

Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving

Iván González Salazar, I.D.

Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Autónoma de Baja California

En el presente trabajo se revisaron los aspectos generales del craving y se destacó su importancia para la adherencia al tratamiento en adicciones. De igual manera se revisaron las diferentes estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving, las cuales incluían: detención del pensamiento, técnicas de distracción, control y programación de actividades, entrenamiento en relajación, técnicas de imaginación, desensibilización sistemática, autoinstrucciones y discusión de ideas irracionales. Esto se logró revisando la bibliografía pertinente. Se concluyó que cumplió con el objetivo de informar y contribuir al conocimiento del psicólogo, mismo que se considera logrado.

Introducción

El manejo del craving es una situación determinante para la adherencia al tratamiento de las personas fármacodependientes puesto que es el factor más importante de abandono terapéutico. Los pensamientos, sentimientos y conductas que se presentan durante el periodo de abstinencia pueden lograr, por su intensidad y su naturaleza, que el paciente deje el tratamiento y reincida dado el poder que éste ejerce sobre la persona, incluso, después de varios años de abstinencia. Por lo tanto el craving significa un problema muy difícil para las personas que presentan abuso de sustancias. De igual manera no resta de importancia clínica.

El DSM IV, menciona que el craving se observa con frecuencia (quizá en todos) en los pacientes fármacodependientes, mismo que describe como una "necesidad irresistible de consumo" (APA, 1994, pag. 182). Esa necesidad tiende a la realización de la misma, que se alcanza con la consumación por medio de un acto consumatorio. "Los craving y los impulsos por el consumo tienden a ser automáticos y llegar a ser <<autónomos>>, es decir, pueden continuar incluso aunque la persona intente suprimirlos, no se suprimen con facilidad" (Sánchez 2002). Por lo anterior, se destaca la relevancia de este documento, dado que su abordaje es de inminente importancia para el tratamiento del sujeto fármacode-

pendiente, en donde el psicólogo debe conocer las estrategias que le competen para el mismo para integrarse dentro de un equipo multidisciplinario y brindar un servicio de alta calidad al paciente para contribuir a su recuperación y rehabilitación. De esta manera, se pretende que el presente trabajo sirva como una guía sobre las estrategias para el manejo del craving, las cuales son, por elección, cognitivo conductuales así como contribuir al conocimiento del lector. Para este efecto se revisarán los aspectos relevantes para este manejo.

El craving es un deseo (o necesidad psicológica) intenso e irrefrenable que conduce al individuo a abandonar la abstinencia. Beck y cols. (1999) identifican cuatro tipos de craving, mismos que se enumeran a continuación:

1. Respuesta a los síntomas de la abstinencia: Cuando sucede la disminución del grado de satisfacción que encuentran en el uso de la droga, pero el incremento de sensación de malestar interno cuando deja de tomar la droga.
2. Respuesta a la falta de placer: Cuando sucede el aburrimiento o no tengan habilidades para encontrar formas prosociales de divertirse, por lo cual desea mejorar su estado de ánimo "automedicandose"
3. Respuesta "condicionada" a las señales asociadas con drogas: Cuando los pacientes asocian estímulos neutros (una esquina determinada de una calle, un número telefónico, un nombre, etc.) condicionados por una intensa recompensa obtenida de la utilización de drogas que inducen un craving automático.
4. Respuesta a los deseos hedónicos: Cuando el paciente combina una experiencia natural placentera con el uso de drogas (por ejemplo, cuando combina el sexo y drogas) que hace que se

asocien, desarrollando un inicio de craving al realizar la actividad natural sin el uso de drogas por que el placer experimentado de estas experiencias no es comparable cuando se combina con la droga.

Es importante señalar que el manejo multidisciplinario profesional es vital para la efectividad del tratamiento. En función del manejo psicológico de las fármacodependencias, es decir, excluyendo las estrategias farmacológicas usadas en psiquiatría, las técnicas cognitivo-conductuales son las de elección dado que se ha comprobado que son superiores a los otros métodos psicoterapéuticos.

“La literatura existente confirma la efectividad de las intervenciones de corte cognitivo-conductual en el tratamiento de las drogas en general combinados con el tratamiento médico.” (Sánchez y cols., 2002b, pag. 9) Avila (2002) menciona que entre los tratamientos psicológicos más eficaces se encontraron como principales las terapias cognitivas. Así mismo encontró que las menos eficaces son las psicoanalíticas, psicoterapia general y terapia familiar. Otro beneficio de las estrategias cognitivo-conductuales, es que “con ellas el sujeto se siente mayormente comprometido con su abstinencia que con otras.” (Shine, 2000, pag. 1)

El terapeuta debe reconocer y comprender los cravings de su paciente, sus tipos, sus elementos esenciales y su naturaleza, así como empatizar con el mismo para poder determinar la mejor estrategia para este manejo. Para esto es relevante que el sujeto entienda el craving, para lo cual el paciente debe darse cuenta de que “experimentar cierto grado de ansiedad es normal y muy común. Sentir que esta ansiedad no significa que algo está mal o que el paciente realmente desea consumir drogas otra vez.” (NIDA, 1999, citado por CIJ, 1999, pag. 88) De igual manera, debe describir o detectar el craving. Para esto puede ser útil el empleo de autorregistros, así como preguntar ¿Cómo es su craving?, ¿Qué tanto le afecta?, ¿Cuánto tiempo dura? ¿Qué es lo que hace o trata de hacer para manejar el craving?, etc.

Ya identificado el craving y las emociones y pensamientos asociados (por medio de autorregistros, análisis funcional y la entrevista), se procede, según la elección del terapeuta y la naturaleza del craving, a la aplicación de un programa o estrategia cognitivo-conductual. A continuación se describen algunos:

I. Detención de pensamiento

El método de detención de pensamiento (También llamada bloqueo o parada de pensamiento) consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados al craving. Es decir, “se entrena al paciente para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable o improductivo.” (Wolpe, 1993, pag. 123) Esto conduce a la reducción de la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas, por lo tanto “las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir” (Wolpe, 1969, citado por Sánchez, 2002a, pag. 39)

I.I. ¿Cómo se aplica el método de detención de pensamiento?

Se procede a discutir con el paciente los pensamientos relacionados con el craving que son necesarios eliminar. Posterior a esto, el terapeuta le pide al paciente que cierre los ojos e inicie verbalizando con una secuencia de pensamientos negativos asociados al craving como por ejemplo: “Me siento horrible, me voy a morir si no uso droga, etc.” Mientras el paciente procede, el terapeuta interrumpe diciendo “¡Alto!” Después de esto el terapeuta “hace ver al paciente cómo se detuvieron aquellos pensamientos” (Wolpe, 1993, pag. 124), pidiéndole que repitan el ejercicio varias veces. Estos ejercicios se repiten con el propósito de que el paciente aprenda a detener estos pensamientos negativos gritando “¡Alto!” por sí mismo cuando estos se presenten, mismo que el terapeuta deberá alentar y reforzar.

Puede ser que el paciente exprese que es difícil gritar <<¡Alto!>> si los pensamientos se presentan en un lugar público como un restaurante, una sala de cine u otro lugar de alta concurrencia social, mismo que puede resultar embarazoso para el paciente. Para esto, se puede indicar al paciente que en los lugares que considere pertinentes no realice la verbalización “¡Alto!”, pero que puede pensarlo de manera firme y decidida, de modo que el paciente esté consciente de la manera en la que detuvo el pensamiento. Al terminar la detención del pensamiento, existe la adición de sustitución posterior del pensamiento negativo por uno incompatible o distractorio. Por ejemplo, en vez de “me voy a morir si no uso drogas”, se sustituye por “estoy bien” o cualquier otro pensamiento positivo y útil para el sujeto.

II. Técnicas de distracción

Como su nombre lo indica, son técnicas sencillas que tienen como objetivo <<distracer>> al sujeto ante pensamientos y sentimientos relacionados con el craving. Es decir, que “cambien su enfoque atencional de interno a externo, para que disminuyan sus deseos” (Sánchez, 2002a, pag. 39) La distracción puede consistir en que el terapeuta indique, con un previo acuerdo en función de las actividades de distracción de relevancia y agrado para el paciente, lo siguiente: centrar la atención en los elementos del ambiente verbalizándolos, siendo lo más detallista posible (por ejemplo, “en este restaurante hay diez mesas con manteles blancos, las paredes son azul claro con una ventana cada cuatro mesas. Hay una señora que....); evitar el ambiente (por ejemplo, alejarse de un bar, esquina o lugar de consumo. Puede ir a visitar un amigo, a dar un paseo, etc.); hablar sobre algún tema iniciando una conversación con amigo o familiar, recitar un poema o cantar una canción favorita. (Generalmente, algunos pacientes prefieren traerlo escrito y leerlo); realizar actividades domésticas, ejercicio (por ejemplo, salir a correr, realizar determinado número de sentadillas, etc.) jugar un videojuego, juego de mesa o rompecabezas. En general estas distracciones se pueden combinar y complementar según las particularidades del paciente y de su craving. Así mismo, es importante evaluar la necesidad de combinar una estrategia de distracción con un ejercicio de relajación para reducir la ansiedad en casos necesarios.

III. Control y programación de actividades

Es una técnica que tiene como objetivo modificar los hábitos del paciente en función de sus actividades, mismas que por lo general giran respecto al uso de drogas. Así mismo, “cuando los pacientes se están recuperando deben enfrentarse con mucho tiempo libre en sus manos.” (Beck y cols., 1999, pag. 227) Por lo cual, es importante que las actividades previas a la abstinencia "relevantes al uso de droga" sean sustituidas por nuevas actividades positivas para el paciente.

Se procede inicialmente elaborando un registro línea base de las conductas relacionadas con el consumo del paciente. Se buscará establecer las actividades que fueron o que son de disfrute para el paciente de modo que pueda programar sus actividades el mismo, lo cual establecerá “fuentes de refuerzo no relacionadas con las drogas” (Beck y cols., 1999, pag. 228).

IV. Entrenamiento en relajación

El Entrenamiento en relajación son procedimientos que están enfocados a hacer incompatible estado de relajación con la ansiedad o la ira, emociones que pueden propiciar los cravings, por medio del entrenamiento del paciente de modo que el mismo propicie un estado de relajación al enfrentar situaciones de ansiedad o ira para el. “De manera típica un terapeuta entrena a un cliente para relajarse profundamente, para lo cual se encuentran disponibles muchos métodos para lograr la relajación.” (Kazdin, 1996, pag. 275)

IV.I ¿Cuál es la técnica principalmente usada?

Wolpe (1993) afirma que “el método de relajación que se emplea de manera rutinaria es esencialmente el de Jacobson [1983], pero la instrucción se completa en seis lecciones, en contraste con el entrenamiento prolongado que él utilizaba. [generalmente 50 sesiones o más]”

Primero, se le debe explicar al paciente acerca de la naturaleza de los ejercicios y su objetivo principal, que es una habilidad que se le va a enseñar y que requiere práctica, así como enfatizar el deseo del terapeuta de que el paciente lo practique en casa por lo menos 10 a 15 minutos. Posterior a esto, se realizan varios ejercicios en las sesiones de tensión y distensión de los músculos. Se puede iniciar relajando los brazos; se le pide al paciente que tome el braceró de la silla o sillón para distinguir alguna diferencia (si es que existe) entre las sensaciones que se producen en su brazo y en su mano. Después, se sigue con la cabeza, ya que “por lo general, los efectos más marcados de inhibición de la ansiedad se obtienen relajando esa parte del cuerpo.” (Wolpe, 1993, pag. 154) De ahí se prosigue hacia abajo; En la segunda sesión, se le dice al paciente que se va a continuar con la relajación de los músculos de la cabeza, dado que estos son los más importantes desde el punto de vista emocional. Es importante señalarle al paciente la manera en la que se está trabajando de manera que se retroalimente; En la tercera sesión, se trabaja con los músculos de la boca y de la lengua; En la cuarta sesión, se prosigue con los músculos de la región del ojo; En la quinta sesión, se sigue con los músculos del cuello y los hombros; En la sexta sesión, se trata con los músculos de la espalda, del abdomen y del tórax; En la séptima sesión, se puede iniciar con los pies y hacia arriba finalmente. Es importante evaluar la reducción de los niveles de ansiedad así como de los cravings por medio de instrumentos de medición pertinentes para determinar en qué medida los ejercicios de relajación están ayudando al paciente.

V. Técnicas de imaginación

Son técnicas en las cuales el paciente modifica sus pensamientos utilizando la imaginación. Estas técnicas pueden combinarse efectivamente con otras técnicas para incrementar las probabilidades de éxito en otros aspectos del tratamiento. Por ejemplo, “puede utilizarse la imaginación para que los pacientes visualicen el auto-control y evitar el consumo de drogas. Es útil como método para cambiar las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos, o bien distrayéndolos de los craving y urgencias. También puede ser útil como método para cambiar las creencias y los pensamientos relacionados con las drogas.” (Sánchez, 2002a, pag. 40)

Beck y cols. (1999), destacan cinco técnicas utilizadas: a) reenfoque con imaginación, b) sustitución por imagen negativa, c) sustitución por imagen positiva, d) repaso mediante imagen, y e) adquirir dominio mediante imaginación.

Esta técnica sirve como complemento de la técnica de detención de pensamiento. Cuando el paciente empieza a presentar pensamientos negativos referentes al craving y dice “¡Alto!”, puede imaginar una señal de alto (como las que uno encontraría en la calle), un semáforo en rojo o cualquier imagen que para él represente la acción de “¡Alto!”, de modo que acentúa la detención. Después puede optar por emplear una de las técnicas de distracción (como por ejemplo, centrar la atención en el ambiente o recitar un poema) de modo que pase el craving.

V.II Sustitución por imagen negativa

Esta técnica se refiere a la imaginación de una imagen negativa acerca de las consecuencias negativas de consumir drogas cuando aparecen los pensamientos que conllevan al craving. De tal forma que las imágenes “positivas” acerca de la droga (por ejemplo, recordar la última vez que consumió) sea sustituida por una imagen acerca de las consecuencias negativas que tiene el último (p. e., el recuerdo de una hospitalización debida al consumo o los dolores físicos de la abstinencia) para evitar la conducta de uso.

V.III Reemplazo por imágenes positivas

Se refiere a la sustitución de imágenes negativas referentes al consumo de drogas referentes a las creencias irracionales como las predicciones negativas (por ejemplo, creer que el uso de drogas ha arruinado su vida

para siempre y terminará viviendo en la calle), misma que se puede sustituir por una “tarjeta flash”, que describa una situación positiva. Todo esto con el objetivo de disminuir las emociones negativas y consecuentemente, el craving.

V.IV Repaso mediante la imagen

En ésta, las imágenes se utilizan como medio de “práctica” o repaso de ciertas habilidades adquiridas (por ejemplo, habilidades sociales o resolución de problemas) o de la desensibilización ante situaciones o ambientes que pueden ser disparadores de craving (por ejemplo, una fiesta en donde le ofrezcan una bebida). Por ejemplo “Un paciente que se había abstenido a la cocaína, y el alcohol durante un año, planeó ir a un banquete forma donde se servía alcohol. En el repaso mediante a la imaginación el terapeuta instó al paciente a imaginar que iba al banquete y que decía cuando se le ofrecía una bebida: <<No, gracias, tomaré agua.>>”

V.V Dominio mediante la imaginación

Esto implica la repetición y la gestación de una autoimagen poderosa y fuerte, para poder superar los cravings en su imaginación para poderla proyectarla hacia la realidad posteriormente. Puede utilizarse la metáfora para obtener poder ante el craving (por ejemplo, el paciente puede imaginar que él es un beisbolista y que el craving es la pelota que él batía y se va lejos).

VI. Desensibilización sistemática

Es una técnica que emplea la exposición real o imaginaria a los estímulos que producen el craving, por medio de acercamientos sistemáticos a estos, los cuales son reforzados puntualmente, de modo de que la respuesta pierda poder ante dicha situación dado que “la repetida presentación del estímulo hace que éste pierda progresivamente su capacidad de evocar ansiedad.” (Wolpe, 1993, pag. 145) Generalmente, se inicia un repaso mediante la imaginación del acercamiento al estímulo condicionado, y después de haberlo dominado, se prosigue la exposición al estímulo real.

VII. Autoinstrucciones y autoafirmaciones

Se refiere a la verbalización de palabras que sugieren al paciente qué es lo que debe hacer o sentir realizadas por el mismo sujeto. “El entrenamiento en autoinstrucción se ha utilizado como una técnica de modificación conductual, pues con ella se entrena a los individuos para que hagan sugerencias y comentarios específicos que guíen su propia conducta de modo parecido a ser

instruidos por alguien más.” (Kazdin, 1996, pag. 307) Por ejemplo, "Me siento bien, el craving va a pasar", "No necesito drogas para ser feliz", "¡Vas Bien!", "Recuerda que con lo que te ahorras en droga, ahora puedes comprarte la ropa que te gusta". En este sentido, también se pueden utilizar las tarjetas flash, las cuales son frases de afrontamiento al craving escritas en tarjetas de cartulina de un tamaño tal que el individuo pueda cargar con ellas a donde vaya. "Como ejemplo, éstas son algunas de las frases que un paciente escribió en sus tarjetas flash: 1. Te sientes más sano cuando no tomas drogas; 2. Las cosas me van muy bien con mi mujer; ¡sigue así!; 3. Tienes buen aspecto físico; ¡sigue así!; 4. ¡Vete de aquí inmediatamente!.

VIII. Discusión de ideas irracionales

Técnica basada en la terapia racional emotiva (Ellis y Driden, 1987) en donde se "tratan de discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que llevan a los pacientes a perturbarse a sí mismos por su adicción" (Ellis y Driden, citado por Sánchez, 2002a, pag. 40) Es una estrategia cognoscitiva que debate las distorsiones cognoscitivas del paciente, mismas que se pueden resumir en: extrapolar (por ejemplo: "o todo o nada", "no debo sentir nada de craving por que si no significa que soy un perdedor), "adivinar" el pensamiento de otros (por ejemplo: "como caí en las drogas, todos piensan que soy un tonto", "ese señor que está ahí me está viendo por que sabe que yo usaba drogas"), predicciones negativas (por ejemplo: "nunca voy a cambiar", "siempre voy a estar sintiéndome mal si no uso la droga", "me voy a encontrar en la calle a todos mis amigos que usan droga y voy a recaer"), exacerbar lo negativo (por ejemplo: "todo me sale mal, no hay nada bueno en mi vida", "¡me siento horrible, si no uso la droga, me voy a morir!"), negligencia y descalificación ante lo positivo (por ejemplo: "si me felicitó, fue por puro compromiso, el ha de pensar que voy a volver a usar droga"), minimización de lo positivo y amplificación de lo negativo (por ejemplo: "que haya dejado la droga es bueno, pero lo que hice es imperdonable e inolvidable"), sentimiento de estafa y perfeccionismo (por ejemplo: "debí haber controlado mi último craving, y como no lo hice, he decepcionado a todos, soy un fraude").

Para combatir las ideas irracionales se debe confrontar y discutir las mismas, por ejemplo: "menciona que se siente horrible y que va a morir. Sin duda es molesto e indeseable el sentir el craving pero, ¿en realidad se va usted a morir por no tomarte un trago en esa fiesta, sufre

usted de alguna enfermedad extraña en la cual al no ingerir alcohol usted de repente cae subitamente al suelo y deja de vivir? —el paciente ríe y responde—No, tal vez estoy exagerando." De esta manera el paciente comprende la irracionalidad de sus creencias y cómo ha aprendido a percibir las cosas de una manera inapropiada lo cual le ha generado emociones que no puede controlar. Por lo tanto, es necesario que adopte una nueva forma de pensamiento, el cual será eminentemente racional.

"El pensamiento racional presenta un contraste acentuado respecto a su ilógico opuesto: Esta basado en la realidad, contribuye a alcanzar nuestras metas y propósitos, crea emociones que podemos controlar; y nos ayuda a comportarnos de la manera que nos facilita nuestras aspiraciones y supervivencia...." (Froggatt, 1993, adaptado por Ureva, 2003)

Conclusión

El manejo del craving es determinante para el tratamiento psicológico de las adicciones y para la adherencia al tratamiento en general. El manejo de este dependerá de la elección del terapeuta entre la amplia gama de estrategias a utilizar y de su habilidad para manejarlas. Es esencial que previo al manejo de estas estrategias, se determine la naturaleza y tipo de craving que el paciente presenta para hacer la elección adecuada en función de las necesidades del paciente y de sus características y recursos personales.

Las diferentes técnicas han demostrado ser ampliamente efectivas en el tratamiento de otras patologías específicas relacionadas con la ansiedad. Por tanto, dada la naturaleza del craving, es ampliamente factible la efectividad de estas estrategias en el manejo del mismo. Se observa también, que en muchos de los casos, dichas estrategias no están aisladas, sino que en ocasiones se complementan para ser más eficaces, por lo cual se sugiere adoptar una visión más amplia, en vez de pretender hacer uso de una sola.

Es evidente, que en este documento falta información y mayor explicación acerca de la aplicación de las estrategias cognitivo conductuales mencionadas. No obstante se cree que el objetivo de servir como guía y referencia clara de estas técnicas, de tal modo que el lector, después de conocer las generalidades de las mismas, busque información más precisa para aplicarlas efectivamente. De igual manera se cree que este ensayo con-

tribuyó al aprendizaje para el psicólogo en función del conocimiento del trabajo que se hace en adicciones, específicamente, del manejo del craving.

Bibliografía

Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**. DSM IV. Masson. Madrid, España.

Beck A., Wright F., Newman C. y Liese B. (1999). **Terapia Cognitiva de las Drogodependencias**. Piados. Barcelona, España.

Colotla V., Alcaraz V., Schuster C. (1980). **Modificación de la conducta. Aplicaciones del análisis conductual a la investigación biomédica**. Trillas. México, Distrito Federal.

Ellis A., Dryden W. (1987). **Práctica de la Terapia Racional Emotiva**. Bilbao: Descleé de Brower.

Instituto Nacional contro el Abuso de drogas, National Institute on Drug Abuse. (1999). **Tratamiento de la Adicción a la Cocaína: Un enfoque cognitivo-conductual**. Traducido y Publicado por Centros de Integración Juvenil, A. C. México D. F. Material de circulación interna.

Kavanagh D., Andrade J., May J. (2002, noviembre). **The nature of craving & its implications for management**. [63 slides].

Kazdin A. (1996). **Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas**. 2ed. Manual Moderno. México, Distrito Federal.

Maldonado A. (2003, marzo). **Tratamiento Cognitivo Conductual de la Adicción a la Cocaína**. [9 páginas].

Pérez A., Lázaro A., Alfranca R., Civiera J. (2003, Abril). **Psicoterapia y Acamprosato en dependencia de alcohol**. Terapia combinada. [5 páginas]. <http://www.psiquiatria.com/> <<http://www.psiquiatria.com/>>

Pineda S. (2003, mayo). **Abordaje Terapéutico del Dependiente a Drogas**. [9 páginas]. http://psicoactivos.iespana.es/psicoactivos/documentos/abordaje_terapeutico.htm <http://psicoactivos.iespana.es/psicoactivos/documentos/abordaje_terapeutico.htm>

Rimm D., Masters J. (1980). **Terapia de la Conducta. Técnicas y hallazgos empíricos**. Trillas. México, Distrito Federal.

Sánchez E. (2002a). **Estrategias para el manejo del craving (a drogas)**. Anales de Psiquiatría. Vol. 18 No 1. pp27-34.

Sánchez E., Tomás V., Molina N., Del Olmo R. Y Morales E.

(2002b). **Efectividad clínica de un tratamiento psicológico para la dependencia a la cocaína** Anales de Psiquiatría. Vol. 18 No 7. pp. 307-311.

Shine B. (2003, mayo). **Some Cocaine Abusers Fare Better UIT Cognitive-Behavioral Therapy, Others UIT 12-Step Programs**. [1 página]. http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNIndex.html <http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNIndex.html>

Tapia R. (2001). **Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas**. Manual Moderno. México, Distrito Federal.

Wolpe J. (1993). **Práctica de la Terapia de la Conducta**. 3ed. Trillas. México, Distrito Federal.