere que le gusta la manera en que lo hace.

Ejercicio 3. Dar y Recibir Cumplidos.

El instructor dió una breve explicación acerca de como también este tipo de conductas requiere de asertividad. El instructor junto con su ayudante simularon las formas como se responde típicamente ante un cumplido y así disminuyen la probabilidad de que la otra persona vuelva ha cernos un cumplido: negandolo, regresandolo inmediatamente, rechazandolo. A continuación se actuaron las formas negativas en que se dan cumplidos: auto - despreciandose, sarcásticamente o enfatizando primero un defecto. A continuación el entrenador demostró algunas formas de recibir - cumplidos. Se les pidió a los participantes que formaran un círculo, por dos minutos pensarán en alguna característica positiva de la persona que se encontraba a su derecha. A continuación cada participante dió un cumplido a la persona que se encontraba a su derecha y esta respondiera al elogio. Una vez que terminaron, se dió retroalimentación a la persona de quien recibió el cumplido enfatizando el uso del pronombre "usted, tú".

Objetivos del ejercicio: Que los miembros aprendieran a cómo dar y recibir cumplidos asertivamente; demostrar que las interacciones positivas entre el grupo: alentarlos a que escuchen los cumplidos que se les hacen y darlos genuinamente, aumentando así su auto - estima.

Tareas: Dar 3 cumplidos. Evaluar que tan comfortable y directo se siente al hacerlo; al recibir cumplidos notar - qué tan comfortable se siente, cómo lo recibe y cómo se siente; si notaron alguna conducta que quieran cambiar durante ese tipo de interacción, ensayarla varias veces hasta que le agrade la forma como lo hace.

Ejercicio 4. Si - No.

En parejas, los participantes cara a cara, mientras una - persona decía sí, la otra respondía no tratando de igualar el volumen de voz que la otra empleo, la primera subió un poco el volumen y así sucesivamente hasta que se encontraban gritando lo más fuerte posible y después comenzaron a bajar el volumen hasta quedar cuchicheando. Se les pidió a los participantes notaran su volumen de voz, si era el apropiado.

Otra variante del ejercicio es que la persona que respondió, lo hizo con un volumen menor al que empleó el primero.

Objetivos del ejercicio: Que los participantes notaran todo el rango de volumen de voz que poseen, y contrastarlo con el que usan habitualmente.

Tareas: Elevar o bajar el volumen de la voz durante una - plática y evaluar lo adecuado de su volumen habitual. Evaluar situaciones en que le gustaría cambiar el volumen de su voz y ensayarlo varias veces.

Ejercicio 5. Conversaciones Sociales.

Se hizo una breve introducción que describió los 3 componentes de las habilidades de conversación: preguntas abiertas, responder a información libre, parafrasear.

Se hizo una distinción entre preguntas abiertas y cerradas, enfatizando que las primeras hacen que la conversación fluya más fácilmente y se aumente la probabilidad de recibir más información libre a la cual se puede responder.

Se formaron grupos de 2 ó 3 personas en las que se practicaron cada una de estas habilidades, cada miembro participó en todos los ejercicios activamente. En primer término se practicó el hacer preguntas abiertas mientras el otro respondió genuinamente a estas; se intercambiaron los papeles. En segundo término se practicó el hacer preguntas abiertas y al responder hacerlo de acuerdo a la información libre que el otro proporcionó. Por último se integró a la conversación el uso del parafraseo cuando no se encuentra que responder en ese momento.

Objetivos del ejercicio: que los participantes aprendieran el uso de estas habilidades, y lo hagan sistemáticamente en el futuro.

Tareas: Llevar a cabo una conversación con alguna persona que conozca bien, usando las 3 respuestas. Tratar de hacer otra conversación con alguien con el que no use ninguna de las 3 respuestas y comparar ambas conversaciones; observar el estilo de la conversación de 3 personas e identificar específicamente que es lo que hacen que resulta efectivo (observar los aspectos no verbales).

Ejercicio 6. Discriminación de conducta asertiva, agresiva y no asertiva.

El entrenador enumeró una serie de características de estas diferentes formas de respuesta en cuanto a los efectos que tiene sobre el que la emite y el que la recibe.

<u>No asertiva</u>	<u>Agresiva</u>	<u>Asertiva</u>
<u>como emisor:</u> auto-denigrante.	auto-engrandecedora a expensas de otros.	auto-engrandecedora.
inhibido, herido ansioso.	expresivo, desprecia a otros.	expresivo, se siente bien.
permite que otros elijan por el.	elegi por otros.	elige por sí mismo.
no logra la meta deseada.	logra la meta deseada lastimando a otros.	puede lograr la meta deseada.
<u>como receptor:</u> culpable o enojado.	auto-denigrante.	auto-engrandecido.
desprecia al emisor.	lastimado, defensivo, humillado.	expresivo.
logra la meta deseada a costa del emisor.	no logra la meta deseada.	puede lograr la meta deseada.

Ejercicio 6 continuación.

El entrenador presentó una serie de situaciones de la vida cotidiana en la que los actores se comportaron según alguno de los 3 tipos de respuesta. Se presentó de manera verbal.

Los participantes respondieron marcando que tipo de respuesta es la que se presentó. Se presentó alrededor de 15 situaciones. A lo largo de el ejercicio se aclararon las dudas acerca del tipo de respuesta de que se trató.

Objetivos del Ejercicio: Que los participantes identifiquen los diferentes tipos de respuesta y se aclararan las falsas concepciones acerca de ellas.

Tareas: Notar diferentes formas en que la gente y los participantes mismos actúan asertiva, agresiva o no asertivamente. Traer 3 ejemplos de cada una para la siguiente sesión.

Ejercicio 7. Identificando derechos personales y aceptando los encubiertamente.

En la primera parte, el entrenador dió algunos ejemplos de derechos personales e instruyó a los participantes a que dieran cualquier derecho personal que creen tener. Esto se hizo durante 5 minutos y se fueron apuntando los derechos que dieron los participantes sin emitir un juicio acerca de ninguno de ellos. A continuación se hizo una discusión acerca de ellos, se habló de las responsabilidades que implican y de sus limitaciones.

Durante la segunda parte del ejercicio, se les pidió a los participantes observaran la lista de derechos y - que en silencio eligieran uno de aquellos que le sea muy difícil aceptar. Poco después se les instruyó así: - cierran sus ojos . . . tome una posición confortable . . . respire profundamente . . . expire suavemente . . . ahora imagine que está ejerciendo el derecho que ha seleccionado de la lista . . . imagine cómo podría cambiar su vida si acepta este derecho . . . cómo actuaría . . . cómo se siente consigo mismo . . . como se siente con la demás gente . . . (la fantasía continúe por dos minutos) . . . ahora imagine que ya no posee este derecho . . . imagine cómo podría - cambiar su vida en comparación a como era hace unos momentos . . . cómo actuaría ahora . . . cómo se sentiría con respecto a sí mismo . . . cómo se sentiría con la demás - gente . . . la fantasía se continúa por un minuto.

Después se formaron parejas entre los participantes que discutieron las siguientes preguntas..

- 1.- Qué derecho seleccionó.
- 2.- Cómo se sintió cuando aceptó el derecho.
- 3.- De que forma actuó cuando tenía el derecho.

4.- Qué aprendió acerca de sí mismo en este ejercicio?

Una vez que las parejas terminaron de cambiar sus impresiones, el grupo discutió la manera en que ellos podrían ayudarse a sí mismos a aceptar sus derechos personales, y que métodos usan para estos derechos. El entrenador ayudó a que los participantes crearan un nuevo mensaje para atacar aquellos mensajes que les impedían aceptar su derecho.

Objetivos del ejercicio. Que los participantes se percataran de que tan libre y confortables se siente cuando aceptan un derecho; incrementar su conciencia acerca de cómo niegan ese derecho; usar la sesión de discusión para identificar contramensajes que podría usar para ayudarse a sí mismos a ejercer ese derecho.

Tareas. Llevar a cabo el ejercicio de fantasía una vez al día durante una semana. Notar cómo se siente. Discutir cualquier dificultad al llevar a cabo el ejercicio.

EJERCICIO DE RELAJACION

Las instrucciones que se dieron fueron las siguientes:
 INSTRUCCIONES: Vamos a empezar los ejercicios de relajación. Por favor, no deje nada en su cuerpo que le apriete; si tiene lentes, anillos, inclusive lentes de contacto, quítelos y colóquese en un lugar donde nadie lo interrumpa y donde pueda acostarse de tal forma que se sienta lo mas confortable posible. Muy bien, ahora le voy a dar treinta segundos para que se acomode en una posición muy confortable, de tal forma que se mueva lo menos posible. O.K., empiezo a contar el tiempo.. . de acuerdo estamos listos para comenzar. Pero antes de eso, quisiera hacer notar dos puntos: uno, cuando le diga "suelte la tensión", suéltela inmediatamente; no lo haga gradualmente, esto no conduce a una buena relajación. Entonces pues, suelte la tensión inmediatamente. Por otro lado, no trate de hacer los ejercicios forzándose; sígalos al pié de la letra, pero si no puede seguir algún ejercicio particular, no se preocupe; va haber otras oportunidades.

Bueno, para empezar, quiero que tome cinco respiraciones muy profundas, ¿O.K? Inhale . . . más, más aire. . . deténgase ahí... suelte el aire... otra vez, inhale... más, más aire, muy bien . . . O.K., otra vez inhale... más, más, llenando esos pulmones ...detengase ahí suelte el aire ... inhale una vez más ... profundamente detengase ahí . . . muy bien, suelte el aire ... O.K. - una última vez, inhale ... más, más, llenando esos pulmones de aire... deténgase ahí por un momento ... suelte el aire.

Muy bien ahora quiero que apriete su puño derecho. Apriete su puño derecho más y más fuerte . . . sienta la tensión que se desarrolla en su puño derecho y comparela con su brazo izquierdo. . . sienta esa tensión por algún momento (10 minutos)...más y más apretado y perciba la tensión comparela con su brazo izquierdo(pausa 5 a

7 segundos)... muy bien, ahora suelte la tensión inmediatamente, y note como la tensión se vá y es substituida - por relajación note eso por algún momento ... pausa de 20 segundos) ... muy bien, ahora quiero que tome otra - respiración. Inhale ... más, más aire ... detengase ahí ... suélte el aire ... muy bien, ahora va hacer lo mismo pero con su brazo izquierdo.

Cierre el puño de su brazo izquierdo ... más y - más fuerte ... más y más apretado ... y estudie la diferencia entre lo que sienta en su brazo izquierdo y lo - que siente en su brazo derecho ... (pausa de 10 segundos) ... perciba toda la tensión que recorre todo su brazo izquierdo ... (pausa de 5 a 7 segundos) ... muy bien, ahora suéltece y relaje los dedos de su mano izquierda inmediatamente, y empiece a notar como la relajación sustituye a la tensión; note como la tensión se ha ido ... sienta como su brazo izquierdo esta pasivo, como si se hundiera si no estuviera apoyado por algo ... (pausa de 10 segundos) ... muy bien, ahora quiero que tome otra respiración inhale ... más, más aire, más aún ... muy bien, detengase ahí ... suelte el aire.

O.K., ahora va apretar ambos puños simultáneamente ... note el estado de tensión de sus brazos, la diferencia entre la tensión y el estado de semi - relajación - agradable de sus piernas. Note esa diferencia por algún momento . . . (pausa de 15 segundos) ... muy bien, ahora relaje ambos brazos ... relajelos y deje que sus brazos presionen hacia abajo sintiendo una fuerza de gravedad - que los impulsa a caer ... (pausa de 5 segundos)... mueva los dedos un poco y sienta como la tensión se ha ido ... (pausa de 5 segundos) ... relaje ambos brazos ... respire profundamente ... y relájese ... (pausa de 10 segundos)O.K., muy bien, ahora quiero que sus codos, poniendo tensos sus bíceps, ambos bíceps, como el estuviera haciendo un conejo demostrando su fuerza

. . . muy bien . . . (pausa de 5 segundos). . . sienta la diferencia entre ese estado caluroso de tener los bíceps tensos y el estado de temperatura agradable del resto de su cuerpo . . . (pausa de 5 segundos) . . . más y más tensos . . . eso es . . . perciba esa diferencia de tensión . . . (pausa de 5 segundos) . . . muy bien, ahora relaje sus brazos y deje que la tensión se vaya . . . - que sus brazos vuelvan a caer hacia abajo, dejando que la tensión se vaya y sea substituida por relajación . . . deje que sus brazos presionen hacia abajo sintiéndose más y más pesados en la medida que estén más y más relajados . . . (pausa de 10 segundos) . . .

Muy Bien, manteniendo sus brazos en su lugar, colóquelos rectos como flechas y note la tensión - que se genera por algún momento por el hecho de tener sus brazos tensos . . . (pausa de 15 segundos) . . . muy bien, ahora relaje ambos brazos y deje que la tensión se vaya . . . (pausa de 15 segundos) . . . sus brazos más y más pesados . . . más y más relajados . . . su cuerpo - más y más pesado en la medida en que la tensión se vá . . . deje que el sentimiento de relajación se vaya apoderando de su cuerpo...

Perfecto, ahora quiero que arruque su frente . . . y sienta la tensión mientras la mantiene arrugada . . . muy bien, ahora haga un gesto, arruque toda la cara, manteniendo el resto del cuerpo relajado mantenga toda la cara arrugada y note la tensión en esa área . . . muy bien, ahora relaje los músculos de su cara y sienta como la tensión se ha ido de su frente, de sus ojos, quijadas y barba . . . sienta la relajación de los músculos de su cara relajándose más y más . . .

Muy bien, ahora apriete sus párpados y sienta la tensión . . . apriete lo más que pueda sus párpados y sienta la tensión que surge en esa área precisa . . . sienta la tensión que se desarrolla al rededor de -

sus ojos . . . Muy bien, ahora relájese, deje simplemente que se vaya esa tensión para que sea reemplazado por la relajación . . . sus ojos más y más pesados . . . más y más relajados . . .

Muy bien, ahora, cerrando las quijadas, apriete los dientes lo más que pueda y estudie esa tensión . . . sienta esa tensión en la medida que apriete sus dientes, sienta la tensión en sus quijadas y compárela con el resto de su cuerpo . . . eso es, ahora relájese y libere esa tensión . . . deje que la tensión se vaya . . . más y más relajado . . . su cara más relajada . . . sus labios, su quijada, sus ojos, su frente, sus mejillas, su cuero cabelludo más y más relajados . . . note como la tensión se ha ido y usted esta cada vez más y más relajado . . .

Muy bien, ahora presione su lengua en contra del paladar hacia arriba, lo más que pueda, y perciba la tensión que surge en esa área . . . sienta como la tensión va creciendo a medida que usted mantiene su lengua presionando fuertemente su paladar . . . eso es presione con fuerza y perciba la tensión . . . compárela con el resto de su cuerpo . . . eso es, ahora relájese y libere esa tensión . . . deje que la tensión se vaya, y que sea reemplazada por ese agradable estado de relajación . . . note la diferencia, perciba la relajación . . . note como la relajación se vá apoderando de su lengua, sus labios, sus mejillas, sus quijadas, sus ojos, su cuero cabelludo y su frente . . . deje que la relajación se apodere de su cuerpo . . .

Eso es, ahora quiero que presione su cabello hacia atrás fuértemente, presione su cabeza hacia atrás y perciba la tensión . . . sienta la tensión que se desarrolla en su cuello por el hecho de tenerlo presionado su cabeza hacia atrás . . . eso es . . . ahora presione su cabeza hacia adelante lo más que pueda como si quisiera tocar su pecho con la barbilla . . . estudie la tensión que

se desarrolla . . . estudie la tensión y ese ligero temblor que ocurre en su barbilla como consecuencia de la tensión . . . muy bien, ahora relájese y regrese su cabeza a su lugar . . . perciba como la tensión se vá para ser substituida por la relajación . . . permita que la -relajación entre y se anodere de su cuello . . . relájese más y más . . . más y más . . .

Perfecto, ahora lleve sus hombros hacia arriba lo más que pueda, como si quisiera tocar sus orejas con sus hombros y comience a percibir la tensión que se desarrolla . . . sienta la tensión que se desarrolla en los músculos de sus hombros y compárela con el resto de su cuerpo . . . muy bien, ahora relájese; suelte esa tensión y deje que sus hombros se relajen con el resto de su cuerpo . . . sienta la relajación cada vez más y más profunda deje que la relajación se anodere de sus hombros, permita que la relajación se extienda a lo largo de todo su cuerpo . . .

Manteniéndose recostado, con sus ojos cerrados, ahora quiero que haga cinco respiraciones, pero muy, -muy profundas . . . trate de imaginarse su pecho como un globo muy grande, llenando ese globo al inhalar y desinflándolo al soltar el aire, inhale profundamente y llene ese globo lo más que pueda y detenga el aire por un momento, eso es . . . ahora vá empezar a soltar el aire, poco a poco, lentamente . . . inhale por segunda vez, profundamente, llenando ese globo lo más que se pueda y mantenga el aire por un momento . . . suelte el aire ahora, lentamente, poco a poco . . . eso es, inhale por una tercera vez llenando ese globo hasta el máximo, y detenga el aire . . . suelte el aire poco a poco, gradualmente . . . lentamente . . . inhale de nuevo, llene ese globo profundamente, hasta al máximo y detenga el aire . . . suelte el aire lentamente, poco a poco . . . muy bien, esta última vez quiero que imagine sus pulmones como globos y que los va

ya llenando poco a poco, sígame . . . inhale hasta un cuarto de la cantidad de sus globos, bien ahora hasta la mitad de su capacidad, bien, ahora hasta tres cuartos de su capacidad, bien, ahora llene totalmente ese globo de aire y manténgalo por un momento . . . ahora suelte el aire hasta tres cuartos de la capacidad de sus globos, bien, suelte el aire hasta la mitad de la capacidad de sus pulmones hasta que el globo quede totalmente vacío . . .

Gozando de ese estado de relajación, piense ahora en la palabra CALMA. . . deletreela y repítala varias veces . . . CALMA . . . CAAALMA . . . ahora vamos a continuar con el resto de su cuerpo . . .

Respire profundamente, inhale hasta donde pueda y detenga el aire, y note la tensión en su pecho, note esa tensión mientras mantiene el aire, compare esa tensión con el resto de su cuerpo . . . ahora suelte el aire y note como la relajación sustituye a la tensión . . . bien, vamos ahora a hacer varios ejercicios de este tipo.

Mientras usted inhala el aire, vá a notar la tensión en su pecho, y cuando suelte el aire va a notar la relajación . . . a ver vamos a hacer un ensayo, inhale profundamente y detenga el aire para que pueda sentir la tensión en su pecho . . . bien ahora suelte el aire, vamos a hacer ahora diez ensayos de este tipo. Voy a contar hasta diez y cada vez que yo cuente usted va a inhalar y a notar la tensión con el aire dentro de sus pulmones y va a exhalar y a sentir la relajación . . . no inhale profundamente . . . ex - hale . . . dos inhale . . . exhale . . . tres, inhale . . . exhale . . . cuatro . . . exhale . . . bien, ahora solo voy a contar y usted continua, cinco . . . seis . . . siete . . . ocho . . . nueve . . . perciba su cuerpo cada vez más y más relajado . . . más y más pesado . . . sus ojos cerrados y pesados . . .

Mientras mantiene los demás músculos de su cuer

no relajados, quiero que ahora ponga lo más tensos que pueda sus músculos del estómago . . . tense más esos músculos abdominales . . . lo más que pueda . . . perciba esa sensación molesta de tensión, compárela con el resto de su cuerpo . . . y ahora relájese ese estómago . . . suelte esa tensión . . . deje que esa desagradable sensación de tensión sea sustituida por un confortable estado de relajación . . . relajese más y más . . .

Muy bien, ahora meta el estómago lo más que pueda . . . contráiga ese estómago . . . bien adentro, lo más que pueda . . . y sienta la tensión que se desarrolla en esa área, compárela con el resto de su cuerpo . . . ahora relájese . . . libere esa tensión . . . deje que su estómago se relaje más y más . . . perciba esa relajación, ese agradable estado de relajación que ahora sustituye a la tensión . . .

Bien, ahora quiero que con el área inferior de su espalda haga un arco . . . arquee su espalda y perciba la tensión que se desarrolla . . . compare esa sensación de tensión de su espalda, con el resto de su cuerpo . . . ahora libere esa tensión y relájese . . . regrese a su estado de relajación y deje que la tensión se vaya . . . relájese más y más . . . relaje su espalda, sus hombros, sus brazos, su estómago, su pecho . . . relaje su cara . . . adopte una sensación de confort y déjese ir . . . más y más relajado, déjese ir . . .

Bien, ahora vamos a continuar con el resto de su cuerpo, apriete ahora sus glúteos más y más fuerte . . . apriete los fuertes . . . perciba la tensión que se desarrolla en sus glúteos . . . y ahora . . . relájese, relájese . . . déjese ir . . . libere la tensión y sienta como la relajación sustituye a la tensión . . . deje que la tensión se vaya . . .

O.K., ahora quiero que empuje fuertemente sus pies y dedos hacia abajo como si quisiera tocar la silla (u objeto en el cual esté reclinado) con sus dedos

sin doblar sus rodillas . . . y perciba la tensión, perciba esa tensión que se desarrolla y en sus piernas . . . - empuje más fuerte y perciba la tensión . . . más fuerte aún . . . y libere ahora la tensión y relájese . . . relájese y deje que la tensión se vaya . . . deje que lo invada esa sensación de relajación reemplace a la tensión . . . déjese ir . . .

Bien, ahora quiero que doble los dedos de sus pies hacia arriba y note la tensión que se genera en sus pies . . . lo más fuerte que pueda doble esos dedos y perciba la tensión . . . más fuerte . . . ahora relájese y libere esa tensión . . . deje que su cuerpo se relaje - más y más . . . deje que la tensión se vaya . . . suelte su cuerpo . . . déjese ir . . .

Vamos ahora a empezar a trabajar con todo su cuerpo, en tensiones y relajaciones.

Primero doble los dedos de sus pies y perciba la tensión que se desarrolla en esa área . . . note como la tensión abarca toda la parte inferior de su pierna . . . muy bien, ahora libere esa tensión y relájese . . . deje que la relajación sustituya la tensión en esa parte inferior de sus piernas.

Ahora quiero que apriete fuertemente sus pantorrillas bien fuerte . . . apriétela hasta el máximo y perciba la tensión que se genera en sus pantorrillas . . . eso es . . . ahora relájese y libere esa tensión . . . relájese más y más . . . déjese ir . . . ahora los músculos de la rodilla para abajo están completamente relajados . . . los dedos de los pies, sus talones, sus pantorrillas, todos completamente relajados . . .

Ahora vá a apretar sus muslos fuertemente no niéndolos muy tensos . . . perciba como la tensión se irradia por sus muslos mientras los mantiene fuertemente apretados . . . eso es . . . ahora relájese . . . deje que se vaya esa tensión y comience a notar como sus piernas están

cada vez más y más relajados . . . más y más pesadas . . . note esa fuerza que jala sus piernas hacia abajo a medida que usted se relaje más y más. . .

Bien, ahora quiero que apriete sus glúteos fuertemente, péncalos más y más tensos . . . perciba esa tensión . . . eso es . . . ahora relájese . . . libere esa tensión y deje que sea sustituida por relajación . . . déjese ir . . . eso es . . . ahora su cuerpo de la cintura para abajo más y más relajado . . . más y más pesado . . .

Ahora quiero que arquee de nuevo la parte inferior de su espalda y que perciba la tensión en esa área . . . más y más tensión arqueando la espalda . . . perciba la tensión . . . bien . . . ahora . . . relaje su espalda . . . deje que la tensión se vaya, libere esa tensión y deje que la sustituya la relajación . . . perciba a su espalda más y más relajada . . . perciba la relajación . . .

Correcto, ahora perciba los músculos de su estómago . . . lo más tenso que pueda . . . más . . . más . . . más tenso . . . perciba esa tensión en su estómago . . . muy bien . . . ahora relájese . . . libere esa tensión . . . sienta como ahora su cuerpo, del pecho hacia abajo está más y más relajado, más y más pesado . . . más y más confortable . . . note ese agradable estado de relajación . . .

Bien, ahora vá usted a tensar los músculos de su pecho, inhale llenando esos globos lo más que pueda, lo más que pueda y detenga el aire por un momento . . . sienta la tensión en esa área . . . y ahora suelte el aire . . . suelte el aire y note como la relajación empieza a reemplazar a la tensión . . . perciba la relajación sienta la relajación apoderarse de su pecho. . .

Ahora, trate de tocar sus orejas con sus hombros, hágalo hasta donde pueda y note la tensión que esta genera en sus hombros y en los músculos superiores de su espalda . . . sienta esa tensión . . . ahora relájese y libere esa tensión . . . deje que la relajación sustituya a la

tensión . . . sienta la relajación en sus hombros . . .

Ahora va a poner sus brazos duros, rectos como flechas, cerrando el puño . . . más y más duros esos brazos . . . perciba la tensión en sus brazos . . . más y más tensos . . . ahora relájese . . . deje que la tensión se vaya de sus brazos . . . sienta como la tensión desaparece al ser sustituida por la relajación en los brazos . . . ahora su cuerpo, de los hombros hacia abajo más y más relajados, más y más pesado . . . sus pies, sus muslos, su cintura, su estómago, su pecho, su espalda y sus brazos, más y más relajados, más y más pesados.

Bien ahora, manteniendo lo más relajado que pueda el resto de su cuerpo, vá a tratar de tocar su pecho con su barbilla, notando la tensión que se desarrolla en su cuello . . . más y más tenso al cuello . . . bien . . . ahora relájese y deje que esa tensión se vaya . . . déjese ir y percibe como las sensaciones de relajación comienzan a entrar en su cuello . . . perciba esa relajación . . .

Ahora va a apretar los ojos lo más que pueda . . . cierre los ojos y apriételes fuertemente, apriételes lo más que pueda . . . más fuerte y perciba la tensión que se desarrolla en sus ojos y alrededor de ellos . . . ahora libere esa tensión y relájese . . . relaje sus ojos y note que esas sensaciones de relajación entran en sus ojos, en su frente y en sus pómulos . . . más relajados - sus ojos, su frente, sus pómulos y su cara . . . sus ojos más y más relajados, sus labios ligeramente abiertos, su cuello más relajado, sus hombros, su espalda, su pecho, sus brazos, su estómago, sus glúteos, sus muslos, sus piernas y sus pies, más y más relajados, más y más pesados . . .

Ahora, manteniéndose lo más relajado que pueda, cada vez que exhale, cada vez que suelte el aire, dígame mentalmente a usted mismo la palabra CAAALMA . . . CAAALMA . . . CAAALMA . . . continúe haciéndolo.

Hágalo durante todo el próximo minuto . . . (pausa de un minuto) . . .

Bien, para finalizar, voy a contar de 5 a 1; mientras lo hago, prepárese gradualmente para volver a su estado normal y levantarse; cuando llegue a tres, abra los ojos, voy a comenzar el conteo: CINCO . . . (pausa de aproximadamente 5 segundos) . . . CUATRO . . . TRES . . . abra los ojos . . . DOS . . . UNO . . . O.K., regrese a su estado normal y prepárese para levantarse . . . hágalo ahora lentamente . . . eso es.

Ejercicio 10. Haciendo demandas y rehusandose.

El entrenador dió una breve explicación acerca del por qué el hacer demandas y el rehusarlas de otros es otra forma de la conducta asertiva.

A continuación se formaron parejas de participantes. Es - tos elaboraron una situación en la que uno de ellos pi - dió alguna cosa razonable y la otra simplemente respon - dió con un NO. Después se cambiaron los roles. Se notó du - rante el transcurso de esta interacción que la persona que rehusa quiere agregar algo más a su negativa a mane - ra de justificación. El entrenador enfatizó que tenemos ciertos derechos personales acerca de cómo pasamos nues - tro tiempo, lo que hacemos con nuestras pertenencias y - con nuestros cuerpos. Se enfatizó también que la gente - tiene derecho a hacer peticiones y también lo tiene para rehusarse.

En el siguiente paso las parejas hicieron y rehusaron pe - ticiones, y además intencionalmente ofrecieron excusas - que evitaron problemas verdaderos. Los "demandantes" per - sistieron en su petición y ofrecieron alternativas o so - luciones a la respuesta que les fué dada. Los participan - tes notaron que aunque les resulto fácil dar respuestas esquivadoras, estas son cada vez más insatisfactorias. En el caso de que el demandante uso afirmaciones acerca de lo que la otra persona sintió por él, sea verdadera o falsa, el participante tuvo el derecho a rehusar contes - tar, hacerlo o quedarse callado.

A continuación se discutió algunas de las ideas del de - mandante y el rehusador que los llevó a tratar de evitar emitir ese tipo de conducta. Algunas de ellas están rela - cionadas básicamente con las consecuencias que tienen - por hacerlo, tanto lo que el otro pensara de ellos, como la manera en que los otros se sintieron (moj~~est~~os, irrita - dos, avergonzados).

Por último, el entrenador pidió a las parejas hicieran y rehusaran demandas intentando ser honestos y directos, enfatizando particularmente los mensajes "no quiero" en lugar de "no puedo".

Se hicieron también ejercicios tendientes a eliminar reacciones poco confortables cuando se hacen demandas.

Objetivos del Ejercicio. Reconocer el cómo las creencias acerca de los derechos personales, influyen la conducta; que los participantes evaluarán que tan confortables se sintieron y que tan efectivos son para hacer y rehusar demandas; dar información acerca de la expresión directa de una petición o el rechazar alguna; practicar la discriminación entre una forma efectiva y otra inefectiva de hacer y rechazar demandas; ofrecer un sistema de creencias que considere los derechos personales y demostrar su influencia positiva sobre la conducta presente.

Tareas: Hacer 3 demandas razonables que se les dificulten; evaluar lo que le gusta al hacerlo; ejercer cualquier derecho personal que le gustaría y que hasta ahora ha evitado; rehusar asertivamente las demandas que le sean hechas y realmente no quiera complacer.

7 Ejercicio 11. Haciendo afirmaciones sin explicaciones.

Las personas no asertivas evitan entrar en acción en determinadas circunstancias debido a que temen no tener una buena explicación para su conducta, además, cuando deciden actuar lo hacen después de haber dado una larga explicación (a veces con mentiras) para justificar su conducta. El entrenador comenzó con una explicación similar a la anterior, describiendo la dinámica de este tipo de interacción y proporcionando algunos ejemplos. Estos incluyeron en las que se rechazó un servicio, aún después de que se había aceptado, o aquellas en las que se piden cosas simples, que por lo regular no se cobran como un vaso de agua, un pañuelo desechable, etc. De estos ejemplos, los participantes identificaron que es lo que los hace sentirse molestos, y llevaron a cabo un ensayo conductual en el que se hicieron declaraciones o afirmaciones sin dar alguna explicación para su conducta.

Algunos de los participantes dieron explicaciones. Aquí se enfatizó que ninguna persona tiene o debe hacerlas, ni que la explicación tiene que estar de acuerdo a las normas o deseos de las otras personas.

También fué importante remarcar que esto no significa que una persona nunca tenga que ofrecer explicaciones.

Objetivo del Ejercicio: Que los participantes discriminaran entre querer dar una explicación y tener que hacerlo; sugerir que cualquier persona tiene derecho a hacer una declaración sin hacer una explicación; identificar los patrones de conducta más frecuentes donde se evita entrar en acción o hacer declaraciones por miedo a que sus explicaciones no sean bien recibidas; practicar el hacer estas explicaciones con y sin explicaciones y evaluar cómo se siente y que pensamientos se generan.

continuación del ejercicio 11.

Tareas: Observarse y determinar que tan inclinado se siente Ud., por hacer explicaciones. Tratar de dar varios grados diferentes de explicaciones en diferentes situaciones y evaluar sus propias reacciones.

Ejercicio 12. Enfrentándose a personas persistentes.

El foco de interés de este ejercicio es sobre las situaciones en que se encuentra una persona frente a otra que persiste en su empeño de convencerlo. Se puso una atención particular para cambiar el pensamiento irracional y las conductas no asertivas que pueden surgir en respuesta a la persistencia de alguien.

Se dió una explicación breve acerca de lo anterior, y se proporcionó algunos ejemplos típicos. Durante estos se ofrecieron una serie de respuestas de persistencia que fueron aumentando el grado de recursos que utilizan para convencer a la otra persona; durante cada una de estas respuestas el entrenador pidió a los participantes dieran las respuestas que ellos darían. A continuación se hizo una discusión acerca de las ideas irracionales que se generaron y se enfatizaron cuales son los derechos que no se están ejerciendo al ceder a este tipo de requerimiento. Es importante recordar a los participantes que traten de usar declaraciones sin hacer explicaciones (ver ejercicio 11).

Se ofrecieron además una serie de respuestas posibles a utilizar durante este tipo de interacciones:

Básica.— se trata de frases cortas y simples que pretenden defender un derecho "no me gusta" . . .

enfática.— en esta respuesta se toma en cuenta a la otra persona " gracias, agradezco tu interés . . . pero . . ."

escalamiento.— se trata de respuestas asertivas que van de una menor a mayor intensidad, ya sea por el tono, volumen de la voz, los sentimientos que se expresan, uso de advertencias, etc.

confrontadora.— en esta respuesta se enfatiza más que el contenido de las palabras de la otra persona, los efectos desagradables que tienen estas sobre la persona a la que

tratan de convencer.

Se recomienda hacer uso primero de una respuesta enfática, y después utilizar la forma básica y por último la confrontadora.

También pueden usarse respuestas en las que se declare un deseo por que la conducta del otro cambie; otra es definir claramente lo que se esta dispuesto a hacer y lo que no.

A continuación se formaron triadas de participantes que practicaron este tipo de respuestas en situaciones propias específicas.

Objetivos del ejercicio: Que los participantes aprendieran cómo usar las formas asertivas de respuesta enfática, confrontadora y simple cuando alguien es persistente; determinar cuando son adecuadas sus respuestas y explicaciones aún si la persona persistente actúa como si no lo fuera; reconocer los derechos personales y pensamientos que surjan cuando se encuentran en una situación semejante.

Tareas: Observar a otros que se enfrentan a una situación similar e imaginar la forma como enfrentarían ellos esa situación.

Ejercicio 13. Ejercicio de ensayo conductual en grupos pequeños: La Línea.

Se formaron dos grupos con 5 participantes cada uno formando una Línea.

Se propuso una serie de situaciones específicas como el rehusar una demanda, hacer peticiones, responder a insultos, etc. La persona A explicó la situación que le ría ensayar y B tomó el papel de la persona con que tiene algún problema A. Una vez terminada la interacción el resto de los miembros del grupo dieron retroalimentación al resto de los miembros del grupo dieron retroalimentación positiva a A acerca de su ejecución. Finalmente A pudo agregar algunas otras cosas que le gustaría mejorar o elegir algunas de las propuestas por sus compañeros. Después A repitió la misma situación ahora con C; las demás personas proporcionaron retroalimentación acerca de las mejoras que hayan notado en su conducta (no repetir las que se citaron en la ocasión anterior). Se continuó el ejercicio hasta terminar con todas las personas de la fila, y otra comenzó con B a llevar a cabo la misma secuencia que A.

Se enfatizó a los participantes que hicieran sus observaciones más como recomendaciones que como ordenes; utilizar la 2ª. persona al hablar o referirse a la ejecución de la otra persona "tú hiciste . . . me gustó tu"

El entrenador no llevó a cabo más de 2 ó 3 interacciones - el aquellas personas que notaron ansiosas o tensas. El papel del entrenador fue observar, reforzar a los participantes, dar una buena retroalimentación conductual y ayudar a los participantes a que se centren en la tarea.

Objetivos del ejercicio. Practicar interacciones breves y reales con otros participantes; maximizar la involucración de los participantes; aprender los procedimientos fundamentales de ensayo conductual; facilitar la transición de los ejercicios estructurados a los ensayos conductuales comple

jos de las siguientes sesiones.

Tareas: Si es posible, haga lo que practicó en el ejercicio afuera, en la vida diaria.

Ejercicio: La Aserción en el Trabajo.

(Ejercicio que se implemento)

El entrenador comenzó dando una explicación en la que di-
jó que muchas personas han captado mal el significado de
la aserción en el empleo.

No distinguen entre aserción y agresión. Porque la aser-
ción no significa armar un escándalo en la oficina, ni
darle un puñetazo en la nariz a un compañero; supone la
comunicación honesta y en el momento oportuno para conse-
guir unas metas mutuas de trabajo.

Se les mencionó que en la persecución de las metas en el
trabajo ellos son individuos relacionados con los demás
pero separados de ellos.

El trabajo en sí se convierte en extensión de usted . . .
su estilo, su velocidad, su modo de enfrentarse a los pro-
blemas propios de trabajo.

Cuanto más asertivo sea en relación con el trabajo y más
dispuesto se halle a demostrar Este soy yo más satisfa-
cciones obtendrá.

Se habló de las cinco artes básicas que involucra la
aserción en el trabajo:

- (1) Una orientación activa.
- (2) Capacidad para hacer el trabajo.
- (3) Control de sus ansiedades y temores.
- (4) Buenas relaciones interpersonales en el trabajo.
- (5) El arte de negociar el sistema.

Se les enfatizó que en la situación laboral el respeto -
significa más que el aprecio. Aquel que es respetado con-
sigue un trato mejor.

Se les dió a conocer las Metas Realistas de Trabajo que
los ayudara a conseguir el Aprendizaje Asertivo y su em-
pleo.

Objetivo: Que los participantes dominen las buenas rela-
ciones personales en el trabajo.

Tarea: Llevar a cabo las 5 artes básicas que involucra la
aserción en el trabajo.

Ejercicio: La Aserción en la Relación Intima.

(Ejercicio que se implemento)

El instructor dió una explicación acerca de cómo también este tipo de conducta requiere de asertividad.

En la explicación se mencionó que el Aprendizaje Asertivo enseña que, en vez de decir: Mi hombre debería ser distinto, los pacientes deberán aprender a preguntarse: ¿Que estoy haciendo yo para motivar la misma conducta que deseo evitar?

Se les dió que en la relación íntima ideal tienen que establecer una comunicación con otro ser humano, en la cual el sentimiento viene primero y en lo que no se puede separar el dar y el tomar. En la relación íntima óptima el otro es como parte de usted mismo. Al satisfacer las necesidades de esa otra persona es como si fueran suyas, usted satisface sus propias necesidades. Sin embargo, continua siendo usted mismo como individuo.

De este modo tanto el hombre como la mujer pueden llegar a disfrutar de experiencias más profundas y ricas y en esa fusión la individualidad de cada uno se hace más fuerte. Se les habló de los contratos matrimoniales de conducta - que ayudan a que se cumplan las buenas intenciones de la pareja. Se les enfatizó que el contrato involucra a los dos, cada uno tiene su parte de responsabilidad y cada uno recibe la recompensa que desea al cumplir dicha responsabilidad.

El instructor junto con su ayudante ejemplificó las formas negativas como se responde ante esta relación y así la relación se vuelve desagradable. Enseguida se ejemplificó las formas positivas en la que se tiene que responder ante la relación íntima en la que la pareja debe aprender el hábito de prestar atención a las conductas que desea ver aumentadas en el otro.

Objetivo del ejercicio: Que con el aprendizaje Asertivo - los pacientes aprendieran a conseguir la intimidad con el resultado de que, al ir acercándose más y más a la intimidad, surgieran los sentimientos amorosos.

Tarea. Escribir diez cosas que hace su cónyuge y que a usted le agradan, de estas diez cosas escriba tres cosas que le gustaría que su conyuce hiciera más amenudo.

Ejercicio. Cómo salir de la Depresión.

(Ejercicio que se implemento)

El instructor dió una explicación en la que dijo que - por carecer de motivaciones positivas en su vida algunas personas sufren un estado crónico de depresión tal situación nace, por lo general, de una de estas tres situaciones:

- (1) Tal vez usted se haya formado un estilo de vida en general que permite pocas oportunidades para la motivación.
- (2) Tal vez usted haya tenido motivaciones positivas en su vida... y las ha perdido.
- (3) Usted centra su vida en torno a motivaciones negativas.

Una característica de la depresión es la incapacidad - de emprender la acción. Los pacientes dicen una y otra vez: No se me ocurre nada satisfactorio que hacer. Y aun que se me ocurriera de qué serviría, no sería capaz de disfrutarlo. Seguiría sintiéndome deprimido.

Se les enseñó a los participantes a tener motivaciones positivas mediante la imaginación para aliviar la de - presión y llevar a la práctica la acción imaginada.

Objetivo: Que los participantes aprendieran a tener motivaciones positivas mediante la imaginación, incrementar la actividad de los pacientes de modo que al fin encuentren nuevas fuentes de motivación positiva.

Tareas: Hacer una lista de actividades específicas con cierto potencial de motivación y realizar la acción, esta acción debe ser algo que usted pueda realizar.

DIPLOMA

Otorgado a:

Por su asistencia y participación en el Entrenamiento Asertivo
que se efectuó del ____ de _____ de 198__ al ____ de
_____ de 198 __, impartido por:

TERESA LARIOS NAVARRETE

México, D. F., a ____ de _____ de 198__

Psicóloga Teresa Larios Navarrete

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

Inicialmente fué bastante difícil convencer al anterior - director del centro de alcoholismo para aplicar el proyec - to de tesis en el centro.

La persona mencionada anteriormente no quizo dar su firma para que se les aplicara a los pacientes el electroencefa - lograma (EEG), se le explico las razones por las cuales - era necesario la aplicación del E.E.G.

Otro problema que tuve fué que no me mandaban pacientes - de primera vez para que yo los entrevistara y dependiendo de ésta seleccionarlos debido a lo anterior dure cuatro - meses para tener el número de pacientes que necesitaba - para el estudio y debido a lo anterior los pacientes al ver que no se les daba el entrenamiento perdieron interés y cuando se inicio el entrenamiento fueron pocos los pa - cientes los que se presentaron en la primera sesión.

Al observar esto fué necesario seleccionar nuevamente pa - cientes y hablar para que me los mandaran mas seguido dan - doles a conocer la experiencia anterior que tuve por no tener el número necesario de pacientes en corto tiempo.

Con una constante persistencia logre en un mes tener el - número necesario de pacientes de primer, vez para mi in - vestigación e inmediatamente la puse en marcha.

Afortunadamente para mi conveniencia personal hubo nuevo Director éste se comporto mucho mas accesible al diálogo y le pedi su ayuda con respecto a que diera su firma pa - ra que les aplicaran los electroencefalogramas a los pa - cientes por lo que no puso ningún inconveniente.

Un problema más fué que en el SEMEFO (Servicio Médico Fo - rense) no fué posible que se analizaran las muestras de sangre de los dos grupos (experimental y control) sino ex - clusivamente del grupo experimental. La causa por la - - cual no se analizaron las muestras de sangre de los dos grupos en el SEMEFO fué porque en este lugar tienen exce - so de trabajo. Por esto me vi en la necesidad de recurrir

a Servicios Periciales para que me analizaran las muestras de sangre del grupo control.

ANALISIS DE DATOSANALISIS ESTADISTICO DEL DISEÑO DE DOS GRUPOS SELECCIONADOS AL AZAR.

El primer paso para procesar el valor de la prueba t, es el cálculo de las calificaciones medias de la variable dependiente de los dos grupos en cuestión. La ecuación - para computar una media (simbolizada) es:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

\sum es un signo de adición e indica simplemente que se suma todo lo que se encuentra a su derecha.

X, solamente indica la calificación que se obtuvo del grado de concentración de alcohol para cada sujeto.

Grupo Experimental

Grupo Control

Sujetos	X	Sujetos	X
A	199.2	I	569.226
B	19.2	II	833.296
C	68.5	III	1165.924
D	172.1	IV	574.48
E	42.8	V	924.86
F	.0	VI	1104.333
G	250.7	VII	883.38
H	171.4	VIII	125.47
I	79.2	IX	1607.949
J	268.5	X	1735.559
K	171.4	XI	145.34
L	128.5	XII	100.37

Para calcular $\sum X$ solamente necesitamos sumar las calificaciones X. De este modo, encontramos que $\sum X_1 = 1571.5$ y $\sum X_2 = 9770.187$

La n en la ecuación representa el número de sujetos que hay en X simplemente sustituimos 1571.5 por $\sum X$, 12 por n en la ecuación y entonces dividimos $\sum X$ entre n:

$$\bar{X} = \frac{1571.5}{12} = 130.95$$

Pasemos ahora a una ecuación para calcular t :

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\left(\frac{SC_1 + SC_2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)} \right) \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}$$

Nótese que en la ecuación se han empleado subíndices para indicar a cuál de los grupos corresponden los diversos valores, en este caso \bar{X}_1 representa la media del grupo experimental y \bar{X}_2 la media del grupo control. De la misma manera SC_1 y SC_2 representan a lo que se denomina la suma de cuadrados y n_1 y n_2 son respectivamente el número de sujetos de los dos grupos. Ahora podemos determinar que $\sum X_1 = 1571.5$ mientras que $\sum X_2 = 9770.187$.

Puesto que el número de sujetos del grupo experimental es de 12, notese que $n_1 = 12$.

La media para el grupo experimental (es decir \bar{X}_1) se determina por sustitución en la ecuación:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n} \quad X_1 = \frac{1571.5}{12} = 130.95$$

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n} \quad X_2 = \frac{9770.187}{12} = 814.18$$

A continuación se calculó la suma de cuadrados para cada grupo.

La ecuación para la suma de cuadrados es:

$$SC = \sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{n}$$

El término $\sum X^2$ nos indica la suma de los cuadrados de todos los valores de un grupo dado.

Grupo Experimental			Grupo Control		
Sujetos	X ₁	X ₂	Sujetos	X ₁	X ₂
A	199.2	39680.64	I	569.226	324018.23
B	19.2	368.64	II	833.296	694382.22
C	68.5	4692.25	III	1165.924	1359378.7
D	172.1	29618.41	IV	574.48	330027.27
E	42.8	1831.84	V	924.86	855366.01
F	.0	0.	VI	1104.333	1219551.3
G	250.7	62850.49	VII	883.38	780360.22
H	171.4	29377.96	VIII	125.47	15742.72
I	79.2	6272.64	IX	1607.949	2585499.9
J	268.5	72092.25	X	1735.559	3012165.0
K	171.4	29377.96	XI	145.34	21123.715
L	128.5	<u>16512.25</u>	XII	100.37	<u>10074.136</u>
	$\Sigma X_1^2 = 292675.33$			$\Sigma X_2^2 = 11207688.0$	

Se sustituyeron los valores apropiados en la ecuación:

$$SC = \Sigma X^2 - \frac{(\Sigma X)^2}{n}$$

y se calculó la suma de los cuadrados para cada grupo.

Sabemos que para el grupo experimental $\Sigma X_1 = 1571.5$ que para la $\Sigma X_1^2 = 292675.33$ y que $n = 12$. De ahí que:

$$\begin{aligned} SC_1 &= 292675.33 - \frac{(1571.5)^2}{12} \\ &= 292675.33 - \frac{2469612.2}{12} \\ &= 292675.33 - 205801.01 \end{aligned}$$

$$SC_1 = 86874.32$$

$$\begin{aligned} SC_2 &= 11207688.0 - \frac{(9770.187)^2}{12} \\ &= 11207688.0 - 95456554. \end{aligned}$$

$$SC_2 = 84248866$$

Otuvimos todos los valores que se requieren para despejar la ecuación, y por lo tanto, calculamos el valor de t para este experimento.

Resumiéndolos:

$$\bar{X}_1 = 130.95 \qquad \bar{X}_2 = 814.18$$

$$n_1 = 12 \qquad n_2 = 12$$

$$SC_1 = 86874.32 \qquad SC_2 = 84248866.$$

En este experimento se encontró \bar{X}_2 es mayor que \bar{X}_1 entonces la ecuación tendrá como numerador $\bar{X}_2 - \bar{X}_1$ y sustituyendo estos valores en la ecuación obtuvimos:

$$t = \frac{\bar{X}_2 - \bar{X}_1}{\left(\frac{SC_1 + SC_2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)} \right) \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)} = \frac{814.18 - 130.95}{\left(\frac{86874.32 + 84248866}{(12 - 1) + (12 - 1)} \right) \left(\frac{1}{12} + \frac{1}{12} \right)}$$

Para calcular t pasemos por las siguientes fases:

- Obtener la diferencia entre las medias $814.18 - 130.95 = 683.23$.
- Sumar $SC_1 = SC_2 : 86874.32 + 84248866 = 84335740$
- Calcular $n_1 - 1 : 12 - 1 = 11$
- Calcular $n_2 - 1 : 12 - 1 = 11$
- Sumar $\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} = \frac{1}{12} + \frac{1}{12} = \frac{2}{12}$

Sustituyendo estos valores.

$$t = \frac{683.23}{\left(\frac{84335740}{11 + 11} \right) \left(\frac{2}{12} \right)}$$

En la siguiente fase dividimos los dos numeradores (84335740) y (2) entre sus respectivos denominadores (11 + 11) y (12):

$$t = \frac{683.23}{(3833442.7) (0.166)}$$

Entonces multiplicamos los valores del denominador

$$t = \frac{683.23}{636351.48}$$

El siguiente paso fue encontrar la raíz cuadrada de 636351.48 y se encontró que es 797.71

Dividiéndolo como se indica, encontramos que la t es:

$$t = \frac{683.23}{797.71} = 0.85$$

La razón por la cual se obtuvo un valor t , fué decidir si la diferencia entre las medias de los grupos fué debida a fluctuaciones del azar o fué el resultado de una diferencia significativa.

Para determinar que tan grande fué la t se consultó la tabla t .

Antes de hacer esto computamos otro valor adicional, los grados de libertad (gl). Los grados de libertad que se usan para la prueba t estan en función del número de sujetos del experimento.

Más específicamente $gl = N - 2$ (esta es la ecuación para computar gl) y N es el número de sujetos en un grupo (n_1) más el número de sujetos del otro grupo (n_2). Por lo tanto:

$$N = n_1 + n_2 \quad N = 12 + 12 = 24.$$

$$\text{Por lo tanto} = 24 - 2 = 22.$$

Para determinar si nuestra t fué significativa se consultó la tabla t provistos de dos valores: $t = 0.85$.

Nuestro propósito general fué encontrar que valor P (probabilidad) estuvo asociado con un valor específico de t y de gl .

Determinamos que valor de P esta asociado con ella, en este caso es de 0.4.

En seguida es interpretar el hecho de que una t de 0.85 tiene una p (probabilidad) asociada de 0.4 ($P < 0.85$).

El presente experimento de Entrenamiento Asertivo en sujetos alcohólicos demostró que una diferencia entre las medias de los dos grupos del tamaño que se obtuvo tiene una probabilidad de menos de 0.4; es decir que una diferencia de este tamaño entre las medias puede esperarse que en menos de cien sea debida al azar ($0.85 = /100$). Los resultados sugieren que el Entrenamiento Asertivo proporcionado al grupo experimental facilitó que los su-

jetos redujeran su ingesta de alcohol.

Los resultados de este trabajo concuerda con el hallazgo encontrado por Martorano (1974); Miller, P.M. y Eisler, R. (1977)

C A P I T U L O I X

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

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

- 1.- Datos proporcionados por el Departamento de Información y Estadística de la Dirección General de Servicios Periciales, Procuraduría General de Justicia del D.F. 1982.
- 2.- Datos proporcionados por el Departamento de Estadística del Servicio Médico Forense 1982.
- 3.- Eisler, M.R. Hersen, M., and Miller, P.M. & Blanchard, E.B. Situational Determinants of Assertive Behavior. Journal of Consulting Clinical Psychology, 1975, 43, 330 - 340.
- 4.- Favela, A.E; Reyes, C.A; y Canales, R.O. Determinación de Alcohol Etílico en Muestras de Sangre y Orina Provenientes de Cadáveres. Curso Latinoamericano de Toxicología - México: Asociación Latinoamericana de Toxicología, 1975, - 1 - 14.
- 5.- Fernández, P.R. Elementos Básicos de Medicina Forense. México: Francisco Méndez Cervantes, 1980.
- 6.- Galassi, J.P. Galassi, M.D. A Comparison of the Factor - Structure of an Assertion Scale across Sex and Population. Behavior Therapy, 1979, 10, 117 - 128.
- 7.- Galassi, J.P. Hollandsworth, J.G. Radecki, J.C. Gay, M.L. Behavioral Performance in the Validation of an Assertiveness Scale. Behavior Therapy, 1976, 7, 447 - 452.
- 8.- Galassi, M.D. and Galassi, J.P. The Effects of Role Playing Variations on the Assessment Assertive Behavior. - Behavior Therapy, 1976, 7, 343 - 347.

- 9.- Gambrill, E.D. and Richey, C.A. An Assertion Inventory - for Use in Assessment and Research. Behavior Therapy, 1975, 6, 550 - 561.
- 10.- Guerra, G.A.J. El alcoholismo en México. México: Fondo de Cultura Económica, 1977, 30 - 44.
- 11.- Higgins, R.L. and Marlatt, G.A. Effects of Anxiety Arousal on the Consumption of Alcohol By Alcoholics and Social Drinkers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1973, 41, 426 - 433.
- 12.- Higgins, R.L. and Marlatt, G.A. Fear of Interpersonal Evaluation as a Determinant of Alcohol Consumption in Male Social Drinkers. Journal of Abnormal Psychology, 1975, 84, 644 - 651.
- 13.- Jiménez, N.R. Materia de Toxicología Forense. México: Editorial Porrúa, S.A. 1980, Cap. VI, 277 - 278.
- 14.- Kirschner, N.M. Generalization of Behaviorally Oriented Assertive Training. The Psychological Record, 1976, 26, 117 - 125.
- 15.- Marlatt, S.A. and Kosturn, C.F. Provocation To Anger and Opportunity for Retaliation as Determinants of Alcohol Consumption in social Drinkers. Journal of Abnormal Psychology, 1975, 84, 552 - 659.
- 16.- McFall, R. and Twentyman. For Experiments On The Relative Contributions of Rehearsal, Modeling, And Coaching To Assertion Training. Journal of Abnormal Psychology, 1973, 81, 199 - 218.
- 17.- Méndez, S.R. Estudio Clínico de la Psicosis por Intoxi

cación Alcohólica. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. México. 1964, 51 - 61.

18.- Miller, P.M. Behavioral Treatment of Alcoholism. New York; Pergamon Press, 1976, 8 - 16, 23 - 36, 46 - 103, 156 - 171.

19.- Miller, P.M. and Eisler, R.M. Assertive Behavior of Alcoholics: A Descriptive Analysis. Behavior Therapy, 1977, 8, 146 - 149.

20.- Miller, P.M. Hersen, M. Eisler, R.M. Relative Effectiveness of Instructions, Agreements, and Reinforcement in Behavioral Contracts with Alcoholics. Journal of Abnormal Psychology, 1974, 83, 548 - 553.

21.- Miller, P.M. Hersen, M. Eisler, R.M. and Elkin, T.E. A Retrospective Analysis of Alcohol Consumption on Laboratory Tasks As Related to Therapeutic Outcome. Behavior Research & Therapy, 1974, 12, 73 - 76.

22.- Miller, P.M. Hersen, M. Eisler, R.M. and Gray Hilsman. Effects of Social Stress On Operant Drinking of Alcoholics And Social Drinkers. Behavior Research & Therapy, 1974, 12, 67 - 72.

23.- Nietzel, M.T. Martorano, R.O. Melnick, J. The Effects of Covert Modeling with and without Reply Training on the Development and Generalization of Assertive Responses. Behavior Therapy, 1977, 8, 183 - 192.

24.- Nuño, G.M. Principios de Cromatografía de Gases. Avances Científicos, 1975, 1.

25.- Quiroz, C.A. Medicina Forense. México: Porrúa S.A., 1980, 772 - 792.

- 26.- Rathus, S.A. A 30 - Item Schedule for Assessing Assertive Behavior. Behavior Therapy, 1973, 4, 398 - 406.
- 27.- Rich, A.R. Schroeder, H.E. Research Issues In Assertiveness Training. Psychological Bulletin, 1976, 83, 1081 - 1096.
- 28.- Ritchis, J.M. Alcoholes Alifaticos. En Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Goodman, L.S. y Gilman, A. México: Editorial Interamericana. 1978, Cap. 11.
- 29.- Ronald, J. Catanzano, M.D. Alcoholism. New York: Charles C. Thomas, 1972, 8 - 9.
- 30.- Sarason, I.G. Psicología Anormal: los problemas de la conducta desadaptada. México: Trillas, 1975, 467 - 473.
- 31.- Ullmann, L.P. and Krasner, L.A. Psychological Approach To Abnormal Behavior. New Jersey: Prentice Hall, 1969, 444 - 458.
- 32.- Yates, A.J. Terapia del comportamiento. México: Trillas, - 1977, Cap. 15, 349 - 363.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1.- Ayllont y Azrin, N. Economía de Fichas - Un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación. México: Trillas, 1979, 1 - 280.
- 2.- McGuigan, F.J. Psicología Experimental. México: Trillas, - 1977, 120 - 145.
- 3.- Jeffrey M. Brandsma, Ph.D. Outpatient Treatment of Alcoholism. Baltimore, Maryland: University Park Press, 1980, 1 - 195.
- 4.- Linton, H. Manual Simplificado de Estilo. México: Trillas, 1978, 1 - 206.