

93
Zej.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ATENCION OPORTUNA A JOVENES DE ALTO RIESGO
EN FARMACODEPENDENCIA.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:

FELIPE JIMENEZ ALVARADO



DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. MA. DE LOS ANGELES MATA MENDOZA

DIRECTOR DE LA FACULTAD:
DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



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 está 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.

AGRADECIMIENTOS

Con cariño a mis padres, por todo su apoyo, motivación y confianza para la elaboración de este trabajo.

A Miriam, por su comprensión, por su amor y su paciencia.

A mi hijo Eduardo.

A mis hermanos y muy especialmente a mis hermanas Margarita y Josefina por impulsarme y apoyarme.

Agradezco infinitamente a la Mtra. Ma. de los Angeles Mata Mendoza, por todas sus enseñanzas en mi formación profesional y por su valiosa asesoría en la elaboración del presente trabajo.

Al Centro Comunitario Padierna, por haberme dado la oportunidad de desarrollarme tanto personal como profesionalmente.

A la Escuela Secundaria No. 281, por la colaboración y apoyo en la realización de este trabajo.

A los jóvenes por su participación y cooperación e interés en esta investigación.

Gracias al Instituto Mexicano de Psiquiatría, y en especial a la Mtra. Guillermina Natera por su confianza y apoyo.

Gracias a todas las personas que me brindaron su ayuda incondicional, las cuales considero que fueron muy importantes para la conclusión de este trabajo.

I N D I C E

PAGINA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN.	1
INTRODUCCION	2

MARCO TEORICO

CAPITULO I

El problema de la Farmacodependencia en México . .	7
--	---

CAPITULO II

Prevención de la Farmacodependencia.	20
- Niveles y modelos de prevención	21
- Características y detección de sujetos de alto riesgo	31
- Estrategias de prevención	36
* Acciones preventivas dirigidas hacia la producción y distribución de drogas	37
* Acciones preventivas dirigidas hacia el hombre.	37
* Acciones preventivas dirigidas hacia el medio	40

CAPITULO III

Prevención de la farmacodependencia en el ámbito escolar.	45
- Definición de contratos conductuales.	53
- Contratos conductuales en el ambito escolar .	63

CAPITULO IV

METODO

Planteamiento del problema	74
- Hipotesis conceptual.	74
- Objetivo.	75
- Sujetos	75
- Escenario	78
- Instrumentos y materiales	78
- Definición de variables	83
- Diseño experimental	83
- Procedimiento	84

CAPITULO V

Resultados	89
----------------------	----

CAPITULO VI

Discusión.	114
Sugerencias y limitaciones	116
Referencias bibliográficas	118

ANEXOS

- Entrevista inicial.	124
- Cuestionario de incentivos.	129
- Tarjeta de registro de conductas apropiadas e inapropiada	134
- Formato de contrato conductual.	135
- Formato de control de sesiones.	136

R E S U M E N

La presente investigación tuvo como objetivo el desarrollar un programa de prevención de Farmacodependencia que orientó sus acciones a la detección oportuna de sujetos con características de alto riesgo, así como promover el cambio conductual por medio de técnicas para el desarrollo de repertorios académicos y pro-sociales, con apoyo de la formulación de contratos conductuales basados en una economía de puntos. Para llevar a cabo este objetivo se seleccionaron a 8 sujetos del sexo masculino, entre los 13 y 16 años de edad que cursaban el segundo año de Secundaria y que fueron considerados como de alto riesgo por presentar ausentismo, problemas de conducta y bajo rendimiento escolar (tenían 3 materias reprobadas en promedio). Todos ellos participaron en un programa preventivo, en donde los acuerdos en forma de contratos modificaron la conducta inapropiada que presentaban cada uno de los sujetos, mediante la especificación escrita de las contingencias entre la conducta y las consecuencias, Stuart (1972).

Los resultados demuestran que en los ocho sujetos hubo cambios significativos pues en todos se disminuyó en altos porcentajes la conducta inapropiada dentro y fuera del salón de clases, incrementaron su rendimiento escolar, así como su promedio de calificaciones, observando la disminución de los reportes por mala conducta.

Es así que este programa preventivo evitó que los sujetos (100%) no desertaran o fueran expulsados definitivamente de la Secundaria, ya que de haber sido así, probablemente hubieran tenido contacto con grupos de referencia en donde la experimentación y empleo de drogas es frecuente. Para todos los sujetos este programa de intervención, por medio de la formulación de contratos conductuales apoyados por una economía de puntos resultó ser efectivo al decrementar los reportes de conducta inapropiada y al incrementar su rendimiento escolar.

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

En las últimas tres décadas ha aumentado en forma considerable y especialmente entre adolescentes el uso y abuso de drogas a nivel mundial; de aquí la importancia de que en muchos países han emprendido acciones inmediatas dirigidas a la prevención Massün (1993); Medina Mora, Ñequis (1993). Por otro lado en nuestros días el número de drogas sintéticas han aumentado al parejo de los avances industriales y tecnológicos, además se ha establecido un medio cultural que de alguna manera facilita la ingestión de drogas ya que se difunde amplia e indiscriminadamente información acerca de las drogas por los medios masivos de comunicación (Cárdenas, 1986).

En México, las acciones preventivas representan actualmente una necesidad debido a que es un campo poco explorado. Sin embargo, en 1985 surge por decreto presidencial el "Consejo Nacional contra la Farmacodependencia" que tiene por objeto el promover y apoyar las acciones de los sectores públicos, social y privado hacia la prevención y combate a este problema en nuestro país, así como promover y evaluar programas contra la farmacodependencia basándose en los resultados obtenidos a través de las investigaciones epidemiológicas o de tratamiento en poblaciones de jóvenes que presentan el uso y abuso de drogas. Advirtiéndose el alto costo social que representa este problema. Aunado a esto, las investigaciones epidemiológicas

también han permitido establecer las características implícitas en la farmacodependencia promoviendo a través del conocimiento de estas, el que se lleven a cabo programas de prevención.

Mata y Echeverría (1985) en sus trabajos de investigación mencionan que la experimentación y consumo de drogas suele presentarse en mayor número entre los 14 y 19 años de edad, del sexo masculino, de bajo nivel educativo y que no mantienen una actividad fija y que provienen de una familia desintegrada. Estos datos fueron obtenidos de reportes de usuarios que asisten a tratamiento. Investigaciones relacionadas con la familia y su influencia en la conducta de empleo de drogas en adolescentes reportan que la relación entre padres e hijos es nula, ya que la presencia es inexistente e inconsistente (Prendergast y Shaeter, 1977, Medina Mora, 1985, Castro, 1987). Otros estudios establecen que los adolescentes se inician a las drogas por ser estudiantes de bajo rendimiento académico y problemas de conducta (Donovan y Jessar, 1978).

Por otra parte, también se ha implementado que se establezcan relaciones existentes entre las características de alto riesgo y la farmacodependencia, con la finalidad de llevar a cabo programas de prevención (Roth, 1986). A este nivel de prevención se han llevado a cabo investigaciones como la de Sarason y Sarason (1981) en donde se les enseñaron a los estudiantes considerados como de alto riesgo, habilidades académicas e interpersonales que les permitieron aumentar su rendimiento académico y disminuir las conductas problema en la

escuela, involucrando a los sujetos en actividades reeducativas y sobre todo el permitirles que no pierdan el contacto con la escuela, ya que como han reportado las investigaciones epidemiológicas entre las características de alto riesgo, resalta por su importancia el hecho de que los sujetos generalmente presentan baja motivación académica, inasistencia escolar, indisciplina bajo rendimiento, expulsiones periódicas o definitivas de la escuela y finalmente la deserción escolar (Sarason y Sarason, 1981; Castillo, 1978, Bry y George, 1979).

Si se considera que las investigaciones epidemiológicas que se han realizado en la población juvenil de México, enfatizan que la edad crítica en la cual suele iniciarse el consumo de drogas es de los 14 a 15 años de esta manera se debe presentar mayor atención, en cuanto a los esfuerzos a nivel preventivo, a jóvenes estudiantes de secundaria en este rango de edad y que además presentan las características de alto riesgo.

Si tomamos en cuenta, que los sujetos de la presente investigación son propensos a la expulsión por problemas que presentan y que viven en zonas marginadas y se les expulsarán definitivamente o desertaran de la escuela, ésto facilitaría el contacto con grupos de jóvenes que ya presentan el consumo de drogas, así como pandillerismo, vagancia, etc., por lo tanto el tener tiempo libre sin ninguna actividad fija es probable que incidan en el inicio o experimentación de drogas, además les permite la posibilidad de establecer relaciones interpersonales con modelos inapropiados (Cárdenas, 1986).

escuela, involucrando a los sujetos en actividades reeducativas y sobre todo el permitirles que no pierdan el contacto con la escuela, ya que como han reportado las investigaciones epidemiológicas entre las características de alto riesgo, resalta por su importancia el hecho de que los sujetos generalmente presentan baja motivación académica, inasistencia escolar, indisciplina bajo rendimiento, expulsiones periódicas o definitivas de la escuela y finalmente la deserción escolar (Sarason y Sarason, 1981; Castillo, 1978, Bry y George, 1979).

Si se considera que las investigaciones epidemiológicas que se han realizado en la población juvenil de México, enfatizan que la edad crítica en la cual suele iniciarse el consumo de drogas es de los 14 a 15 años de esta manera se debe presentar mayor atención, en cuanto a los esfuerzos a nivel preventivo, a jóvenes estudiantes de secundaria en este rango de edad y que además presentan las características de alto riesgo.

Si tomamos en cuenta, que los sujetos de la presente investigación son propensos a la expulsión por problemas que presentan y que viven en zonas marginadas y se les expulsarán definitivamente o desertaran de la escuela, ésto facilitaría el contacto con grupos de jóvenes que ya presentan el consumo de drogas, así como pandillerismo, vagancia, etc., por lo tanto el tener tiempo libre sin ninguna actividad fija es probable que incidan en el inicio o experimentación de drogas, además les permite la posibilidad de establecer relaciones interpersonales con modelos inapropiados (Cárdenas, 1986).

Con base en lo señalado, se propuso un programa de prevención de la farmacodependencia cuyo objetivo es brindar a los sujetos las habilidades académicas y sociales (por medio de la formulación de contratos conductuales) que les permitieran no perder el contacto con la escuela y a la vez obtener los elementos adecuados para desenvolverse favorablemente en el ámbito escolar y social.

Teniendo ya los antecedentes de la elaboración del Programa de Prevención de la Farmacodependencia implementado a jóvenes de alto riesgo, se presenta a continuación un panorama del contenido de esta tesis.

El trabajo está dividido en seis capítulos, en donde en los tres primeros capítulos se abordaron aspectos relevantes sobre el problema de la farmacodependencia, tales como los conceptos generales manejados en el tema. Un breve panorama del consumo de drogas en la población de México. Se señalan conceptos básicos de la prevención de la farmacodependencia; niveles y estrategias de prevención, detección de sujetos de alto riesgo y algunos programas de prevención. También se mencionan actividades de importancia revisando programas basados en acuerdos como lo son la formulación de contratos conductuales. El capítulo IV contempla los criterios metodológicos utilizados en la investigación. En el capítulo V se analizan los resultados obtenidos en el programa, sobre la formulación de contratos conductuales apoyado por un sistema de economía de puntos.

Finalmente, en el capítulo VI se revisaron los alcances de la presente investigación en relación a los resultados obtenidos, así como las limitaciones de la misma y las sugerencias para otras futuras investigaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE LA FARMACODEPENDENCIA EN MEXICO.

La formacodependencia es un problema mundial que se está extendiendo en América Latina, afectando principalmente a los sectores jóvenes de la población (Medina Mora, 1985; Castro, 1986).

En México este fenómeno avanza en los centros urbanos industrializados, aunque a su vez también la población rural se ve afectada por este mismo fenómeno, pero es en las grandes metrópolis donde las drogas afectan a un número mayor de población (Castro 1983; Medina 1984; Sánchez 1983).

De acuerdo con el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) (1993), la farmacodependencia es hoy en día uno de los problemas graves que afectan a los jóvenes mexicanos ya que por un lado el número de drogas sintéticas han ido aumentando al parejo de los avances industriales y tecnológicos y por otro lado el medio cultural ha favorecido el consumo de algunas drogas, a través de la difusión amplia e indiscriminada de información sobre algunas drogas por los medios masivos de comunicación (Llanes, 1982; Cárdenas, 1986).

Basándose en resultados obtenidos en investigaciones epidemiológicas en poblaciones de jóvenes, se ha señalado el alto costo social que representa este problema, no sólo al individuo mismo, sino también a otras entidades que van desde el núcleo familiar hasta los sistemas de desarrollo y bienestar de la comunidad, ya que desafortunadamente el uso y abuso de drogas

se encuentra asociado con delincuencia, desempleo, vagancia, desintegración familiar, deserción escolar, etc. y en general con una disminución o deterioro físico y psicológico del individuo (Belsasso, 1975; Castro, 1984; Castro y cols., 1986, entre otros).

Por otro lado en sus trabajos de investigación De la Garza, Mendiola y Rabago (1977) señalan que el fenómeno de la inhalación de disolventes industriales se debe al marco socioeconómico de miseria en poblaciones marginadas, siendo éste un medio que propicia este tipo de farmacodependencia.

Otra de las investigaciones sobre inhalantes es la de Natera (1977) y Berriel (1977), quienes realizaron un estudio epidemiológico en México, señalando que la edad de inicio es muy temprana antes de los catorce años de edad, y que los adictos son generalmente sujetos masculinos marginados y que no desempeñan ninguna actividad de estudio o de trabajo.

Diferentes investigaciones que han estudiado el abuso de sustancias, una de estas investigaciones es la de una encuesta de hogares realizada en el D.F. por Medina Mora y cols. (1977), en donde se encontró que el consumo de drogas, tales como la marihuana, los inhalantes, los opiáceos y los alucinógenos, se encontraba muy difundido, ya que aproximadamente 87,000 personas, que representan el 1.74% de la población de 14 años o más que habitan en el D.F. con lugar fijo de residencia, han consumido alguna de estas drogas alguna vez en la vida y el 0.46% de estos sujetos eran usuarios consuetudinarios. Con respecto al abuso de inhalantes, se determinó que 20,087

personas, que representa el 0.40% de la población de 14 años, han consumido estas sustancias con fines de drogadicción.

Esto implica que 4 sujetos de cada 1000, con edad entre los 14 y 24 años (0.40%) son usuarios consuetudinarios de los inhalantes (pegamentos plásticos, thinner, acetonas, gasolina, etc.). De esta manera, se determina que los factores que se relacionan con la inhalación deliberada de estas sustancias, son la desocupación y los niveles de escolaridad elemental y media que son incompletos, pues se observa que a medida que aumenta la escolaridad, disminuye el consumo de los mismos. Los inhaladores presentan además niveles de escolaridad inferiores si se les compara con los fumadores de marihuana. Este problema se presenta con mayor frecuencia entre los varones y en los estratos socioeconómicos medio y bajo (Medina, 1978; Castro, 1982).

Otra de las investigaciones principales son los trabajos realizados por Castro (1980, 1982) quien ha realizado varios estudios con la finalidad de tener una visión panorámica sobre la epidemiología del uso de drogas en la población mexicana. El primer trabajo (Castro, 1980) presenta un panorama sobre la epidemiología del uso de drogas entre estudiantes mexicanos a través de investigaciones realizadas por el Instituto Mexicano de Psiquiatría durante los años de 1976 a 1978, presentando la siguiente información:

- a) La prevalencia actual de drogas entre estudiantes mexicanos, en lo que se refiere al uso de inhalantes, marihuana, tranquilizantes, anfetaminas, sedantes,

- opio, alucinógenos, cocaína y heroína, abarca el 13.6% del total de la población, del cual sólo el 1.1% es usuario alto. Los estudiantes reportaron a los inhalantes y la marihuana como drogas preferenciales.
- b) De 1976 a 1978, los porcentajes de uso en la población estudiantil aumentaron para algunas drogas. Comparando las cifras obtenidas en 1978 (Castro, Valencia, 1979) en una muestra representativa de la población escolar del D.F. con los porcentajes obtenidos en 1976 en una muestra representativa de la población escolar, se observó que el uso de marihuana e inhalantes se había elevado en forma importante.
- c) Los datos obtenidos en 1978 en el D.F. es menor a los obtenido en ese mismo año en una zona suburbana. En el estudio del D.F. se encontró que los estudiantes que asisten a escuelas situadas en zonas marginadas o bajas, presentaban porcentajes significativamente más altos de problemas asociadas al uso de drogas, en comparación con los estudiantes que asistían a escuelas situadas en zonas altas o medias, sobre todo en el uso de inhalantes y marihuana (Castro, 1978).
- d) En cuanto al tipo de distribución de los usuarios en poblaciones estudiantiles mexicanas se ha descrito como continua y unimodal (Castro M.E., Chao, Z. y Swart R., 1978) con mayor proporción de usuarios leves.
- Castro (1979), encontró que en cuanto al uso

de alcohol, tabaco y mariguana, los subgrupos demográficos más afectados son los estudiantes de preparatoria, de sexo masculino de 18 años o más.

Los subgrupos más afectados por el uso de inhalantes son de estudiantes del sexo masculino de menos de 14 ó 15 años. Las drogas como los inhalantes y los sedantes afectan a los estudiantes que asisten a las escuelas situadas en los estratos bajos y/o marginados, mientras que las drogas como el alcohol y la mariguana afectan principalmente a los estudiantes que asisten a las escuelas situadas en estratos medios y altos.

En conclusión, de este trabajo, se enfatiza que aún hablando únicamente de población estudiantil, es necesario especificar qué tipo de estudiantes se trata, ya que los que viven en zonas marginadas presentan porcentajes de uso más elevados.

Otro de los trabajos realizados por Castro (1982) muestra las tendencias y factores de riesgo en el consumo de drogas en la población mexicana, en el cual se integraron los resultados obtenidos en 12 investigaciones realizadas también por el Instituto Mexicano de Psiquiatría durante los años de 1977 a 1981, proporcionando la siguiente información:

- 1.- En poblaciones estudiantiles de 14 a 18 años de edad, las drogas que más se consumen alguna vez en la vida, son: los inhalantes (4.4%), las anfetaminas (3.8%) y la

- mariguana (3.5%). En los estudiantes de una zona suburbana la prevalencia fue mayor, siendo la mariguana (6.2%) y los inhalantes (8.3%) los que más se consumen.
- 2.- En la población general, especialmente el grupo de adultos y el grupo de mujeres, suelen utilizarse con mayor frecuencia drogas de uso médico, ya bien sea bajo prescripción médica o sin ella, siendo las drogas de mayor uso en esta población los ansiolíticos y las anfetaminas.
 - 3.- En un estudio comparativo entre jóvenes estudiantes y no-estudiantes, se encontró que son los no-estudiantes los que mayor consumo de drogas presenta, siendo las más frecuentes: la mariguana (9.5%), los opiáceos (7.1%) y los inhalantes (4.8%).
 - 4.- Los jóvenes de comunidades suburbanas del D.F., generalmente reportan combinar diferentes drogas (76%) siendo la combinación más frecuente la del alcohol y mariguana.

En conclusión en este trabajo se reporta que considerando todas las drogas investigadas (excluyen al alcohol y al tabaco), se determinó que en 1980, el 12.3% de los estudiantes de 14 a 18 años de edad, reportaron haber consumido por lo menos alguna vez en la vida, alguna de las drogas investigadas. De ellos, el 10.7% son usuarios leves (su consumo oscila de 1 a 5 días al mes; el 1.1% son usuarios moderados (de 6 a 19 días); y el 0.5% son usuarios altos (de 20 a 30 días al mes).

En estos dos trabajos realizados por Castro, se encontró que las distribuciones de usuarios de drogas en poblaciones estudiantiles mexicanas se han descrito como continuas y unimodales, con mayor proporción de usuarios leves, menor proporción de usuarios moderados y aún menor de altos usuarios. Es importante enfatizar este aspecto, debido a que este mismo tipo de distribución se ha encontrado entre estudiantes norteamericanos y canadienses, lo cual tiene implicaciones preventivas importantes: si los usuarios se distribuyen en un continuo unimodal, prevenir el uso significa de alguna manera prevenir el abuso.

De esta manera las cifras de prevalencia para los tres tipos de consumidores merecen atención, que debe traducirse en esfuerzos preventivos.

Otro trabajo es el de Mass Condes y Ramírez (1986) quienes compararon una muestra de estudiantes de secundaria entre los 14 y 18 años de edad con otra muestra de jóvenes no estudiantes que habitaban en la misma zona y que tenían un año sin estudiar. En general se encontró que los jóvenes que asisten a la escuela cumplen con los patrones de bebedores sociales, mientras que los jóvenes que no van a la escuela es significativamente mayor. En cuanto al consumo de drogas los jóvenes escolares reportan un 2% de uso de inhalantes, en tanto que la población que no asiste a la escuela reporta un 23% de marihuana, 21% de inhalantes y 9% de alucinógenos.

En cuanto a lo que se refiere a Centros de Rehabilitación y Tratamiento, Mata y Echeverría (1985) en sus trabajos de

investigación mencionan que el consumo de drogas suele presentarse en mayor número entre los 14 y 17 años de edad, con un rango de 14 a 29 años de edad; en cuanto al sexo son sujetos del sexo masculino en un 90% y un 10% al sexo femenino; de bajo nivel socioeconómico 82% y el 18% restante con de un nivel medio, sin observarse diferencias importantes entre los grupos.

Esto no quiere decir que la farmacodependencia sea exclusiva de las clases de escasos recursos económicos, sino más bien que ésta puede variar de acuerdo a la posibilidad de los sujetos de obtener ciertos tipos de drogas, ya que en este estudio en particular fueron sujetos remitidos por Instituciones de Asistencia Social y las drogas que más se consumían eran inhalantes y alcohol, que resultan ser las drogas más accesibles, tanto por su costo como por su disponibilidad.

Con respecto a la composición y situación familiar, se determinó que el 41% de los sujetos provenían de familias incompletas (generalmente faltaba el padre) y disfuncionales (con carencia de relaciones positivas entre sus miembros); el 29% provenía de familias completas pero disfuncionales; y el 30% provenía de familias completas y funcionales. No se encontraron sujetos provenientes de familias incompletas pero funcionales.

En cuanto al tipo de fármaco más utilizado, se puede observar que el 97% de los sujetos consumían tanto inhalantes como alcohol en la misma proporción. El 95% consumían marihuana y el 82% diversas pastillas (desde barbitúricos hasta alucinógenos).

Asimismo, se desprende que la mayoría de los sujetos eran adictos a polifármacos; es decir, utilizaban diferentes tipos de drogas e inclusive llegaban a hacer uso de más de una a la vez.

En estudios que se han realizado en población flotante cabe mencionar el de Medina-Mora y Ortiz (1982) donde el objetivo de la investigación era conocer la prevalencia de consumo de drogas, patrones de consumo y características psicosociales de un grupo de menores que realizaban seudocupaciones (subempleos) en la vía pública en una zona que se encuentra al sur del Distrito Federal (comprendiendo centros comerciales, terminales de diversos transportes públicos, metro, autobuses foráneos, camiones, tranvías, etc.); zonas de estacionamientos y áreas verdes caracterizadas por una alta movilidad de personas antes de las 6:00 a.m. hasta la 1:00 a.m. Para el estudio se consideró a todos aquellos individuos que realizan algún tipo de actividad en la zona; es decir, que no la utilizaran exclusivamente como vía de acceso a otros sitios. Este estudio comprendió a niños y adolescentes y sus edades fluctuaron entre los 6 y 18 años, siendo la media de 12.8 años.

Se entrevistaron a 66 individuos de los cuales el 95% de ellos fueron del sexo masculino, el 67% no asistía a la escuela en el momento del estudio, su media de escolaridad era de 4.2 años y el 46% habitualmente pasaba la noche fuera de su hogar.

Se observó que excluyendo el tabaco, las drogas más consumidas fueron los inhalantes, el 27% reportó haberlas utilizado alguna vez y el 22% las consumía a diario; nueve de

cada cien sujetos reportaron inhalar 4 o más veces por día con un tiempo de promedio en el uso de 4.5 años. La marihuana ocupó el 2º lugar: el 10.3% informó haberla usado alguna vez y el 1.5% diariamente; el número de jóvenes que manifestó haber tomado alcohol alguna vez en su vida es muy parecido al de los que han utilizado inhalantes alguna vez (28%); la media de edad en la que empezaron a usarla fue de 8.4 años, en relación al tiempo que llevaban consumiéndola fue de 0 a 6 años, con una media de 4.5 años. Los resultados presentados en esta investigación concluyen que el riesgo del consumo es mayor si los individuos son del sexo masculino, si tienen baja escolaridad y abandonan la escuela, si empiezan a edad temprana a trabajar, si los padres, hermanos y amigos consumen alcohol o alguna droga, si tienen poco o nulo contacto familiar y si han emigrado de zonas rurales. Se podría decir que en esta población se observaron amplias tendencias al consumo de disolventes ya que la prevalencia es significativa.

A continuación se revisarán resultados obtenidos con la aplicación de un cuestionario a alumnos de primarias, secundarias y bachillerato ubicadas al poniente de la ciudad y otras zonas aledañas (Mata, Cuevas y Echeverría, 1985) lo cual permitió tener un conocimiento más aproximado de como se presenta este fenómeno.

Dicho cuestionario contenía 105 reactivos y como objetivo intentaba detectar información respecto al uso y abuso de drogas, así como la calidad de vida de los alumnos. Esta aplicación se realizó en 5 escuelas primarias (incluyendo

solamente el 5º y 6º grado de este nivel educativo), dos secundarias y un colegio de bachilleres. El total de alumnos encuestados fue de 627 ocupando el mayor porcentaje (51.2%) el de alumnos de secundarias. En ellos se observó que las drogas de las que han hecho uso más frecuentemente son: tabaco (20.4%), alcohol (11.9%), inhalantes (2.0%) y marihuana (1.0%).

En cuanto a la edad de inicio en el consumo de drogas, se encontró que para el tabaco fue de 13 a 14 años (27.1%); para el alcohol fue de menos de 10 años (22.0%); para los inhalantes sucedió lo mismo que para el alcohol, es decir, se inician a edades menores de 10 años (33.3%) y para la marihuana fue de 15 a 16 años (31.5%).

Otros datos de interés en la aplicación del cuestionario fueron la proporción mayor de hombres que reportaron haber consumido drogas, en relación a las mujeres. Se observó que, el mayor porcentaje de alumnos que reportaron haber consumido alguna vez en su vida el tabaco, pertenecían al bachillerato (72.7), seguido de los alumnos de secundaria (45.5%); en cuanto al alcohol, también fue mayor la proporción en el bachillerato (69.5%) seguido de las secundarias (37.7%). En cuanto a inhalantes, es preocupante observar que fueron los alumnos de primarias los que obtuvieron el mayor porcentaje (5.6%) en relación a las secundarias (4.7%) y el bachillerato (5.5%). La marihuana obtuvo un porcentaje de 7.8% en bachillerato y de 2.5% en secundarias.

Finalmente, 55.84% de los alumnos encuestados reportó fácil disponibilidad de tabaco. El 43.12% reporta lo mismo para el

alcohol, un 14.38% percibe un fácil acceso a inhalantes y el 11.20% para la marihuana.

Otro factor importante de tomar en cuenta es el relacionado con la familia y su influencia en la conducta de empleo de drogas en el adolescente, ya que se reporta que la relación entre los padres e hijos es nula pues generalmente la presencia de padres es inexistente e inconsistente (Prender Gast y Shater, 1974; Margulles y cols., 1977, Medina-Mora, 1985; Castro, 1986). Otros estudios de investigación establecen que los adolescentes dependientes a las drogas presentan bajo rendimiento escolar y problemas de conducta y esto los hace ser susceptibles a ingerir alguna droga (Donovan y Jesso, 1984).

Autores como Bry y George (1979) en sus investigaciones han señalado ciertas características predelinquentes asociadas con el abuso de drogas, que son las siguientes:

- a) Baja motivación de logro académico.
- b) Sentimiento de alejamiento de sus familiares.
- c) Baja disciplina.

Al conjugarse estos factores de tipo familiar, escolar y personal, en un momento dado, precipita el abandono temporal o definitivo de los estudios, perdiéndose gradualmente el interés por los mismos y aumentando la preferencia por la "vagancia"; generando así problemas escolares que llevan a la expulsión del joven. En otros casos presiones económicas, consecuencia de

problemas familiares serios; obligan al joven a suspender sus estudios para contribuir a la economía familiar, debido generalmente a la ausencia del padre.

Diversos autores coinciden que la farmacodependencia adquiere un carácter dramático en la adolescencia, ya que es la etapa de preparación para el mundo adulto. En esta etapa el adolescente experimenta cambios en todas sus áreas; con los cuales emerge la estructura final de su personalidad adulta, la adquisición de una identidad y de una posición social Chávez de Sánchez (1983).

A manera de conclusión los estudios de investigación señalan a la adolescencia como la edad de inicio más frecuente en el consumo de drogas, tanto para aquellos que sólo experimentan con ellas, como para los casos que evolucionan en adicciones severas (Cohen, 1971; Chein y cols., 1964). De gran importancia para el inicio al consumo de drogas resulta la influencia de los amigos, quienes contribuyen a dispersar los temores del neófito y las imágenes negativas que pueda tener sobre los consumidores de drogas.

CAPITULO II

PREVENCION DE LA FARMACODEPENDENCIA.

El término "prevención", según el diccionario, significa evitar, preceder, imposibilitar, con medidas anticipadas. Dentro del campo médico se entiende por prevención todas aquellas acciones previas que basadas en el conocimiento de la "historia natural de la enfermedad" llevan a evitar la aparición o el desarrollo ulterior de ésta (Materazzi, 1985).

El concepto de prevención es manejado en la medicina como aquellas acciones encaminadas a prolongar la vida y promover la salud física y mental del individuo (Leavelly y Clark, 1984). Llanes 1982, Massün, 1992) citan los niveles de prevención con todo el proceso de tratamiento hasta la rehabilitación y reintegración social del farmacodependiente, dividiéndola en tres etapas:

a) La prevención primaria, entendiéndola en el sentido correcto de la palabra, o sea evitar que se haga uso indebido de drogas, b) la prevención secundaria, que consiste en la detección temprana de los usuarios y la intervención para evitar que sigan empleando drogas o que lleguen a ser farmacodependientes; y c) la prevención terciaria que es, en realidad, el tratamiento y la reinserción social de los farmacodependientes.

En cuanto a lo que se refiere al problema de la farmacodependencia, Mendoza y Vega (1980) mencionan a la prevención como "la puesta en marcha" de los medios apropiados para impedir la aparición del fenómeno en los individuos y en la sociedad en general.

Si se considera que la farmacodependencia es un proceso, que avanza y que ha registrado un incremento en los últimos 20 años principalmente entre la población juvenil, se hace evidente que la prevención adquiere una especial importancia que se inscribe dentro de un proceso global de desarrollo individual, social y ante el enorme costo social que ello implica. Se presenta la necesidad de emprender acciones preventivas, efectivas, pues se debe partir de la premisa de que es mejor y más efectiva evitar que remediar o corregir el problema. En el ámbito internacional existen diversas instituciones preocupadas por el problema de la farmacodependencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) es una de ellas y según sus informes, habla de la necesidad de medidas preventivas centradas en lograr la prevención completa o reducir la gravedad de las consecuencias, tanto individuales como sociales (OMS, 1985) ya que las acciones directas sobre la disponibilidad de las drogas, así como las medidas terapéuticas, resultan limitadas e insuficientes, por lo que es indudable que los esfuerzos destinados a contrarrestar el problema deben dirigirse primordialmente a la prevención primaria y prevención secundaria, que incidan sobre las personas de "alto riesgo" y sobre lo que se constituye como el medio socioeconómico y cultural de aquellas.

Así como existen diferentes niveles de prevención (Llanes, 1982), también existen diferentes tipos de estrategias de prevención que a su vez están relacionados con modelos que explican la interacción de los factores involucrados en la farmacodependencia. La interacción entre la droga, el individuo

y el medio ambiente, ha dado origen a cuatro modelos que son los siguientes:

1. El modelo Etico-Jurídico
2. El modelo Médico-Sanitario
3. El modelo Psicosocial
4. El modelo Sociocultural

EL MODELO ETICO-JURIDICO.

Principalmente enfoca su atención en la droga como el agente activo que afecta al individuo, a quien hay que proteger manteniéndolo alejado de las drogas. En este modelo la farmacodependencia se plantea como un problema legal, la estrategia de prevención que parte de este modelo se enfoca fundamentalmente hacia el comercio de las drogas a través combatir el narcotráfico, la fiscalización de la fabricación y la distribución de dichos productos causantes de la dependencia y el castigo o la amenaza de castigo por la producción, venta y consumo de drogas ilícitas.

De aquí que los fármacos de abuso se han dividido en lícitos e ilícitos, de estos últimos se procura tenerlos bajo control, promulgando leyes que persiguen al narcotráfico y estableciendo medidas energéticas de diverso género.

EL MODELO MEDICO-SANITARIO.

Este modelo otorga también a la droga un papel importante, en tanto que se considera como un agente infeccioso, al cual hay que controlar. A diferencia del modelo anterior no existe

diferencia entre drogas lícitas e ilícitas sino de acuerdo al grado en que el fármaco resulta nocivo y a la posibilidad de obtenerlo, por ello este modelo abarca entre las drogas a controlar las drogas socialmente aceptadas como el tabaco, alcohol, etc.

La farmacodependencia, en este modelo se previene como problema de salud pública y al farmacodependiente se le considera como un individuo capaz de transmitir el agente infeccioso.

EL MODELO PSICOSOCIAL

Este modelo centra su atención hacia el individuo ya que es el elemento activo dentro de la triada agente, huésped y medio. La farmacodependencia es vista como una forma más de comportamiento desviado que puede satisfacer alguna necesidad del individuo. Aquí el ambiente adquiere importancia como escenario donde se verifican influencias de otras personas y grupos. La farmacodependencia se plantea como un problema psicológico y la estrategia de prevención derivado de este modelo no es específica para la farmacodependencia sino similar a la que aplica a todo comportamiento desviado o destructivo. La estrategia del modelo psicosocial es aplicable no sólo a problemas relacionados con la drogadicción, sino a todo tipo de situaciones que implican una conducta destructiva.

En esta medida se utiliza también la información, pero la información no es proporcionada en forma indiscriminada ni con la intención de ser recibida pasivamente, sino que se relaciona con las actitudes y los valores del grupo al que está dirigido.

El modelo no sugiere una relación simple entre causa y efecto, propone que el abuso de sustancias es debido a la interacción de diferentes variables, por lo que sus explicaciones se basan en factores individuales, familiares y comunitarios. Cada uno de los factores en circunstancias individuales pueden actuar para producir la dependencia a las drogas.

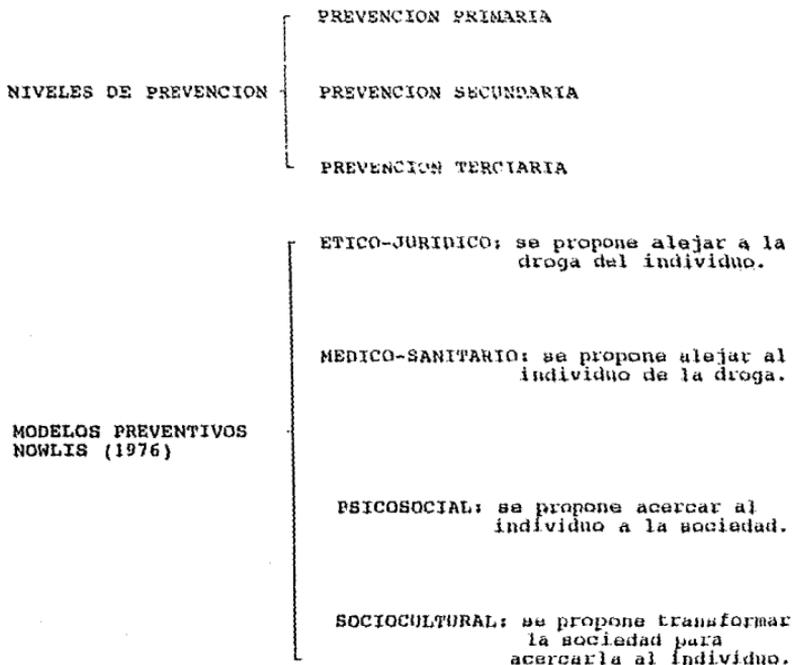
MODELO SOCIOCULTURAL.

Este modelo enfoca su atención sobre el ambiente, donde la farmacodependencia es considerada como un problema social y su consumo es producido por problemas de índole social, donde adquiere gran importancia la reacción de una sociedad ante el consumo de drogas. En nuestra sociedad la farmacodependencia es vista y censurada y la cataloga como una conducta desviada que provoca daños al individuo tanto por el comportamiento mismo, como por la reacción de la sociedad. De esta manera las causas de la farmacodependencia deben agruparse más que en categorías psicológicas, en condiciones sociales de presión; como la pobreza, hacinamiento, desnutrición, migraciones, urbanización, industrialización, desempleo, etc.

La estrategia de prevención que se basa en este modelo considera como su meta, no tanto la adaptación del individuo a la sociedad como la adaptación de la sociedad al individuo y sus necesidades. A manera de síntesis (ver cuadro 1).

Dentro de este marco las medidas preventivas que están encaminadas a modificar las instituciones, particularmente las educativas. Pues pretenden elevar el nivel de vida y a hacer del

trabajo una actividad más estimulante y menos enajenante, a reducir la aceptabilidad social de las drogas lícitas y a transformar la vida para que sea más satisfactoria y haya menos necesidad de consumir fármacos.



CUADRO 1

Massúm, E. (1992) menciona a la Educación preventiva como una técnica en el sentido de desarrollar o fortalecer la capacidad de resistencia de los individuos y grupos ante la oferta de

drogas. Durante los años sesenta, muy pocos creían en la utilidad de la educación como medio de prevenir la farmacodependencia, y se confiaba mucho más en otros métodos radicales de control legal. Empero, la rápida extensión del problema a pesar de las medidas represivas, hizo comprender que faltaba un elemento clave para ganar la batalla contra el uso indebido de drogas: la educación. Se hizo evidente que el sistema educativo no podía quedar al margen de esta lucha.

La educación es uno de los elementos clave probablemente el más trascendente- en la labor preventiva. No cabe duda de que es necesario controlar la disponibilidad de drogas y castigar a los traficantes, mejorando las condiciones de vida, pero lo que en definitiva puede alejar a los jóvenes de las drogas, es una verdadera educación preventiva.

La Educación Preventiva no es una acción represiva, ya que para lograr que el joven por decisión propia y porque sabe y entiende lo que significa el abuso de drogas y sus consecuencias.

La Educación Preventiva además de proporcionar una información objetiva y equilibrada, debe facilitar a los jóvenes las habilidades necesarias e impulsar todo tipo de actividades que se constituyan en oposiciones al consumo indebido de drogas. La Educación Preventiva, va más allá de la trasmisión unilateral de conocimientos, ya que su objetivo es la formación de la personalidad de los jóvenes para que sean más capaces de enfrentarse con sus problemas y de vivir experiencias satisfactorias sin necesidad del empleo de drogas.

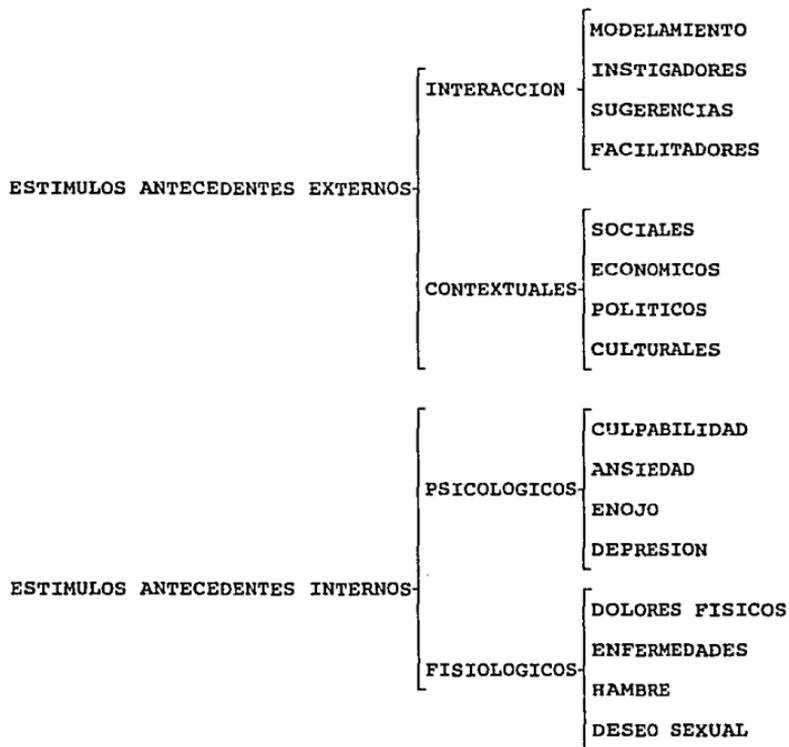
Son necesarias ciertas habilidades: de comunicación, de

reflexión, la toma de decisiones, las condiciones de vida aceptables y las opciones para escoger. Antes de poner en marcha un programa de educación preventiva es preciso fijarse objetivos más modestos, realistas y medibles y asegurarse de que quienes las lleven a cabo estén lo bastante motivados (Massùn, 1982).

Numerosas disciplinas han contribuido al estudio de la farmacodependencia y su prevención enfocándola a un nivel individual y social. Las teorías individualistas, predominantemente psicológicas y psiquiátricas, tienden a localizar su causa en el individuo, viéndola ya como una deficiencia en el funcionamiento personal, y como una deficiente adaptación a su medio. Considerando al abuso de drogas como un indicador de algún desorden o desajuste emocional. Las teorías sociológicas hacen hincapié en la fuerza del medio y ven un determinado tipo de comportamiento. Una mejor comprensión de las conductas generalmente consideradas como desviadas o ilegales, se alcanza si se tienen en cuenta tanto factores sociales como factores individuales de las personas afectadas.

Desde el punto de vista conductual Wikler (1973), dedicado a la investigación realizada durante las tres últimas décadas, ha centrado su atención a las respuestas condicionadas en el proceso de adicción y menciona que las drogas actúan como fuerzas poderosas en el moldeamiento de la conducta, tanto por sus efectos placenteros que actúan como reforzamiento positivo, como por su capacidad para evitar o eliminar los síntomas de la retirada. Actuando como reforzamiento negativo, Wikler planteó que las señales del medio ambiente, que han estado apareadas

repetidamente con los estados inducidos por las drogas pueden llegar a ser estímulos condicionados.



CUADRO 2

Por otro lado, en sus trabajos de investigación Solomon (1977) propone una teoría de aprendizaje motivacional, a la que llamó "Teoría de Procesos Oponentes", derivadas primariamente de investigaciones en laboratorio con animales. Solomon llama a

estos procesos "procesos oponentes" y designa un proceso "a" como proceso placentero y reforzador que equivale a la ingestión de drogas y el proceso "b" es displacentero y aversivo, que equivale a la supresión de la droga.

Avila (1984) en sus trabajos de investigación cita bases teóricas de un modelo explicativo de inicio y mantenimiento de la conducta del uso y abuso de drogas desde el enfoque conductual, donde analiza las condiciones que se encuentran antes, durante y después de la conducta de uso y abuso de drogas.

Este modelo de explicación del uso de drogas consta de tres partes: la primera describe como el sujeto se inicia en el uso de la droga, la segunda parte describe los estímulos que ordenan la conducta del uso de la droga y la tercera de como se mantiene en el uso y abuso de la misma.

En cuanto a su inicio se habla de estímulos antecedentes que pueden ser externos e internos, los cuales se encuentran resumidos en el cuadro 2.

Los estímulos antecedentes pueden clasificarse de acuerdo a su función en: discriminativos preaversivos y neutros (estímulos físicos ambientales). Los antecedentes por otra parte pueden ser recientes o remotos, se enfatizan los recientes ya que esta aproximación conductual determinará que para que haya una relación fundamental entre el estímulo y la respuesta, es indispensable que haya una estrecha relación; la remota sólo se considerará de condicionamiento. Las condiciones antecedentes pueden tener diferentes funciones dentro de esta relación con la conducta, pueden funcionar como estímulos discriminativos

instigadores, preparados o facilitadores sociales. En cuanto al análisis de la respuesta mencionaremos que es una respuesta compleja, caracterizada por patrones conductuales estereotipados: con esto queremos significar que es una cadena de respuestas en las que, la primera respuesta discreta es el estímulo discriminativo para la siguiente y ésta para la subsecuente y así sucesivamente, hasta terminar la cadena; y la respuesta a la que antecede sirve de reforzador condicionado para la anterior hasta que se termina con un reforzador incondicionado, que en este caso pueda ser la droga.

Considerando que la farmacodependencia se ha incrementado en los últimos 20 años, sobre todo en población juvenil (Secretaría de Salud, 1985-1986), la prevención adquiere gran relevancia, ya que las repercusiones sociales e individuales de la farmacodependencia, requiere la necesidad de emprender acciones preventivas efectivas. Se debe partir del principio que es mejor y más efectivo evitar o prevenir a que se de el problema o corregir el problema cuando ya se ha presentado, de aquí la importancia de implementar intervenciones dirigidas a la prevención.

De acuerdo al objetivo de la presente investigación, se llevo a cabo un programa con jóvenes detectados de alto riesgo, por ser ellos propensos a presentar el problema de la farmacodependencia, a continuación se señalan algunos aspectos y características relevantes.

CARACTERISTICAS Y DETECCION DE SUJETOS DE ALTO RIESGO EN FARMACODEPENDENCIA.

Al tratar de aplicar medidas preventivas, es necesario distinguir entre las personas que están expuestas a un alto riesgo de usar drogas y aquellas en las que este riesgo no es significativo, desde luego no a todas las personas se les puede situar en uno u otro extremo, es importante diferenciarlas.

Las consideraciones anteriores llevan de inmediato a plantearse la pregunta: ¿cómo identificar a las personas de alto riesgo? Una forma de lograrlo es mediante el análisis de las características de las personas adictas y del modo en que emplean las drogas, comparándolas con quienes no usan drogas o lo hacen de manera experimental o social. De este modo puede formularse la hipótesis de que cuando las personas no adictas presentan alguna o varias características personales o sociales de los adictos, estas personas deben considerarse como de alto riesgo.

Estas características pueden ser el rendimiento en los estudios, grados de rebeldía, obediencia, el hábito de fumar cigarrillos y la actitud hacia ese hábito. Otras características que son indicadores del posible riesgo son la disponibilidad de drogas, el contacto con amigos que las consumen y la utilización previa de drogas legales como el alcohol y el tabaco.

Las actitudes y conductas que aparecen con mayor frecuencia en los usuarios de drogas son una imagen negativa de sí mismos, actitudes negativas o problemas con respecto a la autoridad, ausencias escolares y rechazo de los valores de la sociedad. Otros factores que están presentes en muchos farmacodependientes

tienen que ver con las relaciones familiares e interpersonales, caracterizadas por la presencia de hogares desunidos, cambios frecuentes de residencia, migración y situación marginal. Otra característica importante es la integración de un grupo antisocial que aboga por el consumo de drogas, pues es otro indicador de que sus integrantes pueden hacer uso y/o abuso de drogas.

A continuación, se señalarán algunas investigaciones que presentan los indicadores de alto riesgo del problema de la farmacodependencia.

Clarac y Rosales (1976) llevaron a cabo una investigación con la finalidad de determinar los indicadores del proceso de la farmacodependencia y de la personalidad del farmacodependiente, características económicas, psicológicas y sociales de su familia.

Participaron 70 jóvenes que presentaban las siguientes características:

- a) Edad: 16 a 20 años.
- b) Ubicación geográfica: México, D.F. y zonas suburbanas colindantes.
- c) Existencia de farmacodependencia. Todos fueron seleccionados a través de instituciones y de contactos personales que conocían a los jóvenes farmacodependientes; esto implicó tener jóvenes de colonias residenciales, populares y "paracaidistas". Se llevo a cabo un estudio de casos a través de la aplicación de una entrevista cualitativa y la

observación de una trabajadora social.

Los datos se ordenaron bajo dos áreas:

- a) La familia: lugar de origen de los padres, nivel cultural, trabajo y situación económica, aspecto habitacional, ambiente familiar y el uso de alcohol y drogas en la familia, y
- b) El farmacodependiente: datos generales, crecimiento físico y desarrollo emocional, escolaridad, trabajo, vida sexual, delincuencia, tiempo libre y farmacodependencia.

En general se observó una movilidad social elevada ya que más de la mitad de las familias inmigraron al D.F., donde nacieron la mayoría de sus hijos.

Los problemas familiares aparecen como determinantes en el uso de drogas por el adolescente, ya que la mayoría presentó disfunciones en las relaciones interpersonales con los miembros de la familia (familias disfuncionales).

Con respecto al medio escolar, se encontró que en varios de los jóvenes, este medio indujo e incluso favoreció el consumo de drogas.

La mayoría de los jóvenes ha trabajado o trabaja, habiendo en ellos una gran insatisfacción en cuanto al desempeño y remuneración, ésto entraña carencias en la realización personal y la imposibilidad intelectual y psicológica para asumir responsabilidades, por lo que cambia constantemente de trabajo, vive temporadas de vagancia y canaliza sus aspiraciones hacia otras actividades como la farmacodependencia.

En lo que al medio social se refiere, se encontró que éste no ofrece al joven la posibilidad de acciones productivas ni recreativas que le permitan encauzar su tiempo libre, dejando un marco amplio para la vagancia y actividades antisociales que suelen ejecutar en pandilla.

La mayor parte de los jóvenes utilizaban diferentes tipos de drogas, pero la marihuana sobresalía, aunque los inhalantes prevalecían en las clases económicas bajas.

Más de la mitad de los jóvenes declararon haber infringido las leyes de una o varias veces, siendo en ocasiones detenidos por robo o por drogadicción.

Por otro lado, Muñoz (1987) habla acerca del ausentismo estudiantil, y señala que las escuelas en México enfrentan un grave problema que lleva a los jóvenes a la deserción escolar. Entre las razones que determinan el abandono de la escuela son el bajo rendimiento escolar (93%) aunado a esto, la falta de apoyo de los padres en las actividades académicas de sus hijos (86%).

De esta manera es necesario estudiar entre las características señaladas como resultados de investigaciones que permita identificar mejor a las personas denominadas de alto riesgo.

Los organismos de salud y asistencia social también pueden detectar a las personas que pueden beneficiarse con las actividades de prevención primaria y de aquellos que están necesitadas de los servicios preventivos secundarios y terciarios. Para cumplir con las tareas de prevención primaria,

las actividades de información y educación juegan un papel importante, debiendo emplearse cada una de ellas para propósitos específicos y grupos cuidadosamente definidos.

Resumiendo, se presentarán las características de los jóvenes en "alto riesgo" de diferentes autores. Sarason (1968); Sarason y Ganzer (1969, 1973) mencionan: a) que son propensos a la expulsión definitiva; b) presentan inasistencia escolar; c) indisciplina; d) bajo rendimiento escolar y así como e) bajo nivel de ingreso familiar.

Clarac y Rosales (1976) señalan las siguientes características: a) son jóvenes con problemas familiares (familias disfuncionales y/o familias inestructuradas) y b) que habitan en zonas marginadas.

Castillo (1978) menciona dos características de riesgo: a) la disminución del rendimiento escolar y b) el abandono prematuro de los estudios.

Los Centros de Integración Juvenil (1985) mencionan las siguientes:

a) Se presenta el ausentismo escolar; b) bajo rendimiento escolar; c) problemas de conducta escolar y d) problemas familiares.

Con base en lo señalado anteriormente, se puede observar que los sujetos que comienzan a presentar algunas de estas características, se les puede denominar de "alto riesgo" y que muy posiblemente de no intervenir oportunamente caerán en la farmacodependencia, delincuencia u otros problemas semejantes, por lo que las actividades de los Programas de Prevención deben

encaminarse a la detección oportuna de casos que aún no presentan el problema de consumo de drogas y/o delincuencia, etc., como es el caso de los alumnos propensos a ser expulsados de las escuelas, lo que les llevará a tener tiempo libre y poco a poco involucrarse en el consumo de drogas y/o conductas delictivas.

De aquí la necesidad de llevar a cabo diversos métodos dirigidos básicamente a la prevención.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

A continuación se revisarán las diversas estrategias y acciones desde el punto de vista preventivo:

- a) Acciones preventivas dirigidas hacia la producción y distribución de la droga.
- b) Acciones preventivas dirigidas hacia el hombre.
- c) Acciones preventivas dirigidas hacia el medio ambiente. El Comité de Expertos de la OMS en farmacodependencia (1989) señala la importancia de reducir la incidencia o gravedad de los problemas asociados con el uso y abuso de drogas, causantes de dependencia. Este objetivo general puede subdividirse en los siguientes objetivos específicos.

- 1.- Limitar la disponibilidad de determinadas drogas causantes de dependencia.
- 2.- Reducir el interés por las drogas causantes de dependencia, así como la demanda y la aceptación social.
- 3.- Reducir la incidencia y la gravedad de las

complicaciones (del comportamiento físico y sociales) que padecen quienes hacen uso de esos productos.

- 4.- Mejorar el conocimiento de las causas de los problemas relacionados con el uso de estas sustancias y de la eficacia de los distintos métodos utilizados para prevenir esos problemas (CIJ, 1987).

*ACCIONES PREVENTIVAS DIRIGIDAS HACIA LA PRODUCCION Y DISTRIBUCION DE DROGAS.

Teniendo en cuenta que la disponibilidad de una droga es un requisito previo para su consumo y por lo tanto de la aparición de cualquier problema relacionado con ese uso, la disposición legal prohíbe y limita la disponibilidad de las mismas siendo ésta una de las medidas preventivas más recurridas.

Las medidas a limitar el cultivo, la producción, la preparación, el comercio y la distribución de algunos tóxicos, para fines ilícitos, se impone en leyes y reglamentos sobre la materia.

La prescripción de drogas sometidas a fiscalización a personas dependientes debe iniciarse, de ser posible, cuando el interesado empieza a adquirir el hábito, pues se ha comprobado que es en esta primera fase cuando muchos usuarios intentan hacer proselitismo entre amigos y conocidos.

*ACCIONES PREVENTIVAS DIRIGIDAS HACIA EL HOMBRE

La información como medida preventiva es una forma de comunicación que tiene como objeto sensibilizar a la población

en general sobre los factores que inciden en el consumo de drogas y que lo definen como un problema de salud que afecta a la población en general.

Se trata de un proceso en el que los elementos principales son básicamente informaciones relativas a las drogas mismas y a sus efectos dañinos sobre la población así como informaciones en torno a la legislación referente a las drogas y otras formas de control social. Por el contrario, la educación relativa a las drogas es un amplio conjunto de actividades concertadas en torno a situaciones que ponen en juego al maestro y al discípulo, y una experiencia que tiende a multiplicar las ocasiones de desarrollo intelectual, emotivo, psicológico y fisiológico de los jóvenes.

En resumen las actividades de información consisten en el envío de mensajes en un solo sentido, de la persona que los trasmite a la que espera recibirlos. Normalmente el destinatario no tiene la posibilidad de hacer preguntas. Las actividades educativas, en cambio, permiten la comunicación en los dos sentidos.

Para que resulte eficaz, la información que se brinde sobre el tema de las drogas debe ser exacta y creíble; a la vez, la fuente emisora del mensaje debe estar considerada como bien informada y digna de crédito. También es importante que las personas que reciben la información aprecien la fuente de la que procede y la consideren como algo familiar o, al menos; capaz de entender sus necesidades.

Así se llega a la conclusión que los diferentes grupos necesitan diferentes tipos o grados de conocimientos, de acuerdo

a sus características. Así que se requerirá la información adecuada acerca de la acción farmacológica de los tóxicos; los padres de familia se interesarán en conocer los factores sociales que facilitan o inhiben el consumo de drogas; mientras que la información que se facilite a los jóvenes debe ser compatible con los conocimientos farmacológicos básicos y corresponder a la experiencia real de los usuarios.

Con frecuencia se ha dicho que la farmacodependencia podrá evitarse mediante sencillos programas de información al público; por desgracia, no existen pruebas a favor de esta afirmación optimista y en cambio hay muchas razones para dudar de ello. Por exacta, convincente o adecuada que sea, la información por sí sola no influirá necesariamente sobre el comportamiento hasta que el individuo no la relacione con sus experiencias, percepciones, sentimientos, valores y modo de vida propios (CIJ, 1987).

La información relativa al uso de drogas no debe presentarse a grupos numerosos, sin dar a los interesados la oportunidad de discutir con una persona en un grupo suficientemente reducido, para establecer una comunicación eficaz en ambos sentidos, es decir, adoptar un criterio más educativo que informativo (Programa contra la Farmacodependencia 1985). Las instituciones que utilizan la estrategia de la orientación son las escuelas (cuando se dirige a padres de familia y a maestros) y cuando se dirige a alumnos se utiliza la misma información y orientación familiar preventiva.

De lo anterior, se concluye la necesidad de aplicar la estrategia de la orientación en los adultos significativos en el

proceso educativo, más allá de la mera información sobre el fenómeno; y esto se ha instrumentado con el Proyecto Escuelas, en donde se atienden a niños, púberes y adultos a fin de prevenir la aparición del uso-abuso de fármacos.

La orientación también puede estar encaminada hacia el ámbito familiar, ya que la comprensión de una sociedad en cuanto a su proceso y manifestaciones (fenómenos o problemas sociales) requiere de un análisis de aquellos grupos que la conforman en especial la familia como grupo, pues es a través de ella que el individuo tiene los primeros contactos con el grupo social al que pertenece; de esta manera la familia se convierte en un grupo que al presentar cambios en su interior influye en la formación del individuo y en consecuencia en su dinámica social.

*ACCIONES PREVENTIVAS DIRIGIDAS AL MEDIO.

Las condiciones sociales y económicas adversas y otros factores ambientales, si bien se asocian a menudo con el uso de drogas, no son necesarios ni suficientes para provocar el uso de tóxicos; desde luego, cualquier situación social que produzca pobreza, discriminación o desamparo, aumentará la probabilidad de un comportamiento anómalo por parte de algunas personas. Ya que esa conducta, si se presenta, tome o no la forma de un problema de farmacodependencia dependerá de muchos factores, como es la disponibilidad de las drogas; la significación atribuida al consumo de drogas en esa cultura, los intereses y necesidades del individuo, etc.

Teniendo en cuenta la variedad de usuarios, de drogas y

contextos de uso, así como la interacción de esos tres factores, es poco probable que pueda organizarse un programa de intervención que resulta eficaz en todas las situaciones. Cada contexto requiere de un método diferente de prevención. De igual modo, los programas eficaces para un tipo de droga o de usuario, pueden ser ineficaces para otros individuos. De esto se concluye de que es imposible bosquejar un programa preventivo universalmente aplicable, pues cada sociedad, e inclusive comunidad, debe preparar un programa importante a su estructura y necesidades.

Otro aspecto importante sobre las medidas dirigidas contra el medio, lo constituyen las medidas de carácter legislativo, que pueden tener como objetivo el limitar la disponibilidad de las drogas, autorizar o fomentar la organización de servicios de tratamiento, establecer el tratamiento obligatorio de las personas que consumen drogas causantes de dependencia de un modo destructor o ilícito; castigar a las personas por el uso de drogas o actos estrechamente relacionados con ese uso, sancionar a quienes se dedican al tráfico de drogas, y disuadir a otros del consumo, o tráfico de esos productos. A fin de resumir se presenta el cuadro 3.

Por otra parte las actitudes de una sociedad pueden verse reforzadas por la publicidad de sustancias generalmente aceptadas por la sociedad, como sucede con el alcohol y el tabaco.

Nowlis (1976) en el modelo sociocultural centra su atención en el medio ya que la farmacodependencia bajo este enfoque se consideraba como un producto de problemas sociales tales la

pobreza, hacinamiento, desnutrición, migraciones, urbanización, industrialización, desempleo, etc. La estrategia de prevención en que se basa este modelo considera prioritaria la adaptación de la sociedad a las necesidades del individuo, por lo mismo, las medidas preventivas se encaminan a modificar las instituciones, a elevar el nivel de vida, a hacer del trabajo una actividad más estimulante y menos enajenante, a reducir la aceptabilidad social de las drogas lícitas y, en suma a transformar la vida para que sea más satisfactoria y haya menos necesidad de consumir drogas. Estas afirmaciones coinciden con las consideraciones de la OMS en lo referente a las medidas legislativas, la propaganda y la farmacodependencia en algunos grupos minoritarios.

Como se ha visto en los modelos preventivos por ejemplo el Etico-Jurídico se propone alejar a la droga del individuo, el Médico-Sanitario alejar al individuo del tóxico, el Psicosocial pretende adaptar al individuo a la sociedad, y el Sociocultural a transformar la sociedad para acercarla al individuo.

Si bien cada una de las acciones descritas anteriormente señalan aspectos importantes para controlar y prevenir el problema de la farmacodependencia, es necesario una visión totalizadora que engloba los cuatro modelos anteriores para que una estrategia de prevención cualquiera que sea su modelo inspirador, tenga el impacto deseado. Según Llanes (1983) la visión totalizadora debe considerar tanto los factores inherentes al individuo como la disponibilidad y peligros de la droga y al medio ambiente en toda su complejidad socio-política, económica, etc. Cualquier intento por atacar la farmacodependencia sin la

Con base a lo anterior, es evidente que el problema de la farmacodependencia adquiere matices diferentes de acuerdo con las diversas culturas y estructuras sociales y políticas, lo que determina que sus causas y efectos varíen considerablemente de un país a otro. Esto conlleva a la conclusión de que las estrategias de prevención no deben aplicarse indiscriminadamente en todas las situaciones.

Dado que el fenómeno del consumo de drogas constituye un problema en todos los aspectos: individual, familiar, social, etc., es necesario que se adopten medidas preventivas que conduzcan a una solución y a una forma de control de la misma, pues amenaza tener una mayor expansión, Medina Mora y cols. (1986), Medina Mora y Ñequis (1993).

CAPITULO III

PREVENCIÓN DE LA FARMACODEPENDENCIA EN EL ÁMBITO ESCOLAR.

Con base en el objetivo de la investigación el presente programa preventivo dirige sus acciones hacia el cambio de tipo de conductual, utilizando técnicas y procedimientos efectivos para adquirir y desarrollar repertorios académicos y conductas socialmente aceptadas y cuyo déficit está relacionado con el riesgo de experimentar y consumir drogas de acuerdo a los datos reportados por múltiples investigaciones epidemiológicas, así como de resultados de centros de tratamiento (Castro, 1974; Mata y cols., 1987, C.I.J., 1989).

Específicamente, se mencionan y señalan características asociadas al uso y abuso de drogas como lo son: la baja motivación del logro académico, indisciplina, ausentismo, problema de conducta y como consecuencia expulsiones temporales o definitivas de la escuela, que los conducen a la deserción escolar y de esta manera se podría perder todo contacto con la escuela aumentando la probabilidad de experimentar con drogas.

La importancia de la escuela en la prevención de la farmacodependencia es relevante, ya que esta es, después de la familia, el medio en el que el niño y el adolescente pasan gran parte de su tiempo conviviendo con sus maestros y compañeros, formando e integrando su personalidad a través de las distintas influencias y conocimientos recibidos. De esta manera la escuela puede orientar, coordinar, crear y llevar a cabo alternativas de tipo preventivo a este grave problema al que se enfrentan las escuelas.

Es así que los jóvenes problema, quienes presentan un alto índice de ser desertores o expulsados tienden con frecuencia a asociarse o relacionarse con los compañeros que ya han desertado o han sido expulsados (Museen y Conger, 1979).

No se pretende señalar a la escuela en sí misma como culpable del problema, puesto que es evidente que existen factores económicos, sociales y culturales y hasta personales, que se conjugan para que se presente el problema de la expulsión o la deserción escolar. Por ejemplo, se ha encontrado que la escuela a la que asisten los muchachos marginados suele estar muy deteriorada físicamente (hasta el punto de ofrecer un peligro para la salud y su seguridad) se haya sobrepoblada, carente de recursos físicos esenciales (patios de juego, laboratorios, talleres, etc.) de personal suficiente y del equipo fundamental como son libros y materiales didácticos; aunado a esto se presenta la negligencia por parte de los maestros y autoridades de las escuelas para participar en programas de beneficio a sus alumnos y más cuando se les pide su participación directa (Museen, 1979). De la Garza y Vega (1983) mencionan que cuando se presenta el problema de la experimentación de las drogas en la escuela, las soluciones al problema que dan las autoridades o maestros son las siguientes:

- 1) Algunas escuelas realizan charlas antidrogas. Por ejemplo Louria (1981) señala que las charlas suelen ser en forma espontánea en una clase con duración de cuarenta minutos, en la que se transmite un panorama muy general por la brevedad de las mismas, y que pueden suscitar un interés por

probarlas, en lugar de prevenir su uso.

- 2) Otras escuelas niegan el problema haciendo un esfuerzo por no enfrentar las críticas o la deficiente información de los maestros.
- 3) Algunos maestros tratan de conocer el motivo o los motivos del alumno sin saber a ciencia cierta que hacer en estos casos, y terminan por enviarlo al Departamento de Orientación Vocacional o con la trabajadora social de la escuela.
- 4) Otras recurren a la expulsión de quien usa drogas, la cual es una medida ineficaz y contraproducente, pues implica, como lo señalan Mendoza y Vega (1985), marginarlo de sus compañeros de estudio y de la convivencia con ellos, precipitándolos hacia grupos marginados que quizá consuman drogas más peligrosas, o bien las mismas con mayor frecuencia o mayor cantidad. Al expulsarlos de la escuela, se les puede orillar a integrarse a estos grupos de jóvenes que no estudian como lo señalan varios reportes (Programa contra la Farmacodependencia, 1986). Se podría decir que los muchachos que aún no presentan el consumo de drogas, pero que sin embargo, presentan problemas de conducta, baja motivación de logro académico inasistencia, etc., podrían considerarse "propensos" a la delincuencia o a la farmacodependencia (Sarason y Sarason, 1981).

Es razonable concluir que se debe proporcionar a los sujetos que presentan estas características en la escuela, el apoyo necesario. De la Garza y Vega (1985) plantean que los programas

educativos más eficaces sobre consumo y experimentación de drogas son aquellos en los que participan los padres, representantes de escuelas, la comunidad e incluso los mismos estudiantes. Su organización y puesta en marcha debe estar a cargo de una comisión formada por miembros representantes de estos diferentes grupos, pues es la mejor forma de conseguir su participación en todas las actividades educativas.

Existen centros escolares en las que la asociación de padres en coordinación con los profesores, organizan diferentes actividades educativas sobre las drogas, tales actividades están dirigidas unas veces a los padres y otras a los estudiantes. Para la consistencia de estas acciones es importante la relación entre la escuela y la familia.

Estas condiciones cubren una serie de responsabilidades de tal forma que cada escuela y cada distrito escolar deben tomar las decisiones más oportunas en cada caso, de acuerdo con sus responsabilidades.

De la Garza y Vega (1985) sugieren las siguientes:

- 1) Ayudar al desarrollo de procedimientos para la detección de uso y abuso de drogas.
- 2) Preparar procedimientos para orientar y tratar a los estudiantes que experimentan con drogas.
- 3) Apoyar al desarrollo de programas educativos adaptados a los diferentes niveles de prevención.
- 4) Ayudar en el desarrollo de programas educativos para padres.
- 5) Apoyar y reforzar, los programas de formación previa de los maestros.

- 6) Ayudar a preparar y determinar las políticas y procedimientos escolares.
- 7) Colaborar en la selección del coordinador sobre el conocimiento de las drogas y sus efectos y sus consecuencias.
- 8) Proporcionar asistencia en los estudios de la incidencia de las drogas, para determinar la extensión del problema entre los estudiantes.
- 9) Seleccionar el material adecuado de formación.
- 10) Ayudar a diseñar procedimientos para evaluar el programa.

En relación a estos puntos el maestro deberá comprender sus limitaciones reales para tenerlas en cuenta, organizar las actividades de forma que puedan participar y colaborar. Habrá que buscar el tiempo adecuado, presentar los temas con una realidad, y con un lenguaje adecuado a su nivel cultural, escuchar sus problemas, y respetar su manera de ver las cosas.

De acuerdo con Dallal y Castillo (1986) la función del maestro tiene lugar en el terreno de la prevención en sus tres niveles ya citados anteriormente en relación al programa de la farmacodependencia, en la prevención primaria puede contribuir tanto métodos de información que incluyen actividades diseñadas para modificar el ambiente de tal manera que el problema de la farmacodependencia no se desarrolle. En relación a la prevención secundaria contribuye básicamente a descubrir y/o detectar oportunamente casos que ameriten su atención y la canalización a un profesional. Por lo que respecta a la prevención terciaria, puede contribuir supervisando y apoyando el desarrollo y

conclusión de un tratamiento.

De todo lo señalado se puede concluir que en el terreno de la prevención de la farmacodependencia la escuela tiene un papel primordial, ya que independientemente de su finalidad, sus métodos de enseñanza, sus contenidos y su función social, consiste también en conducir a los alumnos a su incorporación a la sociedad, favoreciendo en ellos el desarrollo integral. Como lo afirma Springer (1976) "La escuela tiene una definitiva influencia en la salud mental, pues no sólo consiste en ganar habilidades y desarrollar aptitudes, sino en satisfacer necesidades emocionales de fundamental importancia para el individuo.

Por lo tanto conscientes de la necesidad de incluir al maestro en los programas preventivos, se han llevado a cabo estudios dirigidos a su capacitación y evaluación de habilidades que les permitan manejar adecuadamente esta problemática (Hoch y Olszowy, 1981; Vega, 1982; Hochcharw, 1980). Estos programas coinciden en señalar la escasa capacitación que los maestros han recibido sobre la farmacodependencia, por lo que proponen desarrollar cursos de capacitación y/o programas de cambio de actitudes que corrijan estas deficiencias.

Como se puede apreciar, resulta paradójico que siendo el maestro, como bien lo señala Flach (Citado en Cohen, 1977) "un recurso primario para un efectivo ataque de las causas del abuso de drogas", éste cuente con pocas o ninguna habilidad para participar de una manera activa y con conciencia. De todo lo anterior, se deriva la necesidad de capacitar al maestro sobre

la farmacodependencia y aspectos relacionados con la misma, a fin de que su participación sea efectiva. Varios autores apoyan esta afirmación como el trabajo de investigación de Barrera y Chávez (1987) quienes diseñaron un taller de prevención de farmacodependencia dirigidos a maestros cuyo objetivo fue el proporcionar al maestro elementos teórico-prácticos, que les ayudará a optimizar el desarrollo y específicamente a prevenir problemas con sus alumnos, fueran éstos de aprendizaje-conducta, o tan graves como el caso de la farmacodependencia. Diseñaron un taller para maestros de escuelas secundarias, por ser ellos quienes precisamente laboran con la población más susceptible para iniciarse en la experimentación y consumo de drogas, con jóvenes entre las edades de 10 a 15 años de edad.

Se encontraron resultados que nos llevan a concluir que los maestros que tomaron el taller sobre prevención de la farmacodependencia, mostraron cambios y actitudes significativas en el conocimiento e información de esta problemática y que muy probablemente el haber asistido al mismo fue el responsable del logro de tales cambios; los cambios positivos logrados en el grupo de maestros que tomaron el taller, refieren básicamente que después de la impartición del taller sienten poseer los conocimientos necesarios para detectar problemas en relación a la farmacodependencia en sus propios grupos, así como problemas conductuales y/o de aprendizaje.

Otro estudio es realizado por Sloggett (1978) y cuyo objetivo era reducir en el salón de clases las conductas inapropiadas y aumentar el rendimiento académico. Se implementó un sistema de

reforzamiento por medio de una economía de fichas. La investigación se llevó a cabo con 24 sujetos, entre los 14 y los 17 años de edad, que faltaban constantemente a la escuela; algunos de ellos habían estado en correccionales y todos eran "rechazados" es decir estudiantes con una mala conducta, quienes ya no se les aceptaba en el medio escolar. Se dividió a los sujetos en cuatro grupos de seis miembros cada uno con base en competencia social, por ejemplo; pasividad-agresividad. Al finalizar la clase cada muchacho entregaba tareas, así cada uno contribuía a la puntuación de su grupo y cada equipo intercambiaba los puntos totales por recompensas, se reforzaba que los muchachos trabajaran en grupo y se les motivaba a ayudarse mutuamente. Se usaron puntos como reforzamiento y al finalizar cada semana se sumaban los puntos que se traducían en calificaciones. Así cada joven obtenía la calificación del equipo para si mismo. Este estudio también fomentó el desarrollo de toma de decisiones ya que el programa no se les imponía a los muchachos, sino que ellos opinaban acerca de como les gustaría que se llevara a cabo, ellos decidieron elegir temas académicos de estudio, definir las conductas adecuadas en una clase y elegir las recompensas.

En cuanto a resultados, sólo se llevaron a cabo pre y post-evaluaciones en la materia de matemáticas y aquí se encontraron diferencias muy significativas; según iba avanzando el semestre, la mala conducta disminuyó notablemente, y al final del programa, eran mínimas las conductas negativas. Paralelamente a la disminución de conductas negativas, apareció la presión por parte

del grupo para que se presentara buena conducta; en cuanto a la asistencia esta mejoró considerablemente, superando el promedio de clase del resto de la escuela.

Es razonable llegar a la conclusión de que se les debería proporcionar a los sujetos que presentan características de alto riesgo la ayuda necesaria y adecuada. En base a todo lo señalado, en la presente investigación se propuso un programa de prevención de la farmacodependencia que brindó a los sujetos las habilidades académicas y sociales que les permitiera no perder contacto con la escuela y a su vez obtener las habilidades necesarias para integrarse a su medio escolar, familiar y social, por medio de la formulación de contratos conductuales apoyado por una economía de puntos.

Para comprender este procedimiento, se considera importante revisar y definir los contratos conductuales, ya que con frecuencia se diseñan las contingencias de reforzamiento en forma de contrato entre los individuos que desean que cambie la conducta, como son los padres, profesores, terapeutas asesores y las personas cuyas conductas van a ser cambiadas como estudiantes niños y jóvenes que presentan conductas inapropiadas, y/o pacientes de hospitales (Hollnagel y cols., 1969; Tharp y Wetzel, 1969). Ambas partes firman el contrato indicando que están de acuerdo con cada uno de los términos estipulados en el contrato.

DEFINICION DE CONTRATOS CONDUCTUALES.

El concepto de contrato conductual fue originalmente manejado por Tharp y Wetzel (1969), y ha sido utilizado desde entonces por

los principales programas de tratamiento para delincuentes (Alexander, 1973, 1974; Parsons y Alexander, 1972, 1973; Witz y Tatler, 1974).

La mayoría de los trabajos publicados sobre contratos conductuales involucra a dos o más individuos y se han centrado en interacciones familiares, de tipo laboral y académico, por ejemplo entre padres e hijos y entre parejas (esposo-esposa; maestro-alumno; terapeuta-paciente) aunque también se han formulado "autocontratos (Watson y Tharp, 1972).

Algunos investigadores concuerdan sobre la necesidad de negociar con el cliente acerca de las contingencias que se emplearán en el programa. Lovitt (1969) y Lovitt y Curtiss (1969) descubrieron que los niños mostraban tasas más elevadas de conducta académica; como estudiar, solucionar problemas, etc.), cuando se les permitía escoger a ellos mismos sus propios reforzadores que cuando sus maestros los elegían, incluso si los reforzadores eran idénticos.

De la misma forma, Fixen, Phillips y Wolf (1963) informaron que los sujetos que presentaban conductas predelinquentes y antisociales se les daba la responsabilidad para determinar que consecuencias se darían al violar las reglas y de esa manera participaban más activamente y proporcionaban mayores informes sobre las violaciones de las reglas que determinaban, que cuando los maestros o los padres determinaban las consecuencias.

La técnica de contrato conductual, que se utilizó en la presente investigación, es una técnica sistematizada por Stuart (1971) quien señala que un buen contrato conductual deberá

detallar los privilegios que cada parte espera obtener con el contrato. Por ejemplo, unos padres que desean que el niño termine su tarea, que vaya a la escuela regularmente, etc. y por otro lado el niño quiere tiempo libre para estar con sus amigos, un "domingo" adicional y otros reforzadores. También deben ser fácilmente observables las conductas del usuario, si los padres o los profesores no pueden determinar si se ha cumplido una responsabilidad, no pueden dar un privilegio. Por lo tanto, hay algunas conductas que no se pueden incorporar fácilmente en el sistema de un contrato. Por ejemplo frecuentemente los padres no pueden saber con facilidad si su hijo adolescente visita ciertas amistades de tal forma que no sería recomendable incluirlo en un contrato. El contrato proporciona sanciones por fallas a los términos, el sujeto deberá estar enterado de las condiciones por no cumplir con la responsabilidad del contrato, y cuales consecuencias le seguirán. Las consecuencias, por no cumplir con los términos del contrato, son sistemáticas y se planean de antemano (o sea convenidas por ambas partes) y no de una manera arbitraria e impositiva. Un contrato puede tener una cláusula de bonificación que refuerce el cumplimiento consistente al contrato. Las bonificaciones (privilegios adicionales, actividades o una extensión del límite de salidas) se pueden usar para reforzar la ejecución deseable durante un período prolongado. La ejecución consistente en la vida diaria no obtiene a menudo recompensas. Frecuentemente no se presta atención a la ejecución debido a que los individuos la dan por hecho.

Para un paciente cuya conducta se ha desarrollado

recientemente, es crucial proporcionar reforzamiento por una ejecución consistente. Las bonificaciones que se expresan en el contrato funcionaran para este propósito.

El contrato deberá proporcionar un medio para controlar la tasa de reforzamiento positivo dado y recibido, los registros mantenidos informan a cada parte acerca de cuando va a ocurrir el reforzamiento y proporcionar retroalimentación constante. Además, los registros pueden señalar a los individuos como hacer comentarios favorables sobre la conducta deseable, como cuando está a punto de ganar un reforzador de apoyo (Stuart, 1971).

De acuerdo a los trabajos de Martín y Pear (1978) cita una serie de elementos para desarrollar un contrato:

- 1.- Un enunciado o declaración clara de la conducta objetivo.
- 2.- Una método de recolección de datos (registro).
- 3.- Los reforzadores o incentivos a ser utilizados, así como la forma en que deberán ser administrados.
- 4.- Los problemas potenciales a los que se enfrentará la persona al llevar a cabo las conductas establecidas y la manera en que deberán ser manejadas o resueltos.
- 5.- Una cláusula que señale la pérdida de incentivos o privilegios en caso de que no se cumpla con el contrato.
- 6.- La definición del tiempo en que deberá cumplirse y/o revisarse el avance o progreso de la persona.
- 7.- La firma de las personas involucradas en el Contrato (para registrar su acuerdo) y la fecha en la que el contrato es firmado por las partes.

Los componentes del Contrato Conductual son:

a) Asegura que todas las partes involucradas están de acuerdo con las metas, procedimientos y reforzadores establecidos; y que no perderán de vista durante el curso del tratamiento.

b) Debido a que las metas son especificadas conductualmente, el contrato también asegura que a lo largo del programa todas los integrantes estarán de acuerdo en qué y cómo hacer para alcanzar las metas establecidas.

c) El contrato proporciona a la persona una estimación realista del costo del programa y el esfuerzo que le implicará en términos de su tiempo, esfuerzo y dinero.

d) Las firmas de los involucrados en el contrato, ayuda a asegurar que todas las partes se apegarán a los procedimientos específicos que se señalan, ya que la firma de documentos en nuestra sociedad, representa un compromiso moral muy fuerte.

Cuando se observe un fracaso en el cumplimiento de un contrato, deberá revisarse éste en la siguiente sesión para analizar las conductas y criterios establecidos y llegar a una renegociación. Por ejemplo, si uno de los integrantes no puede cumplir con alguno de los puntos del contrato, deberá informarlo a la otra parte junto con el terapeuta, para ser discutida la dificultad o fracaso, analizar otras alternativas y así llegar a re-elaborar el contrato que también deberá ser firmado y fechado.

Tharp y Wetzel (1969) consideran que los contratos conductuales establecen las expectativas y contingencias que conciernen a todas las partes, y que puedan llegar a ser una

forma sistemática de tratamiento.

Se puede utilizar reforzador, cuando cada participante firma el contrato y el programa se pone en marcha.

El objetivo de los contratos conductuales es asegurar que las actividades contempladas en el plan de tratamiento sean llevadas a la práctica en un tiempo relativamente corto. Ante todo resulta pertinente descomponer las conductas complejas en otras mucho más sencillas para que los cambios sean sistemáticos y secuenciados, estableciendo paso a paso, conductas que forman parte de una conducta mucho más compleja.

En resumen el contrato conductual es un acuerdo entre el terapeuta y el usuario acerca de lo que van a realizar para alcanzar un objetivo de cambio conductual. A este respecto Stuart (1971) declara que además de ayudar a sistematizar un tratamiento, brinda la oportunidad de contar con indicadores objetivos del impacto del tratamiento, al punto de contar con parámetros claros para dar de alta a los usuarios de un programa de tratamiento.

Un contrato conductual es un enunciado o declaración muy clara de qué individuos y qué conductas se comprometerán a realizar para ser reforzadas, qué tipos de reforzadores se utilizarán y quién otorgará estos reforzadores. Algunos autores han definido al contrato conductual como una programación de intercambio de reforzadores entre dos o más individuos (De Risi y Butz, 1980; Sundel y Sundel, 1975).

Kanfer (1975) precisa que los contratos se usan con tres intenciones fundamentales:

- a) Para ayudar a la persona a iniciar acciones específicas.
- b) Para establecer un criterio claro y preciso de mejoría.
- c) Como un instrumento para clarificar las consecuencias de emitir una determinada conducta.

Las distintas ventajas que presenta el contrato conductual son:

En primer lugar, es que se les permite a los sujetos colaborar en el diseño o en la aplicación del programa, pues la ejecución puede ser mejor, que si fuera impuesto el programa (Lovite y Curtiss, 1969). De aquí que en general los programas pueden ser efectivos si se realiza un acuerdo terapéutico en forma de contrato.

En segundo lugar, las contingencias especificadas en el contrato no tienen las posibilidades de ser aversivas para el paciente. El sujeto puede negociar las consecuencias y requisitos para el reforzamiento.

En tercer lugar, los contratos generalmente son flexibles.

De esta manera los programas terapéuticos pueden ser efectivos si se llega a un acuerdo sobre los cambios conductuales requeridos a través de la formulación de contratos conductuales. En lugar de imponer o determinar unilateralmente estos cambios. Logrando por consiguiente una mayor adherencia terapéutica.

Se citaran a continuación algunos ejemplos de aplicaciones clínicas exitosas por medio de la formulación de contratos

conductuales.

Miller (1972) empleó un contrato para un hombre adulto alcohólico y su esposa, ya que el beber en exceso era la fuente principal del conflicto de tipo conyugal que se había presentado. Al ser detectado el problema, se registraron datos de línea base durante dos semanas, acerca del número diario de bebidas alcohólicas que consumía el esposo. Se diseñó un contrato que especificaba que el esposo podía tomar solamente de una a tres bebidas o copas, en lugar de las siete u ocho bebidas promedio (datos tomados durante la línea base) y únicamente podía beberlas antes de la comida. Por cualquier otra bebida extra, el esposo tenía que pagar una cantidad de dinero (veinte dólares) a su mujer, la cual ella podía gastar tan frívolamente como le fuera posible. La esposa estuvo de acuerdo en abstenerse de emitir respuestas verbales negativas cuando el esposo bebiera, pero tenía que pagar, cierta cantidad de dinero (veinte dólares) a su esposo, si no cumplía con lo establecido.

Se incluyeron otras condiciones en el contrato, tales como incrementar la conversación y la comunicación en la pareja.

Los resultados reportados fueron favorables ya que la conducta de beber del marido decreció de una manera muy rápida, y se estabilizó en una tasa que quedaba dentro de los acuerdos estipulados en el contrato. Se mantuvieron los efectos después de un seguimiento de seis meses.

También se han utilizado contratos de contingencias para problemas maritales, De Risi y Butz (1980) citan el caso de un matrimonio joven con una serie de problemas que auguraban su

separación pues ambos habían decidido en dos ocasiones previas en divorciarse ya que en todos sus intentos por mantener su relación habían fracasado.

El esposo voluntariamente se entrenó en técnicas asertivas y posteriormente ambos participarían en un programa en donde los contratos especificaban las conductas problemas reportadas por cada uno de ellos.

Básicamente la problemática se centraba en la falta total de comunicación por lo que se acordaron conductas tales como la conversación, tiempo para que ellos compartieran, y tiempo para cada uno de ellos, para que realizarán sus actividades preferidas. Los contratos se hicieron semanales, sin embargo, al final de cada día ambos fungían como mediadores, registrando y detectando si, lo estipulado por ellos había sido llevado a cabo. Esto se hacía por medio de conversaciones, en donde la pareja daba su punto de vista, retroalimentándose y llegando así, a diversos acuerdos; se agregaron cláusulas, ya que los contratos se podían renegociar de acuerdo a los requerimientos. Los resultados obtenidos después de seis semanas, fueron que la comunicación en la pareja se incrementó en (90% de una manera favorable, evitando así su separación).

Asimismo, los contratos de contingencias se han empleado con enfermos mentales por ejemplo De Risi y Butz (1975) mencionan el caso de un joven de 20 años de edad, diagnosticado con esquizofrenia crónica, y que presentaba conductas autodestructivas y agresivas llegando a atacar y agredir a una mujer físicamente, y causando daños en propiedad ajena. Fue

sometido a un programa de contratos de contingencias durante un año y se incluyeron contratos tanto individuales como familiares.

Los primeros contratos fueron alternos primeramente de una semana y subsecuentemente de dos, las conductas que se especificaron en estos contratos fueron:

- 1) Que siguiera las indicaciones médicas y tomará sus medicamentos prescritos a la hora indicada.
- 2) Mantenerse en tratamiento psiquiátrico dentro del centro de atención.
- 3) Acatar reglas del centro tales como pedir permiso al consejero para visitar a su familia.
- 4) Restituir a los propietarios los daños que el ocasionará.
- 5) Reducir la conducta de exaltación y disminuir su conducta destructiva.

Ya revisadas y discutidas estas conductas con el sujeto en los primeros contratos, se especificaron las responsabilidades y los privilegios y las consecuencias. Los privilegios fueron que podía pasar los domingos con sus padres en su casa y obtener fichas que podían ser canjeables por reforzadores comestibles. Las penalidades si no se cumplían con las responsabilidades acordadas en el contrato, eran que no se le permitieran las visitas, y no podría ir a la casa de sus padres, y no ganaría puntos.

Los resultados reportados fueron exitosos, por ejemplo dentro de los contratos individuales, las conductas meta estipuladas en el contrato se llevaron a cabo en un 90%.

En cuanto a los contratos familiares, las responsabilidades se incrementaron en un 80% pues se realizaron las conductas meta y la comunicación familiar se estabilizó, y el tratamiento médico se hizo consistente y así las conductas destructivas e inadecuadas decrecieron significativamente un 95%.

Como puede observarse, los contratos han tenido resultados exitosos en la práctica clínica. También podemos observar que los contratos han sido utilizados con niños y adolescentes con bastante éxito. A continuación se resumieron algunas investigaciones que se han llevado a cabo en ambientes educativos y escolares, por considerar que es el ámbito donde se centra la presente investigación.

CONTRATOS CONDUCTUALES EN EL AMBITO ESCOLAR.

El contrato conductual, como se ha mencionado, estipula explícitamente una meta. Además las contingencias que habrán de aplicarse pueden estipularse en el contrato de una manera que sea mutuamente.

En sus trabajos de investigación Brooks (1980) ha informado de una aplicación de contrato de contingencias con estudiantes de secundaria de 13 a 15 años de edad con problemas de ausentismo escolar, específicamente se señala el caso de un adolescente de 13 años de edad que presentaba lapsos excesivos de ausentismo escolar. Con el riesgo de ser expulsado definitivamente.

En esta situación se empleó un contrato semanal donde se especificaba que el sujeto asistiría a todas sus clases diariamente, y así cada uno de los maestros con los que asistía a clase firmará la asistencia del joven, y al finalizar el día escolar sería el asesor quien supervisará la tarjeta de registro, de cada día, quien a su vez la madre del sujeto la revisaba, y por cada día de asistencia a clases recibiría una cantidad de dinero (25 centavos de dólar).

Los resultados que se obtuvieron indicaron que el sujeto no faltó a ninguna clase durante tres semanas completas; la madre del sujeto cumplió con su parte del contrato. Y así se mantuvieron las asistencias a la escuela. Posteriormente la carta de asistencias que debía firmarse todos los días, paso a ser firmada únicamente los viernes pero que abarcaría toda la semana escolar. Posteriormente el sujeto sintió que el presentarle la tarjeta completa a su madre era recompensa suficiente, después de tres semanas el sujeto mantuvo la asistencia académica a un 100% de modo que el programa se concluyó.

Mc Donald (1980) reportó también el uso de contrato de contingencias para disminuir las salidas de la escuela sin permiso de varios estudiantes que presentaban problemas de conducta con los maestros y directivos de la escuela. El problema de ausentismo de los estudiantes que participaron en este estudio era de un 70%.

Se elaboraron contratos semanales con cada uno de los estudiantes especificándose las conductas a modificar, y el

reporte indicó, que decreció la tasa de ausentismo en la escuela, con la ayuda de personas significativas en la vida de cada estudiante, por ejemplo: la madre de una amiga, el propietario del billar, etc., que hicieron contratos con los estudiantes al administrar contingentemente reforzadores individuales, por ejemplo: el acceso al coche de la familia, tiempo libre el fin de semana y tiempo para estar con una amiga y privilegios como el adquirir ropa o algún artículo de su preferencia. Los datos obtenidos fueron de asistencia a la escuela y la conducta apropiada con los maestros mejoró en un período de 7 semanas a un 100%, cuando se descontinuaron los contratos, y se reinstalaron posteriormente, el ausentismo disminuyó, respectivamente. Lo cual indicaba que los contratos controlaban las asistencias.

Otro estudio sobre contratos conductuales es el que informa De Risi (1980) y es sobre un joven de quince años de edad, estudiante de secundaria, quien presentaba problemas con la autoridad y robo, problemas de bajo rendimiento académico, ausentismo y conductas inapropiadas en la escuela que generaban expulsiones temporales.

Dentro del proceso terapéutico en base a contratos se definieron las conductas problemas a modificar y esas conductas fueron:

1. Vandalismo (pandillerismo).
2. Ausentismo.
3. Vagancia.
4. Bajo rendimiento académico.

5. Conflictos con autoridad.

Se tomaron datos de línea base durante dos semanas. Esta información fue registrada, durante dos horas de clase todos los días.

El mediador seleccionó las siguientes conductas que se estipularían en el contrato:

- 1). Asistir a clase.
- 2). Llegar a su casa después de la escuela.
- 3). Cumplir con las tareas escolares.
- 4). Respetar a mayores y profesores.

El contrato sobre las conductas acordadas se elaboró entre el sujeto y el asesor de la escuela; y el propietario de una tienda donde el sujeto empezó a laborar tres horas diarias.

Los privilegios con el tendero fueron reforzadores comestibles, y las consecuencias si no se cubrían las conductas señaladas en el contrato, era que no se le otorgaría tiempo libre para divertirse.

El acuerdo en forma de contratos que se elaboró con el asesor de la escuela y qué conductas se estipularon en el contrato. Y los privilegios fueron tiempo extra de recreo, y tiempo para hacer su deporte predilecto y salidas de fin de semana.

Los resultados que se obtuvieron demostraron que la formulación de contratos que durante dos semanas se llevaron a cabo, fueron las conductas de asistencia y de rendimiento

académico se incrementaron en un 84% las conductas de llegar temprano a casa, mejoró notablemente en un 70%, el cumplimiento con la tarea se incrementó en un 100% la relación con las figuras de autoridad se modificó de una manera favorable, mostrándose un respeto hacia maestros y prefectos en 100%.

En sus trabajos de investigación De Risi y Buttz (1980) utilizaron contratos con jóvenes internos en correccionales, cuyas edades fluctuaban entre 11 y 14 años de edad. Se diseñó un contrato de contingencias con un adolescente de 13 años de edad, quien presentaba conductas agresivas en su hogar y que sus padres las reportaron como conductas incontrolables.

En la institución uno de los mayores problemas del sujeto fueron respuestas inadecuadas y agresivas, tanto verbales como físicas con sus compañeros y de oposición con la autoridad.

El terapeuta que se responsabilizó del caso y en forma conjunta con el joven, enlistaron las conductas inapropiadas en un primer contrato semanal, ambos revisaron y discutieron las conductas que iban a ser modificadas. En tiempo, lugar y con las personas con las que iba a interactuar.

Los reforzadores fueron puntos que podían ser canjeables por privilegios, como tiempo extra de recreo o reforzadores consumibles.

En el segundo contrato ya detectadas y planteadas las conductas problemas el sujeto debía generar alternativas de solución con apoyo del instructor.

En el tercer contrato semanal, el sujeto debería ensayar el cómo cambiar las conductas inapropiadas descritas en el contrato

centrándose en el cambio de las conductas antisociales.

En cada uno de los contratos se daban instrucciones y retroalimentación. En los contratos 4, 5 y 6 ya las conductas descritas, se habían practicado y se llevaron a cabo conductas sociales aceptadas. En esta fase había bonificaciones adicionales, o sea 10 puntos más y se darían consecuencias al no ser cumplido lo establecido en el contrato, como por ejemplo; un atentado físico o verbal con sus compañeros o alguna conducta destructiva o desafío con el personal, como penalidad se descontarían 50 puntos por cada uno de estos incidentes.

Los resultados de este programa demostraron una significativa disminución de conductas antisociales e inapropiadas que presentaba el sujeto y también fue capaz de manejarse adecuadamente en situaciones sociales y situaciones problema.

Los contratos conductuales también se han utilizado en centro de tratamientos y rehabilitación. Como el programa basado en el modelo de "La Familia Enseñante" para la rehabilitación y tratamiento de niños y jóvenes con problemas de uso y abuso de drogas (marihuana, solventes, alcohol y pastillas).

Este programa de tratamiento centrado en la rehabilitación de este tipo de población fue seleccionado en base a las múltiples investigaciones que lo han señalado como un modelo efectivo con sujetos de diversos tipos de problemática, como son sujetos farmacodependientes, delincuentes, retardados, pacientes psiquiátricos.

El componente de este modelo, considera que uno de los principales factores que propician el surgimiento y mantenimiento

de estos problemas, es el que los sujetos carecen de diversas habilidades o conductas que les permita interactuar adecuadamente dentro de su ambiente familiar y social, y que también presentan excesos de conducta que tampoco les permite ajustarse a las normas establecidas en su sociedad.

Son estas las principales razones por las que la posición de este modelo es integrar el plan de tratamiento, que es fundamentalmente de tipo re-educativo.

Los esfuerzos terapéuticos se encuentran dirigidos a la enseñanza de conductas y habilidades que el sujeto no posee, y a la eliminación o reducción de todas aquellas conductas que no le permiten ajustarse a los criterios conductuales que deben exhibir ante los miembros que componen su núcleo social.

Por otra parte, una de las características de este modelo es que el tratamiento es individualizado, ya que las investigaciones en este campo, han señalado que en la medida en que un tratamiento se ajusta a la problemática específica de cada sujeto, así como a sus necesidades, intereses, capacidades, actitudes y motivaciones, resulta ser más efectiva.

La investigación de este modelo de tratamiento en México ha permitido generar tres alternativas de tratamiento encaminadas a la rehabilitación de sujetos farmadependientes entre los 7 y 25 años de edad, ya que ofrece la oportunidad de contar con un tratamiento que se ajusta a las necesidades de los sujetos (Mata y cols., 1985).

El tratamiento está constituido por diversas áreas:

El Area de Capacitación Académica, que tiene como objetivo entrenar y regularizar al sujeto en habilidades de tipo académico.

El Area de Capacitación Vocacional-laboral, que tiene como objetivo orientar al sujeto en sus intereses y aptitudes vocacionales y laborales.

El Consejo Psicológico Individual y Familiar, que tiene como objetivo enseñar al sujeto y a su familia diversas estrategias para la solución de sus problemas personales, familiares y sociales, a través de análisis de la situación que propició el problema, de la generación de opciones o alternativas para su solución, del análisis de las consecuencias (tanto positivas como negativas) de cada opción, de la selección de la alternativa o alternativas, más apropiadas, y finalmente, de la simulación (representación ficticia) de la alternativa u opción seleccionada.

Para cada una de las áreas ya citadas se utiliza la técnica del contrato conductual, entre el terapeuta y el sujeto en tratamiento; entre el sujeto en tratamiento y su familia, (contratos individuales y familiares respectivamente).

En el contrato se especifican claramente las conductas que se desee negociar.

A cada conducta corresponde una consecuencia puede negociarse conductas por conductas, o conductas por privilegios, estas están apoyadas por una economía de puntos, tanto el usuario como el consejero firman el acuerdo, al término del contrato se

administran las consecuencias o privilegios a que se hizo acreedor el usuario por sus logros, se revisan los objetivos que fueron planeados, se retroalimenta el usuario sobre sus avances y dependiendo de los logros alcanzados, y de los problemas aún vigentes, se formula un nuevo contrato. El consejero llevará un registro, monitoreando las conductas objetivo pactadas. El contrato se inicia con conductas sencillas y paulatinamente se reemplazan por conductas más complejas.

A la par del contrato conductual individual semanal se puede aplicar también el contrato conductual familiar quincenal en donde se especifican las conductas que debería mostrar al joven, y se pide a los padres indiquen las conductas problema que presenta su hijo en el ambiente familiar. El consejero en forma conjunta con los padres negociará conductas y las consecuencias y privilegios a las que se hará acreedor el joven a termino del contrato.

De esta manera esto ayuda a los usuarios a cambiar y modificar sus estilos de vida de tal forma que puedan integrarse al ambiente familiar y social.

A partir de esta experiencia y dada la efectividad del contrato. Otro programa de tratamiento que aplica el contrato es el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF). Este es un Centro que fue creado en 1977 como un centro de asistencia y apoyo para la enseñanza e investigación de problemas relacionados con el uso y abuso de bebidas alcohólicas tanto en el bebedor, como en su familia, es un programa multidisciplinario, y las áreas de atención y tratamiento son

psiquiatría, medicina general, psicología y trabajo social.

Como objetivo ofrece diferentes alternativas de tratamiento, combatiendo y previniendo el alcoholismo en una área de influencia (Natera y Valencia, 1989).

Específicamente dentro de los objetivos de tratamiento y rehabilitación en el área de Psicología es de proporcionar técnicas y procedimientos idóneos que les brinden a los sujetos las habilidades y estrategias necesarias para hacer frente a la problemática relacionada con la ingestión inmoderada de bebidas alcohólicas. Se cuenta con una serie de técnicas y procedimientos terapéuticos como: psicoterapia de apoyo, entrenamiento asertivo, terapia grupal, terapias breves y emergentes, terapia de pareja, terapia de familia, terapia de grupo. Se ha diseñado y estructurado el Programa de Tratamiento utilizando los contratos terapéuticos como parte del programa. Al inicio del tratamiento, es aplicado a cada uno de los usuarios explicándoles cada uno de los puntos que se acordarán en el contrato como es la asistencia al Centro, el desarrollo de actividades dentro y fuera del Centro, la puntualidad, las conductas problema y las actividades que se llevaron a cabo. Los contratos son anexados al expediente y son revisados cuando sea necesario según sea el acuerdo entre sujeto y terapeuta en base a los objetivos planteados a lo largo del programa.

De esta forma el contrato terapéutico viene a constituir un elemento que ofrece muchas ventajas especialmente si se trabaja con pacientes cuya terapia implica la exposición a situaciones. La realización de ejercicios, o el compromiso de cumplir

indicaciones. Y de esta manera apoya a mantener y concluir el tratamiento.

De esta manera, es así como queda demostrado la efectividad de la técnica de intervención, por medio de la formulación de contratos conductuales en diversas áreas y situaciones problema en ambientes, tanto clínicos como escolares.

CAPITULO IV

METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si se observa que las investigaciones que se han realizado con jóvenes en México, señalan que la edad crítica en la cual suele iniciarse el consumo de drogas es de 14 a 15 años de edad (Castro y cols., 1986); se debe prestar mayor atención a los esfuerzos a nivel preventivo a los jóvenes estudiantes de secundaria que están en este rango de edad y además presentan características de alto riesgo revisadas ya con anterioridad.

De esta manera considerando que los sujetos de la presente investigación son propensos a la expulsión por problemas que presentan en la escuela, que viven en zonas marginadas y si se les expulsará definitivamente o desertarán de la escuela, esto facilitaría el contacto con grupos de jóvenes que ya presentan el consumo de drogas, así como pandillerismo y vagancia y que al tener tiempo sin ninguna actividad fija es muy probable que incidan en la experimentación y consumo de drogas, favoreciendo el establecimiento de relaciones interpersonales con modelos inapropiados (Gómez, 1976; Cárdenas, 1986).

HIPOTESIS CONCEPTUAL

Con base a todo lo señalado, en la presente investigación se propuso un programa de prevención de la farmacodependencia que les proporcionó a los sujetos las habilidades académicas y

sociales que les permitió no perder el contacto con la escuela y a la vez obtener las habilidades necesarias que favoreció integrarse a su medio escolar y social.

O B J E T I V O

En la presente investigación se diseñó e implementó un programa de prevención para adolescentes considerados de alto riesgo que tuvo como objetivos los siguientes:

- 1) Detectar de manera oportuna, a través de la orientadora vocacional de una secundaria, a jóvenes denominados de alto riesgo, que habían sido expulsados varias veces por problemas de bajo rendimiento académico y/o ausentismo o bien porque habían cometido graves faltas de conducta.
- 2) Implementar un programa preventivo por medio de la formulación de contratos conductuales que les proporcionará a los sujetos los elementos necesarios para mejorar sus relaciones en la escuela, con la familia, con sus compañeros o amigos, y asimismo, la eliminación y reducción de conductas inapropiadas en la escuela.

S U J E T O S

Se seleccionaron a 10 sujetos que fueron remitidos por la orientadora vocacional de la escuela secundaria en donde estudiaban el segundo grado de secundaria y que presentaban las siguientes características (consideradas de alto riesgo) para consumo de drogas utilizando los siguientes criterios tanto de inclusión como de exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION

Problemas de conducta en la escuela, bajo rendimiento académico (tres materias reprobadas en promedio), expulsiones temporales durante el año escolar y ausentismo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Que los sujetos no presenten daño orgánico ni trastornos severos de personalidad, para detectarlo se aplicó el Test Gestáltico Visomotor de Bender, que los sujetos tuvieron que reproducir en hojas tamaño carta.

Las conductas inapropiadas que presentaban cada uno de los sujetos en la escuela eran registradas en una libreta de reportes señalados por los maestros; estos reportes eran revisados y supervisados por la orientadora de la secundaria detectándolos como "alumnos problema" motivo por el cual fueron derivados al Centro Comunitario "Padierna". A manera de resumen se presenta en la Tabla 1 las principales características de los sujetos.

TABLA I: CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS SUJETOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

Ss	SEXO	EDAD	NIVEL SOCIO ECONOMICO	GRADO ESCOLAR	NUMERO DE REPORTES	CALIFICACIONES MATERIAS REPROBADAS	RESULTADOS DEL BENDER
S1	MASC.	14	BAJO	2º SEC.	4	4	NO PRESENTA DAÑO ORGANICO
S2	MASC.	15	BAJO	2º SEC.	5	4	NO PRESENTA DAÑO ORGANICO
S3	MASC.	14	BAJO	2º SEC.	5	4	NO PRESENTA DAÑO ORGANICO
S4	MASC.	13	BAJO	2º SEC.	3	3	NO PRESENTA DAÑO ORGANICO
S5	MASC.	14	MEDIO	2º SEC.	4	4	NO PRESENTA DAÑO ORGANICO
S6	MASC.	14	BAJO	2º SEC.	4	2	NO PRESENTA DAÑO ORGANICO
S7	MASC.	14	BAJO	2º SEC.	4	3	NO PRESENTA DAÑO ORGANICO
S8	MASC.	14	MEDIO	2º SEC.	3	3	NO PRESENTA DAÑO ORGANICO
S9	* MASC.	16	BAJO	2º SEC.	4	3	NO PRESENTA DAÑO ORGANICO
S10	* MASC.	16	BAJO	2º SEC.	4	3	NO PRESENTA DAÑO ORGANICO

* Sujetos que fueron expulsados en la fase de línea base. Por haber presentado conductas inapropiadas en alto porcentaje (reportes graves de conducta).

ESCENARIO

La aplicación del programa de prevención de farmacodependencia se llevó a cabo en el Centro Comunitario "Padierna". Este Centro estaba ubicado al Sur de la Ciudad de México, en una zona marginada, considerada como de "alto riesgo".

El área de trabajo fue un cubículo de 2 x 3 metros aproximadamente, con ventanal, escritorio, cuatro sillas y pizarrón.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES.

Los instrumentos y materiales que fueron utilizados en el programa se describen a continuación:

Instrumentos para obtener información general de los sujetos.

- 1) ENTREVISTA INICIAL.- Este instrumento permitió obtener información específica del área familiar y escolar de los sujetos a través de ellos y sus padres y consta de las siguientes partes (Anexo 1):
 1. Ficha de identificación.
 2. Naturaleza y origen del problema.
 3. Información familiar del sujeto.
 4. Datos del desarrollo del sujeto (específicamente de áreas relevantes para la investigación).
 5. Historial académico.

2) **CUESTIONARIO DE INCENTIVOS.** Se aplicó también un cuestionario de incentivos (Echeverría y Vega, 1986), dentro del área motivacional. Este instrumento permitió obtener el gusto e interés de artículos y actividades preferidas por cada uno de los sujetos, ya que el instrumento describe ampliamente los artículos que se proporcionan; por ejemplo: comestibles, refrescos, juguetes, algunas prendas de vestir, discos y cassettes, etc.

Este instrumento tenía el propósito de que el sujeto conociera cuales eran los privilegios y los incentivos y de esta manera motivarlo a llevar a cabo la economía de puntos para establecer y mantener las conductas meta (Anexo 2).

3) **TARJETA DE REGISTRO.** La tarjeta de registro de conductas apropiadas e inapropiadas. Este instrumento permitió registrar las conductas negativas y positivas que se observaron y a su vez registraron, tanto el maestro asesor como la orientadora en el salón de clases, así como en la escuela en general y que eran revisadas finalmente por el terapeuta (Anexo 3).

CARACTERISTICAS.- El instrumento consta de las siguientes partes:

1. Nombre del sujeto
2. Fecha
3. Instrucciones

4. Conductas a registrar que se definieron operacionalmente y son las siguientes:

- 1) Fuera de su lugar: levantarse de su asiento o bien desplazarse hacia cualquier sitio que no fuera el área académica, sin solicitar autorización del maestro.
- 2) Hablar sin permiso: hablar con otro compañero o para sí mismo, en voz alta o baja sin que se dieran instrucciones para hacerlo.
- 3) Faltar al respeto al maestro: argumentar groseramente cuando el maestro llamara la atención por alguna falta que cometió y no seguir las indicaciones e ignorarlas.
- 4) Molestar verbal o físicamente a sus compañeros: como reírse de lo que hicieron o dijeron sus compañeros, poner sobrenombres, corregir a otro compañero sin su aprobación, marcar, rayar cuadernos o libros de otros, establecer contacto físico brusco con otro compañero o con ayuda o no de objetos.
- 5) Seguir instrucciones: cumplimiento de las instrucciones dadas por el maestro en un lapso no mayor de 5 segundos sin protestar.
- 6) Atender y trabajar: mantener contacto visual con el maestro durante la clase, cuando él se dirigía al sujeto y mantener contacto visual en el texto, durante el tiempo de estudio y realizar el trabajo que se le indicó.
- 7) Puntualidad y asistencia: el sujeto debía presentarse diariamente a la escuela a las 7:00 a.m., ser puntual.

- 8) Argumentar: discutir o estar en desacuerdo en la forma en que se registró la tarjeta. Está permitido solicitar explicaciones siempre y cuando se haga con un tono de voz adecuado y con cortesía.
- 9) Conducta opcional: esta era una conducta que los maestros habían observado que podía ser negativa o positiva y no estaba especificado en la tarjeta y de esta manera podía registrarse para incrementarla o decrementarla.

Forma de calificación: en las tarjetas el registrador marcaba con una cruz la presencia o ausencia de la conducta durante el horario de clases en la secundaria y al finalizar el día escolar, se hacía la suma total de los puntos obtenidos. Se daban 20 puntos por cada conducta favorable y al finalizar la semana se hacía el recuento de los puntos, dándose en total 100 puntos por semana de cada conducta.

4) FORMATO DE CONTRATO CONDUCTUAL.

Este instrumento permitió llevar a cabo un registro de conductas para cada uno de los sujetos, en donde se anotaban las conductas que tenían que realizar en la escuela; también se anotaban los puntos, y las cosas que ganarían si cumplían con el porcentaje de lo establecido y las penalidades si no cumplían con el acuerdo (Anexo 4).

Características: el instrumento consta de las siguientes partes:

1.- Nombre del sujeto.

2.- Las actividades que se emprenderían en el área escolar.

Los puntos y a su vez los privilegios y las penalidades.

Tiempo de duración del contrato, especificando inicio y término del mismo. Se iniciaron contratos semanales, quincenales, de tres semanas, un mes, hasta desvanecer el contrato y quedar la conducta objetivo establecida.

La firma del sujeto que estaba de acuerdo a llevar a cabo lo estipulado y la firma del terapeuta responsable.

Este contrato debía ser redactado en forma clara y entendible para ambos (terapeuta-sujeto).

5.- FORMATO DE CONTROL DE SESIONES.

Se utilizó también una forma denominada control de sesiones terapéuticas, en la cual se anota la información en donde se hacen planteamientos claros de la conducta o conductas, ya que resulta pertinente descomponer las conductas complejas en otras más sencillas para que los cambios sean sistemáticos y secuenciados, estableciendo paso a paso conductas que forman parte de una cadena mucho más extensa.

En este formato se anota el número de la sesión, la actividad desarrollada, el tiempo de duración y la evaluación del usuario en términos de cooperación (anexo 5).

DEFINICION DE VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

La formulación de contratos conductuales (Stuart, 1971) dirigidos a mejorar el rendimiento académico y disminuir las conductas disruptivas dentro y fuera del salón de clases (escenario escolar).

Los contratos conductuales estuvieron respaldados por un sistema de puntos (Ayllon y Azrin, 1986), sistema que recompensaba aquellos comportamientos que se deseaban promover, dando al sujeto de manera individual puntos que se intercambiaban por incentivos tales como: discos, cassettes, cuadernos, libretas, plumas, juguetes, etc.

VARIABLE DEPENDIENTE.

1).- El porcentaje de conductas tanto apropiadas como inapropiadas dentro y fuera del salón de clases. Estas conductas fueron: fuera de su lugar, hablar sin permiso, irrespetuoso con maestros, molestar a compañeros, argüir, seguir instrucciones, trabajar, asistencia y puntualidad.

2).- Disminución del número de reportes de mala conducta. Así como las calificaciones aprobatorias de las materias y de esta manera la conclusión favorable del año escolar.

DISEÑO EXPERIMENTAL.

En la presente investigación se utilizó un diseño intrasujeto

bajo la modalidad del diseño A-B, en donde cada sujeto funcionó como su propio control (Castro, 1986).

En la fase A se tomaron datos de línea base con cada uno de los sujetos en su escenario escolar. Estos datos fueron registrados por el maestro asesor de cada uno de ellos, señalados en la tarjeta y estos datos fueron reportados a la orientadora vocacional y a su vez derivados al centro comunitario.

En la fase B se llevó a cabo el programa preventivo a través de la formulación de contratos conductuales apoyados por una economía de puntos (Stuart, 1971, Ayllon y Azrin, 1976). Así de esta manera aumentar su rendimiento académico y de esta forma disminuir las conductas inapropiadas dentro del ambiente escolar, evitándose así las expulsiones definitivas.

PROCEDIMIENTO

La investigación se inició con la detección oportuna de diez sujetos que cursaban el segundo grado de secundaria y fue a través de la Orientadora Vocacional de la secundaria esta detección estuvo en función a los problemas que presentaban los sujetos.

Estos problemas fueron reportados por los maestros a la Orientadora Vocacional, y a su vez derivadas al Centro Comunitario, solicitándose así la autorización de llevar a cabo la presente investigación a la Directora del Plantel explicándole el propósito del estudio.

A la Orientadora Vocacional se le solicito su intervención para que durante una semana registrará las conductas inapropiadas

de cada uno de los sujetos y se obtuvo un porcentaje de estas, que fueron graficadas como línea base. En esta fase cabe señalar que dos de los diez sujetos fueron sancionados y posteriormente expulsados por problemas graves de conducta en la escuela.

Una vez obtenidos estos datos, la orientadora remitió a los ocho sujetos al Centro Comunitario y se les indicó que seguirían en la secundaria y conjuntamente tendrían que asistir al Centro de lunes a viernes al finalizar las clases.

Ya en el Centro Comunitario el terapeuta responsable en una primera entrevista les informó en que consistía la intervención y les asignó a cada uno de los sujetos sus citas (que sería después de la salida de la escuela de 2:00-2:15 p.m. a las 3:30 p.m. de lunes a viernes. Una vez explicado esto, se les aplicó en forma individual la "Entrevista Inicial". Con la finalidad de conocer características generales de los sujetos y se les explicó el sistema de economía de puntos y se les aplicó el cuestionario de incentivos.

Con el fin de eliminar sus problemas de conducta y conociendo sus déficits conductuales de cada uno de los sujetos se estableció una serie de instrucciones de comportamiento apropiado que deberían de seguir tanto dentro como fuera del salón de clases, a través de formular un contrato, que consistiría en un acuerdo entre ambos. Se llevaron a cabo tanto sesiones individuales como grupales.

Se procedió a explicarles lo que sería un acuerdo en forma de contrato. En primera instancia era dirigirse con cada uno de

los sujetos conociendo previamente los problemas de conductas en la escuela de cada uno de ellos y seleccionando de dos a tres conductas específicas con las que empezaría a trabajar con ellos, ya que las conductas a modificar variaban de un sujeto a otro.

Cada una de las conductas se describía de una manera clara y objetiva para llevar a cabo el cambio, cada sujeto recibía una serie de indicadores tales como la identificación de las causas de la conducta problema, antecedentes y consecuentes y se daba instrucciones y retroalimentación de cómo evitarla y modificarla adecuadamente, ya planteada esta conducta en términos claros, se procedía a explicarles que si la reducía o eliminaba, podía ganar puntos y los mismos ser cambiados por incentivos; por lo cual se les aplicó previamente un cuestionario de incentivos.

De esta forma quedaba redactado el contrato en términos claros y con conductas específicas, en este punto también se le explicó al sujeto que debía de cubrir el porcentaje acordado y de no ser así habría penalidades por el incumplimiento del mismo, estas consistían en la pérdida de puntos, de esta forma el sujeto ya enterado, el terapeuta procedió a formular el contrato, haciendo señalamientos en forma conjunta con el sujeto como los siguientes:

"Ya anotamos en el contrato tres conductas con las que tienes problemas y que deberás de cambiar favorablemente, y este cambio consiste y tiene como finalidad la total eliminación de la conducta incompatible al rendimiento que estás presentando en la escuela".

En este punto se dan indicadores que intentan que el sujeto tenga una adecuada relación tanto con autoridad como lo pueden ser: director, maestros, prefecto, etc., como con sus mismos compañeros de clase, pretendía también un adecuado rendimiento escolar como lo podría ser el cumplimiento de trabajo y disminuir considerablemente el ausentismo, reforzar la puntualidad y de esta manera adecuar favorablemente al sujeto a su medio escolar.

En este punto se contempla también el tiempo de duración del contrato conductual.

Para concluir y formalizar el contrato es firmado por ambos (terapeuta y sujeto). Avalando así la validez del contrato. De esta forma se llevó a cabo el contrato y ya en la escuela el maestro asesor registró diariamente el comportamiento de cada uno de los sujetos, tanto dentro como fuera del salón de clases, y de esa manera se registraba la presencia y ausencia de las conductas anotadas en el contrato. Al término de las actividades escolares, los sujetos se presentaron en el Centro Comunitario mostrando sus tarjetas y de esa manera se supervisaba ese día las conductas señaladas a modificar positivamente, otorgando los puntajes en cada conducta que eran sumados al finalizar la semana. Y posteriormente se intercambiaban por incentivos.

Cuando se cubrió el objetivo de la conducta señalada por el contrato en un 80% a 100% de conducta apropiada, se procede a trabajar con otra u otras conductas y se anotan en la hoja de Control de Sesiones, tratando así de mantener las conductas ya preestablecidas y se continua con un nuevo contrato.

Los contratos realizados con cada uno de los sujetos fueron en un principio semanales, posteriormente quincenales, de tres semanas para su mantenimiento y mensuales, hasta llegar a la fase del desvanecimiento de los contratos y de esa manera la generalización, quedando así establecidas las conductas acordadas en el contrato.

CAPITULO V

RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos planteados y al diseño intrasujeto utilizado en la presente investigación, a través de la formulación de contratos conductuales apoyados con una economía de puntos, se pueden observar los siguientes resultados.

En la gráfica no. 1, se presentan los porcentajes de conductas sociales intervenidas del Sujeto 1, durante la fase de línea base y la fase de tratamiento. Como podrá verse, las conductas fueron: fuera de su lugar, hablar sin permiso, molestar compañeros, las cuales mostraron un porcentaje del 100% de conducta inapropiada. Sólo la conducta de NO entregar tareas mostró un 80% de conducta inapropiada. Durante la fase de intervención puede observarse que durante las cuatro primeras semanas las conductas fuera de su lugar, molestar a compañeros, hablar sin permiso, empezaron a descender de una manera significativa; la conducta de entregar tareas se incrementó al 100% a partir de la tercera semana.

En general, se puede señalar que cada una de las conductas inapropiadas se decrementaron conforme avanzaba el programa; y a su vez la conducta de entregar tareas se incremento en la medida en que transcurrió la intervención. Es así, que a partir de la quinta semana, las conductas intervenidas se estabilizaron en la dirección deseada.

Con respecto al Sujeto 2 (ver gráfica 2) las conductas intervenidas fueron: fuera de su lugar, hablar sin permiso, irrespetuoso con maestros, molestar a compañeros, mostraron el 100% de conducta inapropiada durante la línea base. En relación a la conducta de seguir instrucciones, ésta no se presentó durante la fase de línea base y en relación a la conducta de entrega de tareas, sólo en el último día de registro de línea base alcanzó el 100%. En la fase de intervención se puede observar que a partir de la tercera semana, ocurren los cambios en la dirección deseada y a partir de la quinta semana se observa una estabilidad en todas las conductas intervenidas aunque de la semana 13 a la semana 17, se observa cierta variabilidad, y finalmente llegan a estabilizarse.

En la gráfica no. 3, se muestran los resultados del Sujeto 3: fuera de su lugar, hablar sin permiso, irrespetuoso con maestros, molestar a compañeros y seguir instrucciones fueron las conductas intervenidas. Como puede verse durante la fase de línea base se mostraron altos porcentajes de conducta inapropiada. Con respecto a la fase de intervención, se observa que las conductas intervenidas se modificaron a partir de la tercera semana y posteriormente estabilizándose a un 100% de conducta apropiada.

Con respecto al Sujeto 4 (ver gráfica 4) se presentan las conductas intervenidas durante las dos fases, es importante señalar que el registro de línea base fue sólo de cuatro días, pues el principal problema de este sujeto se centra en la inasistencia y la impuntualidad. Estas conductas se empiezan a estabilizar a partir de la tercera semana, aumentando

considerablemente a partir de la cuarta semana. De las conductas de seguir instrucciones y entrega de tareas a partir de la tercera semana se elevaron de una manera sistemática, manteniéndose ambas estables y llegar así al 100% de conducta apropiada. Cabe destacar que se observa una mayor estabilidad de los resultados con respecto a los demás sujetos.

Con respecto a los resultados del Sujeto 5 (ver gráfica 5) las conductas a modificar fueron: fuera de su lugar y seguir instrucciones que mostraron un 80% de conducta inapropiada y con respecto a las conductas: hablar sin permiso y molestar a compañeros. Se presentó un porcentaje de 100% de conducta inapropiada en la fase de línea base. Como se puede observar, se dio una disminución a partir de la tercera semana. Cabe mencionar que en la semana número 13 las conducta inapropiadas se elevaron, esta variable es muy probable que se deba a los efectos de los intercambios que se daban en las sesiones, pero posteriormente llegaron a estabilizarse a un 100% de conducta apropiada.

Con respecto al Sujeto 6, en la gráfica número 6 se observa en la línea base que las conductas fuera de su lugar, hablar sin permiso y molestar a compañeros los porcentajes señalaron un 80% de conducta inapropiada. Durante la intervención a partir de la segunda semana se puede apreciar cambios a la dirección esperada, manteniéndose una estabilidad de un 100% de conducta apropiada. De las conductas irrespetuoso con maestros, presentaba un 100% de conducta inapropiada y la conducta de seguir instrucciones presentaba un 60% de conducta inapropiada. En la intervención, ambas empiezan a estabilizarse en la segunda semana con cierta

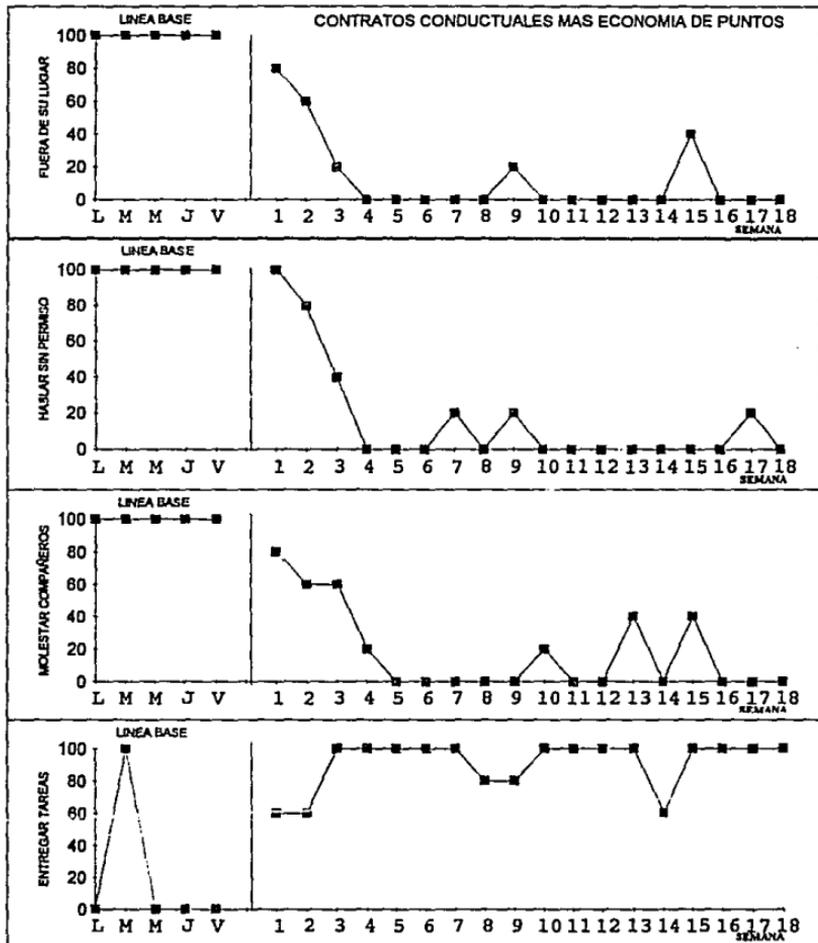
variabilidad, llegando a un 100% de conducta apropiada durante el transcurso y final del programa.

Con respecto al Sujeto 7, en la gráfica número 7, se observan las conductas hablar sin permiso y molestar a compañeros con un 100% de conducta inapropiada y con respecto a la conducta fuera de su lugar e irrespetuoso con maestros presentaban 80% de mala conducta. Ya en la fase de intervención, la disminución de las conductas inapropiadas fue notable a partir de la primera semana. Por lo que respecta a la conducta de seguir instrucciones, ésta mostraba un porcentaje de un 80% inapropiada en línea base. En general todas las conductas intervenidas se estabilizaron significativamente, a partir de la segunda semana del programa de intervención, llegando al establecimiento de conducta apropiada.

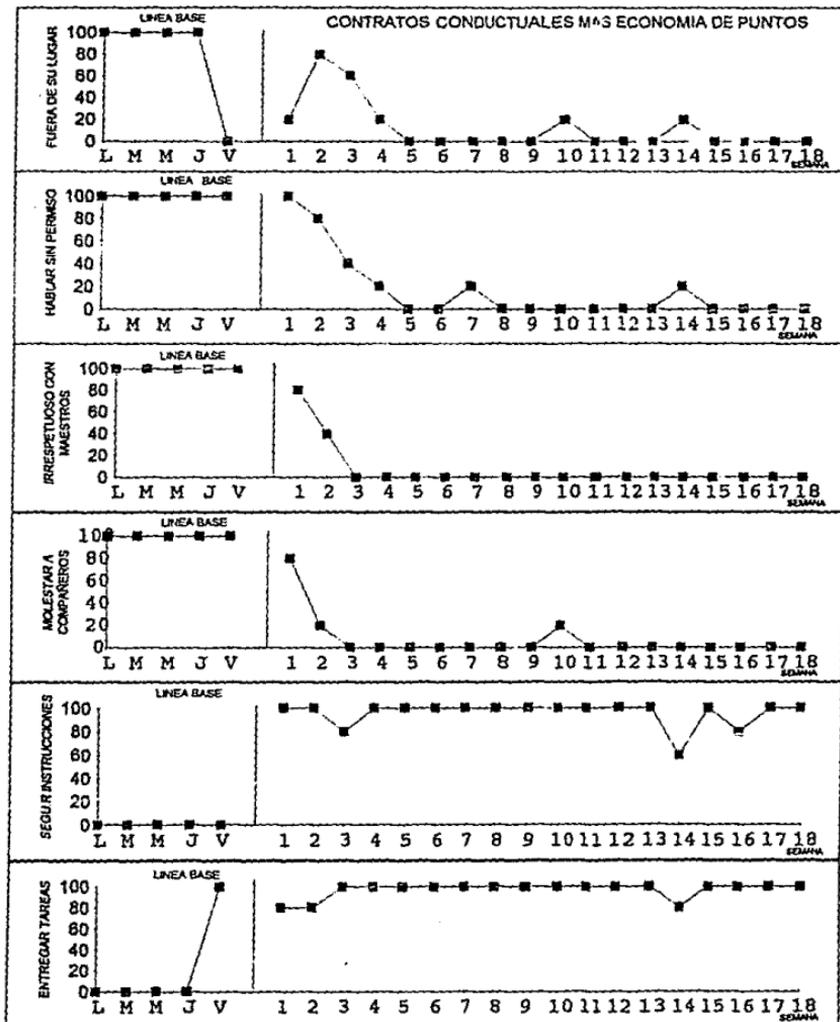
Con respecto a los datos obtenidos por el Sujeto 8, en la gráfica 8, se observa que las conductas fuera de su lugar e irrespetuoso con maestros representaban un 80% de conducta inapropiada, y hablar sin permiso y molestar a compañeros era de un 100% en la primera fase. Así mismo, cada una de las conductas intervenidas disminuyen significativamente en la segunda semana, y conforme transcurre el programa, se presentó cierta variabilidad en todas las conductas de la semana 8 a la semana 12 que posteriormente llegaron a la estabilidad de conducta apropiada.

Cabe señalar que los contratos conductuales que se realizaban con cada uno de los sujetos se llevaban a cabo semanalmente durante las primeras seis semanas y a partir de la séptima a la

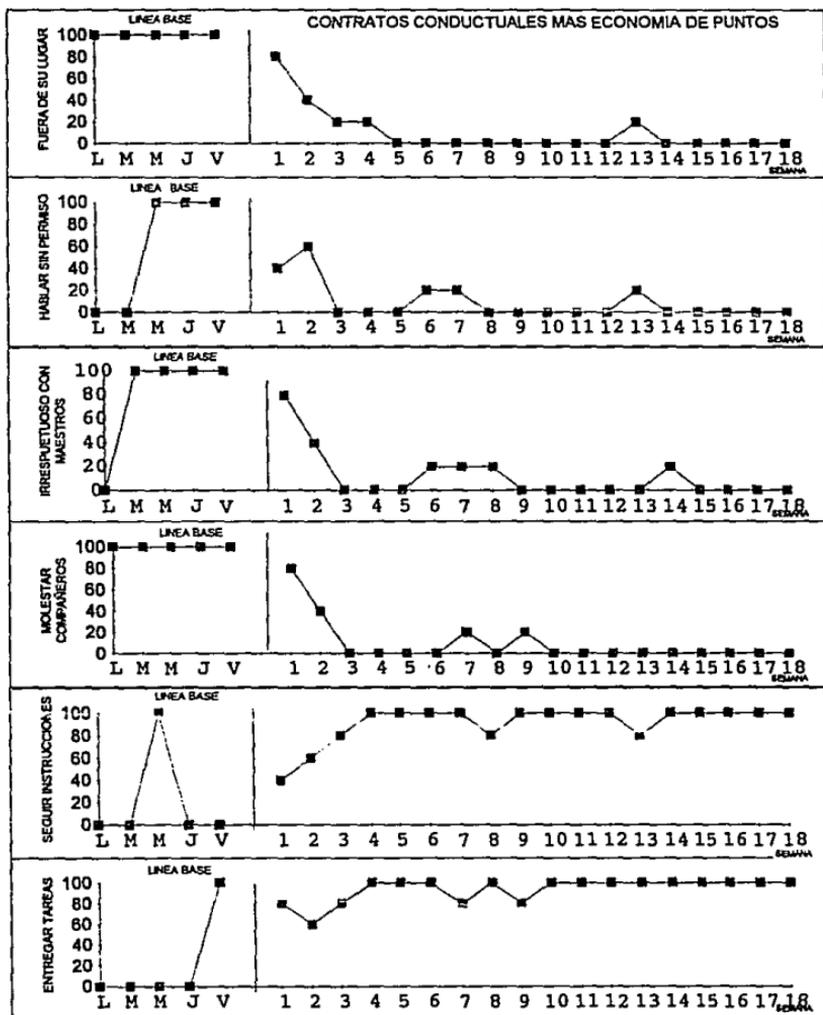
onceava, los contratos se elaboraron quincenalmente. De la semana 11 a la semana 14 se elaboró un contrato cada tres semanas. Y a partir de la semana 14 los contratos fueron realizados mensualmente, llegando al desvanecimiento total de los mismos, pero logrando una estabilidad de los resultados.



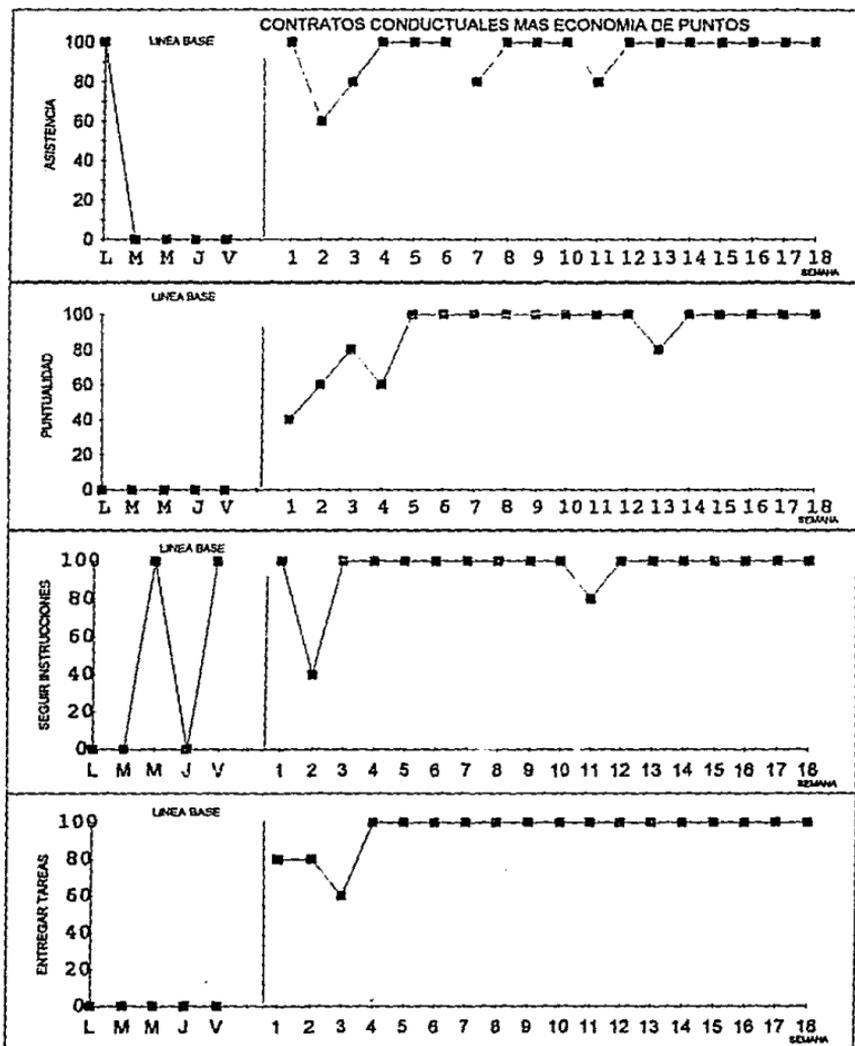
GRAFICA 1. PORCENTAJE DE CONDUCTAS DEL SUJETO 1 DURANTE LA FASE DE LINEA BASE Y LA FASE DE INTERVENCIÓN.



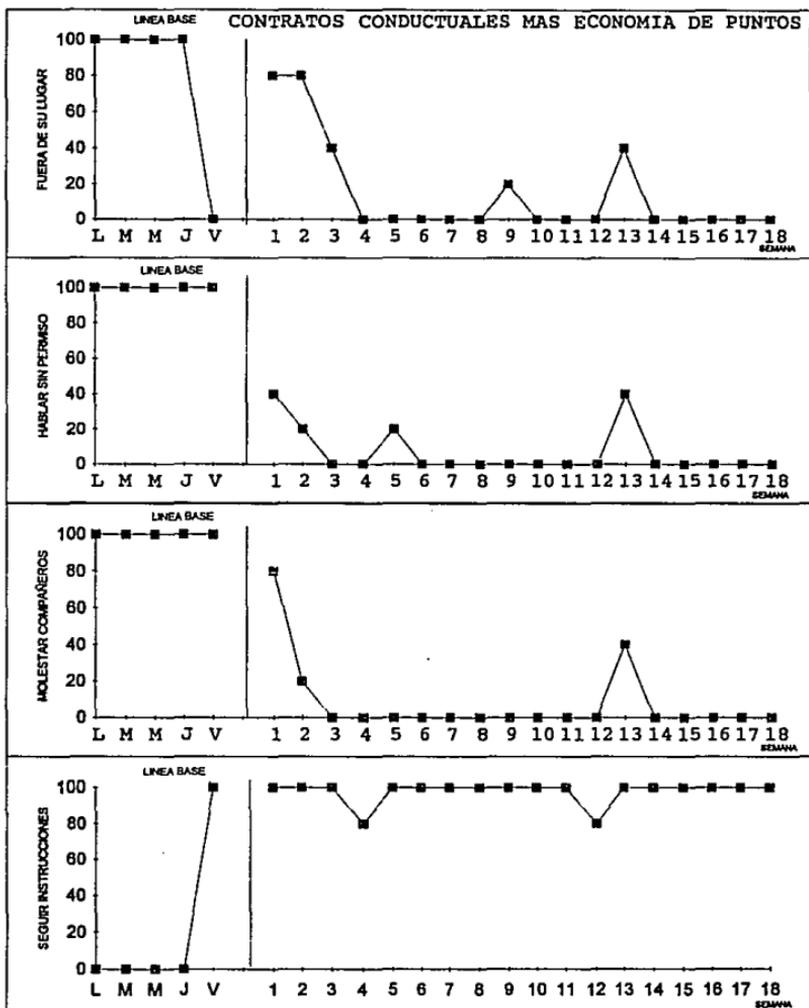
**GRAFICA 2: PORCENTAJE DE CONDUCTAS DEL SUJETO 2
DURANTE LA LINEA BASE Y LA FASE DE INTERVENCIÓN.**



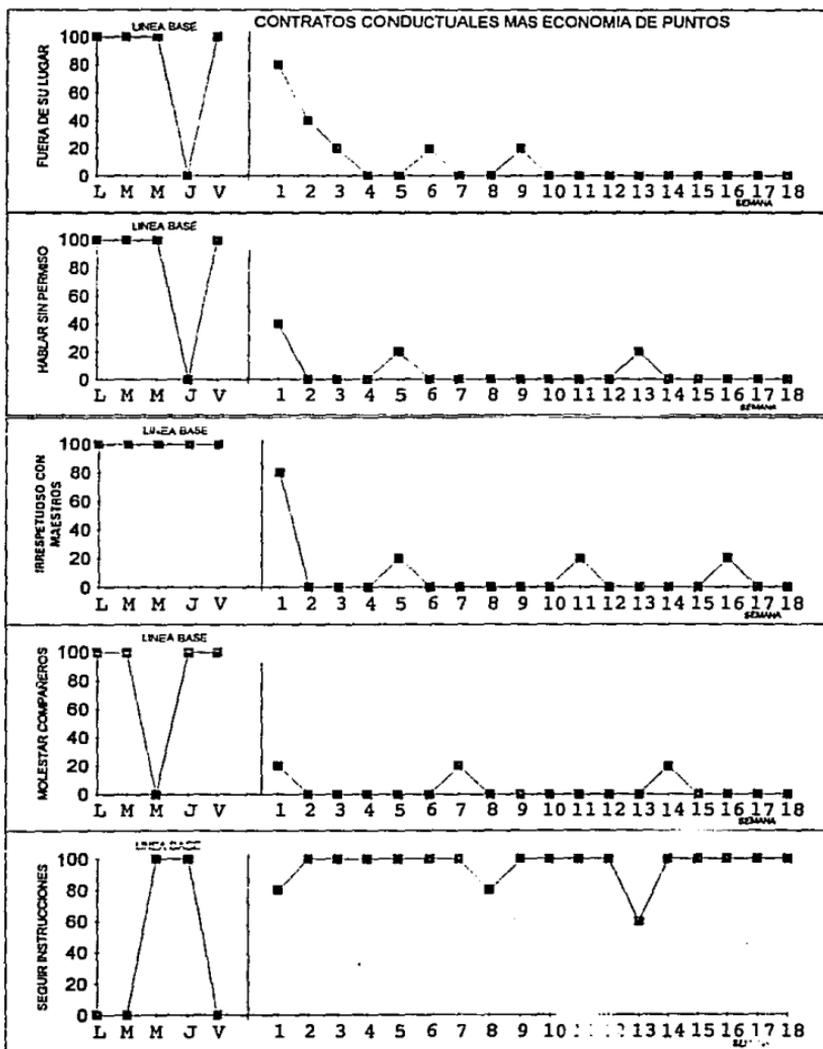
**GRAFICA 3: PORCENTAJE DE CONDUCTAS DEL SUJETO 3
DURANTE LA LINEA BASE Y LA FASE DE INTERVENCION.**



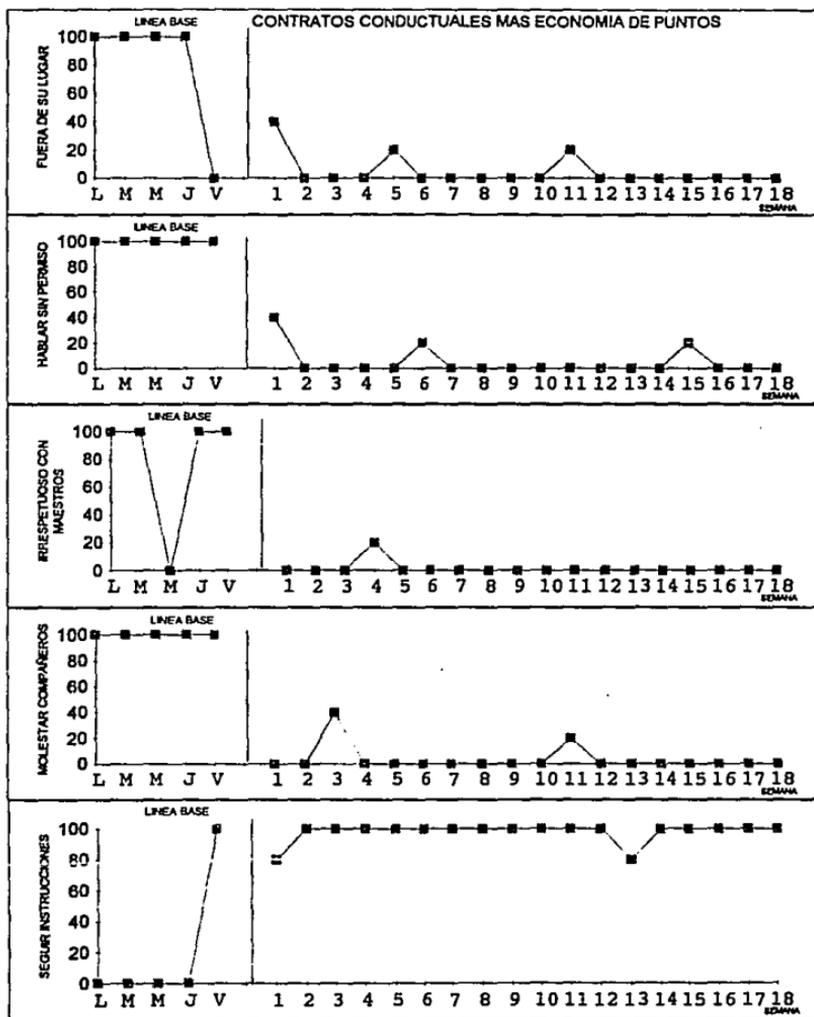
GRAFICA 4: PORCENTAJE DE CONDUCTAS DEL SUJETO 4 DURANTE LA LINEA BASE Y LA FASE DE INTERVENCION.



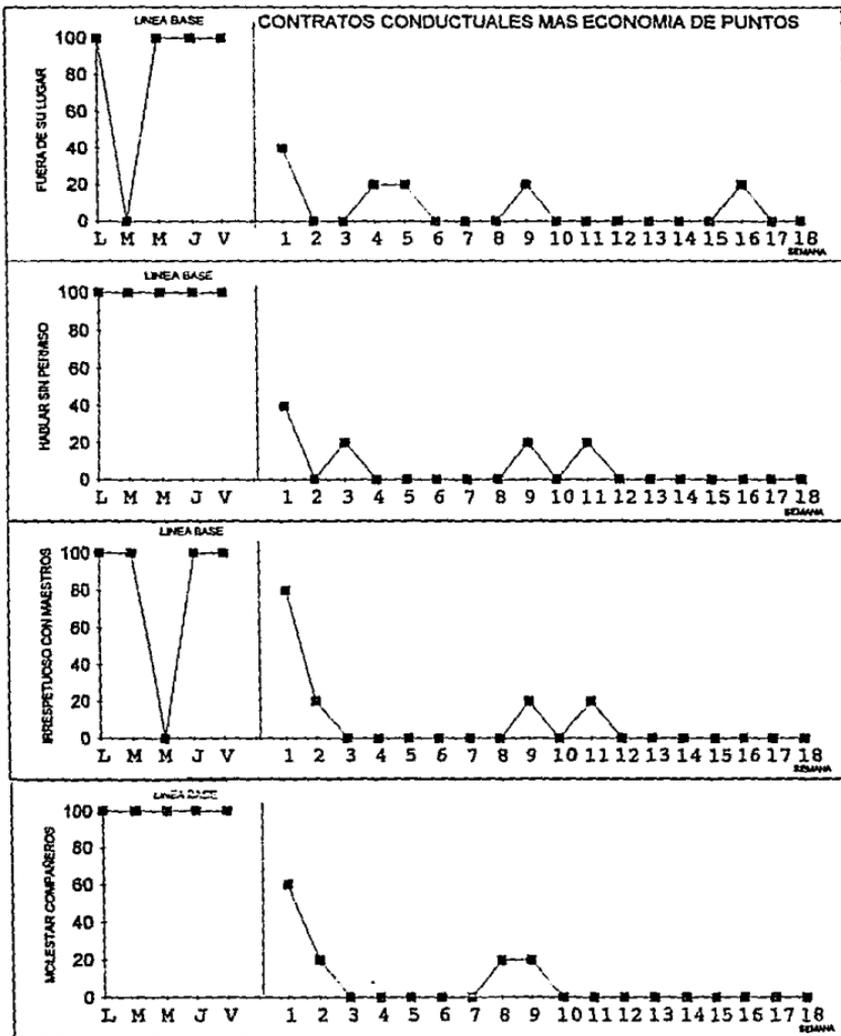
GRAFICA 5: PORCENTAJE DE CONDUCTAS DEL SUJETO 5 DURANTE LA LINEA BASE Y LA FASE DE INTERVENCIÓN.



GRAFICA 6: PORCENTAJE DE CONDUCTAS DEL SUJETO 6 DURANTE LA LINEA BASE Y LA FASE DE INTERVENCIÓN.



GRAFICA 7: PORCENTAJE DE CONDUCTAS DEL SUJETO 7 DURANTE LA LINEA BASE Y LA FASE DE INTERVENCION.



**GRAFICA 8: PORCENTAJE DE CONDUCTAS DEL SUJETO 6
DURANTE LA LINEA BASE Y LA FASE DE INTERVENCION.**

La efectividad de la intervención puede observarse también en las calificaciones y en el número de materias aprobadas. Estos efectos se representan gráficamente para todos los sujetos y en la parte superior se ilustran calificaciones y el número de materias acreditadas y no acreditadas antes de la intervención, y a su vez en la parte inferior se muestran las calificaciones y el número de materias acreditadas y no acreditadas de los ocho sujetos posteriormente al programa de intervención.

Como podrá observarse (ver gráfica 9) se presentan las calificaciones y el número de materias aprobadas y no aprobadas del Sujeto 1 que al elaborar el promedio de sus calificaciones era de 6.12 y posteriormente a la aplicación del programa ascendió a 7.87 y el cambio que se dio en el porcentaje de materias reprobadas que fue de tres que disminuyó a una.

Con respecto al Sujeto 2 (ver gráfica 10), se muestra un promedio de 6 de calificación, que se ve aumentado a 7. El cambio que se dio en las materias reprobadas fue significativo de 4, se dio una disminución total.

Los resultados del sujeto 3 (ver gráfica 11) el promedio de todas las materias era de 6 y este se incrementó a un promedio de 7.62 de calificación. En cuanto a los cambios de las materias reprobadas descendió totalmente.

Para el Sujeto 4 (ver gráfica 12) el promedio de las calificaciones que mostraba era de 6.12, incrementándose a 7.37 y el porcentaje de materias reprobadas que era de 4 descendió a una.

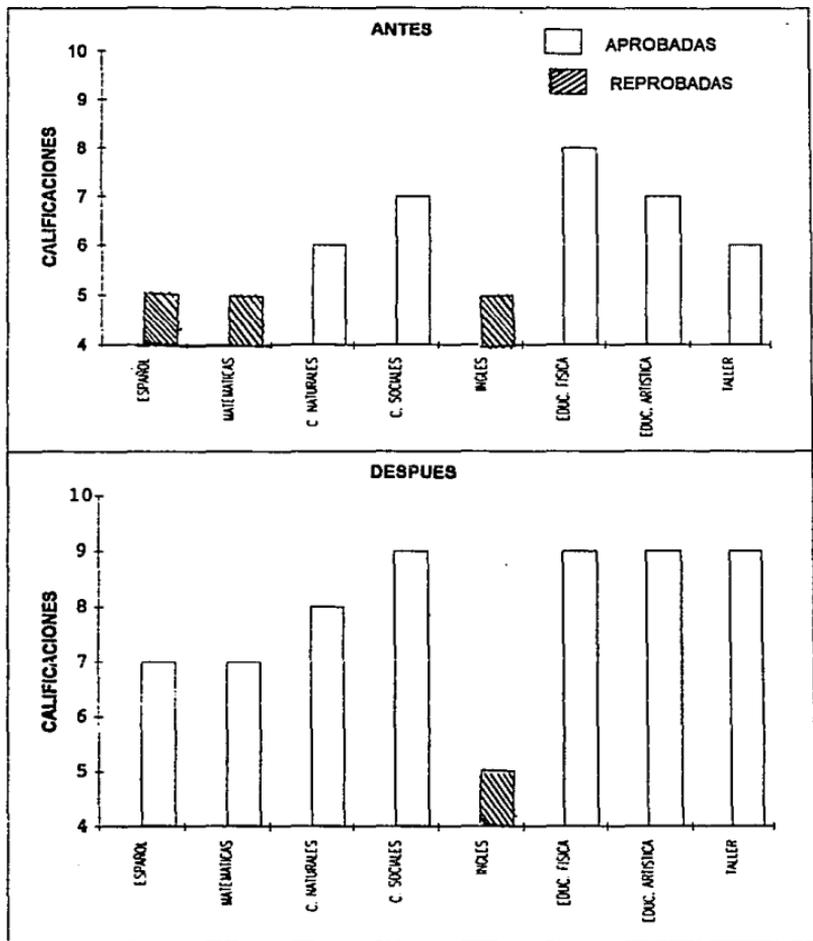
Por lo que se refiere al Sujeto 5 (ver gráfica 13) el promedio de calificación que mostró fue de 5.87 y cuatro materias reprobadas. Como puede observarse es uno de los porcentajes más bajos, elevándose a un promedio de 7.25 y a una disminución total de materias reprobadas, lo que representó un cambio notable.

Con respecto al Sujeto 6 (ver gráfica 14) el promedio de calificaciones mostraba un 6.5 y 3 materias reprobadas, modificándose a un promedio de 7.62 y a la totalidad de materias aprobadas.

En relación al Sujeto 7 (ver gráfica 15) mostraba un promedio de 5.87 como puede verse es también un promedio bajo. En cuanto al número de materias reprobadas eran 3. El cambio en el promedio fue de 7.12 y la acreditación total de materias, lo que significó un cambio satisfactorio.

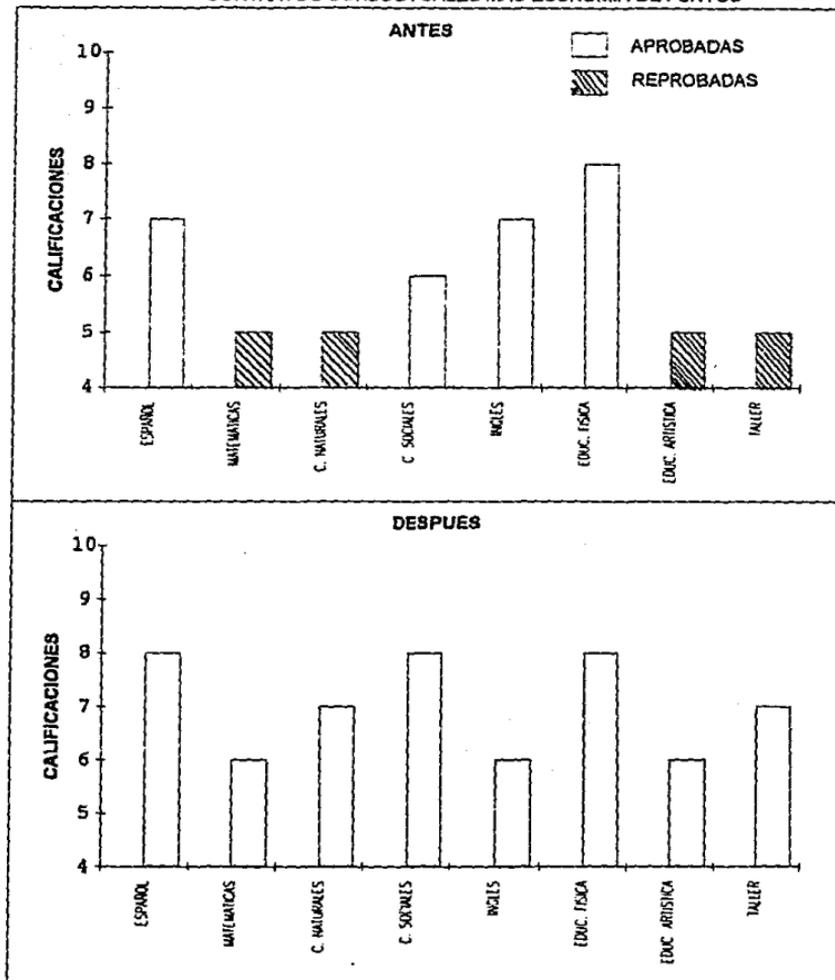
Con respecto al Sujeto 8 (ver gráfica 16), se muestra un promedio de calificación de 6.25. Ascendiendo a 7.87 en relación a las materias reprobadas eran 3, como podrá observarse obtuvo el total de materias aprobadas.

CONTRATOS CONDUCTUALES MAS ECONOMIA DE PUNTOS



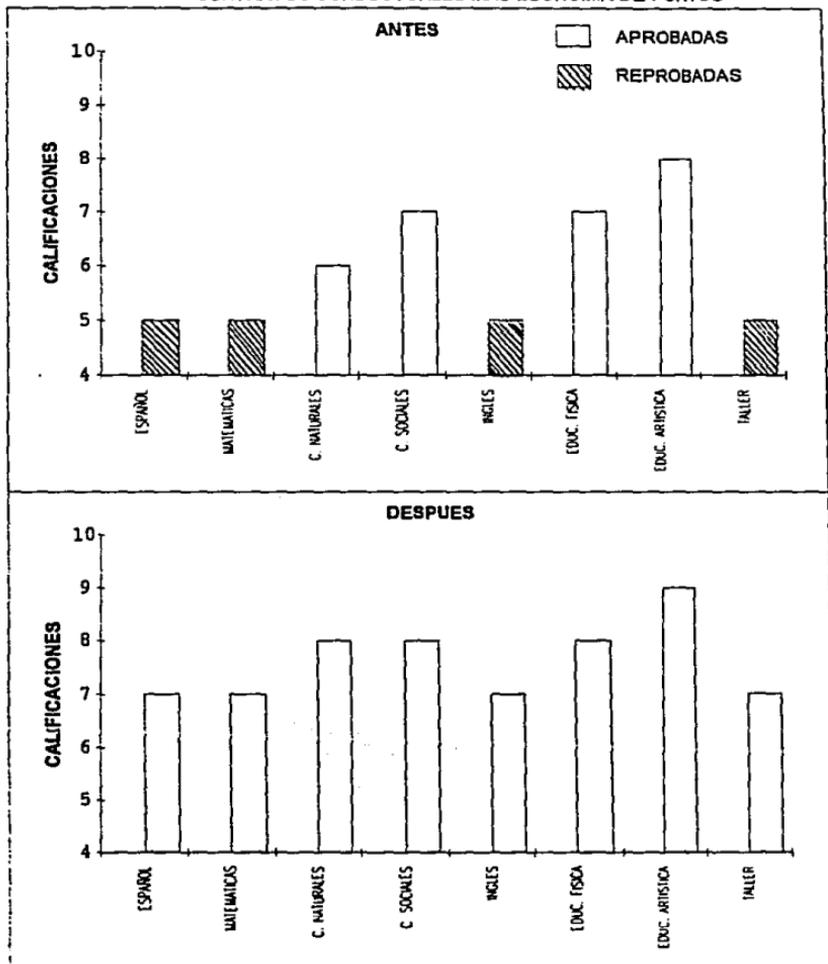
GRAFICA NUM. 9. CALIFICACIONES DEL SUJETO 1, ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA DE INTERVENCION

CONTRATOS CONDUCTUALES MAS ECONOMIA DE PUNTOS



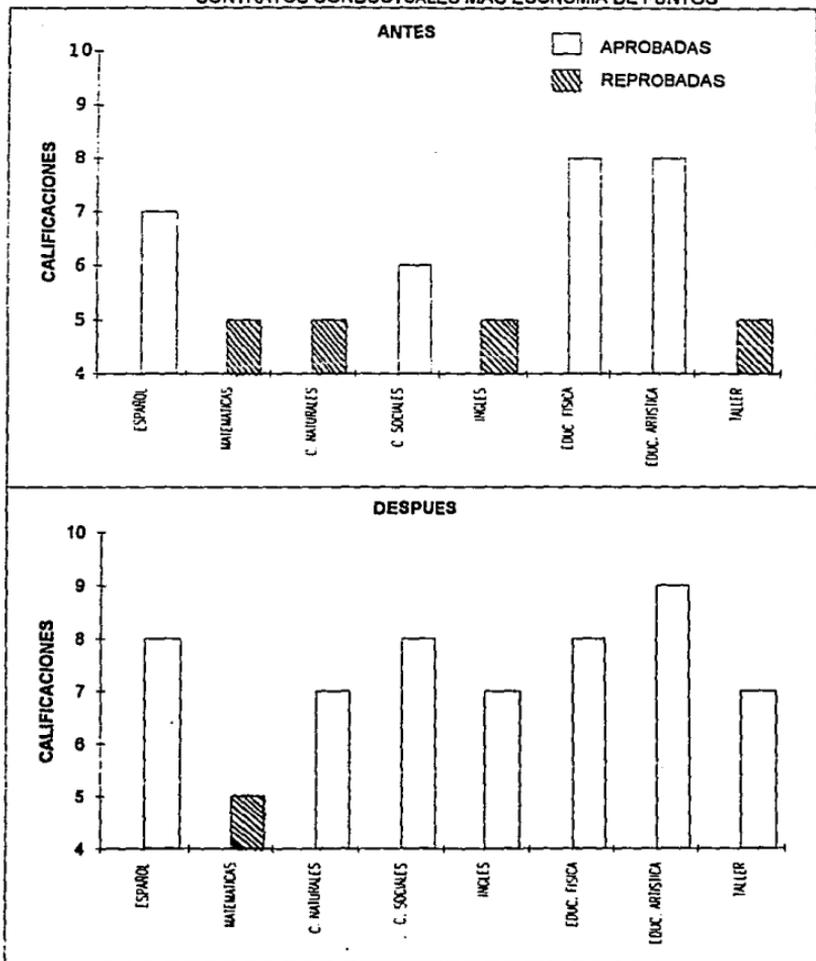
GRAFICA NUM. 10. CALIFICACIONES DEL SUJETO 2, ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA DE INTERVENCION

CONTRATOS CONDUCTUALES MAS ECONOMIA DE PUNTOS



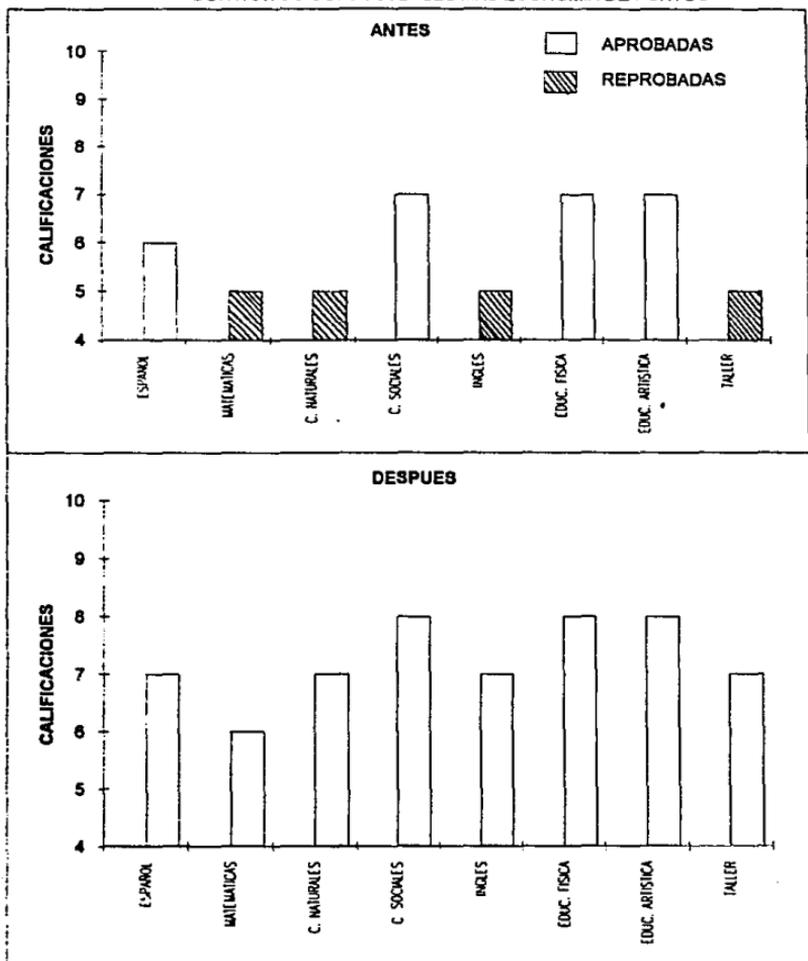
GRAFICA NUM. 11. CALIFICACIONES DEL SUJETO 3, ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA DE INTERVENCION

CONTRATOS CONDUCTUALES MAS ECONOMIA DE PUNTOS



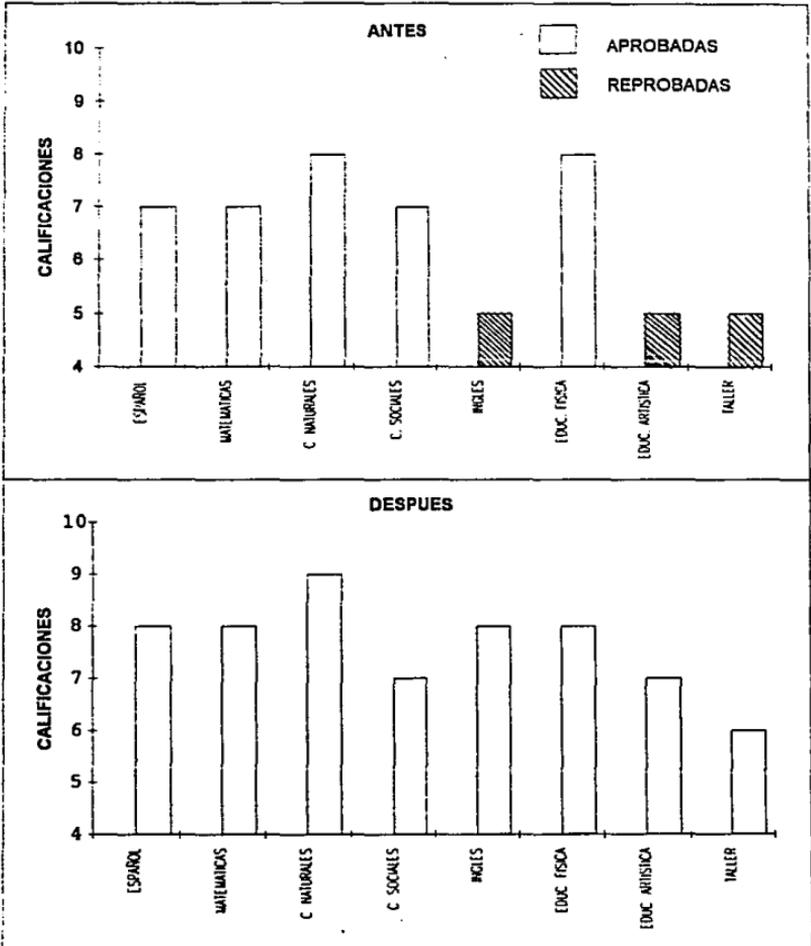
GRAFICA NUM. 12. CALIFICACIONES DEL SUJETO 4, ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO.

CONTRATOS CONDUCTUALES MAS ECONOMIA DE PUNTOS



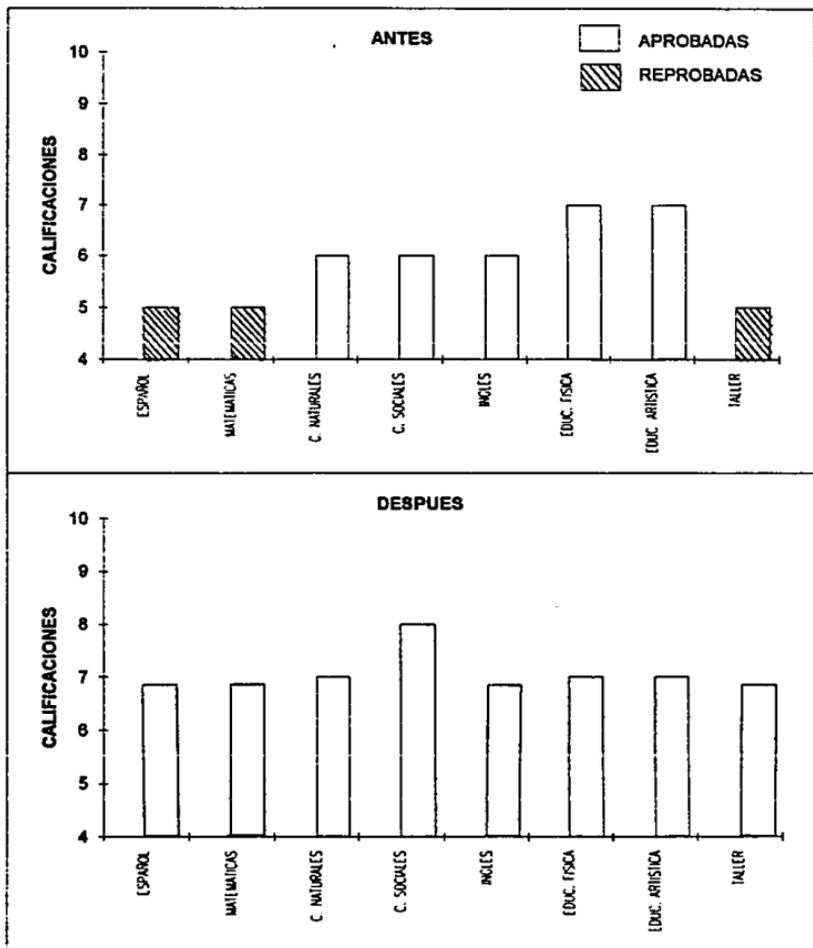
GRAFICA NUM. 13. CALIFICACIONES DEL SUJETO 5, ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO.

CONTRATOS CONDUCTUALES MAS ECONOMIA DE PUNTOS



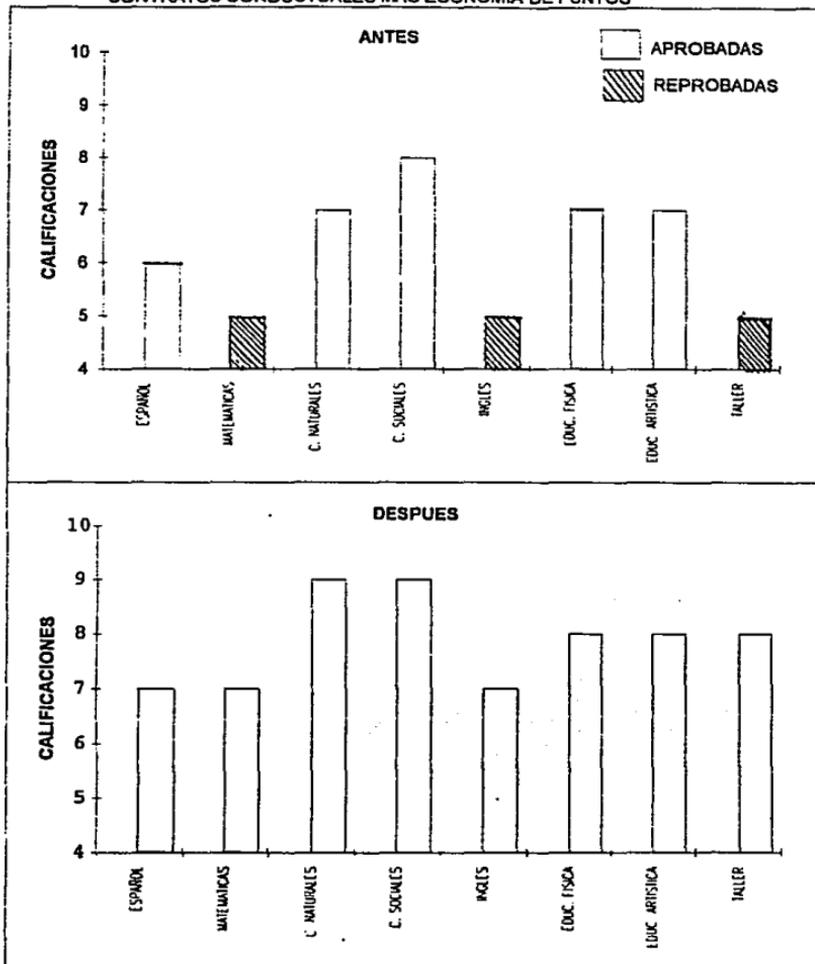
GRAFICA NUM. 14. CALIFICACIONES DEL SUJETO 8, ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

CONTRATOS CONDUCTUALES MAS ECONOMIA DE PUNTOS



GRAFICA NUM. 15. CALIFICACIONES DEL SUJETO 7, ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

CONTRATOS CONDUCTUALES MAS ECONOMIA DE PUNTOS



GRAFICA NUM. 18. CALIFICACIONES DEL SUJETO 8, ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Se presenta también como efecto del programa y el número de reportes de mala conducta antes y después de la intervención (estos datos fueron obtenidos de la libreta de reportes que registraba el maestro asesor del grupo y que la orientadora supervisaba).

En relación al número de reportes de conducta inapropiada que presentó el Sujeto 1, fue la cantidad de 5 lo cual representaba una de las frecuencias más altas y posterior al programa disminuyó a un reporte únicamente. A su vez los datos obtenidos por los Sujetos 2, 3 y 5 el número de reportes de conducta inapropiada eran 4 antes de la intervención y como puede observarse la disminución fue notable ya que descendió a cero reportes posterior a la intervención.

Con respecto al Sujeto 4 el número de reportes de mala conducta que presentaba disminuyó al término del programa a un reporte. En relación al Sujeto 6 los reportes eran 2 antes del programa disminuyendo significativamente a cero reportes. Con respecto al Sujetos 7 y 8 el número de reportes que presentaban eran 3. Los resultados al finalizar el programa fue la disminución total de reportes en ambos sujetos. Lo que indica un cambio favorable.

En general, se puede concluir que el 100% de los sujetos (8) obtuvieron porcentajes altos en conductas académicamente favorables. Conforme transcurrió el programa, estos resultados fueron el efecto acumulativo a través de las sesiones de programa (ver tabla 2).

AREA ACADEMICA

Ss	NUMERO DE MATERIAS REPROBADAS		PROMEDIO DE CALIFICACIONES		NUMERO DE REPORTES DE CONDUCTA INAPROPIADA	
	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES
S1	3	1	6.12	7.87	5	1
S2	4	0	6	7	4	0
S3	4	0	6	7.62	4	0
S4	4	1	6.12	7.37	3	1
S5	4	0	5.87	7.25	4	0
S6	3	0	6.5	7.62	2	0
S7	3	0	5.87	7.12	3	0
S8	3	0	6.25	7.87	3	0

Tabla 2.- Número de materias reprobadas, promedio de calificaciones y reportes de conducta inapropiada antes y después del Programa.

CAPITULO VI

DISCUSION

Se elaboró y llevó a cabo un programa de prevención de la farmacodependencia con sujetos detectados como de alto riesgo, los cuales en las escuelas tradicionales son hasta cierto punto rechazados socialmente debido a los problemas de conducta inapropiada que presentan, lo que ocasiona una inadaptabilidad al medio escolar, favoreciendo de esta forma las expulsiones temporales o definitivas, la deserción escolar y el fracaso académico logrando con ello que el adolescente se vuelva más susceptible al empleo de sustancias adictivas.

De esta forma este programa de prevención pudo evitar principalmente que los ocho sujetos no desertaran o fueran expulsados definitivamente de la escuela (secundaria).

Una vez implementado este programa de prevención y con base en los resultados obtenidos, podemos concluir que la intervención fue efectiva pues a partir de la aplicación y de la formulación de contratos conductuales, apoyados por una economía de puntos, tenía como propósito que los adolescentes modificaran su comportamiento en la dirección deseada y así desenvolverse favorablemente en su ámbito escolar.

Para todos los sujetos de la presente investigación este programa resulto ser efectivo, ya que aumentó y mantuvo las conductas apropiadas y se dio una disminución de conductas

inapropiadas, elevando el rendimiento escolar , estabilizándolo y a su vez incrementando el número y promedio de las calificaciones de los sujetos, así como también pudo observarse el decremento de los reportes de mala conducta.

Es importante destacar que la formulación de contratos conductuales puede ser una de las alternativas idóneas que pueden ajustarse a este tipo de población, puesto que el contrato conductual ofrece la posibilidad de no ser coheritivo para el adolescente (Kanfer, 1975; Lovitl y Curtis, 1975; Brooks, 1980; De Risi, 1981).

Con respecto al desempeño de los sujetos durante el programa de intervención todos mostraron una adecuada disposición y cooperación sobre los acuerdos en forma de contrato, pues el objetivo del contrato conductual era modificar la conducta inadecuada de los jóvenes mediante la especificación escrita de las contingencias entre su conducta y las consecuencias (Stuart, 1972, Tharp y Wetsel (1969).

Por lo anterior, se puede concluir que la investigación cubrió sus objetivos; es decir, diseñar, implementar y evaluar un programa sobre prevención de la farmacodependencia y que fue dirigida a sujetos que presentan características denominadas de alto riesgo y que pueden ser propensos al uso y abuso de drogas.

Queda también demostrado que es posible brindar a este tipo de jóvenes el apoyo necesario para adaptarse adecuadamente a su medio y que el psicólogo como profesional puede proporcionarla, ya que posee la capacidad de llevar a cabo actividades a favor de este

tipo de jóvenes que cada vez cobran mayor relevancia dentro de nuestra sociedad, tanto por su problemática individual, familiar y social como por su aumento en la población (Ayala y Quiroga, 1980; Castro, 1986; Medina Mora, 1993; Nequiz, 1993). Con respecto al programa de tratamiento como se puede observar en las gráficas de las conductas que durante el tiempo de desvanecimiento de los contratos se dieron ciertas variaciones en los Sujetos 2, 3, 5, 6 y 8, debido a que la aplicación del contrato y entrega de incentivos se iban extendiendo de ser semanales a quincenales, de 3 semanas y mensuales, hasta su total desvanecimiento de los contratos, y estos efectos se debieron muy probablemente al proceso de desvanecimiento y a eso se atribuyen las variaciones en las conductas de los sujetos.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

Es conveniente mencionar algunas sugerencias que puedan contribuir a futuras investigaciones y que sean tomadas en cuenta por profesionales de la Psicología que deseen trabajar dentro de este campo con la finalidad de asegurar buenos resultados en este tipo de programas, se hace mención de los siguientes puntos:

- Incluir a un mayor número de sujetos de dos o más escuelas para así obtener un nivel de comparación.
- Involucrar a los padres de los sujetos sobre el programa de formulación de contratos; es decir, también entrenarlos a ellos con la finalidad de que apoyen más a sus hijos y no tan sólo observen cambios individuales sino también familiares.

Otro punto es también involucrar a maestros y orientadores para que detecten y participen activamente como registradores del comportamiento en la escuela, y así observar de una manera directa los cambios de los sujetos y de esta forma cuantificar la generalización de las conductas modificadas por los sujetos en sus escenarios naturales (escuela y casa).

Ya que se obtuvieron logros importantes, es pertinente considerar las limitaciones de la presente investigación. Una limitación fue que al inicio de la intervención algunos miembros del personal docente de la escuela se mostró hasta cierto punto con escepticismo.

Otro punto de tomar en cuenta fue que no se llevó a cabo un seguimiento formal para realizar postevaluaciones de comportamiento en el salón de clases y de rendimiento académico, una vez que ingresen al próximo ciclo escolar; el seguimiento de los jóvenes consistirá en obtener información acerca del comportamiento de los sujetos a través de la libreta de reportes y calificaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Alcaraz, V., Colotla, V. A. y Laties, V. (1985). Drogas y conducta. Interacciones y aplicaciones. México: Trillas.
- 2.- Avila, C. J. L. (1984). Terapias conductuales combinadas aplicadas a la rehabilitación de farmacodependientes de inhalantes volátiles. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- 3.- Ayllon, T., Azrin, N. (1986). Economía de fichas. Un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación. México: Trillas.
- 4.- Baena Paz, G. (1983). Manual para elaborar trabajos de investigación documental. México: Edit. Mexicanos Unidos.
- 5.- Barrera, J. M. I., Chávez, M. Ma. E. (1987). Taller sobre prevención de la farmacodependencia dirigido a maestros. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología UNAM.
- 6.- Bandura, A., Ribes, I. (1985). Modificación de conducta. Análisis de la agresión y la delincuencia. México: Trillas.
- 7.- Belsasso, G. (1975). Aspectos generales sobre inhalantes. Cuadernillos Científicos. CEMEF, 2, 73-84.
- 8.- Bender, L. (1985). Test Guestáltico Visomotor (B.G.). Usos y aplicaciones clínicas Paidós Psicometría y Diagnóstico. Buenos Aires. Edit. Paidós.
- 9.- Berriel González, R., Berriel González, M., Jairequir, R. y Contreras, C. B. (1977). Características generales de pacientes usuarios de sustancias volátiles admitidas en el Centro de Integración Juvenil. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. México: Trillas.
10. Bry, B. H. y George, F. S. (1979). Evaluating and improving prevention program: a strategy from drug abuse. Evaluation and program planning, 2, pp. 127-136.
11. Brooks, B. D. (1980). Contingency contracts with truants. Sulzer, B. Azaroff, G. Mayer, R. Procedimientos del análisis conductual aplicado con niños y jóvenes. pp. 130-133. México: Trillas.

12. Cárdenas, A. J. (1986). Conceptos básicos sobre la farmacodependencia para profesores. Curso de capacitación México. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
13. Caspari, I. (1978). El maestro ante alumnos perturbadores. Buenos Aires: Kape Luz.
- 14.- Castillo, G. (1978). Los adolescentes y sus problemas. Detección y manejo de problemas emocionales en el ámbito escolar, en específico en las escuelas secundarias técnicas de la ciudad de México (pp. 86-88). Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- 15.- Castro, S. M. E. (1982). Consumo de drogas en diferentes sectores de la población mexicana: tendencias y factores de riesgo. Memorias de la Primera Reunión sobre Investigación y Enseñanza. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- 16.- Castro, S. M. E., Ortiz, C. A., Caudillo, H. C. y Chávez, H. A. (1985). Alteraciones cognitivas y problemática psico-social asociadas al consumo de drogas. Salud Mental, 8, 74-79.
- 17.- Castro, M. E. (1986). Predictores de consumo de drogas en jóvenes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 3, No. 1
- 18.- Castro, M. E. (1987). El uso de drogas entre los estudiantes Resultados de una investigación llevada a cabo durante el periodo de 1976 a 1986. Salud Mental, Vol. 10 (4), p. 30-37.
- 19.- Clarac, P. y Rosales de la Parra, L. (1976). Investigación social sobre adolescentes farmacodependientes en el Distrito Federal y zonas colindantes. Cuadernillos Científicos CEMEF, 5, 135-185.
- 20.- Chávez de Sánchez, M. I., Solís de Fuentes, A. A., Pacheco, G., Salinas, O. (1985). Drogas y pobreza. México: Trillas.
- 21.- Cohen, S. L. (1977). Behavioral objectives for the drug education preparation of elementary school teachers. Journal of Drug Education. Vol. 7, No. 1, 1-14.
- 22.- De la Garza, G. F., Mendiola, H. I., Rabago, G. S. (1987). Adolescencia marginal e inhalantes, México: Trillas.
- 23.- De la Garza, F. G. y Vega, L. (1986). La juventud y las drogas. México: Edit. Trillas.
- 24.- Delgado, S. F. (1986). La terapia de conducta y sus aplicaciones. México: Trillas, pp. 132-143.

- 25.- De Risi, W. y Butz, G. (1980). Writing Behavioral Contracts. A case simulation practice manual.
- 26.- Facultad de Psicología, Coordinación de Servicios de Apoyo Académico (1991). Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. Centro de Documentación.
- 27.- Fármacos de abuso: prevención, información farmacológica y manejo de intoxicaciones (1976). Procuración general de la República, Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia.
- 28.- Gómez, L. (1976). Consideraciones teóricas sobre la farmacodependencia desde el punto de vista antropológico. Cuadernos Científicos CEMEF, 57-87.
- 29.- Hoch, L. L. y Oszowy, J. (1981). What do teachers say: Another look at drug education. Journal of alcohol and drug education, Vol. 10, No. 12
- 30.- Instituto Mexicano de Psiquiatría y Secretaría de Educación Pública (1981). El maestro ante el problema de las drogas, México.
- 31.- Kanfer, F. H., Busemeyer, J. R. (1982). The use of problem solving in a decision making in behavior therapy. Clinical psychology Review, 2, 239-266.
- 32.- Kazdin, A. E. (1984). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. México: Edit. Manual Moderno.
- 33.- Keller, F. S. y Ribes, I. E. (1982). Modificación de conducta. Aplicaciones a la educación. México: Trillas.
- 34.- Louria, D. B. (1985). Las drogas que son y cómo combatirlas. México: Edit. Diana.
- 35.- Lovitt, T. C. y Curtiss, K. (1969). Academic response rate as a function on teacher and self-imposed contingencies. Journal of Applied Behavior Analysis, V. 2, 49-53.
- 36.- Llanes, J. (1982). Prevention de la farmacodependencia. México: Concepto, S.A.
- 37.- Mc Donald, W. S. (1980). Contingency counseling by school personnel. An economical model of intervention. Journal of Applied Behavior Analysis, 3, 175-182.
- 38.- Mas Condes, C., Ramírez, P. M. E. (1986). Consumo de alcohol y drogas en una población de jóvenes estudiantes y no estudiantes. Salud Mental, 8 (4), 71-73.

- 39.- Mata, A., Echeverría, L., Quiroga, H., Ayala, H. (1985). Perfil del farmacodependiente: un estudio descriptivo. Enseñanza e investigación en psicología, II, (1 y 2), 73-93.
- 40.- Mata, M. A. y Echeverría, S. V. (1985). Rehabilitación de niños y jóvenes farmacodependientes a través de un programa de consulta externa. Salud Mental, Vol. 8, No. 3, p. 73-80.
- 41.- Mata, A. y Quiroga, H. (1987). El modelo de tratamiento "La familia enseñante" aplicado al problema de la farmacodependencia en México. Salud Mental, V. 10 (4), p. 20-27.
- 42.- Materazzi, M. A. (1985). Drogadependencia. Buenos Aires: Paidós.
- 43.- Martin, R. y Pear, J. L. (1978). Legal challenges to behavior modification. Champaign: Research Press.
- 44.- Mathews, W. M. (1975). A critique of traditional drug education program. Journal of Drug Education, V. 5, 1, pp. 57-64.
- 45.- Massum, E. (1991). Prevención del uso indebido de drogas. México: Trillas.
- 46.- Medina Mora, M. E. y Castro, S. M. E. (1984). El uso de inhalantes en México. Salud Mental, 7(1), 13-18.
- 47.- Medina Mora, M. E. (1987). Aspectos epidemiológicos del uso de sustancias inhalables en la República Mexicana. Salud Mental, V. 10(4), p. 11-17.
- 48.- Medina Mora, M. E. y Ñequiz, R. G. (1993). Prevalencia de consumo de drogas en población escolar. Salud Mental, Vol. 16, No. 4, pp. 1-7.
- 49.- Mendoza, R. y Vega, P. (1985). El papel del educador ante el problema de las drogas. Madrid.
- 50.- Miller, W. R. (1980). The addictive behaviors. New York: Pergamon Press.
- 51.- Muñoz, A. I. (1987). Detección y manejo de problemas emocionales en el ámbito escolar, en específico en las escuelas secundarias técnicas de la ciudad de México. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM.
- 52.- Mussen, P., Conger, J. y Kagan, J. (1979). Desarrollo de la personalidad en el niño. México: Trillas, pp. 814-834.

- 53.- Natera, G. (1977). Estudio sobre incidencia del consumo de disolventes volátiles en 27 centros de la República Mexicana. Inhalación voluntaria de disolventes industriales en México. México: Trillas.
- 54.- Natera, G. Valencia, H. E. (1989). Centro de ayuda al alcohólico y sus familiares (CAAF). Salud Mental. V. 12 (4), P. 65-69.
- 55.- Phillips, E. L., Phillips, E. A., Fixsen, D. y Wolf, M. (1973). Achievement place: Modification of behavior of predelinquent boys within a token economy. Journal of Applied Behavior Analysis, 4, 45-61.
- 56.- Pick, S. (1984). ¿Cómo investigar en ciencias sociales? México: Trillas.
- 57.- Puente, S. F. (1979). La familia ante el problema de las drogas. México: CEMESAM.
- 58.- Puente, S. F. (1985). Adherencia terapéutica: implicaciones para México. Adherencia al tratamiento: enfoque preventivo. México: Corpodin, S. A.
- 59.- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (1981). Teaching cognitive and social skills to high school students. Journal of Consulting of Consulting Psychology, 49(6), 908-918.
- 60.- Sarason, I. G. y Ganzer, V. J. (1973). Modeling and ~~gap~~ discussion in the rehabilitation of Juvenile delinquents. Journal of consulting and Clinical Psychology 49(6), 908-918.
- 61.- Sloggett, B. (1978). Uso de actividades de grupo y recompensas en equipo para incrementar la productividad individual en clase. R. Ulrich. Control de la conducta humana: Vol. 3 Modificación de la conducta aplicada al campo de la educación. pp. 177-188. México: Trillas.
- 62.- Springer, R. (1976). La importancia de la escuela en la Salud mental y la lucha contra las drogas. Cuadernillos CEMEF, 2, PP. 2-7.
- 63.- Stuart, R., Lott, L. A. (1972). Behavioral contracting with delinquents: a cautionary note. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3, 161-171.
- 64.- Stuart, R. B. (1971). Behavioral contracting within the families of delinquents. Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry: 2, 801-806.

- 65.- Stumphauzer, J. S. (1986). Terapia conductual. Manual de entrenamiento. México: Trillas.
- 66.- Sulzer, B., Azaroff, G., Mayer, G. (1988). Procedimientos del análisis conductual aplicado con niños y jóvenes. México: Trillas.
- 67.- Tharp, R. G. y Wetzel, R. J. (1969). Behavior modification in the natural environment. New York: Academic Press.
- 68.- Vite, S. A. (1979). Procedimientos para la habilitación académica de adolescentes farmacodependientes. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- 69.- Weathers, L. y Liberman, R. P. (1975). Contingency contracting with families of delinquent adolescents. Behavior therapy, V. 6, pp. 356-366.
- 70.- Wolpe, J. (1986). Práctica de la terapia de la conducta. México: Trillas.

A N E X O S

A N E X O 1

ENTREVISTA INICIAL

ENTREVISTA INICIAL.

I FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre _____ Edad _____

Entrevistador _____ Fecha _____

Remitido por _____

Persona responsable del sujeto actualmente

Nombre _____ Dirección _____

2.- NATURALEZA Y ORIGEN DEL PROBLEMA

Naturaleza del problema

Origen e historial del problema

3.- INFORMACION FAMILIAR

Nombre del padre _____ Madre _____

Dirección _____

_____ Teléfono _____

Ocupación _____

Escolaridad _____

Estado Civil _____

Numero de hijos _____

Que piensa el padre acerca del problema del Joven

Que piensa la madre acerca del problema del Joven

Que cantidad de tiempo le dedica diariamente al Joven.

Actitud del Joven hacia sus padres.

Actitud del Joven hacia sus hermanos

Relaciones familiares

4.- DATOS DEL DESARROLLO DEL SUJETO

Si el joven ha estado en alguna Institución anteriormente, o si han existido separaciones de los padres, indique cuando y cuales han sido las causas.

Indique cuales son los problemas que el joven presenta actualmente

Problemas de agresión

Aislamiento

Mentiras

Robo

Se escapa de la escuela

Destrucción consigo mismo

Destrucción con otros

Destrucción a la propiedad

Ha experimentado tabaco

Ha experimentado bebidas alcohólicas

Ha experimentado algún tipo de droga

Ha tenido contacto con la policia, cuando y porque.

Sigue instrucciones en la casa, en la escuela y en otros lugares.

Intereses principales del Joven

Actividades del Joven: en su tiempo libre

5.- HISTORIAL ACADÉMICO

Problemas de conducta en la Escuela

a) Relación con sus compañeros

b) Relación con los maestros

Problemas academicos, especificar en que materias

Problemas de asistencia a la escuela

Ha sido expulsado temporalmente odefinitivamente de la escuela

¿ En cuantas escuelas ha estado el Joven, y motivo por el cual se ha cambiado de las mismas?

Grado que cursa _____ Turno _____

Observaciones

A N E X O 2

CUESTIONARIO DE INCENTIVOS

" CENTRO COMINITARIO PADIERNA "
 Cuestionario Inicial de Incentivos
 Area Motivacional

INSTRUCCIONES:

Las siguientes listas de artículos y actividades que te presentamos a continuación, se te pueden proporcionar al asistir al Centro Comunitario. Indica tu preferencia por cada uno de ellos, colocando los números 1, 2, ó 3 dentro de cada uno de los paréntesis colocados en seguida. El 1 significa que te gusta mucho; el 2 que te gusta poco y el 3 que no te gusta. por ejemplo: si las galletas te gustan mucho pondrías el número (1) en el paréntesis; un número (2) si te gustan poco y un número (3) si no te gustan.

ARTICULOS PROPORCIONADOS:

1.-COMESTIBLES:

- a) Aceite ()
- b) Arroz ()
- c) Cigarros ()
- d) Corn Flakes ()
- e) Frijol ()
- f) Galletas ()
- g) Harina (Maizana) ()
- h) Pan Bimbo ()
- i) Sopes ()
- j) Azúcar ()
- k) Dulces ()

EBIDAS:

- l) Leche ()
- m) Café ()
- n) Refrescos ()
- ñ) Té ()

Menciona por favor qué otros comestibles (golosinas o comida) te gustaría que se te dieran _____

2.-JUGUETES:

- a) Dominó ()
- b) Herramienta de plástico ()
- c) Rompecabezas ()
- d) Ula-Ula ()

Menciona por favor qué otros juguetes te gustaría que se te dieran: _____

3.- PRENDAS DE VESTIR:

- a) Camisetas ()
b) Pantalones ()

Menciona por favor qué otra ropa te gustaría recibir: _____

4.- LIBROS:

- a) De las materias que cursas, por ejemplo, sociales, naturales, matemáticas, historia. ()
b) de literatura Universal ()
c) Novelas de:
-Aventuras ()
-Misterio ()
-Viajes ()
-Humorísticas ()

Menciona por favor qué otros libros te gustaría que se te dieran:

5.- DISCOS DE:

- a) Música Clásica ()
b) " Folklórica ()
c) " Moderna Baladas ()
d) " Moderna Rock ()
e) " Tropical ()

Menciona por favor qué otros discos te gustaría que se te dieran:

6.- ARTICULOS ESCOLARES:

- a) Cuadernos ()
b) Plumas ()
c) Morrales ()

Menciona por favor qué otros artículos escolares te gustaría que se te dieran: _____

7.- ARTICULOS VARIOS:

- a) Lociones ()
- b) Perfumes ()
- c) Shampoos ()
- d) Trastos de cocina ()

Menciona por favor qué otros artículos te gustaría que se te dieran;

8.- BOLETOS:

- a) Metro ()
- b) Deportes ()
- c) Cine ()

Menciona por favor qué otros boletos te gustaría que se te dieran;

II.- ACTIVIDADES:

INSTRUCCIONES: De todas las actividades que se realizan en el Centro señala la que más te gustaría realizar utilizando los tres mismos números. ejemplo: te gusta mucho (1); te gusta poco (2); no te gusta (3).

9.-De la siguiente lista de DEPORTES, señala aquellos que te gustaría practicar.

- a) Basquetbol ()
- b) Beisbol ()
- c) Voléy Boli ()
- d) Box ()
- e) Fútbol Americano ()
- g) Karate ()
- h) Atletismo ()

Menciona por favor qué otros DEPORTES te gustaría practicar:

¿Si tuvieras que pagar una cuota por alguno de estos deportes te comprometerías? SI () NO ()

10.- ACTIVIDADES EN GRUPO:

- a) Asistir a Conciertos ()
- b) Audiciones de Música Moderna ()
- c) Paseos a Lugares Recreativos (parques, museos, exposiciones, etc.) ()
- d) Excursiones ()
- e) Asistir al Teatro ()
- f) Asistir al Cine ()
- g) Asistir a otros espectáculos ()
- h) Convivencia en Actividades Grupales ()
- i) Juegos de Mesa (Ajedrez, Dominó etc.) ()
- j) Conferencias o Pláticas ()
- k) Cine Clubs en el Centro ()
- l) Reuniones para Solución de Problemas en Grupo, Intercambio de Opiniones, etc. ()

Menciona por favor qué otras actividades de grupo te gustaría que se realizara: _____

11.- C U R S O S.

¿ Cuáles de los siguientes cursos te gustaría tomar en el Centro?.

- a) Cocina ()
- b) Primeros Auxilios ()
- c) Belleza ()
- d) Corte y Confección ()
- e) Mecanografía ()
- f) Economía del Hogar ()

Menciona por favor qué otros cursos te gustaría que se te dieran: _____

12.- Te gustaría realizar la actividad de maquila (hacer asas de plástico) que proporciona el Centro?, señala SI () NO ().

13.- Si se impartieran algunas pláticas en el Centro ¿qué temas te -
gustaría que se trataran? .

- a) Relaciones Familiares ()
- b) Educación Sexual ()
- c) Relaciones Interpersonales ()
- d) Deportes ()
- e) Problemas que ocasionan las Drogas ()
- f) Adolescencia ()

Menciona por favor que otras pláticas te gustaría que se dieran:

FECHA: _____

NOMBRE: _____

. GRACIAS POR TU COOPERACION .

A N E X O 3

TARJETA DE REGISTRO DE CONDUCTAS APROPIADAS E INAPROPIADAS

CENTRO COMUNITARIO PADIERNA

Nombre

POR FAVOR, COLOQUE UNA CRUZ EN EL CASILLERO APROPIADO:

Fecha

	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		PORCENTAJE	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
¿Estuvo el estudiante fuera de su lugar sin su permiso el día de hoy?												
¿El estudiante estuvo hablando sin su permiso?												
¿Fue el estudiante irrespetuoso con Ud. o con algún otro Maestro?												
¿El estudiante molestó verbal o físicamente a algún compañero?												
¿Siguió sus instrucciones el estudiante?												
¿Atendió y trabajó el estudiante durante las actividades de clase?												
¿Llegó a tiempo el estudiante a la clase?												
¿Arguyó o estuvo en desacuerdo el estudiante con la forma en que Ud. marcó esta tarjeta?												

FIRMA DEL MAESTRO.

A N E X O 4

FORMATO DE CONTRATO CONDUCTUAL

CENTRO COMUNITARIO "PADIERNA"

YO _____

ME COMPROMETO A LLEVAR A CABO TODAS Y CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES SEÑALADAS EN ESTE CONTRATO

ACTIVIDADES	PUNTOS	COSAS QUE GANARE	COSAS QUE PERDERE

ESTOY CONSCIENTE QUE LAS ACTIVIDADES ENLISTADAS ANTERIORMENTE ME SERVIRAN PARA MEJORAR COMO PERSONA, A LLEVARME MEJOR CON MI FAMILIA, CON MIS MAESTROS, AMIGOS Y COMPAÑEROS.

ESTE CONTRATO TENDRA UNA DURACION DE: _____

EMPEZANDO EL DIA: _____

Y LO VOLVEREMOS A NEGOCIAR EL DIA: _____

FIRMA DEL USUARIO

FIRMA DEL TERAPEUTA

FIRMA DEL PADRE O LA MADRE DEL USUARIO

"ADELANTE Y HAS TODO POR TI"

A N E X O 5

FORMATO DE CONTROL DE SESIONES

CENTRO COMUNITARIO PADILERA
CONTROL DE LAS SESIONES TERAPEUTICAS

HOJA No. _____

NOMBRE DEL USUARIO: _____ FECHA DE INICIO: _____
 TERAPEUTA RESPONSABLE: _____ TIPO DE TRATAMIENTO: _____

No. de Sesión	Fecha	ACTIVIDAD TERAPEUTICA REALIZADA	No. de Contrato	Duración de la Sesión	Cooperación 2-4-6-8-10
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					