

El modelo de tratamiento "La Familia Enseñante" aplicado al problema de la farmacodependencia en México

Angeles Mata*
Horacio Quiroga**

Summary

As an alternative response to the continuous increase of drugdependence in Mexico, not only among adolescents, but also among children, the Mexican Institute of Psychiatry (at that time Mexican Center of Studies in Drugdependence) and the School of Psychology of the National University of Mexico have sponsored since 1977, a behavioral treatment and rehabilitation program for those two sectors of the population, originally based in the psychological model "The Teaching Family."

In ten years of investigations it has been possible to evaluate the effectiveness of this model when used in its original form (residential modality) and when it is used adapting it to outpatient consultation in a day care institution and in a community center.

This second modality has encouraged the generation of a treatment and rehabilitation program with three alternatives: 1) Long term or psychosocial treatment which lasts an average of 8 months; 2) Short term or intensive treatment, which lasts an average of 2 and a half months; and 3) Combined treatment, which lasts an average of 11 months.

These three alternatives increase the possibility of adjusting the treatment to each particular case.

This paper describes the conceptualization of drugdependence in this model, and the results obtained between 1977 and 1983. These results point out in general that this model constitutes an effective alternative for the scientific management and comprehension of this important problem of public and social health.

Resumen

Como respuesta alternativa al continuo incremento del problema de la farmacodependencia en México, que se observa no solamente en la población juvenil, sino también, y de manera aún más preocupante, en la población infantil, el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia CEMEF (actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría) y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, han financiado entre ambos, desde el año de 1977, un programa de tratamiento y rehabilitación conductual, dirigido a dichos sectores de la población, el cual se basó, originalmente, en el modelo psicológico denominado "La Familia Enseñante."

A lo largo de casi diez años de investigación, se ha podido evaluar, por un lado, la efectividad de dicho modelo cuando se instrumenta en su forma original (modalidad residencial) y por el otro, cuando se instrumenta adaptado a una modalidad de consulta externa dentro de un centro de atención de día y dentro de un centro comunitario, respectivamente.

Ha sido precisamente esta segunda modalidad la que ha permitido que se genere un programa con tres alternativas de tratamiento y rehabilitación, mismas que se han denominado: 1) Tratamiento a largo plazo o psicosocial, con una duración media de 8 meses; 2) Tratamiento a corto plazo o intensivo, con una duración media de 2.5 meses; y 3) Tratamiento combinado, con una duración media de 11 meses. El que se cuente a la fecha con estas tres alternativas terapéuticas, aumenta la posibilidad de que el tratamiento se ajuste, y por ende, sea más responsivo a una gran gama de individuos farmacodependientes. En este documento se describe, por un lado, cómo conceptualiza dicho modelo el fenómeno de la farmacodependencia y, por otro lado, cuáles han sido los resultados obtenidos

durante el periodo 1977-1983. Dichos resultados señalan, en general, que este modelo constituye una alternativa efectiva y viable para el manejo y comprensión científica de este importante problema de salud pública y social, sobre el cual se pueden sentar las bases para la diseminación masiva de prácticas similares para combatir y atacar exitosamente el problema de la farmacodependencia en México.

El problema de la farmacodependencia

La Farmacodependencia o drogadicción representa para México, así como para cualquier país que la padece, un problema económico, social y de salud, que se refleja en una serie de indicadores que debilitan su desarrollo de manera importante, tal es el caso de los incrementos de los índices de delincuencia, deserción escolar, desempleo, desintegración familiar, ausentismo laboral, costos por atención médica y social, etc., de donde resulta claro el alto costo que implica para el país.

De acuerdo con la investigación epidemiológica que ha venido realizando sistemáticamente el Instituto de Psiquiatría, desde el año de 1974, sobre la extensión y la tendencia de este fenómeno en México (37), se ha podido determinar que éste va en continuo aumento no sólo en cuanto a su magnitud, sino también porque se está extendiendo a núcleos de la población especialmente vulnerables, como es el de los niños y los jóvenes entre los 7 y los 18 años de edad que recurren a la inhalación voluntaria de diversos tipos de disolventes industriales, tales como el tiner, la gasolina, los cementos plásticos, las acetonas, etc., a pesar de considerarse dichas sustancias como las drogas o fármacos más tóxicos y que mayores daños producen en el organismo de quienes las consumen. Se ha citado la degeneración cerebelosa, el daño hepático, renal, la depresión de la médula ósea, la neuritis periférica, la degeneración de los nervios ópticos, la congestión pulmonar y los trastornos del ritmo cardíaco, así como diversas neuropatías que, desafortunadamente, implican un daño irreversible para el organismo (1), (17), (56).

La popularidad que ha cobrado este tipo de sustancias como drogas potenciales se debe a que, por un lado, son ampliamente utilizadas tanto a nivel industrial como doméstico, encontrándose a muy bajo costo y, por consiguiente, fácilmente disponibles para la población. Por otro lado, los efectos que provocan dichas sustancias suelen ser más rápidos y más intensos que los efectos que provocan otras drogas administradas por vía oral ya que, como se sabe, al absorberse los fluidos y gases volátiles

* Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Tlalpan, 14370 México, D.F.

** Escuela de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

tiles, producen efectos sistemáticos a lo largo del conducto respiratorio, de tal forma que cuando son usadas como drogas, llegan directamente al cerebro sin pasar por el hígado, que pondría en marcha el sistema de desintoxicación enzimática (15). Esto ha llevado a que algunos investigadores sugieran que el fenómeno del alcoholismo y el de la inhalación de disolventes industriales sean tratados en forma paralela, tomando en consideración sus similitudes en cuanto a disponibilidad, crecimiento, efectos y consecuencias (37).

El modelo de “La Familia Enseñante” como una alternativa a la farmacodependencia.

Ante este panorama y con el propósito de contar con un modelo alternativo de tratamiento y rehabilitación psicológico que permitiera contender con el problema de la farmacodependencia, durante el año de 1977, el Instituto Mexicano de Psiquiatría (en ese entonces Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia [CEMEF]), en colaboración interinstitucional con la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, y con el apoyo de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, iniciaron el co-financiamiento de un proyecto piloto de investigación dirigido a adaptar y evaluar un modelo de tratamiento y rehabilitación conductual, denominado “La Familia Enseñante” (41), aplicado a niños y jóvenes farmacodependientes que se caracterizaran, principalmente, por inhalar disolventes industriales (2).

Dicho modelo de tratamiento y rehabilitación fue seleccionado, fundamentalmente, porque ofrecía la posibilidad de que se pudiera instrumentar un programa comprensivo, altamente estructurado, cuyos componentes fundamentales se basan en principios, técnicas y procedimientos conductuales validados empíricamente por medio de una metodología experimental rigurosa, que han sido identificados como altamente efectivos por expertos en la materia (52). Cabe señalar que, en la actualidad, dicho modelo ha sido aplicado exitosamente en una amplia gama de poblaciones con diversas problemáticas. Así, por ejemplo, en México se ha aplicado en niños y jóvenes con retardo en el desarrollo y con autismo (10), con pacientes mentales crónicos hospitalizados (3, 13, 43, 48) y, por supuesto en niños y jóvenes farmacodependientes (4, 33, 35, 44, 47). En el extranjero se ha aplicado, fundamentalmente, en jóvenes ‘pre-delinquentes’ y delinquentes (9, 29).

Fundamentos teóricos del modelo de “La Familia Enseñante”

El modelo de “La Familia Enseñante” deriva sus bases conceptuales, empíricas y metodológicas, de una aproximación conductual a la psicología, denominada, a nivel básico, “Análisis Experimental de la Conducta” (53), en tanto que a nivel aplicado recibe el nombre de “Análisis Conductual Aplicado” (7), la cual plantea, de acuerdo con la teoría moderna de la conducta, un modelo de déficits, según el cual, los problemas conductuales se interpretan como deficiencias en materia de destrezas esenciales. Estas deficiencias conductuales se consideran como el resultado de historias insatisfactorias de reforzamiento y

enseñanza (59). De una manera general, el modelo de “La Familia Enseñante” propone que los problemas, tales como la farmacodependencia, deben considerarse, fundamentalmente, como un problema de aprendizaje que se manifiesta como una conducta inapropiada o desadaptada, de acuerdo con ciertas normas sociales establecidas, por lo que el abuso de drogas llega a representar un estilo de vida diferente al que tiene la mayoría de la población. Concretamente, este modelo señala que entre las causas principales de que surjan problemas tales como la farmacodependencia se deben a que el medio ambiente al que estuvo expuesto el individuo en cuestión, no logró proveerlo de las instrucciones, ejemplos y retroalimentación necesaria para que desarrollara conductas apropiadas (41), lo que origina que se presenten diversos déficits y excesos conductuales importantes. En su lugar, el sujeto farmacodependiente se ve expuesto a un grupo de compañeros que se encargan de favorecer y reforzar el consumo de drogas, y constituyen, de esta manera, el grupo de referencia que se encarga de proporcionar a sus miembros, las instrucciones, modelos, actitudes, retroalimentación y reforzamiento de conductas socialmente desadaptadas o inapropiadas (41). De aquí que resulte más clara la relación entre el consumo de drogas y la incidencia de conductas delictivas, posición que está acorde con la concepción de la subcultura de la farmacodependencia (17).

A fin de ilustrar lo anterior, tomemos el caso del niño o del joven inhalador de disolventes que se caracteriza por tener una larga historia de fracaso escolar, familiar y social, debido, muy probablemente, a que en dichos ambientes no fueron detectadas ni establecidas oportunamente las limitaciones y capacidades del sujeto en cuanto a las habilidades necesarias y deseables que debería mostrar de acuerdo con su edad. Al ser rechazado en la escuela, ya sea por problemas de aprendizaje o de comportamiento, se le impide al sujeto seguir manteniendo contacto con el grupo natural de referencia, y se le excluye del proceso educativo y formativo por el que pasa la mayoría de los individuos. En su lugar, el sujeto establece contacto con individuos que se encuentran en una situación muy similar a la suya, y entre quienes el consumo de inhalantes constituye una alternativa fácil, barata y efectiva para escapar de dicho ambiente frustrante y carente de oportunidades que le impide integrarse a la sociedad en general. Es por esto que este modelo considera el tratamiento y la rehabilitación de los individuos farmacodependientes desde un enfoque educacional o re-educacional, utilizando, principalmente, técnicas y procedimientos derivados de la “Teoría del Aprendizaje” psicológico, de tal forma que sus esfuerzos se centran en educar o re-educar al sujeto farmacodependiente en las conductas y habilidades que le permitan interactuar positiva y funcionalmente dentro de su familia y con los demás miembros de su comunidad y, por otro lado, a eliminar o reducir aquellas conductas que le impiden ajustarse a la forma y estilo de la vida de la mayoría.

Otra de las características importantes de este modelo es que el tratamiento es individual, ya que, de acuerdo con ciertas investigaciones desarrolladas dentro del campo, se señala que en la medida en que el tratamiento se ajuste a la problemática específica de cada sujeto, así como a sus necesidades, intereses, capacidades, actitudes y motivaciones, resultará éste más efectivo.

A lo largo de la puesta en práctica de este modelo en México, se puede dividir el desarrollo de la investigación en tres etapas o periodos que abarcan los años de 1977 a 1983, y que serán descritos a continuación.

El modelo de "La Familia Enseñante" bajo una modalidad residencial

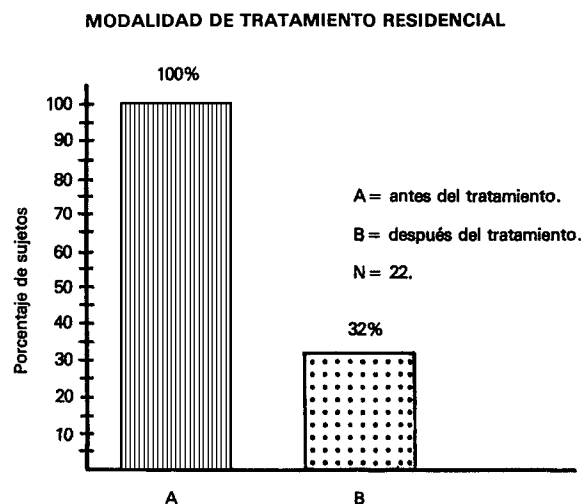
Durante esta primera fase de la investigación, que comprendió los años de 1977 a 1979, se llevó a cabo la repetición del Modelo de "La Familia Enseñante" en su forma original, la cual fue desarrollada en los Estados Unidos de Norteamérica por Phillips, Phillips, Fixsen y Wolf (41). Una de las características originales de este modelo, es que es un programa residencial basado en la comunidad, es decir, es un programa que utiliza la mayoría de los ambientes naturales con el fin de incidir exitosamente en la problemática que presentan los sujetos en cada uno de estos ambientes, evitando, de esta manera, su institucionalización y logrando que la rehabilitación sea integral y acorde con la realidad. Así tenemos que, en lugar de que los sujetos sean internados en instituciones de custodia o de salud mental, se envían a una casa hogar, en donde una pareja especialmente entrenada en el manejo del modelo (v.g. psicólogos) se encarga de dirigir e impartir el tratamiento a un grupo de 6 a 8 sujetos. De acuerdo con el concepto de dicho modelo sobre problemas como la farmacodependencia, en términos de déficits y excesos conductuales, el tratamiento se aboca a la enseñanza de habilidades de autocuidado (apariencia personal, aseo de la vivienda, preparación de alimentos), habilidades sociales (relaciones interpersonales, conversación, modales, hábitos y estrategias para la solución de problemas), habilidades escolares (remedio académico, hábitos de estudio, control de la conducta social en la escuela, enseñanza individualizada y optimización del rendimiento escolar), habilidades pre-vocacionales (asistencia y puntualidad al taller, constancia y calidad en el trabajo e interacción apropiada con los compañeros y el supervisor) y finalmente, la autoprogramación del tiempo libre (actividades recreativas, deportivas, culturales y sociales). Para la enseñanza de estas habilidades se utilizan secuencias instruccionales diseñadas y evaluadas experimentalmente (28), lo que ha permitido favorecer el proceso de enseñanza-aprendizaje de los sujetos en tratamiento. Cabe destacar que el hecho de que sea un grupo reducido de sujetos (ocho como máximo), brinda la posibilidad de que se desarrolle un ambiente terapéutico de tipo familiar, en donde la pareja de especialistas funciona como padres sustitutos, y los sujetos entre sí, como hermanos sustitutos, con lo cual no se rompe con la estructura familiar, que es la base de nuestra sociedad.

A lo largo de las primeras etapas de tratamiento, el programa cuenta con diversos sistemas motivacionales, todos ellos basados en una economía de puntos que se caracteriza por ser flexible y adaptable al ritmo de aprendizaje de cada sujeto, y cuya función principal es estimularlo para que participe en las actividades dirigidas al establecimiento de las habilidades mencionadas anteriormente, además de constituir un sistema de refuerzo apropiado, dada la generalidad de sus efectos. En las últimas etapas de tratamiento, este sistema se va

desvaneciendo en forma paulatina, hasta que la conducta queda bajo el control de consecuencias más naturales. Asimismo, el progreso de los sujetos se determina por medio de registros precisos de su comportamiento, que se realizan día a día, permitiendo tener evaluaciones constantes, adecuadas y confiables. Para una mejor descripción sobre los componentes del modelo de "La Familia Enseñante", se recomienda consultar a Phillips y cols. (41), Wolf y cols. (59), Quiroga y cols. (46), y Mata y cols. (34).

Resultados obtenidos bajo la modalidad residencial

Durante los dos años en que estuvo operando este modelo en México, en su modalidad residencial, se atendió un total de 22 niños entre los 7 y los 14 años de edad, cuyo principal problema de farmacodependencia consistía en la inhalación de diversos tipos de disolventes industriales, reportándose antes del tratamiento, un consumo promedio de 19 días al mes (con un rango de 5 a 30). Como puede observarse en la gráfica 1, después del tratamiento sólo un 32% de los sujetos siguió consumiendo algún tipo de inhalante. Esto nos lleva a concluir que, en términos de efectividad (cuando se evalúa en términos de reincidencia a las drogas), este modelo arroja un índice de 68%. Es-to es, podemos señalar que 7 de cada 10 sujetos dejan de consumir totalmente la droga en cuestión. Un dato adicional muy importante es que en el 32% de los sujetos que reincidieron en el consumo de inhalantes después del tratamiento, se logró reducir su consumo de 19 a 5 días al mes en promedio (4).



GRAFICA 1. Porcentaje de sujetos en los que se reportó consumo de algún tipo de inhalante antes y después del tratamiento.

El modelo de "La Familia Enseñante" bajo una modalidad de consulta externa dentro de un centro de atención de día

Como producto de los resultados obtenidos con este modelo de tratamiento y rehabilitación conductual, con el

que se logró rehabilitar satisfactoriamente a un 68% de los sujetos tratados, así como por la necesidad de contar con un mayor número de modelos no solamente efectivos, sino también más eficaces o accesibles a un mayor número de sujetos, en el año de 1979 se decidió adaptar el modelo a una modalidad de consulta externa dentro de un centro de atención de día, en lugar de la modalidad residencial del modelo original, ya que esto permitiría, precisamente, ampliar la cobertura de servicios. Esto dio como resultado el surgimiento del Centro de Atención de Día (CAD) (44).

A diferencia del modelo original, los servicios de tratamiento y rehabilitación se constituyeron con base en tres áreas de capacitación: social, académica y vocacional. Cabe señalar que no se intervino directamente en el área de autocuidado debido a que dicho Centro no contaba con las instalaciones y materiales que se requieren para capacitar a los sujetos en hábitos tales como bañarse, lavarse los dientes, lavar su ropa, arreglar su vivienda, etc. En su lugar, se entrenó a los familiares (básicamente a las madres) de aquellos sujetos que presentaban mayores problemas de higiene y apariencia personal, con el objeto de que participaran e intervinieran en sus casas sobre tales aspectos. Para este fin se utilizó una combinación de procedimientos basados en un sistema de monitoreo a control remoto (57) (45) y la técnica de contrato conductual (54, 19, 27).

En el área de capacitación social se incluyó, además de los procedimientos considerados en el modelo original (v.g. secuencia instruccional, consejo psicológico, sistema de autogobierno), la técnica de contrato conductual señalada previamente, que consiste en negociar e intercambiar recompensas y castigos entre dos o más individuos, y que produce, en consecuencia, cambios en su comportamiento. Se formularon contratos conductuales entre el terapeuta y el sujeto en tratamiento, y entre el sujeto en tratamiento y su familia (contratos individuales y familiares, respectivamente). Otro de los procedimientos que se integraron a esta área, fue el Modelo de Entrenamiento a Padres, desarrollado por Patterson y cols. (39), con el fin de enseñar a los familiares del sujeto (padres o tutores) a establecer y desarrollar mejores relaciones en su núcleo familiar, y enseñarles a manejar algunas técnicas conductuales que les faciliten su labor como co-terapeutas de sus hijos. Cabe señalar que como apoyo para negociar los contratos conductuales, se utilizaron los modelos de negociación, elaborados por Stuart (54) y Kifer (27). De la misma manera, se utilizó el Modelo SOCS, elaborado por Roosa, con el fin de apoyar el componente de consejo psicológico (51).

En el área de capacitación académica se incluyó la operación de un centro de estudio que funcionaba bajo un sistema de instrucción personalizada (26, 20). Por esta razón, el centro fue inscrito en la Secretaría de Educación Pública como un Centro Promotor del Sistema Nacional de Educación para Adultos. Cabe señalar que se utilizó el mismo material empleado por dicho Sistema, con la única diferencia de que fue organizado y sistematizado de acuerdo con los principios de enseñanza-aprendizaje del Modelo de Instrucción Personalizada (26).

Finalmente, en el área de capacitación vocacional se incluyeron, por un lado, diversos instrumentos para recolectar datos concernientes a la historia laboral de los sujetos, a fin de implementar un modelo de búsqueda intensiva

de empleo (5), y por otro lado, una serie de pruebas de orientación vocacional para determinar los intereses y aptitudes de los sujetos, con el fin de derivarlos a los centros de capacitación tecnológica e industrial, dependientes de la Secretaría de Educación Pública, del Departamento del Distrito Federal y del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Sistema Motivacional, propuesto en el modelo de "La Familia Enseñante", se siguió manteniendo como un sistema de apoyo para las tres áreas de capacitación anteriormente descritas, a fin de que los sujetos involucrados en el tratamiento se pudieran mantener dentro del programa. Probablemente el único aspecto que se modificó fue la gama de incentivos y recompensas que se otorgaban a los usuarios de acuerdo con su participación. Esto es, además de recompensas tales como golosinas y la oportunidad de participar en actividades recreativas, se consideró pertinente otorgar artículos tales como ropa, pases para asistir a juegos deportivos o recreativos de manera gratuita, a través de paquetes semanales, basados en una economía de puntos (esto es, los sujetos ganaban puntos por participar y llevar a cabo las actividades asignadas y, posteriormente, canjeaban dichos puntos por los incentivos y recompensas anteriormente señaladas). Para una descripción más detallada de los componentes de este modelo, se sugiere consultar a Quiroga y cols. (44), Echeverría y cols. (20), Vite y cols. (58) y Quiroga y cols. (47).

Durante los dos años que operó esta segunda fase de la investigación (1979-1980), participaron 49 sujetos entre los 12 y 22 años de edad. La mayoría de los sujetos consumían diversos fármacos y provenían de estratos socioeconómicamente bajos, además de presentar problemas de vagancia, robo, deserción escolar y otros tipos de conductas socialmente desadaptadas.

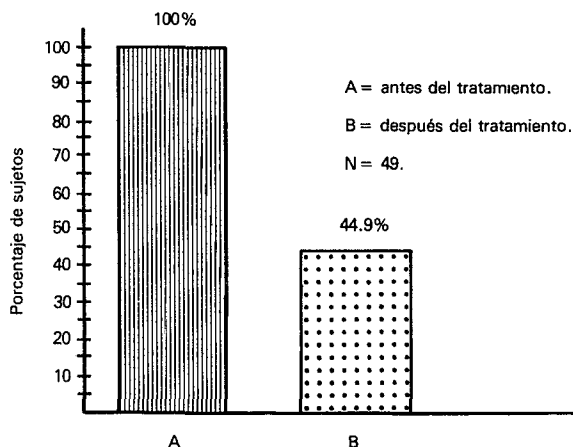
Resultados obtenidos bajo la modalidad de consulta externa dentro de un centro de atención de día

Los resultados preliminares reportados por Quiroga y cols. (44) demostraron la sensibilidad de esta modalidad de tratamiento para lograr que los sujetos se involucren en las distintas áreas de capacitación, logrando impactar de esta manera a la mayoría de los usuarios a cambiar o modificar sus estilos de vida, de tal forma que les permitiera reintegrarse al ambiente familiar y social de una manera más fácil. La solidez de estos resultados preliminares se han visto confirmados por los informes de Quiroga y cols. (47) y de Mata (33).

Con respecto a los resultados obtenidos en esta modalidad, en la gráfica 2 se ilustra el porcentaje de sujetos que consumía drogas antes y después del tratamiento. Como puede observarse, del 100% de los sujetos que consumían drogas antes del tratamiento, sólo el 44.9% siguió consumiendo algún tipo de droga después del tratamiento, por lo que podemos señalar que aproximadamente la mitad de los sujetos fueron rehabilitados totalmente.

Al comparar estos resultados con los obtenidos por medio de la modalidad de tratamiento residencial, en la que como se recordará, se obtuvo un índice del 68% de efectividad, se observa claramente la superioridad de la modalidad residencial sobre la de consulta externa en un

MODALIDAD DE CONSULTA EXTERNA DENTRO DE UN CENTRO DE ATENCION DE DIA



GRAFICA 2. Porcentaje de sujetos en los que se reportó consumo de algún tipo de droga antes y después del tratamiento.

centro de día, que arrojó un índice de 55.1% de efectividad. Sin embargo, se tienen que considerar una serie de factores que afectan estos resultados. Por ejemplo, en la modalidad residencial se tenía un mayor control ambiental de los sujetos, ya que al vivir en una casa hogar, en donde constantemente se les enseñaban habilidades de tipo prosocial, resultaba más sencillo incidir oportunamente en las conductas problemáticas de los sujetos. En cambio, en la modalidad de consulta externa, los sujetos seguían expuestos en su comunidad a los modelos inapropiados de comportamiento, aun cuando recibieran tratamiento diariamente, permaneciendo, de esta manera, bajo la influencia socioambiental de su comunidad en lo general, y de su grupo de referencia en lo particular. También resulta necesario mencionar que el índice de efectividad obtenido con la modalidad residencial, muy probablemente se vio beneficiado por contar con personal profesional altamente capacitado en técnicas de tratamiento y rehabilitación conductual, en comparación con lo que pudieron hacer los padres de familia en su hogar para modificar las conductas socialmente desadaptadas.

Por otro lado, también se tiene que considerar que los resultados sobre la efectividad de esta modalidad de tratamiento se reportan únicamente en términos de reincidencia a las drogas, pero existen otros datos de igual o mayor importancia que éste y que serán señalados en otros informes que se encuentran en preparación. Así por ejemplo, se incluyen medidas acerca de la reintegración de los sujetos al sistema educativo nacional, a escenarios laborales, a actividades recreativas y deportivas dentro de sus comunidades, etc., así como la evaluación del tipo de problemas que tienen con sus familias, vecinos y demás miembros de sus comunidades, así como de la frecuencia con la que ocurren.

En conclusión, podemos decir que esta segunda modalidad de tratamiento y rehabilitación resultó ser una alternativa viable y efectiva para controlar el problema de la farmacodependencia en un grupo importante de sujetos.

El modelo de "La Familia Enseñante" bajo una modalidad de consulta externa dentro de un centro comunitario

A pesar de los resultados obtenidos por medio de las dos modalidades descritas previamente, un análisis más detallado de las características de los sujetos que habían solicitado tratamiento, arrojó que el 63% de aquellos que llegaban por primera vez al Centro, dejaban de asistir durante las primeras semanas e, incluso, un alto porcentaje sólo asistía a la entrevista inicial. Cabe señalar que este fenómeno de deserción o desinterés de los sujetos farmacodependientes, constituye uno de los problemas principales a los que se enfrenta la mayoría de los centros y programas especializados en este tipo de población (36, 12, 8).

Por la razón anterior y con el fin de desarrollar una modalidad que responda mejor a las características y problemáticas de los farmacodependientes que asisten a programas de consulta externa, se propusieron dos líneas de investigación, dirigidas a incrementar la potencialidad de esta modalidad y, muy particularmente, a reducir los altos índices de deserción al programa.

Una primera línea de investigación planteó la utilización de técnicas basadas en el modelo de contracondicionamiento, con el fin de reducir la frecuencia del consumo de drogas de una manera directa (11, 50, 31). Cabe señalar que, aunque la terapia aversiva verbal y la relajación han sido utilizadas ampliamente en el tratamiento del alcoholismo y el tabaquismo, se consideró oportuno aplicarlas también al problema de la inhalación de disolventes industriales.

La segunda línea de investigación planteó la posibilidad de utilizar un programa de penetración comunitaria en una zona de alto riesgo, con el fin de garantizar la captura oportuna de casos y facilitar la involucración de los sujetos al tratamiento. Este programa está compuesto por dos sistemas de captura: 1) El método de "Bola de Nieve" (16), que consiste en que cada sujeto que se capta remita, por lo menos, a otro amigo o compañero farmacodependiente de su comunidad; y 2) El método de "Lugares de Reunión y Consumo" (24), que se basa en la observación de sitios de reunión estables y específicos, dentro de un área geográfica delimitada, facilitándose, de esta manera, la búsqueda de casos para captarlos.

Al llevar a cabo estas líneas de investigación se combatiría el problema de la deserción de los sujetos de la siguiente manera: en aquellos sujetos que asistieran sólo unas cuantas semanas, la técnica de terapia aversiva verbal garantizaría su exposición a un tratamiento intensivo, y en aquellos sujetos que asistieran una sola vez, la estrategia de penetración comunitaria permitiría rescatarlos oportunamente, además de detectar nuevos casos en la comunidad y atacar el problema de la farmacodependencia de manera grupal dentro de la comunidad.

Fue así que en el año de 1982, la investigación se dirigió a diseñar y a evaluar una alternativa de tratamiento intensivo y de corta duración, que a la vez que permitiera reducir el índice de deserción, centrara sus esfuerzos terapéuticos en la propia conducta problema de abuso de drogas. Al incluirse esta nueva alternativa, la modalidad de tratamiento se vio enriquecida, quedando integrada por tres alternativas que a continuación se describirán:

La primera alternativa, desarrollada originalmente en el año de 1979 (44), conocida como "Tratamiento a Largo Plazo" (33, 35), ya que su duración aproximada es de 8 meses, y que en la actualidad se le denomina "Tratamiento Psicosocial", incluye los siguientes procedimientos terapéuticos:

1. Regularización académica, cuyo objetivo principal es regularizar al sujeto en las diversas asignaturas escolares a fin de que obtenga su certificado de primaria, secundaria o el que corresponda. Esta regularización se lleva a cabo inscribiendo al sujeto al Sistema de Educación Intensiva para Adultos, dependiente de la Secretaría de Educación Pública (SEP) (20, 22 y 32).

2. Orientación vocacional-laboral, cuyo objetivo primordial es orientar vocacionalmente al sujeto y remitirlo a las instituciones educativas adecuadas y, posteriormente, entrenarlo en las habilidades necesarias para que pueda conseguir y mantener un trabajo o actividad laboral (14, 6).

3. Consejo psicológico individual y familiar, cuyo objetivo fundamental es enseñar tanto al sujeto como a su familia, diversas estrategias para solucionar sus problemas personales, familiares y sociales por medio del análisis de las situaciones que propician el surgimiento de los problemas, de la generación de opciones para su solución, y de la simulación de las conductas o habilidades necesarias para solucionarlos (27, 51).

4. Actividades deportivas y recreativas, cuyo objetivo central es enseñar al sujeto a utilizar adecuadamente su tiempo libre, además de que permiten motivarlo para que asista y concluya su tratamiento (30, 40).

Como puede observarse, esta alternativa está encaminada, fundamentalmente, a establecer conductas y habili-

dades socialmente deseables y a eliminar o controlar aquellas que le impidan al sujeto integrarse a las actividades que usualmente realizan los jóvenes de su edad y de su comunidad. Al hacerse esto, se amplía el repertorio conductual del sujeto y se le involucra en una gran gama de actividades que, en un momento dado, le resultan incompatibles con el consumo de drogas.

La segunda alternativa, desarrollada en el año de 1982 (33), conocida como "Tratamiento a Corto Plazo" (33, 35), ya que dura aproximadamente 2.5 meses, en la actualidad se denomina "Tratamiento Intensivo". Con este tipo de alternativa se pretende que el sujeto presente un periodo de abstinencia a las drogas en el menor tiempo posible, por lo que su aproximación a la farmacodependencia es directa y con resultados a corto plazo. Los servicios terapéuticos que se ofrecen en esta alternativa son:

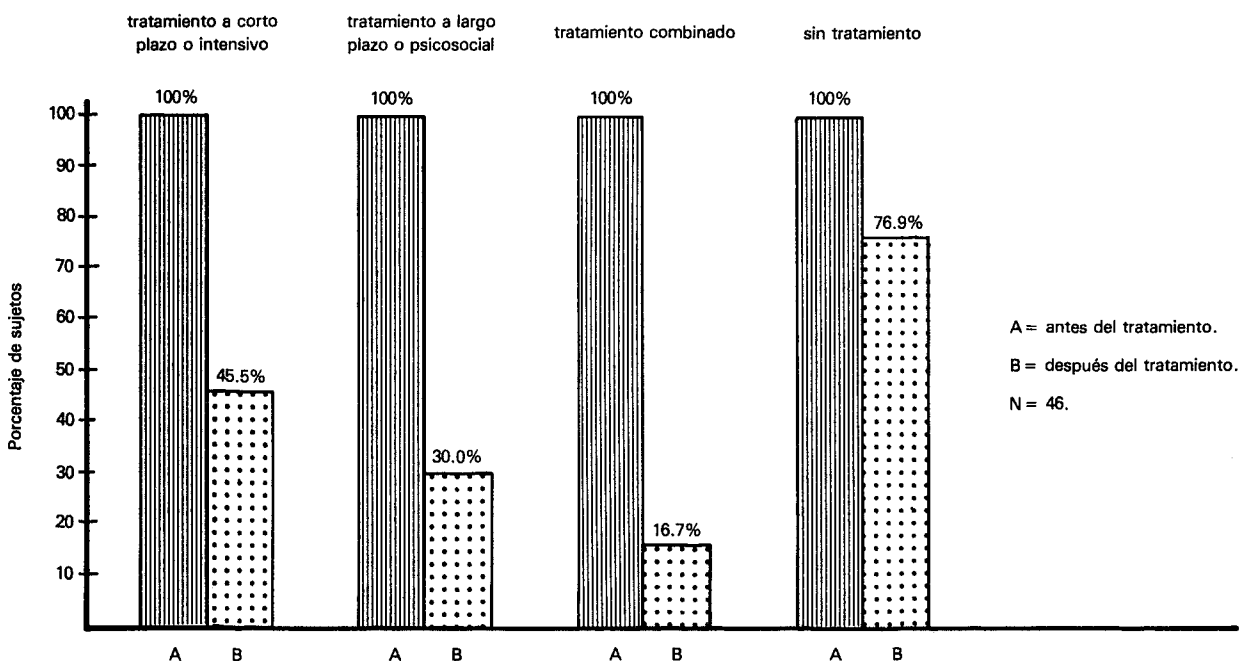
1. Terapia aversiva verbal modificada, cuyo objetivo es cambiar el valor positivo de las drogas por medio de la asociación de estímulos desagradables (imaginativos y en vivo) por la conducta de consumo de drogas, a fin de que el sujeto evite en los sucesivos su consumo (23 y 50).

2. Terapia de relajación, cuyo objetivo es enseñar al sujeto a relajarse y a utilizar dicho recurso como una alternativa directa de la farmacodependencia (18, 38, 21, 60).

3. Técnica de autocontrol, cuyo objetivo es desarrollar en el sujeto medidas de autocontrol que le permitan desde identificar las situaciones que lo llevan a consumir drogas, hasta evitar dichas situaciones (55).

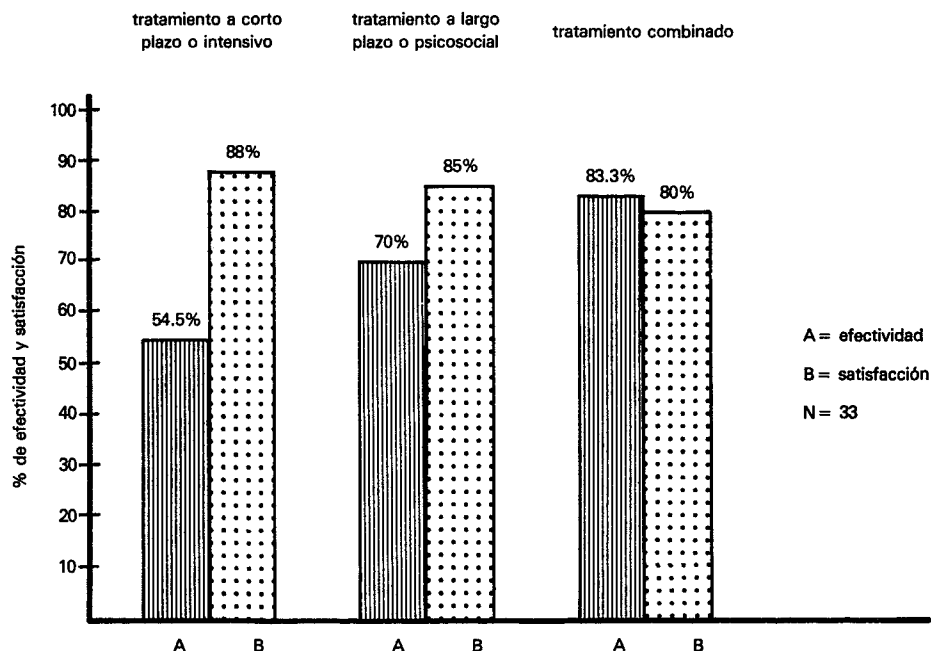
En cuanto a la tercera alternativa, ésta se compone de ambos tipos de tratamiento descritos en las dos alternativas (del tratamiento psicosocial y del tratamiento intensivo), por lo que se denomina tratamiento combinado. Su

MODALIDAD DE CONSULTA EXTERNA DENTRO DE UN CENTRO COMUNITARIO.



GRAFICA 3. Porcentaje de sujetos en los que se reportó consumo de algún tipo de droga antes y después del tratamiento correspondiente.

MODALIDAD DE CONSULTA EXTERNA DENTRO DE UN CENTRO COMUNITARIO



GRAFICA 4. Porcentajes de efectividad de cada una de las tres alternativas de tratamiento y su relación con el grado de satisfacción reportado por los padres de familia correspondientes.

duración media es de 11 meses, en los cuales el sujeto toma primero el tratamiento intensivo y posteriormente, el tratamiento psicosocial (34, 35).

Resultados obtenidos bajo la modalidad de consulta externa dentro de un centro comunitario

Con respecto a los resultados obtenidos en esta tercera modalidad, durante el año de 1983 se seleccionó una muestra de 60 sujetos farmacodependientes entre los 14 y los 29 años de edad. Estos fueron divididos en cuatro grupos, de acuerdo con cada una de las alternativas de tratamiento (tres grupos experimentales), y un grupo control (sujetos sin tratamiento). El criterio que se siguió para asignar a los sujetos a los diferentes grupos, fue la preferencia de cada sujeto hacia alguno de los tres tipos de tratamiento, o a permanecer sin tratamiento. No pudo emplearse el azar en la selección debido a que, por ser un programa de consulta externa, no se contaba con la posibilidad de controlar rigurosamente la asistencia ni se contaba con un sistema legal que lo permitiera. Por otro lado, el utilizar este criterio también representaba la oportunidad de obtener un perfil del farmacodependiente que asiste a tratamiento, con la ventaja de que posteriormente nos permitiría predecir y recomendar el tipo de tratamiento de acuerdo con las características del caso.

En la gráfica 3 se ilustran los porcentajes del consumo de drogas antes y después de cada alternativa de tratamiento. Como puede observarse, los sujetos del grupo de tratamiento combinado fueron los que redujeron en mayor medida su abuso de drogas (del 100% al 16.7%); le si-

guen los sujetos del grupo de tratamiento psicosocial (del 100% al 30%); posteriormente, los sujetos del grupo de tratamiento intensivo (del 100% al 45.5%) y, finalmente, los sujetos del grupo control o sin tratamiento (del 100% al 76.9%). La reducción del consumo de drogas en este último grupo puede deberse a que algunos sujetos superan la etapa de la adolescencia, a que otros dejan por sí mismos de consumir drogas, es decir, sin ayuda profesional, y a que otros, conforme aumenta su edad, encuentran mayores oportunidades de empleo, lo que los lleva a reprogramar sus actividades e intereses.

En la gráfica 4, es importante señalar el porcentaje de efectividad obtenido con cada una de las tres alternativas de tratamiento con que cuenta esta modalidad, y su relación con el grado de satisfacción reportado por los padres de familia, una vez que sus hijos fueron dados de alta. La efectividad de cada alternativa se determinó de acuerdo con el porcentaje de sujetos que dejaron de consumir totalmente algún tipo de droga. El grado de satisfacción de los padres se obtuvo basándonos en el porcentaje de padres que seleccionaron el puntaje máximo de satisfacción dentro de una escala de tres puntos.

Es interesante observar la ligera relación inversamente proporcional que hay entre el grado de satisfacción y el grado de efectividad. Es así como se observa que a pesar de que el tratamiento intensivo fue el que obtuvo el menor índice de efectividad (54.5%), sin embargo, fue al que los padres otorgaron el mayor porcentaje de satisfacción (88%), aunque cabe señalar que fueron distintos padres los que calificaron cada tipo de tratamiento. Este resultado también podría deberse a que el tratamiento intensivo favorece la abstinencia a las drogas en un periodo muy

corto de tiempo, por lo que no resultaría extraño que los padres se percataran más fácilmente de los cambios observados en sus hijos, después de haber escogido esta alternativa de tratamiento.

Finalmente, con respecto a la deserción de los sujetos durante el tratamiento, se encontró que el grupo de tratamiento combinado fue en donde se registró el menor porcentaje de deserción de los sujetos (20%), mientras que en el grupo de tratamiento intensivo fue de 26.6%, y en el grupo de tratamiento psicosocial, de 33.3%, lo que representa un 26.6%, en promedio en las tres alternativas de tratamiento. Si se compara este índice de deserción con el que se obtuvo con la modalidad anterior (consulta externa en un centro de atención de día), se observa que se pudo abatir este índice a un nivel bastante aceptable (59%).

Estos resultados nos llevan a concluir que el modelo alternativo de tratamiento y rehabilitación conductual "La Familia Enseñante", adaptado en México para que funcione como un programa de consulta externa, compuesto por tres alternativas de tratamiento, resulta efectivo y viable para el manejo y comprensión científica de este importante problema de salud pública y social, al lograr que, en promedio, el 70% de los sujetos que reciben tratamiento deje de consumir drogas.

Sin embargo, resultaría interesante poder comparar los resultados obtenidos con este modelo, con los de otros modelos de tratamiento de consulta externa, o bien, poder evaluar este modelo en algunas instituciones en donde los sujetos se encuentren internados, con el fin de poder utilizar un diseño experimental más riguroso, lo que permitiría evaluar la efectividad de cada alternativa de tratamiento, independientemente de las características de los sujetos.

Consideraciones finales

Es innegable que el problema de la farmacodependencia sigue constituyendo, en la actualidad, uno de los retos que enfrentan diversos países, entre los que se encuentra México. En lo concerniente a nuestro país, basta señalar que, como resultado de dicha situación, se ha establecido constitucionalmente un Consejo Nacional Contra la Farmacodependencia (actualmente Consejo Nacional Contra las Adicciones) del cual ha emanado un programa nacional (42) que tiene entre sus objetivos, apoyar las medidas de tratamiento, rehabilitación y reincorporación de los farmacodependientes a su comunidad.

Inscrito dentro de este marco de referencia, la presente investigación, basada originalmente en el modelo psicológico de "La Familia Enseñante", se torna significativa al

haber conformado, instrumentado y evaluado un programa de tratamiento para la rehabilitación de niños y jóvenes farmacodependientes, destacando entre sus ventajas el haber obtenido una gran respuesta en el tratamiento dirigido a una amplia variedad de farmacodependientes.

Por otro lado, la puesta en marcha de este programa dentro de un centro comunitario ubicado en una zona de alto riesgo, al sur de la Ciudad de México, nos ha permitido tener un contacto más directo con el fenómeno de la farmacodependencia, que se manifiesta en las zonas marginadas, cuya característica, en términos generales, es su bajo nivel de calidad de vida, y en donde los inhalables y disolventes industriales son las drogas de mayor consumo; la población más afectada es la que se encuentra entre los 10 y los 25 años de edad.

Asimismo, este contacto nos ha llevado a la necesidad de vincular las acciones terapéuticas con posibles medidas preventivas, por lo que el siguiente paso será la formulación de un programa de prevención que opere en la misma zona y que posea, dentro de sus objetivos, la detección de sujetos en alto riesgo, la identificación temprana de casos, su asignación oportuna al programa de tratamiento y la participación activa de los diferentes sectores de la comunidad (padres, maestros, equipos de salud y líderes naturales) tanto en el proceso de identificación y asignación de los farmacodependientes, como en el proceso de su reintegración a su comunidad.

Los beneficios derivados que se obtendrían con esta siguiente fase de la investigación serían:

- a) El hecho de contar con un modelo psicológico para la prevención, tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes, validado empíricamente, con la posibilidad de diseminarlo eventualmente en otras zonas de alto riesgo.
- b) La identificación temprana de casos y su adecuada asignación a un módulo de tratamiento ubicado en la misma comunidad, facilitando de esta manera su rehabilitación y reintegración.
- c) La obtención de datos, tanto cualitativos como cuantitativos, que permitan analizar la tendencia, aparición o modificación de drogas de abuso, así como la delimitación de grupos en alto riesgo.
- d) El desarrollo de investigación tecnológica que responda a las demandas y características de comunidades en alto riesgo, en cuanto a farmacodependencia se refiere.

Los autores agradecen y expresan su reconocimiento a Héctor Ayala V., Investigador Responsable del Proyecto de Investigación durante el periodo 1977-1982, así como a Leticia Echeverría S., Ariel Vite S., Sara Esnaurizar J., María Jaber Z., María del Carmen A. y Ana María Morales A., por sus valiosas contribuciones en cada una de las etapas de la presente investigación.

REFERENCIAS

1. AVIADO D M: Farmacología de los inhalantes de abuso. En: C. Contreras (Ed). *Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales*. Editorial Trillas, México 1977.
2. AYALA V H: Programa de rehabilitación y prevención para niños farmacodependientes: un modelo de rehabilitación residencial. Solicitud de subvención de proyecto de investigación. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF). México, D.F. 1977.
3. AYALA H E, CHISM S K, CÁRDENAS L G, RODRÍGUEZ B M, CERVANTES G L, CABALLERO S P: Una alternativa al tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales crónicos. *Salud Mental*, V(1):87-93, 1982.

4. AYALA H E, QUIROGA A H, MATA M A, CHISM S K: La familia enseñante: Evaluación del modelo en México en términos de reincidencia en su aplicación a una muestra de niños inhaladores de solventes industriales. *Salud Mental*, 4(1):11-15, 1981.
5. AZRIN N A, FLORES T, KAPLAN S J: Job-Finding Club: A group assisted program for obtaining employment. *Behavior Research and Therapy*, 13:17-27, 1975.
6. AZRIN N A, BESAEL V A: *Job Club Counselor's Manual. A Behavior Approach to Vocational Counseling*. University Park Press. Baltimor, 1980.
7. BAER D M, WOLF M M, RISLEY T R: Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1:91-97, 1968.
8. BERRIEL-GONZÁLES R, BERRIEL-GONZÁLES M E, JAUREGUI R, CONTRERAS-CISNEROS B: Características generales de pacientes usuarios de sustancias volátiles admitidos en el Centro de Integración Juvenil León. en: C. Contreras (Ed). *Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales*. Ed. Trillas, México 1977.
9. BRAUKMAN C J, KIRIGIN K A, WOLF M M: Teaching-family treatment and delinquency: Conceptualization and research. Trabajo presentado en el *I Simposium Internacional de Análisis Conductual Aplicado en la Educación*. México, D.F. febrero de 1981.
10. CÁRDENAS L G, CHISM S K, AYALA H E, MATA M A: La familia enseñante: Un modelo de tratamiento y rehabilitación para niños con retardo en el desarrollo. Trabajo presentado en el *II Congreso Mexicano de Psicología*. México, D.F. julio, 1979.
11. CHAPMAN R F, SMITH J W, LAZDEN T A: Elimination of cigarette smoking by punishment and self-management training. *Behavioral Research and Therapy*, 9:225-265, 1971.
12. CHEVAILI A A: ¿Es incurable el inhalador? En: C. Contreras (Ed). *Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales*. Editorial Trillas, México 1977.
13. CHISM S K, AYALA H E: "La Salud": The Teaching family program for Mexican psychiatric patients. *Third Annual Conference of the National Teaching Family Association (NATFA)*. Kansas City, Kansas. octubre, 1980.
14. COFFIN C N, CASTILLO C F, MATA M A, CHISM S K, AYALA H E: Establishment of pre-vocational or vocational skills in pharmacodependent and behavioral problems youths. Trabajo presentado en la *Tercera Conferencia Anual de la Asociación de La Familia Enseñante*. Kansas, Missouri, octubre, 1980.
15. COHEN S: Inhalant abuse: An overview of the problem. (Chapter 1). En: CH. Sharp y M. Brehm (Eds). *Review of Inhalants: Euphoria to Dysfunction*. NIDA Research Monograph 15, octubre, 1977.
16. D'ALARCON R, RATHOD N H: Prevalence and early detection of heroin abuse. *British Medical Journal*. 1:549-553, 1968.
17. DE LA GARZA F, MENDIOLA I, RÁBAGO S: Estudio psicológico, familiar y social del paciente inhalador. En: C. Contreras (Ed). *Inhalación Voluntaria de Disolventes Industriales*. Ed. Trillas, México 1977.
18. DENNY M R: Post-aversive relief and relaxation and their implications for behavior therapy. Trabajo presentado en *The Meeting of Association for Advancement of Behavior Therapy*. San Francisco, Cal, 1975.
19. DERISI W J, BUTZ G: *Writing Behavioral Contracts. A Case Simulation Practice Manual*. Research Press. Illinois, 1975.
20. ECHEVERRÍA S L, VITE S A, ESNAURRIZAR J S, FONSECA L E, VERDUZCO M, QUIROGA A H, CHISM S K, AYALA H E: El centro de atención de día: Utilización de un sistema de enseñanza abierta y control conductual en el establecimiento de repertorios académicos en adolescentes con problemas emocionales, de conducta y/o farmacodependencia. Trabajo presentado en el *II Congreso Mexicano de Psicología*. México, D.F., julio, 1979.
21. EWING W J, HUGHES H: Cue controlled relaxation: Its effects on EMG levels during aversive stimulation. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9:39-44, 1978.
22. ESNAURRIZAR J S, QUIROGA A H, MATA M A, CHISM S K, AYALA H E: La familia enseñante: Implementación de programas de remedio académico en niños farmacodependientes. Trabajo presentado en el *II Congreso Mexicano de Psicología*. México, D.F. julio, 1979.
23. GRODEN G, CAUTELA J R: Behavior therapy: A survey of procedures for counselors. *The Personnel and Guidance Journal*, 175-180, noviembre 1981.
24. HUGHES P H: *Behind the Wall of Respect. Community Experiments in Heroin Addiction Control*. University of Chicago, Press, 1977.
25. JACOBSON E: *Progressive Relaxation. A physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice*. The University of Chicago Press. Chicago y Londres, 1938.
26. KELLER F S: Engineering personalized instruction in the classroom *Revista Interamericana de Psicología*. 1:189-197, 1967.
27. KIFER R E, LEWIS, M A, GREEN D R, PHILLIPS E L: Training predelinquent youths and their parents to negotiate conflict situations. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7:357-364, 1974.
28. KIRIGIN K A, AYALA H E, BRAUKMAN C G, BROWN W G, MINKIN N, PHILLIPS E L, FIXSEN D L, WOLF M M: Training teaching parents: An evaluation of workshop training procedures. En: E. Ramp y G. Semb (Eds). *Behavior Analysis. Areas of Research and Application*. Prentice-Hall, Inc., Nueva Jersey 1975.
29. KIRIGIN K A, BRAUKMAN C J, ATWATER J D, WOLF MM: An evaluation of teaching-family (achievement place) group homes for juvenile offenders. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 15:1-16, 1982.
30. KLEIN M, CARTES R: *Off of the Streets: Diversion in the Juvenile Justice System*. Wiley, Nueva York 1976.
31. MARTIN G, PEAR J: *Behavior Modification: What it is and How to do it*. Prentice-Hall, Nueva Jersey 1978.
32. MATA M A, ESNAURRIZAR J S, ECHEVERRÍA S L, CHISM S K, AYALA H E: The teaching-family model: Development of interventions for the establish-

- ment of Academic Skills in Pharmacodependent Youths. Trabajo presentado en la *Tercera Conferencia Anual de la Asociación Nacional de La Familia Enseñante*. Kansas, Missouri, octubre, 1980.
33. MATA M A: Rehabilitación de niños y adolescentes farmacodependientes. *Memorias de la I Reunión sobre Investigación y Enseñanza*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, D.F. 1982.
 34. MATA M A, QUIROGA A H, VITE S A, CÁRDENAS L G, RODRÍGUEZ B M: Programa de rehabilitación conductual para niños y jóvenes farmacodependientes en un centro comunitario. Manual de Organización, Operación y Procedimientos Generales. Documento Interno IMP-UNAM. México, D.F. 1983.
 35. MATA M A, ECHEVERRÍA S L: Rehabilitación de niños y jóvenes farmacodependientes a través de un programa comunitario de consulta externa. *Salud Mental*, 8(3):73-80, 1985.
 36. MEDINA-MORA M E: Descripción y análisis comparativo de dos modelos de investigación del consumo de drogas: búsqueda intensiva de casos y encuesta en hogares. *Cuadernos Científicos CEMESAM* 12. 49-64, 1980.
 37. MEDINA-MORA M E, CASTRO S M: El uso de inhalantes en México. *Salud Mental*. 7(1):13-18, 1984.
 38. MULRY R: *Tension Management and Relaxation*. The C.V. Mosby Company. San Luis, Missouri 1982.
 39. PATTERSON G R, REID J B, JONES R R, CONGER R E: *A Social Learning Approach to Family Intervention. Vol 1: Families with aggressive children*. Castalia Publishing Co, Eugene, Oregon 1975.
 40. PHILLIPS E L: Achievement place: token reinforcement procedures in a home-style rehabilitation setting for pre-delinquents boys. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1:213-223, 1968.
 41. PHILLIPS E L, PHILLIPS E A, FIXSEN D L, WOLFE M M: *The Teaching-Family Handbook*. University of Kansas Press. Lawrence, Kansas, 1974.
 42. *Programa Nacional Contra la Farmacodependencia*. México: Secretaría de Salud. 1985.
 43. QUIROGA A H: La rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado: Descripción, resultados y perspectivas. *Memorias de la I Reunión sobre Investigación y Enseñanza*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, D.F. 1982.
 44. QUIROGA A H, ECHEVERRÍA S L, VITE S A, ALVÁREZ S C, AYALA H E: El Centro de Atención de Día: Un programa comunitario de rehabilitación conductual para niños, adolescentes y adultos con problemas emocionales, de conducta, aprendizaje y/o farmacodependencia. Trabajo presentado en el *II Congreso Mexicano de Psicología*. México, D.F. julio, 1979.
 45. QUIROGA A H, MATA M A, CHISM S K, AYALA H E: La familia enseñante: Intervención en la familia del farmacodependiente. Procedimientos para incrementar la efectividad de los padres como monitores y evaluadores de la conducta de sus hijos. Trabajo presentado en la *VI Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM)*. Morelia, Michoacán, México 1979.
 46. QUIROGA A H, MATA M A, COFFIN C N, CHISM S K, AYALA H E: La familia enseñante: Un programa residencial comunitario de rehabilitación conductual. Trabajo presentado en la *IV Reunión Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología*. Puebla, Puebla. abril, 1978.
 47. QUIROGA A H, MATA M A, VITE S A, ESNAURRIZAR J S, ALVÁREZ S C, ECHEVERRÍA S L, AYALA H E: El Centro de Atención de Día: Evaluación de un modelo de rehabilitación conductual para niños y jóvenes con problemas emocionales, de conducta, aprendizaje y/o farmacodependencia. Documento interno IMP-UNAM, 1982.
 48. QUIROGA A H, RODRÍGUEZ B M, CÁRDENAS L G, VITE S A, MATA M A, MOLINA A J, AYALA V H: Programa de tratamiento psicosocial para la rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado en México: Descripción, resultados y perspectivas. *Revista Mexicana de Psicología*. 3(1):44-53, 1986.
 50. RACHMAN S, TEASDALE J: *Aversion Therapy and Behavior Disorders: An Analysis*. University of Miami Press, Florida 1969.
 51. ROOSA J B: SOCS: Situations, options, consequences and simulations: A technique for teaching social interaction. Trabajo presentado en la *Asociación Americana de Psicología (APA)*, Montreal, agosto, 1973.
 52. SHARP W Ch: Approaches to the problem. En W. Ch. Sharp., y L.M. Brehm (Eds.) *Review of Inhalants: Euphoria to Dysfunction*. NIDA Research Monograph 15, octubre, 1977.
 53. SKINNER B F: *The Behavior of Organism*. Prentice Hall, Nueva Jersey 1938.
 54. Stuart R B: Behavioral contracting within families of delinquents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2(1):11, 1971.
 55. THORESEN C, MAHONEY J M: *Autocontrol de la Conducta*. Fondo de Cultura Económica, México 1981.
 56. TORRES-RUIZ A: Manifestaciones clínicas en los usuarios y/o abusadores de volátiles inhalables. *Cuadernos Científicos CEMEF* 2. 73-84, 1975.
 57. TURNBOUGH P D, BROWN W G, FIXSEN D L, PHILLIPS E L, WOLF M M: Monitoring Youths' and Parents' Behavior in the Natural Home. (Unpublished).
 58. VITE S A, QUIROGA A H, CHISM S K, AYALA H E: El Centro de Atención de Día: El uso de la técnica de contrato conductual en el logro de objetivos sociales y académicos en adolescentes y adultos con problemas emocionales, de conducta, aprendizaje y/o farmacodependencia. Trabajo presentado en el *II Congreso Mexicano de Psicología*. México, D.F. julio, 1979.
 59. WOLF M M, PHILLIPS E L, FIXSEN D L: La familia enseñante: Un modelo para el tratamiento de la conducta infantil anómala en la comunidad. En: S W Bijou y E Ribes Iñesta (Eds). *Modificación de Conducta*. Edit. Trillas, México 1976.
 60. WOLPE J: *The Practice of Behavior Therapy*. Pergamon Press. Inc, Oxford, Inglaterra 1973.