

2 of 70



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE UNA MUESTRA DE FARMACODEPENDIENTES TRATADOS EN UN PROGRAMA CONDUCTUAL

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

**CRUZ GUERRERO MARIA ROSALVA
LOPEZ ZARCO IRMA ESTHER
TALAVERA CONSTANTINO MARIA DE LOURDES**

Director de Tesis: Maestra Angeles Mata Mendoza

TEESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ciudad Universitaria,

Febrero de 1989

TEESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

I N D I C E

Resumen		I
Introducción		17
Capítulo 1.	Panorama Actual de la Farmacodependencia en México.	20
Capítulo 2.	Evaluación de Programas a través de estudios de seguimiento.	35
	2.1 Definiciones	36
	2.2 Proceso de Evaluación	39
	2.3 Tipos de Evaluación	41
	2.4 Estudios de Seguimiento	44
	2.5 Conceptualización y Objetivos del presente estudio	52
Metodo		55
Resultados		69
Discusion		98
Referencias		111
Apéndices	1. Definiciones y Conceptos relacionados a la Farmacodependencia	119
	2. Autoreporte de Delincuencia y Farmacodependencia	147

3.	Escala de Evaluación del Medio Ambiente Familiar	167
4.	Entrevista de Seguimiento	171
5.	Cuestionario a Padres	175
6.	Análisis de Regresión Múltiple	179

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la permanencia de los efectos de un Tratamiento Conductual (impartido en el Centro Comunitario Padierna (C.C.P.)), a través de un estudio de seguimiento de una muestra de jóvenes farmacodependientes que asistieron a tratamiento durante el año de 1984.

Se establecieron dos grupos; GRUPO EXPERIMENTAL: compuesto por 21 sujetos que participaron en el tratamiento conductual del C.C.P.; y un GRUPO CONTROL: compuesto por 14 sujetos que sólo asistieron a la entrevista inicial.

El seguimiento se llevó a cabo realizando visitas domiciliarias, en donde se aplicó el Autoreporte de Delincuencia y Farmacodependencia; y la Escala de Evaluación del Ambiente Familiar a los jóvenes de ambos grupos. Asimismo a los padres de los jóvenes se les aplicó un cuestionario de seguimiento.

La información obtenida fue analizada por medio de un paquete estadístico computarizado llamado SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales); con lo cual se obtuvo un análisis descriptivo e inferencial de los datos, encontrándose en el GRUPO EXPERIMENTAL una disminución en el consumo de inhalantes la cual permaneció hasta el seguimiento; mientras que en el Consu-

mo de alcohol se presentó disminución al término del tratamiento, aunque en el seguimiento se encontró aumento en el consumo del mismo. Sin embargo se tiene que considerar que el alcohol es una droga socialmente aceptada y con alta disponibilidad, por lo tanto, no resulta extraño que haya habido aumento en el consumo del alcohol. Respecto al consumo de marihuana y pastillas no hubo diferencias entre la entrevista inicial, al término del tratamiento y en el seguimiento. Para las conductas manifiestas de robo y conductas desordenadas, se encontró un decremento al término del Tratamiento con respecto a la entrevista inicial que permaneció hasta el seguimiento.

En el GRUPO CONTROL no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la entrevista inicial y el seguimiento respecto al consumo de drogas (Alcohol, Marihuana, Inhalantes y Pastillas) es decir, los sujetos seguían consumiendo drogas en la misma proporción. Tampoco hubo diferencias en las conductas manifiestas de robo, ofensas a la ley y conductas desordenadas.

Por medio de la Entrevista de Seguimiento a Padres, se obtuvo información sobre las actividades que realizan los usuarios en ambos grupos.

Lo anterior permite concluir que el tratamiento conductual utilizado en este Programa Experimental, fue efectivo para lo-

grar la disminución en el consumo de drogas, y particularmente en el consumo de inhalantes.

INTRODUCCION

El consumo de drogas es cada vez más elevado, como lo señala el análisis realizado por Castro y Cols. (1986), en donde encontraron que en una muestra de 1,532,040 estudiantes del Distrito Federal, el 11.9% (182,312 estudiantes) han consumido alguna droga; además de alcohol y tabaco. Los autores concluyeron que las drogas cuyo consumo ha aumentado en los últimos 10 años son: los inhalantes, marihuana, anfetaminas y cocaína en el mismo orden.

Por otro lado, el consumo de drogas se encuentra asociado a la desintegración social y familiar; a la deserción escolar; desempleo; accidentes de trabajo y en general a la disminución o deterioro físico y mental de los individuos (Mata y Echeverría, 1985).

También la farmacodependencia se refleja en los altos costos que implican al país los servicios de tratamiento que se tienen que implementar para la rehabilitación de la población que se encuentra ya afectada. Por ejemplo en los costos por cama-hospital, costos por tratamiento especializado (2o. y 3er. nivel de atención), y por los costos de capacitación y actualización de personal especializado, por mencionar sólo algunos de ellos (Mata, 1987).

Debido a la magnitud de este problema señalado por los estudios anteriores, diversas instituciones dedicadas a la Salud

Pública han creado algunos programas de rehabilitación dirigidos a jóvenes farmacodependientes para que adquirieran el autocontrol sobre el consumo de drogas y se reincorporen a la sociedad de manera integral, es decir a su familia, escuela, trabajo y comunidad en general.

Uno de estos es el Programa de Tratamiento Conductual (auspiciado por la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y la Delegación de Tlalpan del D.D.F.) en donde se han llevado a cabo estudios de seguimiento de un año como es el de Mata y Echeverría (1985), cuyo objetivo principal fue evaluar experimentalmente el grado de efectividad de cada alternativa de tratamiento (TRATAMIENTO A LARGO PLAZO, A CORTO PLAZO, Y COMBINADO) después de un año de haberse aplicado el tratamiento; encontrándose que el tratamiento COMBINADO fue el más efectivo. Sin embargo no se ha evaluado la efectividad de este programa a largo plazo (1984-1988). Por lo tanto se consideró necesario valorar la efectividad de este programa para conocer la permanencia de los efectos del tratamiento con lo cual las personas relacionadas al Centro Comunitario Padierna lo podrán mejorar y desarrollar modelos de tratamiento que sean aplicables a diversas instituciones y de esta manera beneficiar a un mayor número de personas con problemas de farmacodependencia.

CAPITULO 1

PANORAMA ACTUAL DE LA FARMACODEPENDENCIA EN MEXICO.

En nuestro país el consumo de drogas se ha convertido en un problema social y de salud que afecta a diferentes sectores de la población. Para conocer la magnitud del problema, a continuación se describen algunos de los estudios más relevantes, realizados en México en los últimos años, presentándose en orden cronológico de 1980 a 1987.

Cabildo y Cols. (1980) realizaron una investigación sobre el uso de sustancias intoxicantes con una muestra de 494 estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria y de la Escuela Vocacional (D.F.). Se encontró que las tasas más altas de consumidores de drogas se presentan en el sexo masculino y que existen altas cifras de usuarios rutinarios tanto en la Escuela Nacional Preparatoria como en la Escuela Vocacional. Reportaron que las sustancias más usadas siguen siendo la marihuana, en segundo término los inhalantes y después, sucesivamente, sedantes, anfetaminas, alucinógenos, cocaína y también fue señalada la heroína. En cuanto a las opiniones de tipo valorativo, se encontró que sólo los usuarios dan respuestas aseverando que es bueno, pero más de la mitad de ellos lo consideró malo, lo mismo que los abstemios. El 80% de la muestra expresó que el uso de estas sustancias es algo desagradable y el 81.7% tenían conocimientos de que eran dañinas. Los autores consideraron que, la

motivación para consumir drogas era de orden emocional irracional. Se concluyó que el uso de sustancias intoxicantes se inicia como una manifestación adolescente, formada por la propaganda y las situaciones socio-culturales de las grandes urbes; pero sólo se manifiesta como dependencia real en personalidades - mal estructuradas con ambientes familiares poco adecuados, por todo esto, éste fenómeno debe ser considerado como parte de todo el problema de salud mental de los jóvenes y de la sociedad en que viven.

Castro y Maya (1984) llevaron a cabo un estudio sobre el consumo de drogas de un grupo de estudiantes mexicanos (583) de 14 a 18 años de el D.F.. Se realizaron dos mediciones con un año de diferencia, (1980-1981) formandose cuatro grupos:

- 1) Los inconsistentes que falsearon la información sobre su consumo de drogas, siendo diferente la que dieron en 1980, a la de 1981.
- 2) Los incidentes que, en 1980 reportaron no consumir drogas y en 1981 sí consumieron.
- 3) Los prevalentes, los que siguieron consumiendo durante esos dos años.

- 4) Los no consumidores, es decir, los que no consumieron drogas en esos dos años.

Se encontró que de 1980 a 1981 el 13.4% de la población usó por primera vez droga. El 86.6% fue consistente en su respuesta, pero el 11.4% dió respuestas inconsistentes, por lo tanto existe una aparente baja en la prevalencia debido a que algunos estudiantes en la primera aplicación reportaron haber usado alguna vez en su vida drogas y en la segunda aplicación lo negaron. Asimismo se reporta que los prevalentes perciben más lejana a su familia. Y hay una mayor tendencia en los incidentes y en los prevalentes a experimentar dificultades con el manejo de la realidad, en comparación con los estudiantes que reportaron no usar ninguna droga.

Por otra parte Maya y García (1986), realizaron un estudio epidemiológico sobre el uso de alcohol en población joven de 14 a 18 años, en el área metropolitana y el D.F.. Encontrando que de la muestra (2912 estudiantes) el 53% consume alcohol, porcentaje similar al encontrado en 1980 (57.5%), siendo la droga más usada debido a su disponibilidad. Dentro de un patrón de consumo elevado respecto a la frecuencia y a la cantidad de ingestión de alcohol, la población que reportó mayor uso de alcohol fue la de hombres (31%) en comparación con las mujeres (0.9%). Respecto a la edad, los jóvenes de 17 a 18 años presentan un por-

centaje de 13.1%, el cual es ligeramente mayor que el de los jóvenes de 14 a 16 años (7.2%).

El consumo es en general mayor en la zona socioeconómica - media-alta (56.4%). Beben preferentemente en lugares donde hay fiestas, y con mayor frecuencia en su casa, con sus familiares y amigos. De los 88 estudiantes que reportaron haber tenido problemas legales, el 46.5% reportó un consumo de alcohol elevado en frecuencia y cantidad. La bebida de mayor consumo es la bebida destilada, seguida de los vinos y de la cerveza.

En un análisis realizado por Castro y Cols. (1986), se presentan las tendencias de consumo de drogas en el período de 1976 a 1986 en la población estudiantil de México. De una muestra nacional de estudiantes (1,532,040), el 11.9% de los consumidores (182,312) han consumido alguna droga sin tomar en cuenta el alcohol y el tabaco. De éstos sólo el 0.3% (4,596) consume alguna droga excesivamente. Las drogas cuyo consumo ha aumentado en los últimos diez años son: los inhalantes en 3.5%, la marihuana en 1.6%, las anfetaminas 1.5% y la cocaína 0.50%. Disminuyendo muy ligeramente el consumo de tranquilizantes y alucinógenos en 0.1%, los sedantes en 0.3% y la heroína en 0.22%.

Por otra parte en los resultados de la aplicación de la Cé

dula "Informe Individual Sobre el Consumo de Drogas" realizado por el Centro de Información y Documentación en Farmacodependencia (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1987), se encontró que como en otras investigaciones de nuestro país, la mayoría de los usuarios de drogas son hombres en una proporción de 11 a 1. El rango de edad más afectado corresponde a la población adolescente entre 15 y 19 años (53.7%), seguido por los rangos de 20 a 24 años (16.1%) y de 12 a 14 años (10%). El 44% de los usuarios no tienen empleo fijo y realizan actividades eventuales o de sub-empleo tales como bolero, tragafuego, lavacoches, vendedor ambulante, ayudante de mecánico. El 29.5% no tiene ningún tipo de ocupación y recurre a actividades delictivas o a la mendicidad. Solamente el 7% eran estudiantes. El nivel socioeconómico predominante fue el bajo (69%), siguiendo el medio (28.4%) y finalmente el alto (2.5%). En cuanto a la escolaridad se encontró que el 53.5% había terminado la primaria o tenía estudios incompletos de secundaria.

Asimismo se encontró que la sustancia más consumida fue la marihuana (63.6%), seguida por los inhalantes (57%). Cerca de un 10% del total de la población estudiada utiliza tranquilizantes y un 5% estimulantes, principalmente anfetaminas. La heroína y la cocaína se consumen en 0.5% y 0.6%, mientras que los alucinógenos se consumen de 0.3% a 1.6%. La marihuana se consume de 1 a 5 veces al mes y los inhalantes hasta 3 veces al día

o más. Las mujeres reportaron el mayor consumo en estimulantes, los inhalantes se consumen a edades más tempranas que la mariguana (12 años o menos). Los pocos usuarios mayores de 30 años - consumen tranquilizantes y sedantes. Para todas las drogas se encontró un incremento a partir de la década de los 80's, en particular inhalantes (42.7%), mariguana (46.7%) y en menor proporción el alcohol (24.6%). La edad de inicio fue de 15 a 19 años en la mayoría de las drogas, excepto los inhalantes, para los cuales la edad de inicio fue de 12 a 14 años; y la heroína cuyo inicio es a los 30 años o más.

En conclusión la mayoría de estos estudios reportan un gran incremento en el uso de drogas durante los últimos 10 años, sobre todo de la Mariguana y los Inhalantes, el Alcohol es también uno de los más usados debido a su disponibilidad ya que es socialmente aceptado. El mayor índice de uso se da en el sexo masculino, el rango de edad de inicio es de 15 a 19 años, aunque en inhalantes es alrededor de los 12 años; la mariguana se consume de 1 a 5 veces al mes, mientras que los inhalantes se llegan a consumir hasta tres veces al día.

Asimismo se puede observar que el nivel socioeconómico de los usuarios es bajo; el nivel de escolaridad de éstos es: primaria terminada y secundaria incompleta; la mayoría de ellos son desempleados, tienen trabajos eventuales o son sub-empleados.

De acuerdo a la magnitud del problema de la farmacodependencia, se considera necesario implementar programas efectivos de tratamiento que reintegren al joven a la sociedad, asimismo es necesario que estos programas tengan un bajo costo y sus efectos sean a largo plazo.

Debido a todo esto, diversas insituciones (CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL, SECTOR SALUD, INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA, DELEGACIONES POLITICAS por medio del Programa de Atención a la Farmacodependencia (ADEFAR)) dedicadas a la SALUD PUBLICA, han creado algunos programas de rehabilitación dirigidos a jóvenes farmacodependientes, para que adquieran el autocontrol sobre el consumo de drogas y se reincorporen a la sociedad de manera integral; es decir a su familia, escuela, trabajo y comunidad en general.

Uno de estos es un programa experimental emprendido en 1977 por la Facultad de Psicología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría que iniciaron un Proyecto Piloto de Investigación dirigido a la adaptación y evaluación del modelo "LA FAMILIA ENSEÑANTE", diseñado por Phillips y Col. (1974), que aborda el problema de la farmacodependencia desde una perspectiva conductual-reeducacional, utilizando principalmente técnicas y procedimientos derivados de la Teoría del Aprendizaje, por lo que sus esfuerzos terapéuticos se centran en enseñar al individuo farma

codependiente las conductas y habilidades que le permitan interactuar positivamente con su familia y demás miembros de su comunidad; y por otro lado, a eliminar o reducir aquellas conductas que le impiden ajustarse a la forma y estilo de vida de su comunidad.

La investigación de este modelo de tratamiento en México - por espacio de once años (Mata y Echeverría, 1985), ha permitido generar tres alternativas de tratamiento bajo una modalidad de consulta externa, siendo característico en todas ellas el - modificar tanto el estilo de vida como el patrón de consumo de drogas a través de enseñanza de habilidades o conductas que le permitan al sujeto mantener contacto continuo y positivo con su núcleo social inmediato para gradualmente irlo integrando a la comunidad en general. A continuación se describen en forma general dichas alternativas de tratamiento.

1. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

Dentro de estas alternativas, existen 4 áreas de tratamiento en donde cada una de ellas tiene los siguientes objetivos:

- a) REGULARIZACION ACADEMICA, que tiene como objetivo regularizar al sujeto en las diversas materias escolares a fin de que obtenga su certificado de primaria o secunda

ria. Esta regularización se lleva a cabo integrando al sujeto al Sistema de Educación Intensiva para Adultos - de la SEP.

- b) ORIENTACION VOCACIONAL-LABORAL, que tiene como objetivo orientar al sujeto acerca de las carreras técnicas o a corto plazo que puede estudiar, o bien se le orienta - acerca de cómo conseguir un trabajo, que incluye desde la búsqueda de ofertas de trabajo, hasta el entrenamiento de la entrevista para solicitar empleo.

- c) CONSEJO PSICOLOGICO INDIVIDUAL Y FAMILIAR, que tiene como objetivo enseñar al sujeto y a su familia las estrategias para la solución de problemas personales, familiares y sociales, através del análisis de la situación que propicia el surgimiento de problemas; de la generación de opciones para su solución; del análisis de las consecuencias de cada opción; de la selección de la opción más apropiada; y finalmente, del aprendizaje de las conductas o habilidades involucradas en la solución del problema.

- d) ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS, que tienen como objetivo enseñar al sujeto a cómo utilizar adecuadamente su tiempo libre sin necesidad de consumir drogas, -

asimismo al contar con estas actividades se puede motivar al sujeto a asistir regularmente al tratamiento de tal manera que lo concluya en el menor tiempo posible.

Como puede observarse, esta primera alternativa de tratamiento está encaminada a establecer conductas y habilidades socialmente deseables y a eliminar o controlar todas aquellas que le impiden al sujeto integrarse a las actividades que usualmente realizan los jóvenes de su edad y de su comunidad. Al llevar a cabo todo esto también se amplía el repertorio conductual del sujeto y se le involucra en actividades tan diversas que, en un momento dado, le resultan incompatibles con el consumo de drogas.

2. TRATAMIENTO INTENSIVO.

La segunda alternativa es el "TRATAMIENTO INTENSIVO", que tiene una duración de un mes, aproximadamente. En esta alternativa se procura que el sujeto presente un periodo de abstinencia a las drogas en el menor tiempo posible, por lo que su aproximación al problema de abuso de drogas es de manera directa y con resultados a corto plazo. Los servicios terapéuticos que se ofrecen en esta alternativa son:

- a) TERAPIA DE RELAJACION, que tiene como objetivo enseñar al sujeto a relajar los músculos de su cuerpo y conseguir un estado de relajación o confort similar al que - le produce la droga de preferencia y de ésta manera competir con el impulso del sujeto de seguir utilizando ésta. De ésta manera se le enseña a utilizar la relaja-ción como una alternativa no química para lograr un estado de confort y que por consiguiente la utilice en lugar de seguir consumiendo la droga en cuestión.
- b) PROGRAMA DE AUTO-CONTROL, cuyo objetivo es enseñar al sujeto a identificar los eventos medioambientales o internos que le llevan a consumir drogas (por ejemplo, estar en la esquina, pasar por la tlapalería, estar con - los amigos, sentimientos de soledad, de enojo, etc.) y a dar respuestas que eviten el contacto con éstas (por ejemplo, decir NO a los amigos cuando le afrezcan, evitar ver a los amigos, practicar algún deporte o involu-crarse en otras actividades incompatibles con el consu-mo de drogas, etc.). En resumen, se le enseña a identificar las situaciones que le llevan a consumir drogas y a cómo evitar dichas situaciones.
- c) SENSIBILIZACION ENCUBIERTA, que tiene como objetivo asociar el consumo de drogas con estímulos aversivos (por

ejemplo con olores o imágenes desagradables) para cambiar el valor positivo que tienen las drogas con un valor negativo. Este procedimiento se utiliza sólo con el 20% de los sujetos aproximadamente que toman ésta alternativa de tratamiento, cubriéndose los requisitos del código ético profesional sobre la información detallada de los procedimientos a utilizar y la aceptación del su jeto, por escrito.

3. TRATAMIENTO COMBINADO.

La tercera alternativa es el "TRATAMIENTO COMBINADO", que tiene una duración de nueve meses y que está integrado por la combinación de ambos tipos de tratamiento. Se empieza con el TRATAMIENTO INTENSIVO y se sigue con el TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

Los sujetos que llegan al CENTRO COMUNITARIO para recibir algún tipo de tratamiento han sido canalizados por alguna de las diversas instituciones, tales como el DIF (Desarrollo Integral de la Familia), algunos CENTROS DE SALUD, algunas DELEGACIONES POLITICAS, el CONSEJO TUTELAR AUXILIAR para menores de la DELEGACION ALVARO OBREGON, o por los mismos sujetos que están en tratamiento. El procedimiento que se lleva a cabo cuando llega un nuevo caso al programa, es el siguiente:

1. Se realiza una entrevista inicial, tanto con el sujeto como con su familia y se aplica una serie de instrumentos (Auto-reporte de Delincuencia y Farmacodependencia, Escala de Evaluación del Medio Ambiente Familiar y Entrevista de Seguimiento) para evaluar la situación con respecto al uso de drogas y a los problemas relacionados, a su situación familiar, escolar, laboral y psicológica.

2. Se le asigna un Terapeuta responsable del caso, quien es el encargado de explicarle las tres alternativas de tratamiento y de regular el tratamiento que seleccione el sujeto. En caso de que seleccione el Tratamiento Psicosocial o el Combinado, se solicita a la familia que asista cada quince días al Centro Comunitario para recibir también un tratamiento.

3. En caso de que el sujeto deje de asistir al Centro y por consiguiente interrumpa su tratamiento, se solicita en primera instancia a la institución que remitió el caso a que realice una visita de rescate. Si no se cuenta con este apoyo por parte de la institución, la Trabajadora Social del Centro Comunitario es la que realiza esta visita de rescate.

4. Cuando se dá de alta al sujeto se le aplica nuevamente la serie de instrumentos que permiten evaluar los cambios operados en él, los cuales pueden ser atribuibles al tratamiento que tomó.

5. Posteriormente, cada año, después de que fue dado de alta, se le realiza una visita de seguimiento, tanto al sujeto como a su familia. También durante estas visitas se le aplica una serie de instrumentos que permiten evaluar los resultados del tratamiento seleccionado, a corto, mediano y largo plazo. (Mata y Echeverría, 1985).

CAPITULO 2

EVALUACION DE PROGRAMAS A TRAVES DE ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO.

Para conocer la efectividad de un programa de tratamiento es necesario que se haga una evaluación del mismo; por lo tanto es importante señalar algunas definiciones que han dado personas expertas en la materia, así como mencionar cómo se da el proceso de la evaluación y los tipos de evaluación. Esto permitirá tener un amplio marco de referencia para sostener la importancia de la evaluación.

2.1 DEFINICIONES

La evaluación ha sido definida por diferentes autores. Por ejemplo Posavac y Carey (1985), señalan que la evaluación es un procedimiento que permite valorar la efectividad de un programa de tratamiento y que además da retroinformación para diseñar - nuevos programas, incrementar los beneficios en el servicio de los mismos; ayuda a decidir si un programa debe comenzar, seguir, o si deberá buscar otra alternativa, o hacer adaptaciones.

Asimismo Weiss, (1980) considera que el objeto de la investigación evaluativa es medir los efectos de un programa por comparación con las metas que se propusieron alcanzar, a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del pro

grama y para mejorar la programación futura. Y señala que la evaluación reúne sistemáticamente pruebas y testimonios de una muestra representativa de las unidades de que se trate, comúnmente traduce estas pruebas a expresiones cuantitativas y las compara con los criterios establecidos, después saca conclusiones acerca de la eficacia, el valor, o el éxito del fenómeno a estudiar. Al contar con información objetiva acerca de los resultados de los programas es posible tomar decisiones atinadas en materia de asignación de partidas presupuestales y de planeación de los programas. De ésta manera se rendirá un mejor servicio a los participantes de programas, de manera más beneficiosa y eficiente. La evaluación puede además, reportar el grado en que un programa está realizando sus fines, continuar o discontinuar el programa, mejorar sus prácticas o procedimientos, y/o establecer programas semejantes en otras partes.

Para Freeman y Rossi (1985), evaluación es la aplicación sistemática de los procedimientos de investigación social a la valoración, la conceptualización, el diseño y la implementación de los programas sociales. El propósito de las evaluaciones depende de las propuestas que se conducen en la evaluación y en los programas de la evaluación para modificarlos o extenderlos en forma innovadora y establecerlos al servicio de actividades humanas.

Por otra parte Gadner, (1987) señala cinco definiciones básicas de evaluación:

1) Evaluación como medición: significa medir los resultados, efectos o ejecuciones, usando algún tipo de instrumento formalizado, el cual produce datos que pueden ser comparados con alguna clase de escala estandarizada.

2) Evaluación como un juicio profesional: es la opinión experta de profesionales calificados en donde la metodología del evaluador puede incluir observación personal, entrevistas, pruebas y revisión de documentación.

3) La evaluación como el establecimiento de la congruencia entre ejecución y objetivos: las evaluaciones de éste tipo están interesadas no solamente en si un objetivo ha sido satisfecho o no, sino en la descripción de la ejecución, cualquiera que sea el nivel alcanzado, y en la determinación de los patrones para el éxito o fracaso relativo que se haya logrado.

4) Evaluación orientada a la decisión: se realiza para el servicio de la toma de decisiones, por lo tanto deberá proveer información que sea útil para quienes toman las decisiones.

5) Evaluación responsiva libre de metas: es el examen cri-

tico de la institución, proyecto, programa u objeto, independientemente de sus metas; es descubrir y juzgar los efectos actuales sin referirse a cuáles se supone que serían los efectos.

2.2. PROCESO DE EVALUACION

La evaluación es un proceso que debe ser planeado y Posavac y Carey, (1985) proponen seis pasos para la planeación de ésta:

1) Identificación de la gente relevante, es decir toda la gente involucrada en el programa (productor, director, destinatarios o clientes, etc.) para saber hasta qué punto se podrán exponer las ideas o sugerencias propias.

2) Arreglar los encuentros preliminares. Antes de realizar una evaluación, es aconsejable entrevistarse con las personas relevantes para tener claro por qué, para qué y con cuáles recursos se cuenta para llevar a cabo la evaluación.

3) Señalando la posibilidad de evaluar el programa, se tomará la decisión de realizar o no la evaluación, si se tienen las condiciones necesarias, como los recursos suficientes y accesibilidad a la muestra.

4) Examinar la literatura, cuando un evaluador trabaja en una área desconocida para él, es importante hacer una revisión cuidadosa de la literatura, antes del diseño o del desarrollo de nuevos instrumentos. Esto lo ayudará a ubicarse en el contexto del problema a evaluar.

5) Determinar la metodología, después de revisar la literatura los evaluadores están listos para tomar decisiones metodológicas considerando estrategias y diseño, población y procedimientos de muestreo, control o comparación de grupos, medidas operacionales, recolección de datos y análisis estadístico.

6) Presentación de una propuesta escrita. Esta se presentará después de revisar la literatura y considerando la metodología e incluirá las metas del programa, el tipo de evaluación deseada y los instrumentos.

Por otra parte Cranton y Legge, (1987) plantearon que el proceso de la evaluación incluye cuatro fases o etapas básicas:

1) Disposición inicial para enfocar los planes de evaluación, se debe estar consciente de dos tipos de cuestionamientos: los concernientes a las razones para hacer una evaluación y los relacionados con la naturaleza del programa.

2) Planeación de la evaluación. En ésta etapa se hacen -

planes detallados, tales como: las preguntas que se van a realizar, el tipo de información que se requiere para contestarlas, los métodos para recolectar información, los estándares que son aceptables, la planeación de las acciones a ser emprendidas y las decisiones a ser tomadas en base a la evaluación.

3) El proceso de la evaluación. En esta fase la información es realmente recolectada, y son hechos los juicios, en base a ésta información se hacen tres tipos básicos de juicios: - a) los concernientes al contenido del programa, b) los relacionados con las estrategias o transacciones que tienen lugar en el programa, c) los relativos a los resultados del programa.

4) Macroevaluación. La etapa final es un sumario del proceso de evaluación incluyendo los juicios que se hicieron, y un análisis del proceso en términos de su eficiencia y eficacia.

2.3. TIPOS DE EVALUACION

Algunos autores han señalado que existen diferentes tipos de evaluación. Por ejemplo Saad y Pacheco, (1982) mencionan que hay tres tipos diferentes de evaluación: La Diagnóstica que se aplica antes de iniciar un programa y permite determinar la presencia de conocimientos, habilidades o características previas

al programa. La Evaluación Formativa se aplica durante el período del programa, permite llevar el control continuo durante el mismo. La Evaluación Sumaria se aplica al finalizar el programa y su función principal es certificar el grado en que se han alcanzado los objetivos, como un parámetro de comparación de la cantidad y calidad del aprendizaje, o si ha habido un cambio en relación a la evaluación diagnóstica, por otra parte da información a la persona que dió el programa; así se podrán tomar decisiones para mejorar, cambiar o continuar con el programa.

Al respecto Scriven, (citado en Cranton y Legge, 1987) considera que La Evaluación Formativa es conducida durante la operación de un programa o proyecto a fin de ayudar en su desarrollo o mejoría. La Evaluación Sumativa es conducida al final de un programa para el propósito expreso de juzgar su valor o eficacia para usuarios potenciales. La Evaluación Interna es aquella que se realiza dentro de la institución responsable del programa y por personal de la misma. La Evaluación Externa es la que se realiza por personas ajenas a la institución en donde se llevó a cabo el programa.

Por otra parte cuando los resultados de la evaluación son propiedad de la institución del programa y no son necesariamente reportados a la administración o al consejo de directores, -

la evaluación es un Servicio del programa. El propósito central de la evaluación es la Contabilidad de logros, cuando los resultados se utilizan para agenciarse financiamiento o para la toma de decisiones.

Respecto a la evaluación como un medio para analizar el Costo Beneficio de un programa de tratamiento, Posavac y Carey, (1985) señalan que el costo es un aspecto necesario en la organización del sector público o privado. El uso eficiente de los recursos requiere que el costo sea categorizado como una ayuda a la dirección y como una ayuda en la toma de decisiones acerca de emprender, mantener o terminar un servicio u otra actividad organizada. Se pueden medir los resultados de un programa haciendo una evaluación en la que se calcule el costo-beneficio y el costo-efectividad.

Para Freeman y Rossi, (1985) el análisis costo-beneficio trata de determinar el costo diferencial de un programa versus otro. Sin embargo el estimar beneficios en términos monetarios es frecuentemente más difícil en programas sociales, debido a la dificultad de trasladar los beneficios y costos a unidades monetarias.

2.4. ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO

A continuación se presentan algunos estudios relacionados con esta investigación.

Una de las formas de evaluar programas de tratamiento es por medio de los estudios de seguimiento, que son de gran utilidad ya que permiten conocer el grado de persistencia de los efectos de un tratamiento a través de diferentes períodos de tiempo, o bien comparar dos tipos de tratamiento o modelos de aproximación ante determinada problemática, como lo muestra el estudio realizado por Dericco y Cols., (1977), en donde se evaluó la efectividad de tres tipos de tratamiento (saciedad, control cognoscitivo y contingencia de choque) en la conducta de dejar de fumar. Utilizaron una muestra de 11 mujeres y 13 hombres, encontrando que la contingencia de choque fue más efectiva para dejar de fumar y en la que los participantes se mantuvieron abstemios a los seis meses de seguimiento. Sin embargo ni la saciedad, ni el control cognitivo reportaron un decremento permanente en la frecuencia de dejar de fumar.

Por otra parte Simpson y Cols., (1977) analizaron a 3,171 pacientes registrados en el "Programa de Reporte de Abuso de Drogas" (DARP) en los años de 1969 a 1972, realizando una segunda medición de 1975 a 1976 en donde comparó cinco tipos de tra-

tamiento: Mantenimiento con Metadona, Terapia Comunitaria, Droga Libre, Desintoxicación y Grupo Control. Los resultados indican que los grupos de Mantenimiento con Metadona, Terapia Comunitaria y Droga Libre, mostraron cambios favorables y más significativos que los grupos de Desintoxicación y Grupo Control.

Por otra parte Stitzer y Cols., (1982) realizaron un estudio con 10 pacientes después de un Tratamiento con Metadona - (con largas historias de adicción a opiáceos), trabajando con - ellos 12 semanas, efectuando análisis de orina y reforzandolos monetariamente cuando se encontraban libres de droga. Se encontró que tres no mostraron cambios, seis se abstuvieron durante el tratamiento, pero reincidieron posteriormente y sólo uno logró la abstinencia durante el tratamiento y el seguimiento.

Sirota y Cols., (1985) evaluaron la efectividad de un programa para dejar de fumar, la muestra fue de 8 sujetos; el Tratamiento se basó en tres aspectos: Reducción Gradual de Nicotina, Automantenimiento y Manejo de la Reincidencia. Los resultados mostraron que de los 8 participantes, 4 permanecieron sin fumar al año de seguimiento y los otros 4 reincidieron, pero fumaron menos que antes del tratamiento, ya que consumían cigarros con menos nicotina y menos del 25% con respecto a la línea base.

Asimismo Pormealeu y Adkins, (1980) compararon dos tipos -

de tratamiento: Conductual y Tradicional, con una muestra de 32 sujetos (18 en el Conductual y 14 en el Tradicional) con problemas de alcoholismo, utilizando un diseño de antes-después con un lapso de un año entre medición y medición. Los resultados mostraron que el tratamiento más efectivo fue el Conductual, ya que se encontró mejoría en el 72% de la muestra, mientras que en el Tratamiento Tradicional la mejoría sólo fue del 50% con respecto a la reincidencia.

Boudin, (1980) realizó una investigación metodológica de un tratamiento cuya modalidad fue la formulación de contratos Conductuales con adictos poliusuarios, que permanecieron en su lugar de residencia por lo menos 6 meses. La rehabilitación fue evaluada en términos del incremento de la utilidad social y un buen ajuste general a su medio ambiente. El objetivo del análisis fue determinar los efectos del tratamiento y factores asociados a éstos, para lo cual se utilizaron cuestionarios, auto-reportes y se confrontó la información con otras personas; de una muestra de 62 sujetos, 15 decrementaron el uso de drogas y se encontraron cambios significativos en cuanto a la utilidad social.

Kosten y Cols., (1987) hicieron un seguimiento de dos años y medio, con una muestra de 150 sujetos adictos al opio, en donde se compararon dos tipos de tratamiento: Mantenimiento con Me

tadona y Desintoxicación; en tres grupos diferentes (burócratas, empleados y criminales). Se encontró un decremento significativo en los tres grupos con respecto al abuso de drogas, problemas legales y familiares en los sujetos que recibieron tratamiento de Mantenimiento con Metadona.

Por otra parte, dentro de los estudios de seguimiento se encontró que Simpson y Cols., (1981) volvió a analizar los resultados del DARP con 1,496 pacientes registrados en 1972 a 1973 - realizando una segunda entrevista cinco años después (1978 a - 1979) de haber recibido tratamiento. Los resultados mostraron que los grupos de Mantenimiento con Metadona, Terapia Comunitaria y Droga Libre tuvieron cambios favorables y más significativos que los grupos de Desintoxicación y Grupo Control.

Douglas y Cols., (1982) realizaron un seguimiento a los seis meses después de terminar el tratamiento, a una muestra de 56 pacientes, tratando de investigar el rol de la familia como recurso en el triunfo de un tratamiento para el alcoholismo. Para este estudio se administró la Escala de Evaluación del Ambiente Familiar (FES). En los resultados se encontró que de las 10 subescalas, 4 mostraron diferencias significativas entre los puntajes obtenidos de los sujetos que completaron los 182 días de tratamiento y por los que no completaron el tratamiento. Los que terminaron el tratamiento mostraron diferencias en sus reportes en la dimensión de Relaciones. No hubo diferencias sig-

nificativas en las otras dos dimensiones. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el auto-reporte de los pacientes y el auto-reporte de las esposas.

Haastrup y Jepsen (1984), llevaron a cabo un seguimiento - para describir el progreso de 300 jóvenes consumidores de morfina, durante 7 años después de haber sido referidos al tratamiento, encontrándose que de la población original aproximadamente el 2% murió cada año, el 5.6% dejó de abusar de la droga, en el séptimo año un 39% estaba bien ajustado socialmente y un 20% continuaban usando la droga.

Cotrell y Cols. (1985), realizaron un seguimiento de 11 años, de 83 adictos al opio, encontrando que 29 continuaban - usando la droga, 37 ya no consumían droga y 17 habían muerto, pero en el momento de la muerte continuaban usando la droga.

Newcomb y Bentles (1986), realizaron un seguimiento de 5 años a estudiantes, haciendo evaluaciones en el primer, cuarto y quinto año, después del inicio de la investigación, para determinar las posibles variables antecedentes, consecuentes y concurrentes del uso de cocaína. Se encontró un incremento en la incidencia a través de las tres mediciones en el uso de la cocaína; así como un aumento en el porcentaje ya existente de - uso; también se encontró un incremento en el uso de barbitúricos,

narcóticos, anfetaminas e inhalantes y no se encontró psicopatología ni como antecedente ni como consecuente. Sin embargo la depresión fue encontrada como un antecedente significativo del incremento en el uso de cocaína.

Watson (1987), llevó a cabo un seguimiento de un año para conocer la reincidencia de 42 alcohólicos rehabilitados por medio de un tratamiento orientado a la abstinencia. Las evaluaciones fueron realizadas a los tres, seis, nueve y doce meses. Encontrando que del total de los sujetos que al inicio del seguimiento tenían un total control de su ingestión, la mayoría lo fue perdiendo en diferentes grados a lo largo de los 12 meses y sólo un pequeño porcentaje se mantuvo en la abstinencia; sin embargo no hubo diferencias significativas entre el grupo control y el experimental.

Para el programa que se evaluó en esta investigación, se han realizado algunos estudios anteriores. Por ejemplo: Ayala y Cols. (1981), llevaron a cabo una investigación en donde el objetivo fue evaluar la adaptación del modelo psicológico "La Familia Enseñante" dirigido al tratamiento y rehabilitación de niños farmacodependientes, inhaladores de solventes industriales de 7 a 13 años de edad. La muestra estuvo constituida por 22 niños, provenientes de familias de escasos recursos económicos, que presentaban historia de robo, vagancia, agresividad, frac-

so académico y sobre todo graves problemas de inhalación de tñner y cemento 5000 durante un promedio de 19 días al mes.

El diseño original que se utilizó para evaluar los resultados del programa (en términos de reincidencia) fue de tipo conductual intrasujeto, el cual puede describirse de la siguiente manera: Línea Base, Tratamiento y Seguimiento. Sin embargo con el fin de evaluar el tratamiento de manera grupal, los datos individuales que se obtuvieron se promediaron en términos de grupo, por lo que se denominaron: Pretratamiento, Tratamiento y Post-tratamiento. El tratamiento tuvo una duración promedio de 8 meses.

Los resultados reportaron que durante la fase de Pretratamiento el índice de inhalación de los sujetos fue de 100%, inhalando 19 días en promedio al mes, el cual disminuyó notablemente durante la fase de tratamiento a un 25%, siendo el promedio de inhalación de 3 días al mes. Sin embargo después de un seguimiento promedio de 8.5 meses, se reportó reincidencia en un 32% del total de la muestra, pero disminuyó el número de días que inhalaban (5 días al mes vs. 19 días al mes).

Asimismo Mata y Echeverría (1985), a partir de los datos obtenidos con estudios de Seguimiento de casos (de un año), evaluaron la efectividad de un Programa Conductual de Tratamiento

a Farmacodependientes. El programa estaba compuesto de tres - alternativas de tratamiento; a Corto Plazo, a Largo Plazo y Combinado. El objetivo de la investigación fue obtener un perfil de las principales características de los sujetos que asisten voluntariamente a tratamiento y observar su relación con el tipo de tratamiento seleccionado, y evaluar experimentalmente el grado de efectividad de cada una de las alternativas.

En 1983 se seleccionó una muestra de 60 sujetos, se formaron 4 grupos de sujetos cada uno, (tres grupos experimentales y uno control). En los resultados se encontró que la edad en promedio fue de 18 años. Para el grupo de Tratamiento a Corto Plazo el promedio de edad fue de 21 años, para los grupos de Tratamiento Combinado y a Largo Plazo el promedio de edad fue de 17 años y para el Grupo Control fue de 18 años. El 90% de los sujetos fueron hombres y el 10% mujeres. La escolaridad mínima fue de tercero de primaria (5%) y la máxima tercero de preparatoria (3%), el mayor porcentaje de sujetos tenía primaria completa (32%). El 82% provenía de un nivel socioeconómico bajo, mientras que el 18% de un nivel medio. El 41% pertenecía a familias incompletas (generalmente faltaba el padre) y disfuncionales (con carencias de relaciones positivas entre sus miembros) el 29% provenía de familias completas pero disfuncionales; y el 30% provenía de familias completas y funcionales.

En cuanto al tipo de fármacos más utilizados, se encontró que el 97% de los sujetos consumían tanto inhalantes como alcohol en la misma proporción. El 95% consumía marihuana y el 82% diversas pastillas.

Efectividad de las alternativas de tratamiento: los sujetos del grupo de Tratamiento Combinado fueron los que redujeron en mayor medida su abuso de drogas (del 100% al 16.7%), siguiendo los sujetos del grupo de Tratamiento a Largo Plazo (del 100% al 30%), posteriormente los sujetos del grupo de Tratamiento a Corto Plazo (del 100% al 45.5%), y finalmente los sujetos del Grupo Control (del 100% al 76.9%). Por lo tanto el Tratamiento Combinado fue el más efectivo.

2.5. CONCEPTUALIZACION Y OBJETIVOS DEL PRESENTE ESTUDIO

Para la realización de la presente investigación, se eligieron entre la literatura presentada en este capítulo, los conceptos más adecuados a este estudio:

Se realizó una evaluación sumativa (Scriven, citado en Cranton y Legge, 1987), ya que se efectuó después de haber terminado el programa, con el propósito de juzgar su valor o eficacia.

Por otra parte, es importante decir que fue una evaluación externa ya que las autoras no pertenecían a la institución en donde se impartió el programa de Tratamiento Conductual.

El proceso que se siguió para llevar a cabo la evaluación fue el que propone Posavac y Carey (1985), que consta de los siguientes pasos:

1. Identificación de la gente relevante
2. Arreglar los encuentros preliminares
3. Señalar la capacidad del programa de ser evaluado
4. Examinar la literatura
5. Determinar la metodología
6. Presentación de una propuesta escrita

EL ESTUDIO que se realizó fue EVALUATIVO EX-POST FACTO (Bustos, 1982) porque no se tuvo control directo sobre la variable independiente (PROGRAMA DE TRATAMIENTO CONDUCTUAL), debido a que éste se llevó a cabo durante 1984.

Todo lo anterior se efectuó considerando que la evaluación es un procedimiento que permite valorar la efectividad de un programa de tratamiento y que además da retroinformación para diseñar nuevos programas, incrementar los beneficios en el servicio de los mismos; ayuda a decidir si un programa debe comen-

zar, seguir, o si se deberá buscar otra alternativa, o hacer adaptaciones (Posavac y Carey, 1985).

Por otra parte, es importante mencionar que esta investigación se realizó por medio de un seguimiento, en el cual, aunque no hubo mediciones periódicas (como es lo tradicional), se localizó a una misma muestra para llevar a cabo una tercera medición (Entrevista Inicial, al termino del tratamiento y Seguimiento), cuatro años después de la primera medición con el objetivo de realizar una evaluación a los usuarios atendidos en el programa de tratamiento conductual impartido en el C.C.P. en términos de la permanencia de los efectos de dicho tratamiento, así como elaborar un perfil de ambos grupos (G.E. y G.C.) con base a sus relaciones familiares y al desarrollo de un modelo matemático para predecir el consumo de drogas por la identificación de éstas variables.

METODO

SUJETOS

Se utilizó un muestreo NO PROBABILISTICO INTENCIONAL POR - CUOTA (Pick, 1988), integrado por el total de casos atendidos - en el Centro Comunitario Padierna en el año de 1984; contándose con 40 casos que asistieron a tratamiento (que formaron el GRUPO EXPERIMENTAL) y con 29 casos que sólo asistieron a la Entrevista Inicial (GRUPO CONTROL). Sin embargo debido a cambios de domicilio, direcciones falsas y personas que se negaron a colaborar, únicamente se localizó al 52.5% (21) del GRUPO EXPERIMENTAL y el 43.2% (14) del GRUPO CONTROL.

DISEÑO EXPERIMENTAL

Se utilizó un DISEÑO CUASIEXPERIMENTAL DE GRUPO CONTROL NO EQUIVALENTE (Campbell y Stanley, 1973). El GRUPO CONTROL estuvo formado por usuarios remitidos al Centro Comunitario Padierna - (al igual que los usuarios del grupo experimental), a los que - se les aplicaron los instrumentos correspondientes, pero que solamente asistieron de una a tres ocasiones. Debido a que en - éste tipo de servicios, por razones éticas no es posible elegir aleatoriamente a quienes se presta el servicio, se tomó a éste grupo de usuarios como CONTROL, ya que en la evaluación de un - programa es primordial contar con un grupo de comparación que -

sea lo más semejante posible (características, tipo de reclutamiento, mediciones efectuadas) al GRUPO EXPERIMENTAL (Weiss, - 1980).

El GRUPO EXPERIMENTAL se formó de usuarios remitidos al Centro y que concluyeron el PROGRAMA DE TRATAMIENTO CONDUCTUAL.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación fueron los siguientes:

- A. EL AUTOREPORTE DE DELINCUENCIA Y FARMACODEPENDENCIA (Elliot, 1980).
- B. ESCALA DE EVALUACION DEL AMBIENTE FAMILIAR (FES), (Moos 1974).
- C. ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO A PADRES DE FAMILIA.

A continuación se hace una breve descripción de cada uno de estos instrumentos.

A) AUTOREPORTE DE DELINCUENCIA Y FARMACODEPENDENCIA

Este instrumento consta de 144 preguntas, de las cuales - cinco son de datos generales; 59 de conducta no manifiesta (que se refieren a lo que se piensa o cree de determinadas acciones) y 80 preguntas de conducta manifiesta que indagan directamente si se realizan o no ciertas conductas adictivas y delictivas.

En general el instrumento está basado en los siguientes - criterios:

- 1) Delitos por costumbre contra las personas (asalto sexual, asalto grave, asalto simple y robo)
- 2) Delitos por costumbre contra la propiedad (vandalismo, robo por escándalo, robo de autos, ladrocinio, robar - objetos valiosos, fraude y paseo en automóvil violando las leyes de tránsito)
- 3) Delitos de servicio ilegal (prostitución, venta de drogas, proveer de drogas a menores)
- 4) Delitos por desorden público (llevar un arma escondida, conducta desordenada, embriaguez, mendigar, y usar mariguana)
- 5) Delitos por status (andar fugitivo, comercio sexual, - uso del alcohol y vagabundear)

- 6) Uso de drogas fuertes (anfetaminas, barbitúricos, alucinógenos, heroína y cocaína) (Ver apéndice 2)

B) LA ESCALA DE EVALUACION DEL AMBIENTE FAMILIAR (FES)

La Escala de Evaluación del Ambiente Familiar (FES) fue desarrollada por Moos (1974) con el objetivo de evaluar el clima social que impera en las familias. Se centra en la medición y descripción de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, sobre el énfasis que da la familia para el crecimiento o desarrollo personal en cada uno de sus miembros, y sobre la base estructural y organizativa que emplea la familia.

La Escala de Evaluación del Ambiente Familiar (FES) está integrada por diez subescalas que evalúan tres áreas o dimensiones:

- 1) RELACIONES FAMILIARES. Esta área muestra cómo los miembros de la familia sienten que pertenecen a ella y si están orgullosos de la misma, así como el grado de las interacciones características de la familia.
- 2) DESARROLLO PERSONAL. Esta área mide el proceso de desarrollo de la familia.

- 3) ORGANIZACION Y CONTROL FAMILIAR. Esta área dá información de la estructura y organización de la familia y - del grado de control que generalmente ejercen los miembros de la familia en relación con cada uno.

Las escalas que componen cada una de las dimensiones o - áreas mencionadas son:

1. RELACIONES FAMILIARES

COHESION
EXPRESIVIDAD
CONFLICTO

2. DESARROLLO PERSONAL

INDEPENDENCIA
ORIENTACION DE METAS
ORIENTACION CULTURAL
ORIENTACION RECREACIONAL
Y DE ACCION
ENFASIS MORAL RELIGIOSO

3. ORGANIZACION Y
CONTROL FAMILIAR

ORGANIZACION
CONTROL

A continuación se describen las diez subescalas y se proporciona una breve definición de cada una de ellas.

1. COHESION. Grado de confianza, ayuda y apoyo que los miembros de la familia se dan unos a otros.
2. EXPRESIVIDAD. Grado en el cual la familia estimula a sus miembros a actuar y expresar sus sentimientos de manera abierta.
3. CONFLICTO. Grado de angustia, agresión y conflicto que se dá en las interacciones familiares.
4. INDEPENDENCIA. Grado en el cual la familia estimula la asertividad, la autosuficiencia y la autodeterminación.
5. ORIENTACION DE METAS. Grado en el cual diferentes tipos de actividades (escolar, laboral) estan orientadas hacia el logro de metas.

6. ORIENTACION CULTURAL. Grado en el cual la familia está interesada en eventos políticos, sociales, culturales o intelectuales.
7. ORIENTACION RECREACIONAL Y DE ACCION. Grado en el cual la familia participa activamente en eventos deportivos o recreacionales.
8. ENFASIS MORAL RELIGIOSO. Grado en el cual la familia discute y enfatiza activamente asuntos éticos, morales o religiosos.
9. ORGANIZACION. Mide qué tan importante es para la familia el orden y la organización para estructurar actividades familiares, establecer reglas claras y responsabilidades y la economía del hogar.
10. CONTROL. El grado en el cual la familia está organizada de una manera jerárquica y la rigidez y procedimientos de control que utiliza. (ver apéndice 3).

C. ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO A PADRES DE FAMILIA.

Para el GRUPO EXPERIMENTAL. Se utilizó un cuestionario - con 18 preguntas de opciones, que se refieren a: La satisfacción del tratamiento, actividades actuales, consumo de drogas y a las relaciones familiares. (Ver apéndice 4).

A los padres del GRUPO CONTROL se les aplicó un cuestionario similar al anterior con la única diferencia de que no se pregunta la satisfacción del tratamiento, sino la ayuda que proporcionó la visita del joven al Centro Comunitario. (Ver apéndice 5).

PROCEDIMIENTO

En la realización del presente estudio, no se tuvo contacto previo con los usuarios, ni se conocía el patrón de consumo de los mismos, con el fin de evitar que las respuestas fueran - influenciadas o prejuiciadas.

Se utilizaron los registros del Centro Comunitario Padier-na, de todos los casos atendidos en 1984. Encontrándose registrados 69 casos de personas que asistieron al Centro; de los - cuales 40 concluyeron alguna modalidad de tratamiento (Grupo Ex

perimental), y 29 sólo asistieron a la entrevista inicial y decidieron no recibir tratamiento (Grupo Control).

A las personas que asistieron al Centro Comunitario Padierna, en la entrevista inicial se les aplicó el Autoreporte de Delincuencia y Farmacodependencia y la Escala de Evaluación del Ambiente Familiar (FES).

Posteriormente a las personas que concluyeron el tratamiento se les aplicó nuevamente los instrumentos antes mencionados.

En este estudio se realizó el seguimiento de las personas que concluyeron el tratamiento y de los que sólo asistieron a la entrevista inicial, se aplicó el Autoreporte de Delincuencia y Farmacodependencia y el FES; y a los padres se les aplicó una Entrevista de Seguimiento.

Se realizaron visitas domiciliarias a cada caso para aplicar los instrumentos.

En cada entrevista se estableció el rapport necesario, (clima de confianza por medio de la conversación con la persona) enfatizando que los datos serían confidenciales.

Se leyeron las instrucciones y las preguntas a las personas.

entrevistadas.

Al finalizar la aplicación se agradeció la colaboración de las personas que participaron.

En algunas ocasiones todos los instrumentos se aplicaron - en una visita (si se encontraba al usuario y a algún familiar), pero la mayoría de las veces se realizaron de dos hasta cuatro visitas para poder aplicar los tres instrumentos y/o para localizar la dirección.

Debido a que las direcciones que se tenían eran de 1984, - se encontró que varios usuarios habían cambiado de domicilio; - algunas direcciones eran falsas, y otras personas se negaron a colaborar en el estudio, tanto padres como usuarios. Por estas razones finalmente se realizaron 25 entrevistas (62.5%) al grupo experimental: 18 a usuarios con sus respectivos padres, 4 solamente a padres y 3 únicamente a usuarios. Para el grupo - control sólo se realizaron 20 entrevistas (68.9%): 14 a usuarios con sus padres y 6 únicamente a padres.

Para el análisis estadístico se tomaron solamente los casos completos (padres y usuarios) y los casos en que únicamente contestó el usuario, quedando 21 casos (52.5%) en el Grupo Experimental y 14 (48.2) en el Grupo Control.

Los datos obtenidos se compararon de la siguiente manera:

En el GRUPO EXPERIMENTAL se comparó la información obtenida en la Entrevista Inicial con la información que se obtuvo al Término del Tratamiento y con la información reportada en el Seguimiento. Asimismo se comparó la información obtenida en el Término del Tratamiento con la información del Seguimiento.

Para el GRUPO CONTROL se comparó la información de la Entrevista Inicial con la del Seguimiento.

ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico de los datos de esta investigación se llevó a cabo mediante el empleo de un paquete estadístico computarizado llamado SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales).

El análisis estadístico se realizó en dos niveles: un análisis descriptivo y un análisis inferencial.

Para el primero de ellos se emplearon las siguientes subrutinas del mencionado paquete:

FREQUENCIES (Frecuencias). Esta subrutina fue utilizada para obtener una descripción de la muestra, fundamentalmente a partir del análisis de frecuencias.

CROSSTABS (Cruce de variables). Esta subrutina proporcionó tablas de contingencia para conocer algunas relaciones entre variables.

Para el análisis inferencial se utilizaron las siguientes subrutinas del SPSS:

FREEDMAN (Análisis de varianza no paramétrico). Se utilizó para conocer las diferencias entre tres condiciones experimentales (entrevista inicial, término del tratamiento y seguimiento).

WILCOXON (Prueba de la suma de rangos para experimentos apareados). Se utilizó para analizar si había diferencias antes y después del tratamiento, y en el seguimiento (cuatro años después de la entrevista inicial), para variables con un nivel de medición ordinal.

T-TEST (Prueba t de Student). Se utilizó para comparar antes y después del tratamiento, y en el seguimiento (cuatro años después de la entrevista inicial), para variables con un

nivel de medición intervalar o de razón.

REGRESSION (Análisis de Regresión Lineal Múltiple). Se -
utilizó para construir un Modelo Matemático con el objeto de pre
decir el consumo de drogas a partir de las tres dimensiones de
la Escala de Evaluación del Ambiente Familiar.

RESULTADOS

Tabla 1. Porcentaje de hombres y mujeres en ambos grupos.

SEXO	G.E.	G.C.
Masculino	81.0%	85.7%
Femenino	19.0%	14.3%
T O T A L	100.0%	100.0%

Tabla 2. Porcentaje del estado civil de los sujetos en ambos grupos

ESTADO CIVIL	G.E.	G.C.
Solteros	71.4%	85.7%
Casados	19.0%	0.0%
Unión Libre	9.6%	0.0%
Padres o madres solteros.	0.0%	14.3%
T O T A L	100.0%	100.0%

Tabla 3. Porcentaje de edades en
ambos grupos

EDAD EN AÑOS	G.E.	G.C.
17	4.8%	0.0%
18	0.0%	14.3%
19	23.8%	28.6%
20	19.0%	28.6%
21	19.0%	21.4%
22	14.3%	0.0%
23	4.8%	7.1%
25	9.5%	0.0%
29	4.8%	0.0%
T O T A L	100.0%	100.0%

Tabla 4. Porcentaje de escolaridad
en ambos grupos

ESCOLARIDAD	G.E.	G.C.
Primaria I. *	4.8%	21.4%
Primaria C. *	14.3%	14.4%
Secundaria I.	28.5%	21.4%
Secundaria C.	23.8%	28.6%
Carrera Técnica I.	9.5%	7.1%
Carrera Técnica C.	4.8%	0.0%
Bachillerato I.	14.3%	7.1%
T O T A L	100.0%	100.0%

*I. Incompleta

*C. Completa

Tabla 5. Porcentaje de ocupación en ambos grupos.

OCUPACION	G.E.	G.C.
Trabajan	66.7%	50.0%
No Trabajan	23.8%	28.6%
Estudian	9.5%	21.4%
T O T A L	100.0%	100.0%

Tabla 6. Porcentaje de tipos de empleos en ambos grupos

TIPO DE EMPLEO	G.E.	G.C.
*Sin empleo	33.3%	50.0%
Ama de casa	4.8%	7.1%
Sub-empleado	14.3%	7.1%
Relacionado a fármacos	19.0%	14.5%
Obrero no calificado	14.3%	7.1%
Obrero calificado	14.3%	7.1%
Oficinista		7.1%
T O T A L	100.0%	100.0%

*Sin trabajo remunerado.

73-

73-

TABLA 7 PORCENTAJE EN EL CONSUMO DE DROGAS EN EL SEGUIMIENTO EN AMBOS GRUPOS.

NIVEL DE CONSUMO	ALCOHOL		MARIGUANA		INHALANTES		PASTILLAS	
	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC
*No consumen	14.2%	21.4%	42.9%	42.9%	82.0%	78.6%	62.9%	71.6%
1 ó 2 veces al año	9.5%	35.8%	9.5%	7.1%	4.5%	7.1%	9.5%	7.1%
1 vez cada 2 ó 3 meses	9.5%	_____	_____	7.1%	4.5%	_____	19.0%	7.1%
1 vez al mes	_____	7.1%	_____	7.1%	4.5%	_____	9.5%	_____
1 vez cada 2 ó 3 semanas	19.0%	7.1%	_____	_____	_____	_____	_____	_____
1 vez a la semana	23.9%	7.1%	4.8%	_____	_____	_____	_____	_____
2 ó 3 veces por semana	23.9%	7.1%	19.0%	_____	_____	_____	_____	7.1%
1 vez al día	_____	14.4%	14.3%	7.1%	4.5%	_____	_____	7.1%
2 ó 3 veces al día	_____	_____	9.5%	28.7%	_____	14.3%	_____	_____
T O T A L	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

* Estos datos se refieren a los jóvenes que en la última aplicación reportaron ya no consumir drogas.

TABLA 8 PORCENTAJE DEL CONSUMO DE DROGAS EN DETERMINADAS SITUACIONES EN AMBOS GRUPOS.

SITUACION	G.E.	G.C.	CON QUIEN LO HACE	G.E.	G.C.
Cuando está solo	8.3%	25.0%	Solo	46.2%	22.2%
En Fiestas	8.3%	12.5%	Con amigos	30.8%	33.4%
Cuando tiene problemas	-----	12.5%	*Indiscriminadamente	23.0%	44.4%
*Indiscriminadamente	83.4%	50.0%			
T O T A L	100%	100%	T O T A L	100%	100%

*Consumen drogas sin importar la situación en que se encuentra, ni con quién está

A continuación se describen las respuestas que dieron los familiares de los usuarios del GRUPO EXPERIMENTAL.

Se encontró que el 71.4% de los padres de los usuarios consideran que el tratamiento sí ayudó a sus hijos; el 14.3% considera que ni los ayudó ni los perjudicó y otro 14.3% no contestó.

Respecto a los cambios que hubo en los usuarios después - del tratamiento el 71.4% de los padres consideró que estos cambios fueron positivos; un 14.3% consideró que no hubo ningún - cambio y otro 14.3% no contestó.

El 61.9% de los padres opinó que a partir del tratamiento sus hijos mejoraron; el 19.0% contestó que seguían igual; un - 4.8% consideró que habían empeorado y un 14.3% no contestó.

El 47.6% de los padres reportó que sus hijos ya no consu--men droga; el 38.1% contestó que siguen consumiendo drogas y un 14.3% no contestó.

Respecto a cuántos días consumen drogas sus hijos, el - 28.6% reportó que ya no lo hacen; el 9.5% contestó que lo hacen una vez cada dos o tres meses; un 4.8% reportó que lo hacen una vez al mes; otro 4.8% contestó que lo hacen una vez a la semana; un 9.5% reportó que lo hacen dos o tres veces por semana y

otro 9.5% reportó que lo hacen una vez al día, un 28.6% no contestaron.

En cuanto al tipo de droga que consumen los usuarios el 19.0% reportó que sus hijos consumen alcohol; un 38.1% contestó que sus hijos consumen diversas drogas y un 42.9% no contestó.

Un 38.1% reportó que sus hijos habían sido detenidos por la policía; el 47.6% reportó que sus hijos no habían sido detenidos por la policía en estos cuatro años y un 14.3% no contestó.

De los usuarios que fueron detenidos; el 37.5% la razón de la detención fue por consumo de drogas, un 12.5% fue detenido por delincuencia, otro 12.5% fue detenido por pleitos, un 25.0% fue detenido por sospechas y otro 12.5% fue remitido por los padres.

Por otra parte, los padres reportaron en un 9.5% que sus hijos estudian; en un 76.2% que sus hijos no estudian y un 14.3% no contestó.

Asimismo, un 61.9% de los padres reportó que sus hijos trabajan, un 23.8% afirmó que sus hijos no trabajan y un 14.3% no

contestó.

En cuanto a las relaciones de los usuarios con su padre, - se encontró que un 14.3% contestó que las relaciones son malas, un 4.8% contestó que las relaciones son regulares, un 23.8% contestó que las relaciones son buenas, un 14.3% contestó que no - se llevan, un 19.0% el padre es finado, un 9.5% no viven con el padre y un 14.3% no contestó.

En las relaciones con la madre, se encontró que un 61.9% - contestó que las relaciones son buenas, un 9.5% contestó que - son regulares, un 4.8% contestó que son malas, un 9.5% la madre es finada y un 14.3% no contestó.

Se utilizó también la subrutina CROSSTAES (cruce de variables) para conocer la correlación entre la información dada por los padres y los hijos, en las siguientes variables: ESTUDIA - ACTUALMENTE, TRABAJA ACTUALMENTE, SIGUE CONSUMIENDO DROGAS y, - CUANTOS DIAS CONSUME DROGAS.

En la variable "ESTUDIA ACTUALMENTE", se encontró un Coefi ciente de Contingencia de 0.70 con un nivel de significancia de 0.00001, por lo tanto se puede decir que hay una asociación moderada, directamente proporcional y significativa entre la información dada por los padres y los hijos.

Para la variable "TRABAJA ACTUALMENTE", se encontró un Coeficiente de Contingencia de 0.67 con un nivel de significancia de 0.06, por lo tanto existe una asociación moderada, directamente proporcional y significativa entre la información reportada por los padres y los hijos.

Para las otras variables los Coeficientes de Correlación - Phi y de Contingencia no fueron significativos, por lo tanto no se reportan.

Para el tratamiento inferencial de los resultados se utilizó la prueba de Análisis de Varianza no Paramétrica (FREEDMAN), por ser la más adecuada para conocer las diferencias entre tres condiciones experimentales, el nivel de medición de las variables fue ordinal; sin embargo solamente fueron significativos los efectos residuales que indican que la interacción de las condiciones es lo que produce las diferencias encontradas. En esta investigación no se pretendía explicar las interacciones, sino únicamente los efectos principales entre cada una de las condiciones.

Por otra parte, la prueba de Análisis de Varianza no Paramétrica (FREEDMAN) requería que hubiera el mismo número de sujetos en las tres condiciones, dado que esta investigación es un seguimiento no se localizó a todos los sujetos y por lo tanto -

no se tenía el mismo número en las tres condiciones.

Debido a todo esto se decidió utilizar la prueba de WILCOXON (Análisis de la Suma de Rangos) para conocer las diferencias entre las condiciones apareándolas, para lo cual se igualó el número de sujetos eliminando del análisis estadístico a todos los casos que no se localizaron.

En seguida se presentan los resultados de la prueba de WILCOXON (Análisis de la Suma de Rangos) para el GRUPO EXPERIMENTAL (tablas 9, 10 y 11), dichos resultados muestran el nivel de significancia de la prueba (que se comparó con el nivel de significancia establecido $\alpha \leq 0.06$) para rechazar o aceptar hipótesis; se presentan también las medianas correspondientes a cada aplicación para conocer el aumento o disminución entre una y otra, y los puntajes de la prueba de WILCOXON que cuando presentan $N > 10$ se convierten a puntajes Z, finalmente se indica la aceptación o el rechazo de las hipótesis planteadas a continuación:

$H_0^1 =$ No existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos de la entrevista inicial y los datos obtenidos al término del tratamiento (con respecto a cada una de las variables).

$H_1^1 =$ Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos de la entrevista inicial y los datos obtenidos al término del tratamiento (con respecto a cada una de las variables).

$H_0^2 =$ No existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos de la entrevista inicial y los datos del seguimiento (con respecto a cada una de las variables).

$H_1^2 =$ Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos de la entrevista inicial y los datos del seguimiento (con respecto a cada una de las variables).

$H_0^3 =$ No existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos obtenidos al término del tratamiento y los datos del seguimiento (con respecto a cada variable).

$H_1^3 =$ Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos obtenidos al término del tratamiento y los datos del seguimiento (con respecto a cada variable).

A continuación se describen las respuestas que dieron los familiares de los usuarios del GRUPO CONTROL.

Se encontró que un 35.7% de los padres de los usuarios consideran que la visita de sus hijos al Centro ni les ayudó ni les perjudicó; un 50.0% considera que esta visita sí ayudó a sus hijos y un 14.3% no contestaron.

Respecto a los cambios que hubo en los usuarios después de su visita al Centro, el 28.6% de los padres consideraron que estos cambios fueron positivos; un 50.0% consideró que no hubo ningún cambio y un 14.3% expresó que estos cambios fueron negativos.

El 50.0% de los padres opinó que a partir de la visita de sus hijos al Centro éstos mejoraron, un 35.7% contestó que seguían igual y un 14.3% consideró que habían empeorado.

El 21.4% de los padres reportó que sus hijos ya no consumen drogas, un 14.3% contestó no saber si lo hacen o no y un 64.3% afirmó que sus hijos siguen consumiendo drogas.

Respecto a cuántos días consumen drogas sus hijos, el 42.8% reportó que ya no lo hacen, un 7.1% contestaron que sus hijos lo hacen una o dos veces al año, otro 7.1% dijo que lo hacen una vez al mes, otro 7.1% reportó que lo hacen una vez cada dos o -

tres semanas, mientras otro 7.1% contestó que lo hacían dos o tres veces por semana; un 28.6% contestó que lo hacen una vez - al día.

En cuanto al tipo de droga que consumen los usuarios, los padres contestaron lo siguiente: un 50.0% reportó que sus hijos consumen diversas drogas, un 7.1% afirmó que consumen marihuana, otro 7.1% contestó que sus hijos consumen inhalantes, otro 7.1% señaló que no saben que droga consumen sus hijos y un 28.6% no contestó.

Un 42.9% de los padres reportó que sus hijos han sido detenidos por la policía en estos cuatro años, mientras que el 57.1% contestó que no los han detenido.

De los usuarios que fueron detenidos, se encontró que el 50.0% fue detenido por consumo de drogas, el 16.6% fue detenido por redada y el 33.3% fue detenido por sospechas.

Por otra parte, los padres reportaron en un 21.4% que sus hijos estudian y en un 78.6% que sus hijos no lo hacen.

Un 28.6% de los padres reportó que sus hijos sí trabajan, - mientras que un 71.4% afirmó que sus hijos no trabajan.

En cuanto a las relaciones del usuario con su padre, se encontró que en un 7.1% las relaciones padre-hijo son malas, un 28.6% son regulares, un 35.7% son buenas, mientras que un 21.4% reportó que no se llevan y un 7.1% reportó que los usuarios no viven con el padre.

En las relaciones del usuario con la madre se encontró que en un 28.6% las relaciones son regulares y un 71.4% las relaciones son buenas.

Asimismo, se utilizó la subrutina CROSSTABS (cruce de variables) para conocer la correlación entre la información proporcionada por los padres y la reportada por los hijos, en las variables: ESTUDIA ACTUALMENTE, TRABAJA ACTUALMENTE, SIGUE CONSUMIENDO DROGAS y, CUANTOS DIAS CONSUME DROGAS.

En la variable "ESTUDIA ACTUALMENTE", se encontró que el coeficiente Phi obtuvo un valor de 0.82 con un nivel de significancia de 0.0001 por lo tanto se puede decir que hay una asociación alta, directamente proporcional y significativa entre la información que dieron los padres y la que dieron los hijos respecto a estudiar.

Para las otras variables, los Coeficientes de Correlación Phi y de Contingencia no fueron significativos, por lo tanto no se reportan.

En seguida se presentan los resultados del tratamiento inferencial de los datos, para lo cual se utilizó la prueba de WILCOXON (Análisis de la Suma de los Rangos) que sirve para analizar diferencias apareadas. Para el GRUPO CONTROL se compararon las dos aplicaciones, la entrevista inicial y el seguimiento.

Los resultados se muestran en una tabla (12) que presenta el nivel de significancia de la prueba (que se comparó con el nivel de significancia establecido $\alpha \leq 0.06$) para aceptar o rechazar la hipótesis planteada; se presentan también las medianas correspondientes a cada aplicación para conocer el aumento o disminución entre una y otra; y los puntajes de la prueba WILCOXON que cuando presentan $N > 10$ los convierte a puntajes Z; finalmente se muestra la decisión.

$H_0^4 =$ No existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos de la entrevista inicial y los datos obtenidos en el seguimiento (con respecto a cada una de las variables).

$H_1^4 =$ Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los datos de la entrevista inicial y los datos obtenidos en el seguimiento (con respecto a cada una de las variables).

TABLA 9 RESULTADOS DE LA PRUEBA DE WILCOXON COMPARANDO LOS DATOS
 OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA INICIAL Y AL TERMINO DEL TRA-
 TAMIENTO CONDUCTUAL. EN EL GRUPO EXPERIMENTAL.

VARIABLES	NIVEL DE SIGNIFIC. *	Md ₁	Md ₂	Z**	DECISION
Robo conducta manifiesta	0.02	1.455	1.118	-2.192	Se rechaza Ho ₁ , se acepta Hi ₁
Ofensas a la ley C. Manif.	0.09	1.375	1.250	-1.659	Se acepta Ho ₁ , se rechaza Hi ₁
Conductas desordenadas	0.03	1.714	1.308	-2.134	Se rechaza Ho ₁ , se acepta Hi ₁
Consumo drogas C. Manif.	0.002	3.375	2.000	-3.030	Se rechaza Ho ₁ , se acepta Hi ₁
Consumo de alcohol	0.06	4.125	2.625	-1.823	Se rechaza Ho ₁ , se acepta Hi ₁
Consumo de marihuana	0.17	2.429	2.917	-1.344	Se acepta Ho ₁ , se rechaza Hi ₁
Consumo de inhalantes	0.004	2.400	1.118	-2.897	Se rechaza Ho ₁ , se acepta Hi ₁
Consumo de pastillas	0.18	1.375	1.231	-1.334	Se acepta Ho ₁ , se rechaza Hi ₁

1. Al inicio del tratamiento
2. Al término del tratamiento

* Este nivel de significancia se comparó con $\alpha = 0.06$

** La prueba W proporciona Z para $n > 10$

TABLA 10 RESULTADOS DE LA PRUEBA DE WILCOXON COMPARANDO LOS DATOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA INICIAL CON LOS DATOS DEL SEGUIMIENTO. EN EL GRUPO EXPERIMENTAL.

VARIABLES	NIVEL DE SIGNIFIC. *	Md ₁	Md ₃	Z**	DECISION
Robo conducta manifiesta	0.009	1.455	1.000	-2.628	Se rechaza Ho ₂ , se acepta Hi ₂
Ofensas a la ley C. Manif.	0.01	1.375	1.094	-2.401	Se rechaza Ho ₂ , se acepta Hi ₂
Conductas desordenadas	0.005	1.714	1.059	-2.795	Se rechaza Ho ₂ , se acepta Hi ₂
Consumo de drogas C. Manif.	0.14	3.375	5.250	-1.444	Se acepta Ho ₂ , se rechaza Hi ₂
Consumo de alcohol	0.35	4.125	5.375	-0.933	Se acepta Ho ₂ , se rechaza Hi ₂
Consumo de marihuana	0.71	2.429	2.250	-0.362	Se acepta Ho ₂ , se rechaza Hi ₂
Consumo de inhalantes	0.005	2.400	1.067	-2.792	Se rechaza Ho ₂ , se acepta Hi ₂
Consumo de pastillas	0.953	1.375	1.292	-0.059	Se acepta Ho ₂ , se rechaza Hi ₂

1. Al inicio del tratamiento

3. Seguimiento

* Este nivel de significancia se comparó con $\alpha = 0.06$

** La prueba W proporciona Z para $n > 10$

TABLA 11 RESULTADOS DE LA PRUEBA DE WILCOXON COMPARANDO LOS DATOS
 OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA INICIAL CON LOS DATOS DEL SE-
 GUIMIENTO EN EL GRUPO CONTROL.

VARIABLES	NIVEL DE SIGNIFIC.*	Md ₁	Md ₂	Z**	DECISION
Robo conducta manifiesta	0.249	1.167	1.200	-1.153	Se acepta Ho ₄ , se rechaza Hi ₄
Ofensas a la ley C. Manif.	0.398	1.100	1.136	-0.845	Se acepta Ho ₄ , se rechaza Hi ₄
Conductas desordenadas	0.529	1.250	1.136	-0.629	Se acepta Ho ₄ , se rechaza Hi ₄
Consumo de drogas C. Manif.	0.307	3.250	3.500	-1.022	Se acepta Ho ₄ , se rechaza Hi ₄
Consumo de alcohol	0.154	2.167	2.300	-1.427	Se acepta Ho ₄ , se rechaza Hi ₄
Consumo de marihuana	0.828	3.500	2.500	-0.222	Se acepta Ho ₄ , se rechaza Hi ₄
Consumo de inhalantes	0.594	1.500	1.136	-0.533	Se acepta Ho ₄ , se rechaza Hi ₄
Consumo de pastillas	0.686	1.200	1.200	-0.405	Se acepta Ho ₄ , se rechaza Hi ₄

1. Entrevista inicial
2. Datos de seguimiento

* Este nivel de significancia se comparó con $\alpha = 0.06$

** La prueba W proporciona Z para $n > 10$

TABLA 12 RESULTADOS DE LA PRUEBA DE WILCOXON COMPARANDO LOS DATOS
 OBTENIDOS AL TERMINO DEL TRATAMIENTO CON LOS DATOS DEL -
 SEGUIMIENTO. EN EL GRUPO EXPERIMENTAL

VARIABLES	NIVEL DE SIGNIFIC. *	Md ₂	Md ₃	Z**	DECISION
Robo conducta manifiesta	0.20	1.118	1.000	-1.260	Se acepta Ho ₃ , se rechaza Hi ₃
Ofensas a la ley C. Manif.	0.16	1.250	1.094	-1.400	Se acepta Ho ₃ , se rechaza Hi ₃
Conductas desordenadas	0.13	1.308	1.059	-1.481	Se acepta Ho ₃ , se rechaza Hi ₃
Consumo drogas C. Manif.	0.002	2.00	5.250	-3.053	Se rechaza Ho ₃ , se acepta Hi ₃
Consumo de alcohol	0.01	2.625	5.375	-2.357	Se rechaza Ho ₃ , se acepta Hi ₃
Consumo de marihuana	0.12	2.917	2.250	-1.551	Se acepta Ho ₃ , se rechaza Hi ₃
Consumo de inhalantes	0.77	1.118	1.067	-0.280	Se acepta Ho ₃ , se rechaza Hi ₃
Consumo de pastillas	0.43	1.231	1.292	-0.784	Se acepta Ho ₃ , se rechaza Hi ₃

2. Al término del tratamiento

3. Seguimiento

* Este nivel de significancia se comparó con $\alpha = 0.06$

** La prueba W proporciona Z para $n > 10$

Asimismo se utilizó la subrutina T-TEST (t de Student) para comparar la variable "TIEMPO DEDICADO A AMIGOS", combinando de dos en dos las tres aplicaciones. Los resultados fueron los siguientes:

Al comparar la aplicación de la entrevista inicial y la aplicación al término del tratamiento se encontró una diferencia entre medias de 2.2857 con una desviación estándar de 2.261 y un error estándar de 0.493. La correlación entre estas dos aplicaciones fue de -0.12 (baja e inversamente proporcional) con un nivel de significancia de $\alpha=0.60$ (mayor a 0.06) por lo que no se considera significativa.

Se obtuvo un valor de $t=4.63$ con 20 grados de libertad y un nivel de significancia de $\alpha=0.00001$ (menor a 0.06) por lo que de acuerdo a la regla de decisión se rechaza H_0 y se acepta H_1 , concluyendo que sí existen diferencias estadísticamente significativas en el TIEMPO DEDICADO A AMIGOS entre la entrevista inicial y al término del tratamiento.

Comparando los datos de la entrevista inicial con los del seguimiento se encontró una diferencia entre medias de 3.3333 con una desviación estándar de 3.454 y un error estándar de 0.754. La correlación entre estas dos aplicaciones fue de -0.30 (moderada e inversamente proporcional) con un nivel de

significancia de $\alpha=0.17$ (mayor a 0.06) por lo que no es significativa.

Se obtuvo un valor de $t=4.42$ con 20 grados de libertad y un nivel de significancia de $\alpha=0.00001$ (menor a 0.06), de acuerdo a la regla de decisión: se rechaza H_0 y se acepta H_1 , concluyendo que sí existen diferencias estadísticamente significativas en el TIEMPO DEDICADO A AMIGOS entre la entrevista inicial y el seguimiento.

Por último se compararon los datos obtenidos al término del tratamiento con los datos del seguimiento, encontrándose una diferencia entre medias de 1.0476 con una desviación estándar de 3.775 y un error estándar de 0.824. La correlación fue de -0.13 (baja e inversamente proporcional) con un nivel de significancia de $\alpha=0.57$ (mayor a 0.06) por lo que resultó no ser significativa.

El valor de t fue de 1.27 con 20 grados de libertad y un nivel de significancia de $\alpha=0.21$ (mayor a 0.06) por lo que de acuerdo a la regla de decisión se acepta H_0 y se rechaza H_1 , concluyendo que no existen diferencias estadísticamente significativas en el TIEMPO DEDICADO A AMIGOS entre el término del tratamiento y el seguimiento.

También se aplicó la rutina T-TEST (t de Student) para -
comparar la variable "TIEMPO DEDICADO A AMIGOS" en las dos apli-
caciones, la entrevista inicial con la del seguimiento, se en-
contró una diferencia entre medias de 1.1429 con una desviación
estándar de 3.549 y un error estándar de 0.948. La correlación
entre estas dos aplicaciones fue de -0.16 (baja e inversamente
proporcional) con un nivel de significancia de $\alpha=0.58$ mayor a
0.06, por lo que no es significativa. Se obtuvo un valor de t
de 1.20 con 13 grados de libertad y un nivel de significancia -
de $\alpha=0.250$ (mayor a 0.06) por lo que de acuerdo a la regla de
decisión se acepta H_0 y se rechaza H_1 , y se concluye: No existen
diferencias estadísticamente significativas en el TIEMPO DEDICA-
DO A AMIGOS entre la entrevista inicial y el seguimiento.

El Análisis de Regresión Lineal Múltiple describe la rela-
ción lineal que existe entre una variable dependiente y un gru-
po de variables independientes.

Asimismo nos permite predecir los valores de la variable -
dependiente a partir del comportamiento de las variables inde-
pendientes.

En esta investigación se intentó construir tres Modelos -
Matemáticos de este tipo, con el objeto de predecir el Consumo
de Drogas relacionado con las escalas de Evaluación del Ambien-

te Familiar (FES) divididas a su vez en tres dimensiones: 1) RELACIONES FAMILIARES, 2) DESARROLLO PERSONAL y 3) ORGANIZACION Y CONTROL FAMILIAR. Esto se llevó a cabo con el GRUPO EXPERIMENTAL.

Los resultados obtenidos por medio de este análisis mostraron modelos pobres en relación a lo que debe ser un buen modelo es decir, deberá explicar el 80% de la varianza total.

En el Primer Modelo se analizó el CONSUMO DE DROGAS relacionado con las tres dimensiones del FES en la Entrevista Inicial. En donde se encontró que el COEFICIENTE DE DETERMINACION (r^2) fue de 0.32, lo que significa que éste es un modelo pobre, ya que sólo nos explica el 32% de la variación en el CONSUMO DE DROGAS y el resto o sea el 48% queda no explicado y esto se debe probablemente a que existen otras variables predictoras que contribuyen de manera importante al consumo de drogas y que no están incluidas en éste modelo, algunas de las cuales podrían ser: Falta de Autoridad por parte de los Padres, Deserción Escolar, Falta de Empleo, el Ambiente Comunitario de los jóvenes y la Situación Socioeconómica y Política del País, entre otras.

Para el Segundo Modelo se analizó el CONSUMO DE DROGAS relacionado con las tres dimensiones del FES al TERMINO DEL TRATAMIENTO. En donde se encontró que el COEFICIENTE DE DETERMINA-

CIÓN (r^2) fue de 0.15, lo que significa que este es un modelo -
pobre, ya que solo nos explica el 15% de la variación en el -
CONSUMO DE DROGAS y el resto ó sea el 65% queda no explicado y
esto se debe probablemente a que existen otras variables predic-
toras que contribuyen de manera más importante al consumo de -
drogas y que no están incluidas en este modelo, algunas de es-
tas se mencionaron ya en el primer modelo.

En el Tercer Modelo se analizó el CONSUMO DE DROGAS rela-
cionado con las tres dimensiones del PES en el SEGUIMIENTO. En
contrando un COEFICIENTE DE DETERMINACION (r^2) de 0.37, lo que
significa que este es también un modelo pobre ya que solo nos
explica el 37% de la variación en el CONSUMO DE DROGAS y el res-
to ó sea el 43% queda no explicado y esto se debe probablemente
a que existen otras variables predictoras que contribuyen de ma-
nera más relevante en el consumo de drogas y que no están inclui-
das en este modelo, algunas ya se mencionaron con anterioridad.

A partir de los resultados de estos tres modelos se inten-
tó construir un último modelo, tomando en cuenta las variables
que matemáticamente contribuían más en cada uno de los tres mo-
delos a partir del COEFICIENTE DE DETERMINACION, de este modo,-
se relacionó el CONSUMO DE DROGAS con DESARROLLO PERSONAL en la
ENTREVISTA INICIAL, RELACIONES FAMILIARES Y DESARROLLO PERSONAL
en el SEGUIMIENTO y RELACIONES FAMILIARES al TERMINO DEL TRATA-

MIENTO. En este modelo se encontró un COEFICIENTE DE DETERMINACION (r^2) de 0.45 lo que significa que este sigue siendo un modelo pobre, ya que sólo nos explica el 45% de la varianza en el consumo de drogas y el resto o sea el 35% queda no explicado, y esto se debe probablemente a que existen otras variables predictoras que contribuyen de manera importante en el consumo de drogas y que no están incluidas en este modelo. Algunas de estas variables podrían ser: Falta de Autoridad por parte de los Padres, Sistema Educativo Inoperante, la Crisis Económica, el Consumismo aunado a un Bajo Poder Adquisitivo, la Formación de Subculturas dentro de la Zona Metropolitana por mencionar algunas.

La creación de este último modelo fue con fines eminentemente matemáticos y que se podrían explicar a partir de una conceptualización sistémica.

Por todo lo anterior unicamente se anexan los resultados del Análisis de Regresión Lineal Múltiple a manera de Guía Metodológica y como propuesta para nuevas investigaciones.

Para el GRUPO CONTROL, se realizó la construcción de dos Modelos Matemáticos por medio de este análisis, con la finalidad de predecir CONSUMO DE DROGAS relacionado con las Escalas de Evaluación del Ambiente Familiar (FES) divididas a su vez en tres dimensiones: 1) RELACIONES FAMILIARES, 2) DESARROLLO PER--

SONAL y 3) ORGANIZACION Y CONTROL FAMILIAR.

En el Primer Modelo se analizó el CONSUMO DE DROGAS relacionado con las tres dimensiones del FES en la ENTREVISTA INICIAL. Encontrando que el COEFICIENTE DE DETERMINACION (r^2) fue de 0.22, lo que explica que éste es un modelo pobre, ya que sólo nos explica el 22% de la variación en el consumo de drogas y el resto o sea el 58% queda no explicado, y esto se debe probablemente a que existen otras variables predictoras que contribuyen al consumo de drogas y que no están incluidas en este modelo, algunas de las cuales podrían ser: Falta de Autoridad Paterna, Sistema Educativo Inoperante, la Crisis Económica, el Consumismo aunado a un Bajo Poder Adquisitivo, la Formación de Subculturas dentro de la Zona Metropolitana, por mencionar algunas.

También en el Segundo Modelo se analizó el CONSUMO DE DROGAS con las tres dimensiones del FES en el SEGUIMIENTO. Encontrando un COEFICIENTE DE DETERMINACION (r^2) de 0.07, lo que significa que este es un modelo muy pobre, ya que sólo nos explica el 7% de la variación en el consumo de drogas y el resto, o sea el 73% queda no explicado y esto se debe al igual que en los otros modelos, a que existen otras variables predictoras que contribuyen al consumo de drogas y que no están incluidas en este modelo, algunas se mencionaron en el modelo anterior.

Es importante mencionar que en este grupo no se tuvo contacto con los jóvenes, ya que no llevaron un tratamiento como los del Grupo Experimental y probablemente existen otras variables de tipo psicológico, económico, político, social y cultural, además de las variables aleatorias que no se pueden explicar por medio de este modelo.

PERFIL DE LA ESCALA DE EVALUACION DEL AMBIENTE FAMILIAR*

En la dimensión de Relaciones se puede observar que hay diferencias mínimas entre el GRUPO EXPERIMENTAL y el GRUPO CONTROL. Sin embargo en el G.E. son mejores las interacciones características de la familia, los miembros de la familia sienten que pertenecen más a ella y están más orgullosos de la misma.

En la dimensión de Desarrollo Personal, respecto a la Independencia y a la Orientación a la Ejecución no hubo diferencias entre los grupos. En el G.E. se puede apreciar que hay una mejor Orientación Intelecto-Cultural, Moral-Religiosa y principalmente recreacional que en el G.C. Probablemente el decremento en el consumo de drogas del G.E. se deba a que los jóvenes emplean adecuadamente su tiempo libre en actividades recreacionales y culturales, no así el G.C.

* Vease Gráfica 1.

En la dimensión Organización y Control Familiar hay pequeñas diferencias, mostrando el G.E. una mejor Organización en cuanto a la planeación de las actividades familiares y en las responsabilidades; así como en el grado en que las normas y el proceder son usados en la vida familiar, a diferencia del G.C.

DISCUSSION

El objetivo del presente estudio fue realizar una evaluación a los usuarios atendidos en el Programa de Tratamiento Conductual, impartido en el Centro Comunitario Padierna, en términos de la permanencia de los efectos de dicho tratamiento.

Dicho objetivo fue alcanzado, aunque no se localizó al total de la muestra, encontrando de 69 casos (100%) únicamente 35 (50.7%), de los cuales 21 (52.5%) pertenecían al Grupo Experimental y 14 (48.2%) al GRUPO CONTROL.

Con respecto a los resultados más relevantes, se encontró un decremento en el consumo de inhalantes en el Grupo Experimental al término del tratamiento que se mantuvo en el Seguimiento. Se considera que esto se debió a que en el tratamiento uno de los objetivos principales es el decremento del consumo de inhalantes por el daño tan severo que provocan en el organismo humano, así como el énfasis que se ejerce para lograr el autocontrol hasta llegar a la abstinencia en el consumo de este tipo de drogas.

Tanto para el Grupo Experimental (G.E.) como para el Grupo Control (G.C.), no hubo diferencias estadísticamente significativas en el CONSUMO DE DROGAS - CONDUCTA MANIFIESTA, CONSUMO DE ALCOHOL, MARIGUANA Y PASTILLAS, al comparar la entrevista inicial y el seguimiento.

Por otra parte para el G.E. se encontró que entre la entrevista inicial y el término del tratamiento hubo diferencias estadísticamente significativas en el ROBO-CONDUCTA MANIFIESTA, - CONDUCTAS DESORDENADAS, CONSUMO DE DROGAS-CONDUCTA MANIFIESTA, CONSUMO DE ALCOHOL y CONSUMO DE INHALANTES; las cuales mostraron una disminución al término del tratamiento.

Asimismo para el G.E. se encontró que en el ROBO-CONDUCTA MANIFIESTA, OFENSAS A LA LEY-CONDUCTA MANIFIESTA, CONDUCTAS DESORDENADAS Y CONSUMO DE INHALANTES, presentaron diferencias estadísticamente significativas entre la entrevista inicial y el seguimiento. Estas diferencias mostraron un decremento en estas conductas, lo cual puede atribuirse a los efectos del tratamiento conductual, ya que en el G.C. no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estas variables, entre la entrevista inicial y el seguimiento.

Para el G.E. al comparar los datos obtenidos al término - del tratamiento con los del seguimiento, se pudo observar que - no hay diferencias estadísticamente significativas en las variables: ROBO-CONDUCTA MANIFIESTA, OFENSAS A LA LEY-CONDUCTA MANIFIESTA, CONDUCTAS DESORDENADAS Y CONSUMO DE INHALANTES, por lo tanto se puede decir que los efectos del tratamiento se mantuvieron en el seguimiento.

Para el G.E. se encontraron diferencias estadísticamente - significativas en el TIEMPO DEDICADO A LOS AMIGOS entre la entrevista inicial y el seguimiento. Sin embargo no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el término del tratamiento y el seguimiento. Es decir que el TIEMPO DEDICADO A LOS AMIGOS fue el mismo al término del tratamiento y en el seguimiento.

En el G.C. no hubo diferencias estadísticamente significativas en el TIEMPO DEDICADO A LOS AMIGOS entre la entrevista inicial y el seguimiento.

Independientemente de los resultados anteriores se desconoce si cambió el tipo de amigos y si esto influye en su consumo de drogas y con que frecuencia visita a sus antiguos amigos consumidores de drogas; por lo que se recomienda incluir esto en - seguimientos posteriores.

Por otro lado, se puede señalar que la mayoría (71.4%) de los padres de los usuarios del G.C. consideran que el tratamiento sí ayudó a sus hijos, que hubo cambios positivos y mejoraron.

Asimismo se observó que los padres de este grupo están más sensibilizados a la situación de entrevista de seguimiento; todo esto permitió que las respuestas fueran más sinceras y que con la información obtenida se valorara la efectividad del tra-

tamiento y la opinión de los padres respecto al mismo.

Por otra parte, en el G.C. los resultados mostraron que la mitad de los padres (50.0%) consideraron que la visita de sus hijos al centro los ayudó y mejoraron, sin embargo también se encontró que la mitad (50.0%) reportó que no hubo ningún cambio en la conducta de sus hijos. Esto se debe probablemente a que los padres de este grupo desconocen en mayor medida el tipo de actividad que sus hijos realizan, lo cual nos habla de una baja y pobre relación con los mismos, inclusive hubo contradicciones en la información debido a que los padres no estaban enterados de la visita de sus hijos al centro, ni de los servicios que és te ofrece. Aunque los padres saben que sus hijos consumen drogas, no conocen del todo la situación en que se encuentra el joven y cuando se presentan cambios positivos en su conducta, ellos desconocen la razón de los mismos. Probablemente las resuestas fueron favorables respecto al centro, debido a que algunos padres contestaron en forma convencional o por cortesía.

Tanto para el G.E. como para el G.C. menos de la mitad de los padres reportaron que en los últimos cuatro años sus hijos han sido detenidos por la policía y la razón de detención ha sido el consumo de drogas.

En el G.E. la mayoría de los padres reportó que sus hijos

trabajan (61.9%) o estudian (9.5%). En cambio en el G.C. los padres reportaron que sólo el 28.6% de los sujetos trabajan y el 21.4% estudian.

En el G.E. la mayoría de los jóvenes contestó que sí tienen ocupación (71.4%) lo cual es consistente con la información de los padres.

Para el G.C. los jóvenes reportaron que sí tienen una ocupación (71.4%) lo cual es incongruente con lo reportado por los padres, ya que el 71.4% afirmó que sus hijos no trabajan; esto nos señala que alguna de las dos partes falseo la información y nuevamente se confirma que la información del grupo experimental de padres e hijos es más fidedigna.

En cuanto a las relaciones del usuario con sus padres, se encontró que tanto para el G.E. como para el G.C. la mayoría de los jóvenes se lleva mejor con la madre, por lo tanto es importante considerar el papel que juega la madre en la familia como agente de cambio y se sugiere que los terapeutas tomen en cuenta la participación de la misma en el tratamiento.

Las relaciones con el padre no son buenas en cuanto a comunicación, e no existe relación alguna ya que en las entrevistas se observó, que en muchos casos el padre no convive con sus hi-

jos o simplemente no vive con ellos.

Consideramos que la falta de control, que el padre podría ejercer, lleva a que los jóvenes no logren ser independientes, ni desarrollen su sentido de responsabilidad, ni tengan motivación para buscar alternativas adecuadas de solución a sus problemas, y recurran al consumo de drogas, como en el caso de estos jóvenes.

Sin embargo, se puede apreciar que en los casos en los que los jóvenes disminuyeron su consumo de drogas o dejaron de consumirlas, la familia tuvo un papel muy importante ya que participó en la rehabilitación de sus hijos asistiendo al centro, a la terapia, tomando conciencia del problema, modificando su actitud y su trato con sus hijos.

En el G.E., con respecto a las variables: SIGUE CONSUMIENDO DROGAS y CUANTOS DIAS CONSUME, la información proporcionada por los padres no se relaciona con la información dada por los hijos. Esto se debe probablemente a que éstas conductas se -- pueden realizar a solas, fuera de la casa, a cualquier hora y -- casi nunca lo hacen enfrente de su familia por lo que los padres muchas veces no saben si sus hijos siguen consumiendo drogas y con qué frecuencia.

Para el G.C. sólo en la variable "ESTUDIA ACTUALMENTE", la información reportada por los padres y los hijos fue consistente. En las demás variables las respuestas no fueron consistentes.

Se considera que no hubo diferencias estadísticamente significativas en algunas variables o algunas de estas diferencias no se mantuvieron hasta el seguimiento, debido a que el tratamiento conductual está enfocado principalmente al decremento del consumo de inhalantes por ser tan perjudicial al ser humano a corto plazo.

Este programa está orientado al autocontrol en el consumo de drogas para que los jóvenes establezcan conductas que les permitan desarrollarse adecuadamente en la sociedad y formar parte de la población productiva.

Cabe aclarar que independientemente de los efectos positivos del tratamiento, es difícil lograr la abstinencia total en el CONSUMO DE DROGAS, ya que los jóvenes siguen viviendo en el mismo ambiente comunitario que puede favorecer el consumo de drogas asociado con otros factores tales como: deserción escolar, problemas económicos, falta de atención de los padres, sub-empleos relacionados a fármacos, etc.

Con respecto a la comparación de los resultados con investigaciones previas se encontró lo siguiente:

En el "Informe Individual sobre Consumo de Drogas" realizado en 1987 y reportado por el I.M.P. (1987), la mayoría de los usuarios de drogas son del sexo masculino, el nivel de escolaridad es de secundaria incompleta, siendo la droga más consumida la mariguana, estos datos son iguales en la presente investigación.

Así como Boudin (1980) encontró que en la rehabilitación de adictos poliusuarios hubo un incremento en la Productividad Social, en esta investigación se encontró que la mayoría de los jóvenes del G.E. trabajan y disminuyeron las conductas inadecuadas socialmente (Robo-Conducta Manifiesta, Conductas Desordenadas, Consumo de Alcohol e Inhalantes), por lo tanto también hubo incremento en la utilidad social. Los jóvenes del G.C. también trabajan, sin embargo no mejoraron en sus conductas inadecuadas.

En el presente estudio no se localizó al total de la muestra, es decir hubo muerte experimental; en los seguimientos siempre hay pérdida de sujetos como lo muestran las investigaciones de Haastrup y Jepsen (1984) y Cotrell y cols. (1985), lo cual debe tomarse en cuenta para futuros seguimientos.

Por otra parte, en la investigación de Watson (1987), se encontró reincidencia en pacientes alcohólicos a lo largo de un año tanto para el grupo control como para el experimental; al igual que en la presente investigación en donde se encontró reincidencia en el consumo de alcohol después de cuatro años de la entrevista inicial en ambos grupos.

En el estudio realizado por Ayala y Cols (1981), se encontró que con el tratamiento disminuyó el CONSUMO DE INHALANTES de un 100% a un 25%, sin embargo se reportó reincidencia de un 32% en el seguimiento. A diferencia de la presente investigación en donde los efectos del tratamiento con respecto al CONSUMO DE INHALANTES se mantuvieron en el seguimiento, ya que el 81.0% al término del tratamiento dejó de consumir y en el seguimiento el 71.4% sigue sin consumir.

En el presente estudio se encontraron las siguientes limitaciones:

En primer lugar, la necesidad de utilizar los mismos instrumentos que en la Entrevista Inicial, para poder establecer las comparaciones correspondientes.

El principal instrumento utilizado fue el Autoreporte de Farmacodependencia y Delincuencia, ya que no existe otro instru

mento que evalúe el consumo de Drogas y las conductas delictivas. Los autoreportes han sido criticados por muchos autores - por su falta de validez, sin embargo en este tipo de investigación la observación no es un método viable y representa altos - costos (Fernández y Carrobles, 1981). Debido a ésto se sugiere una reestructuración de dicho instrumento, para obtener mayor - información.

Asimismo para futuros estudios se recomiendan los siguientes aspectos:

Pedir un comprobante de domicilio para evitar la pérdida - de casos y poder localizar posteriormente a los sujetos; asimís - mo citarlos una vez al año para no perder el contacto con ellos - y en caso de cambio de domicilio lo notifiquen al centro.

De acuerdo a lo observado en la presente investigación se ha visto que es importante conocer el número de días que pasan los jóvenes usuarios con sus amigos, sin embargo es necesario - que se pregunte si ha cambiado el círculo de amigos, cómo son - los nuevos amigos, y la frecuencia con que ve a los antiguos - amigos consumidores de drogas. Asimismo es importante pregun- - tar acerca de la hora en que llega generalmente por las noches, si falta a dormir en casa y que tipo de actividades realiza, - con el fin de tener una mejor información que nos lleve a dilu-

cidar claramente si existe aún consumo de drogas para no depender exclusivamente del autoreporte del usuario.

En las entrevistas realizadas algunos usuarios comentaron que tenían familiares que también consumían drogas, por lo tanto se sugiere preguntar acerca de los antecedentes de farmacodependencia en la familia; como hermanos, padres, tíos, primos, - abuelos, etc., para conocer qué tanto influye ésto en la dinámica familiar.

En el trabajo de campo que se realizó se observó que la - falta de padre o de autoridad paterna, así como el ambiente comunitario son factores importantes en el fenómeno de la farmacodependencia. Por lo cual se sugiere que se estudien más los - factores que conducen a la farmacodependencia, para que junto - con lo reportado en la Escala de Evaluación del Ambiente Familiar se pueda llegar a construir un modelo matemático por medio del Análisis de Regresión Lineal Múltiple, que permita predecir el consumo de drogas de los jóvenes con ciertas características.

Debido a la creciente magnitud del problema se sugiere que se hagan extensivos este tipo de tratamientos a otras instituciones y en zonas de alto riesgo por medio de los Centros de Salud; ya que los padres manifestaron la necesidad de tener acceso a los servicios que presta el Centro Comunitario Padierna, -

en lugares más cercanos a su domicilio, porque el problema afecta a toda la comunidad y no sólo a su familia.

Por último es importante señalar que se debe fomentar la prevención de la farmacodependencia por medio de programas de orientación a padres y maestros, con base a los resultados obtenidos en la presente investigación. Así como realizar evaluaciones a corto, mediano y largo plazo.

REFERENCIAS

- Avila, C.J.L. (1984). Terapias Conductuales Combinadas Aplicadas a la Rehabilitación de Farmacodependencia de Inhalables Volátiles. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología U.N.A.M. p.p. 8-20.
- Ayala, H.E., Quiroga, A.H., Mata, M.A. y Chism, K.S. (1981). La Familia Enseñante: Evaluación del Modelo en México en términos de reincidencia en su aplicación a una muestra de niños inhaladores de solventes industriales. Salud Mental, 4, (1), p.p. 11-15.
- Boudin, H.M. (1980). Contingency contracting with drug abusers in the natural environment: Treatment Evaluation. En Sobell, L.C., Sobell, M.B. y Ward, E. Evaluating Alcohol and Drug Abuse Treatment Effectiveness. Pergamon Press, U.S.A., p.p. 109-127.
- Bustos, O.L. y Cols. (1982). Curso de Prácticas de Tercer Nivel: Social Unidimensional. U.N.A.M., p.p. 173-178.
- Cabildo, H.M., Bravo, M.T., Castillo, A.J. (1980). Investigación sobre el uso de sustancias intoxicantes, quinta muestra. Salud Pública de México, 22, (5), p.p. - 467-480.
- Cambell, D.I. y Stanley, J.C. (1973). Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social. - Buenos Aires: Amorrortu, p.p. 70-84.
- Castro, S.M.E. y Maya, M.A. (1984). Estudio Longitudinal sobre el consumo de drogas en un grupo de estudiantes mexicanos: Resultados y aspectos metodológicos. Salud Mental, 7, (1), p.p. 78-81.

Castro, S.M.E., Rojas, G.E., García, Z.G. y De la Serna, J.J. - (1986). Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. Salud Mental, 9, (4), p.p. 80-85.

Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (1976). ¿Cómo identificar las drogas y sus usuarios?. México: Secretaría de Educación Pública. p.p. 9-41.

Centro de Información y Documentación en Farmacodependencia -- (1987). Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual Sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el Area Metropolitana. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, D.F. (No publicado).

Cottrell, D., Childs, C.A. y Chose, A.H. (1985). Opiate addicts: an 11 year follow-up. British Journal of Psychiatry, 146, p.p. 448-450

Cranton, P.A. y Legge, L.H. (1978). Program evaluation in higher education. The Journal of Higher Education, 49, - (5).

Dericco, D.A., Bringam, T.A. y Garlinton, W.K. (1977). Development and evaluation of treatment paradigms for the supression of smoking behavior. Journal of Applied Behavior Analysis, 10, (2), p.p. 173-181.

Douglas, R.F., O'Leary, M.R. y Dale, W.R. (1982). Family environment as a predictor of alcoholism treatment outcome. The International Journal of the Addictions, 17, (3), p.p. 502-512.

- Elliot, D.S. y Ageton, S.S. (1980). Reconciling race and class differences in self-reported and official estimates of delinquency. American Sociological Review, 45, (1), p.p. 95-110.
- Fernández, B.R. y Carrobles, J.A. (1981). Evaluación Conductual Metodología y Aplicación. ed. Piramide, Madrid. p.p. 233-241.
- Freeman, H.E. y Rossi, P.H. (1985). Evaluation: A Systematic Approach. Beverly Hills, U.S.A. SAGE. p.p. 19-20, 322-351.
- Gadner, J.E. (1977). Evaluation frameworks implications for decision taking in higher education. Journal of Higher Education, 48, (5), Micropelícula.
- Haastруп, S. y Jepsen, P.W. (1984). Seven year follow-up of 300 young drug abusers. Acta Psychiatrica Scandinavica, 70, (5), p.p. 503-509.
- Kleinmuntz, B. (1980). Elementos de Psicología Anormal. México: Compañía Editorial Continental. p.p. 389, 424-425
- Kolb, L.C. (1985). Psiquiatría Clínica Moderna. México: La Prensa Médica Mexicana. p.p. 716, 763-765.
- Kosten, T.R., Rounsaville, B.J. y Kleber, H.D. (1987). Predictor of 2.5 year outcome in opicid addicts: Pretreatment source of income. Drug Alcohol Abuse, 13, (1 y 2) - p.p. 19-32.

- Mata, M.A. y Echeverría, S.V.L. (1985). Rehabilitación de niños y jóvenes farmacodependientes a través de un programa comunitario de consulta externa. Salud Mental, 8, (3), p.p. 73-79.
- Mata, M.A. (1987). Curso: Estrategias de Prevención y Tratamiento de Farmacodependencia. U.N.A.M. Facultad de Psicología, Centro de Educación Continua. (No publicado).
- Maya, S.M.A. y García, Z.G. (1986). Estudio epidemiológico sobre el uso de alcohol en población joven de 14 a 18 años. Salud Pública de México, 28, (4), p.p. 371-379.
- Medina-Mora, M.E. y Castro, S.M.E. (1984). El uso de inhalantes en México. Salud Mental, 7, (1), p.p. 13-18.
- Moos, R.H. (1974). Family Environment Scale Form R. Consulting Psychologist Press, California U.S.A.
- Nevo, D. (1983). The conceptualization of educational evaluation: An analytical review of the literature. Review of Educational Research, 53, (1), p.p. 117-128.
- Newcomb, D.M. y Bentler, P.M. (1986). Cocaine use among adolescents: Longitudinal associations with social context, psychopathology, and use of other substances. Addictive Behaviors, 11, (3), p.p. 263-273.
- Pick, S. y López, A.L. (1988). Cómo Investigar en Ciencias Sociales. México: Trillas, p.p. 80-96.

- Pormerleau, O. y Adkins, D. (1980). Evaluative behavioral and -- traditional treatment for problem drinkers. En Sobell, L.C., Sobell, M.B. y Ward, E. Evaluating Alcohol and Drug Abuse Treatment Effectiveness. - Pergamon Press, U.S.A., p.p. 93-107.
- Posavac, E.J. y Carey, R.G. (1985). Program Evaluation. Methods and case studies. Prentice-Hall, Inc. Englewood - Cliffs, New Jersey, U.S.A., p.p. 17-18, 30-43, 273.
- Saad, E. y Pacheco, D. (1982). "Evaluación del proceso enseñanza aprendizaje." En: La Capacitación y la Educación Continua de los Ingenieros Civiles en el Sector Público. México: Centro de Investigaciones Sociales de la Educación. p.p. 252-260.
- Simpson, D.D. (1981). Follow-up outcomes and length of time spent. Arch Gen Psychiatry, 38, p.p. 875-880.
- Simpson, D.D., Savage, L.J., Lloyd, M.R. y Sells, S.B. (1977). - Evaluation on drug abuse treatment based on the - first year after DARP. Institute Behavioral Research. Texas, U.S.A. p.p. 1-10, 41-57, 70-87, 100-107.
- Sirota, A.D., Curran, J.P. y Habif, V. (1985). Smoking cessation in chronically ill medical patients. Journal of Clinical Psychology, 41, (4), p.p. 575-579.
- Stitzer, M.L. et al. (1982). Contingent reinforcement for benzodiazapine free urines: Evaluation of a drug abuse treatment intervention. Journal of Applied Behavior Analysis, 15, (4), p.p. 493-503.

- Torres, R.A. (1975). Manifestaciones clínicas en los usuarios - y/o abusadores de volátiles inhalables. Cuadernos Científicos CEMEF, 2, México.
- Watson, C.G. (1987). Recidivism in "controlled drinker" alcoholics a longitudinal study. Journal of Clinical Psychology, 43, (3), p.p. 401-411.
- Weiss, C.H. (1980). Investigación Evaluativa: Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción. - México, Trillas, p.p. 13-31, 106-110.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA*

- Alatorre, R.J. y Torres, L.H. (1988). Criterios para la Elaboración de Documentos Psicológicos. Traducción Selectiva del "Publication Manual of the American Psychological Association". México: Facultad de Psicología U.N.A.M. p.p.1-10, 20-32.
- Cedeño, M.L. y Cols. (1983). Curso de Prácticas de Primer Nivel Individual Unidimensional. U.N.A.M. p.p. 48.
- Cock, T.D. y Reichard, C.S. (1979). Qualitative and quantitative methods in evaluation research. U.S.A., Beverly Hills: SAGE: Evaluation Research Society, p.p. 7-45.
- Hardt, R.H. y Bodine, G.E. (1965) Development of self-report instruments in delinquency research. U.S.A. Syracuse University Press, p.p. 15-25.
- Medina-Mora, M.E. (1980) Descripción y análisis comparativo de dos modelos de investigación del consumo de drogas: Búsqueda intensiva de casos y encuesta de hogares. Cuadernos Científicos CEMESAN, 12, p.p. 49-64.
- Siegel, S. (1972). Estadística no paramétrica. México: Trillas p.p. 130-136.
- Sjoberg, C. y Nett, R. (1980) Metodología de la Investigación Social. México: Trillas p.p. 225-266.

* No incluida en el texto.

APENDICE 1

DEFINICION Y CONCEPTOS RELACIONADOS A LA FARMACODEPENDENCIA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1969, recomienda que se utilice el término farmacodependencia en lugar de - otros que han estado en boga, tales como: toxicomanía, drogadicción y hábito, y propone la siguiente definición de FARMACODEPENDENCIA:

"Farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación."
(CEMEF, 1976).

A continuación se analizarán algunos elementos importantes que se encuentran contenidos en esta definición.

En primer término, la definición aclara que para considerar que existe farmacodependencia, es necesario que un organismo vivo establezca contacto con un fármaco. Por consiguiente es necesario conocer lo que se entiende por FARMACO.

La definición de fármaco más aceptada y que también fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud es:

"Droga ó fármaco es toda sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones." CEMEF, 1976.

En otras palabras, un fármaco es una sustancia ajena al organismo que al entrar en contacto altera alguna de sus funciones normales.

Otra definición de fármaco, que es más apropiada, es la de Avila (1984), en la que se señala que droga es cualquier sustancia química que modifica anatómica y/o fisiológicamente el S.N.C. en su totalidad o en alguna de sus estructuras, afectando el comportamiento de una persona, excitando, deprimiendo o desorganizando sus áreas afectiva, cognoscitiva y motora.

En segundo lugar, la definición afirma que la farmacodependencia consiste siempre en un estado psíquico especial, que se caracteriza por el hecho de que la conducta normal del individuo se altera. Además, el individuo frecuentemente no puede reprimir el impulso a tomar el fármaco o droga en cuestión. De hecho, pueden existir dos tipos de motivación básica para seguir tomando un fármaco o droga: 1) Para seguir experimentando

o prolongando sus efectos; y 2) Para evitar las molestias, a veces muy graves y peligrosas, producidas por la interrupción de ciertos fármacos.

De lo anterior se desprende que los dos tipos de dependencia que puede ocasionar una droga son: LA DEPENDENCIA FISICA - que se define como:

"El estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos, más o menos intensos, cuando se suspende abruptamente la droga o fármaco." CEMEF, 1976.

Lo anterior significa que cuando existe esta clase de dependencia, el organismo ya se ha acostumbrado a la droga y la necesita para continuar viviendo. Si bruscamente se deja de tomar la droga, ocurren trastornos fisiológicos como la alteración en el ritmo cardíaco, en la presión arterial, en la respiración, etc. También se pueden presentar vómitos, delirios, convulsiones, pérdida de la conciencia, etc. Como puede observarse, las alteraciones pueden ir desde las leves hasta las más graves que pueden provocar la muerte del individuo.

Todos estos trastornos fisiológicos producidos al suspender bruscamente un fármaco se conoce en conjunto como el SINDROME DE

ABSTINENCIA, el cual es diferente para cada droga o fármaco.

El segundo tipo de dependencia producido por algunas drogas es la DEPENDENCIA PSIQUICA O PSICOLOGICA que se define como:

"El uso compulsivo de una droga, sin desarrol-
lar una dependencia física, pero que impli-
ca también un grave peligro para el indivi-
duo que la padece." CEMEF, 1976.

Como puede observarse en este tipo de dependencia no se -
producen trastornos fisiológicos al suspender la administración
de la droga. Sin embargo, el individuo siente la necesidad de
seguir tomando la droga, necesidad que no muchas veces puede re-
primir. Este consumo compulsivo provoca alteraciones en su com-
portamiento y que también varía de acuerdo a la droga. De cual-
quier manera, estas alteraciones son lo suficientemente impor-
tantes como para poner en peligro a la persona, ya que pueden
incrementar los accidentes al poner sumamente ansioso o nervio-
so al individuo, en tanto no consume la droga en cuestión.

Cualquiera de los dos tipos de dependencia puede o no acom-
pañarse de otro fenómeno llamado TOLERANCIA, que se define de
la siguiente manera:

"Tolerancia es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo efectos de igual o mayor magnitud." CEMEF, 1976.

Por ejemplo, cuando una persona consume una droga que provoca tolerancia tiene que tomar cada vez una mayor cantidad de droga, a fin de seguir obteniendo los mismos efectos. Esta situación encierra un grave peligro, pues la dosis puede llegar a aumentarse a tal grado que le provoque una intoxicación y lo ponga al borde de la muerte.

Por último, es importante conocer la definición de ABUSO, que es la siguiente:

"Abuso es el consumo de droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica común." CEMEF, 1976.

Cabe destacar que algunas drogas se utilizan como medicamentos, mientras que otras constituyen productos ilícitos. Sin embargo, para que se pueda hablar de farmacodependencia, es necesario que se utilice una droga ilícita, o bien, una que no

sea utilizada con fines terapéuticos. Pero que sea utilizada - sin prescripción profesional. Además el consumo de la droga o fármaco tiene que hacerse en cantidades importantes, no importa si se utiliza de vez en cuando, o en forma continua. (CEMEF, - 1976).

A continuación se presenta una clasificación de las drogas de acuerdo a sus efectos en el Sistema Nervioso Central, elaborada por CEMEF, 1976. (Citado en Mata, 1987).

CLASIFICACION DE LAS DROGAS

TIPOS DE DROGAS O FARMACOS DE ABUSO	ESTIMULANTES	AMINAS SIMPATICO MIMETICAS*	ANFETAMINA DEXTROANFETAMINA METILANFETAMINA
		COCA Y COCAINA	
		ALUCINOGENOS	MARIJUANA** LSD** MEZCALINA** PSILOCISINA**
		ESPECIALES*	TABACO CAFEINA
		SEDANTES*	BARBITURICOS NO BARBITURICOS ETANOL (ALCOHOL)
	DEPRESORES	ANSIOLITICOS*	CLORDIAZEPOXICO DIAZEPAN MEPROBAMATO METACUALONA
		OPIO Y HEROINA*	
		ANALGESICOS NARCOTICOS	MORFINA* CODEINA PENTAZOCINA
		ANESTESICOS Y VOLATILES	ETER** OXIDO NITROSO** XILENO** TOLUENO** ACETONAS**

* PRODUCEN DEPENDENCIA FISICA

** DESORGANIZADORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ALCOHOL

El alcohol es una de las drogas más utilizadas por la sociedad y promovida por la misma.

El uso inmoderado de alcohol conlleva serios problemas a la salud del individuo, además de que es un tipo de sustancias que producen tolerancia y pueden llegar a desarrollar además de la dependencia psicológica, la dependencia física.

Los principales efectos instantáneos del alcohol se ejercen sobre el Sistema Nervioso Central, en donde se reducen o deprimen todas las funciones, lo cual se manifiesta en la conducta del individuo (Kleinmuntz, 1980).

Las consecuencias del alcohol en el organismo, se pueden agrupar en las siguientes categorías:

1. Deprime las funciones superiores:

- Relaja el autocontrol.
- Disminuye el juicio.
- Perturba la razón.
- Desequilibra la coordinación.
- Alarga el tiempo de reacción.

2. Disminuye los controles sensoriales y motores:

- Altera el equilibrio.
- Altera la palabra.
- Disminuye la agudeza visual.
- Disminuye la agudeza auditiva.

3. Deprime las funciones vitales.

- Pérdida de la conciencia.
- Falta de control de la eliminación.
- Respiración difícil.
- Circulación de sangre lenta.
- En el extremo, provoca la muerte.

Posiblemente, el efecto más conocido del alcohol, la razón por la cual muchas personas lo consumen, es por la capacidad que tiene de emborrachar o embriagar, entendiéndose que esto no es otra cosa más que una intoxicación aguda producida por el alcohol.

Los efectos de la embriaguez sobrevienen, cuando el alcohol que no puede ser quemado o metabolizado, llega al cerebro a través de la sangre y desorganiza su funcionamiento. Las consecuencias más inmediatas del alcohol, consisten en un aumento de la euforia, de la despreocupación o de la agresividad. Al mismo tiempo, disminuye la capacidad de alerta y de atención así como

los reflejos, el campo visual y en general las facultades mentales.

El alcohol también puede provocar diversas enfermedades en el organismo del individuo, tales como:

- Trastornos en el aparato digestivo (gastritis, vómitos - úlceras).
- Trastornos en el hígado (hepatitis, hígado graso, cirrosis hepática).
- Trastornos en el páncreas (pancreatitis).
- Trastornos en el Sistema Nervioso (temblores, calambres, ceguera, desequilibrio, atrofia muscular).
- Trastornos en el Sistema Circulatorio (circulación deficiente, cardiopatías, anemia).
- En general, pérdida de la memoria (amnesia). (Mata, 1987)

Entre los efectos negativos más importantes de la intoxicación aguda o crónica con alcohol, se encuentran los relacionados con los accidentes automovilísticos, ya que el ebrio presenta alteraciones en la percepción, el juicio, el tiempo de reacción y la cantidad de respuestas. (Kolb, 1985).

MARIGUANA Y HASHISH

La marihuana es una preparación no refinada de la planta entera, incluyendo las flores, las hojas, las semillas y los tallos, mientras que el hashish se prepara raspando la resina de las puntas de la planta de cañamo. La marihuana es de cinco a diez veces menos potente que el hashish y es la más ampliamente usada. El Tetrahidro Cannabinol (TCH) es el ingrediente activo que estas drogas contienen.

Entre los que usan en forma regular la marihuana, el fumar la generalmente induce una sensación de euforia, aumento de la sensibilidad, una percepción más definida del sonido, un cambio en la percepción del tiempo y un aumento en la sed con sequedad de la boca y la garganta. (Kolb, 1985).

La mayoría de los estudios reporta la congestión de la conjuntiva (enrojecimiento de los ojos), taquicardia (ritmo cardíaco rápido) y los trastornos pulmonares.

En cuanto a trastornos pulmonares, la administración de marihuana fumada o de TCH ingerida, produce broncodilatación. Sin embargo, los consumidores frecuentes de marihuana sufren tos crónica, bronquitis y obstrucción pulmonar

Entre los efectos negativos más importantes de la marihuana, se encuentran los relacionados con los accidentes automovilísticos. La marihuana produce efectos similares a los causados por la intoxicación alcohólica; es decir, disminuye la capacidad de fijar la atención, demora el tiempo para frenar, en general, propicia errores, tanto de juicio como de ejecución.

Las investigaciones a largo plazo de la marihuana, no han reportado resultados concluyentes. Hallazgos preliminares sobre la disminución de la respuesta inmunológica por parte de los consumidores, pueden ser significativos en la etiología de las enfermedades infecciosas. Otra área de investigación que requiere mayor estudio, es la reducción del nivel de testosterona y el número de espermatozoides. (Mata,1987).

INHALANTES

Sin lugar a dudas, el abuso de los volátiles representa uno de los más críticos problemas de farmacodependencia en México, (junto con el del alcoholismo), tanto por la peligrosidad de sus efectos sobre el organismo humano, como por la frecuencia con que se manifiesta en nuestro medio.

Algunos especialistas mexicanos han insistido en el fenómeno desde hace varios años, señalando no sólo la gravedad, sino también la extensión en el abuso de los productos volátiles (tíner, pegamentos plásticos, acetonas, etc.) y las características más sobresalientes de la población afectada (Medina-Mora y Castro, 1984).

La inhalación de estas sustancias constituye la forma habitual de su uso, la concepción de las distintas técnicas de administración, obedece al interés por lograr la máxima concentración de inhalante, y la forma más usual consiste en verter la sustancia dentro de una bolsa de plástico y colocar ésta firmemente en la región de la boca y la nariz. Otras veces mediante la impregnación de telas o estopa, en un envase abierto, o simplemente ahuecando las manos a manera de recipiente, que por otro lado, disimula su uso (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, 1976).

En los informes que se tienen acerca de los efectos de los solventes volátiles, se puede observar las semejanzas, en muchos aspectos clínicos, con los que producen los sedantes y el alcohol, sobre todo cuando la inhalación ha sido considerable, puesto que se sabe que en pequeñas dosis, crean un estado de inquietud y euforia (Medina-Mora y Castro, 1984).

Obviamente, también influye (al igual que en otras drogas) la susceptibilidad del individuo, la cantidad, el tiempo de uso, la condición mental del momento y las circunstancias que rodean a aquél en el acto mismo.

Es indudable que en general, los inhalantes de uso más común tienen la particularidad de producir tolerancia; este hecho obliga al consumidor que, después de algunos meses, aumente a dos o más veces la cantidad inicial, a fin de alcanzar el efecto logrado durante las primeras experiencias.

Independientemente de las complicaciones secundarias por el uso de inhalantes, existe una serie de signos y síntomas que bien pueden considerarse como típicos de los inhaladores crónicos:

1. Halitosis.
2. Fatiga.
8. Irritación de la piel.
9. Trastornos respiratorios.

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| 3. Depresión. | 10. Descuido Personal. |
| 4. Hiporexia. | 11. Baja concentración. |
| 5. Pérdida de peso | 12. Lenguaje lento. |
| 6. Temblor | 13. Problemas de coordinación motora. |
| 7. Trastornos de memoria | 14. Labios morados y resecos. |

Un aspecto de extraordinario interés, es el que se refiere a las complicaciones que acarrea el uso y/o abuso de estas sustancias; entre ellas destacan las relacionadas con el Sistema Nervioso y, particularmente, con la degeneración cerebelosa que provoca el tolueno, siendo de carácter irreversible.

Los trastornos hematológicos son también frecuentes, ya que puede presentarse anemia aplástica. Además, hay una gran cantidad de reportes que señalan: Trastornos tóxicos hepáticos y renales, cambios en el epitelio traqueal, congestión pulmonar, hemorragia del aparato respiratorio, trastornos del ritmo cardíaco y dermatitis exfoliativas (Torres, 1975).

Para finalizar, se mencionan a continuación las principales complicaciones ocasionadas por el uso crónico de volátiles inhalables o solventes industriales:

1. Depresión de la médula ósea.

2. Degeneración cerebelosa.
3. Daño hepático y renal.
4. Neuritis periférica.
5. Degeneración de los nervios ópticos.
6. Congestión pulmonar y hemorragia.
7. Trastornos del ritmo cardíaco
8. Muerte por sofocación.

PASTILLAS

ANFETAMINAS

Los efectos más importantes de las anfetaminas se producen en el Sistema Nervioso Central, el Sistema Cardiovascular y el Músculo liso, ya que los de orden psicológico dependen de la dosis, del estado mental y de la personalidad del sujeto. Los efectos más notorios son: aumento del estado de alerta y de la iniciativa, insomnio (falta de sueño), disminución de la sensación de fatiga, mejoría del ánimo, la confianza y habilidad para concentrarse, euforia y verborrea. Mejora la capacidad mental para resolver problemas sencillos, aunque no disminuye necesariamente el número de errores en problemas específicos. También se incrementa la capacidad física, por lo que suelen utilizarla los deportistas.

Por otra parte, las anfetaminas incrementan la presión arterial (sistólica y diastólica), generan constricción de los vasos sanguíneos (excepto de las coronarias), relajación del músculo liso de los bronquios, del estómago, intestino, vejiga y uréter; asimismo, contracción de los esfínteres y de la cápsula esplénica. (Mata, 1987).

El abuso prolongado puede causar una lesión física severa que afecta en especial el hígado el cual normalmente reduce la actividad de las anfetaminas y es destruido y lesionado con bastante facilidad (Kleinmuntz, 1980).

Las anfetaminas pueden utilizarse en el tratamiento de: - a) la narcolepsia, b) el daño cerebral mínimo en los niños, c)- la obesidad, d) la depresión mental y e) en niños hiperactivos.

El abuso de las anfetaminas puede producir temblor en las manos, dilatación de las pupilas, diaforesis (sudoración profusa), insomnio (falta de sueño), y anorexia (falta de apetito).- Además, su uso excesivo reseca la nariz y la boca. Las anfetaminas también elevan la presión arterial y causan alteraciones en la respiración y en los ritmos del corazón, y cuando se toma en grandes dosis, provoca trastornos mentales con ideas de persecución y alucinaciones.

Muchos jóvenes se inician en la farmacodependencia a través del uso de las anfetaminas para mantenerse despiertos o vencer la fatiga. Cuando se encuentran bajo los efectos más leves, el abusador se vuelve parlachín, excitable, alerta, activo, inquieto o exaltado. Comúnmente hay un cambio en la manera de conducirse: las personas fatigadas se vuelven alertas, los deprimidos se hacen activos (Centro Mexicano de Estudios en Farma

codependencia, 1976).

La droga produce una fuerte dependencia psíquica, tolerancia acentuada y, cuando en forma continua se administran dosis grandes, aparece una leve dependencia física.

Otro de los efectos negativos de esta droga, al igual que otras drogas (Alcohol y Marihuana) son: Las implicaciones en accidentes automovilísticos y los homicidios (Kolb, 1985).

SEDANTES

Los sedantes pertenecen al grupo de medicamentos popularmente conocidos como "pastillas para dormir". Se trata de sustancias cuya acción principal es la de deprimir las funciones del Sistema Nervioso Central. Existen muchos tipos de sedantes, tanto barbitúricos como no-barbitúricos. Una buena parte de ellos se usan con fines médicos. Por ejemplo, se prescriben a dosis bajas sobre todo para tranquilizar a personas ansiosas y para producir sueño en caso de insomnio (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, 1976). También son muy usados en trastornos caracterizados por tensión emocional combinada con los síntomas físicos, tales como en la úlcera gástrica, disfunción tiroidea o ataques convulsivos (Kleinmuntz, 1980).

Los distintos tipos de sedantes difieren de acuerdo al tiempo que tardan en iniciar sus efectos, así como la duración de los mismos. Los de acción rápida son los favoritos de los abusadores. Cuando se usan como drogas de abuso, los sedantes generalmente se ingieren por vía oral, aunque en múltiples ocasiones se disuelven en agua y se inyectan por vía intravenosa, acelerando los efectos que producen.

A dosis bajas los sedantes pueden hacer que una persona se relaje, aunque se vuelva muy lento para reaccionar. A dosis elevadas, dan lugar a dificultades en el habla, caídas constantes, pérdida del equilibrio, seguidos por un sueño profundo.

Con las dosis excesivas utilizadas por los farmacodependientes, los sedantes provocan una gran dependencia física, además de la psicológica.

También se desarrolla tolerancia, lo que suele provocar intoxicaciones por sobredosis en donde se presentan los síntomas siguientes: desorientación, somnolencia, inestabilidad emocional, pupilas contraídas, inconciencia (pérdida de la conciencia), flacidez muscular, coma, respiración lenta, cianosis (color morado de la piel), hipotensión (presión sanguínea baja), estado de choque y finalmente muerte.

Como resultado de la dependencia física, se produce un síndrome de abstinencia cuando se dejan de tomar los barbitúricos. Los síntomas de abstinencia son: inquietud, nerviosismo creciente, temblores, debilidad, insomnio, delirios, náusea y vómito, etc., también puede causar la muerte.

En conclusión, los principales riesgos del abuso de estas sustancias son los accidentes provocados por la falta de coordinación, de claridad mental y juicio adecuado lo que puede llevar a la muerte. Por otro lado, el individuo pierde interés en sus estudios o en su trabajo, y suelen caer en un estado de apatía general (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, 1976).

ANSIOLITICOS O TRANQUILIZANTES

Este tipo de sustancias son depresoras del Sistema Nervioso Central y su acción sobre éste resulta semejante al que producen los sedantes. En dosis pequeñas disminuyen la intranquilidad, la tensión emocional y la ansiedad, muestran una mejoría en su actividad mental y psicomotora, y en las personas irritables o agresivas les facilita el sueño.

Desde luego, los efectos tranquilizantes que ejercen son

más notorios en pacientes neuróticos, y discretos o nulos en individuos psicóticos.

Los ansiolíticos son comunmente empleados en: a) el tratamiento de la neurosis, sobre todo en caso de ansiedad, tensión emocional, histeria, reacciones obsesivas y estados depresivos; b) en el tratamiento del alcoholismo; y c) en el control de algunas epilepsias. (Mata, 1987).

Los síntomas del uso a grandes dosis son muy parecidos a los que se observan con el consumo de sedantes.

Con una sobredosis de tranquilizantes, pueden llegarse a producir: coma, insuficiencia respiratoria y muerte, aunque esto ocurre con menos frecuencia que con los sedantes.

Los datos de intoxicación aguda son: somnolencia, movimiento rápido e involuntario de los ojos, visión doble, visión borrosa, contracción de las pupilas, debilidad, relajación muscular, zumbido en los oídos, confusión mental, alucinaciones, disminución de los reflejos, falta de coordinación, convulsiones - en algunos casos, excitación, agresividad, hipotensión (presión sanguínea baja), estado de choque, coma y depresión respiratoria que puede llevar a la muerte.

Los tranquilizantes provocan dependencia física. El síndrome de abstinencia es muy parecido al de los sedantes, aunque menos severo (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, 1976).

OTRAS DROGAS

ALUCINOGENOS

La LSD, la mezcalina y la psilocibina, constituyen tres de las más importantes drogas alucinógenas. Estas drogas producen trastornos serios en la percepción (de aquí su nombre). Es decir, estas sustancias hacen que el individuo perciba objetos o sensaciones que no existen en la realidad. Afortunadamente, el abuso de estas drogas no se ha extendido en nuestro país, a excepción de los farmacodependientes de clase económica alta, quienes pueden pagar el alto costo de esta droga y en los estados del Norte de la República, como resultado quizá de la influencia norteamericana.

En general, los alucinógenos alteran la percepción del consumidor y disminuyen su capacidad para distinguir entre la realidad y la fantasía. Casi invariablemente, producen alucinaciones de todo tipo: Visuales, auditivas, táctiles, etc. Además, estas drogas aumentan la intensidad de las reacciones emocionales y el usuario puede pasar rápidamente de un estado de ánimo a otro. El sentido del tiempo se pierde. La persona se siente abrumada y bombardeada de todo tipo de estímulos externos. Inclusive, es característico el reporte de que estas drogas produ

cen sentimientos opuestos y simultáneos, de modo que el usuario se siente al mismo tiempo relajado y ansioso, contento y triste. También se presenta desasosiego e insomnio hasta que desaparece paulatinamente el efecto de la droga. Otra característica es que hacen a los usuarios muy susceptibles a las sugerencias de otras personas, lo que puede llegar a propiciar situaciones peligrosas para los sujetos de acuerdo a las fantasías y/o alucinaciones surgidas.

Los efectos visibles incluyen: dilatación de las pupilas, temblor de manos, sudor de palmas y gran sensibilidad de los ojos a la luz.

Los efectos psicotrópicos y conductuales cuando se toma alguna droga alucinógena son imprevisibles, variando desde las alucinaciones, la exaltación, el alejamiento de la realidad y los movimientos violentos, hasta los actos autodestructivos y las reacciones de pánico.

Estas drogas producen una gran dependencia psicológica. No provocan dependencia física, pero sí dan lugar a tolerancia, a veces tan rápidamente que después de 4 ó 5 días de uso continuo, los usuarios tienen que aumentar considerablemente la dosis (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, 1976).

OPIACEOS

El opio, la morfina, la heroína y la codeína, son las drogas más importantes del grupo conocido como opiáceos, los cuales son poderosos depresores del Sistema Nervioso.

Si bien el uso de estas cuatro drogas es todavía raro en nuestro país, debe señalarse que la morfina y sobre todo la heroína empiezan ya a constituir una considerable amenaza de farmacodependencia en algunos estados del Norte y en los estratos sociales altos del D.F. y de otras grandes urbes de México.

En términos generales, el abuso de alguna de estas cuatro drogas hace que el usuario se vea somnoliento, apático, poco comunicativo, con un escaso interés en lo que ocurre a su alrededor y con poca capacidad para concentrarse. El usuario puede simplemente sentarse y mirar extraviadamente hacia el espacio. Sus ojos pueden aparecer descoloridos y con las pupilas muy pequeñas. En ocasiones se producen primero euforia y una sensación de desconexión con respecto al dolor y a las preocupaciones sociales. El hambre, la agresividad y los deseos sexuales están disminuidos. El usuario crónico pierde peso y se ve descuidado.

Estas cuatro drogas producen todas, dependencia psíquica y

una gran dependencia física. Existe marcada tolerancia, lo que obliga al usuario a aumentar progresivamente la dosis. El síndrome de abstinencia es uno de los más severos que se conocen.

Dos de los peligros principales de estas drogas son: 1) La sobredosis y 2) La desnutrición, ya que los usuarios no sienten hambre. Es muy frecuente que contraigan infecciones debidas a la desnutrición, como a la aplicación de inyecciones con materiales no esterilizados. Estos pueden resultar en septicemia (envenenamiento de la sangre), hepatitis y abscesos en hígado, cerebro y pulmones, y actualmente puede representar una forma de propagación del Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida. (Centro de Estudios en Farmacodependencia, 1976).

APENDICE 2

7.- Formas parte de una pandilla, banda o grupo de amigos que consumen drogas.

SI _____ NO _____

ESPECIFICA QUE GRUPO: _____

8.- En este último año ¿cuántos días a la semana pasas tu tiempo libre con tus amigos?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7.

9.- En este último mes ¿cuántos días a la semana pasas tu tiempo libre con tus amigos?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7.

10.- En este último mes ¿A cuántas fiestas, reuniones o tocadas has asistido?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7.

11.- ¿Formas parte de algún grupo?

SI _____ NO _____

CUAL: _____

12.- ¿Cuántos días a la semana le dedicas?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7.

13.- ¿Formas parte de actividades en beneficio de tu comunidad a través de la junta de vecinos, Comité de Salud, grupos de ayuda?

SI _____ NO _____ CUAL _____

14.- ¿Cuántos días a la semana le dedicas?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7.

15.- En el último año has trabajado en gasolinería, en una tlapalería, zapatería, carpintería, voceador, bolero, etc.

SI _____ NO _____ CUAL _____

16.- ¿Es importante para tí tener un trabajo?

SI _____ NO _____ NO SE _____

17.- ¿Actualmente trabajas?

NO _____ SI _____ EN QUE _____

18.- ¿Cuánto tiempo trabajas?

TIEMPO COMPLETO _____

MEDIO TIEMPO _____

POR HORAS _____

Las siguientes preguntas se refieren a qué tanto tu familia te ayuda a:

	SIEMPRE	A.V.	NUNCA
19.- Hacer tus tareas	()	()	()
20.- Resolver tus problemas	()	()	()
21.- Conseguir empleo	()	()	()
22.- Participar en actividades deportivas	()	()	()
23.- Cubrir tus gastos personales	()	()	()
24.- Sentirte bien como persona	()	()	()

Ahora quisiera preguntarte qué tan importante son ciertas cosas para ti:

25.- ¿Es importante para ti, platicar, jugar o trabajar con la familia.?

SI _____ NO SE _____ NO _____

26.- ¿Tener unos padres a los que se les pueda platicar casi todo?

SI _____ NO SE _____ NO _____

27.- ¿Tener unos padres que lo consuelen a uno cuando se siente mal por algo?

SI _____ NO SE _____ NO _____

28.- ¿Tener unos padres que piensen que uno hace cosas buenas?

SI _____ NO SE _____ NO _____

29.- ¿Sentirse bien cuando se está a solas con los padres?

SI _____ NO SE _____ NO _____

30.- ¿Tener un amigo o amiga especial?

SI _____ NO SE _____ NO _____

En seguida permíteme preguntarte algunas cosas acerca de tus planes futuros.

31.- ¿Cuándo te cases te gustaría formar una familia igual a la que tienes actualmente?

SI _____ NO SE _____ NO _____

32.- ¿Cuántos hijos te gustaría tener? _____

Permíteme preguntarte algo acerca de tus creencias y sentimientos. Por favor, dime si estás de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

	SI	NO
33.- ¿A veces te sientes mal cuando estás con tus amigos?	2	1
34.- ¿A tus amigos les importa poco tus problemas?	2	1
35.- ¿Algunas veces te sientes solo cuando estás con tu familia?	2	1
36.- ¿Es importante decir la verdad a los padres, aunque ellos te regañen o castiguen?	2	1
37.- ¿Estás mejor lejos de tus amigos cuando has roto las leyes que ellos tienen?	2	1
38.- ¿Dar una buena impresión es más importante que decir la verdad a los amigos?	2	1
39.- ¿Es bueno mentir para evitarles un problema a tus amigos?	2	1
40.- ¿Para ganar el respeto de los amigos algunas veces es necesario golpear a otros muchachos más chicos?	2	1

	SI	NO
41.- ¿Estarías dispuesto a cambiar tu forma de ser para ser popular entre tus amigos?	2	1
42.- ¿Estarías dispuesto a romper algunas reglas paternas, con el fin de conservar a tus amigos?	2	1
43.- ¿A veces es necesario mentir a los padres, con el fin de mantener su confianza?	2	1

En las siguientes preguntas, por favor, dime si tu crees que estas cosas son malas para ti o para alguien de tu edad. Selecciona tus respuestas de la lista que te leeré

	SI	NO
44.- ¿Tomar alcohol?	2	1
45.- ¿Forzar la chapa de un coche o casa para robar algo?	2	1
46.- ¿Inhalar cemento o thiner?	2	1
47.- ¿Robar algo con valor de más de \$5000.00?	2	1

En los últimos doce meses dime si tus mejores amigos han hecho lo siguiente:

	SI	NO
48.- ¿Dañado o destruido a propósito propiedades que no les pertenecen?	2	1
49.- ¿Fumado marihuana?	2	1

	SI	NO
50.- ¿Robado algo con valor de más de 5000.00?	2	1
51.- ¿Golpeado o amenazado a alguien, sin razón?	2	1
52.- ¿Tomado alcohol?	2	1
53.- ¿Forzado chapas?	2	1
54.- ¿Inhalado cemento, tomado pastillas (pastas)?	2	1
55.- ¿Te han dicho que hagas algo en contra de la ley?	2	1

Ahora me gustaría preguntarte que piensas del comportamiento de tus amigos:

	SI	NO
56.- Si te das cuenta que tus amigos están en problemas ¿te quedas con ellos?	2	1
57.- Si te das cuenta que tus amigos están planeando algo malo ¿tratas de convencerlos de que no lo hagan?	2	1
58.- Si tus amigos tienen problemas con la policía ¿estarías dispuesto a mentir para protegerlos?	2	1

TUS PADRES PIENSAN QUE:

59.- Necesitas ayuda	SI	NO
60.- Eres un muchacho malo	SI	NO
61.- Molestas muy seguido	SI	NO

62.- No respetas la manera de ser de los demás	SI	NO
63.- A menudo rompes las leyes o reglas	SI	NO
64.- Tienes muchos problemas personales	SI	NO
65.- Te buscas problemas	SI	NO
66.- Qué te va a ir bien en el futuro	SI	NO

ESTAN DE ACUERDO TUS AMIGOS EN QUE:

67.- Necesitas ayuda	SI	NO
68.- Eres un muchacho malo	SI	NO
69.- Molestas muy seguido	SI	NO
70.- No respetas la manera de ser de los demás	SI	NO
71.- A menudo rompes las leyes o reglas	SI	NO
72.- Tienes una gran cantidad de problemas personales	SI	NO
73.- Te haces de problemas	SI	NO
74.- Tienes muchos problemas personales	SI	NO
75.- Te buscas problemas	SI	NO
76.- Qué te va a ir bien en el futuro	SI	NO
77.- Haces cosas que están contra la ley	SI	NO

ESTAS DE ACUERDO EN:

78.- Que las drogas tales como: la heroína, cocaína, LSD, marihuana; son malas	SI	NO SE	NO
--	----	-------	----

79.- Usar marihuana o hashis.	SI	NO	SE	NO
80.- Inhalar thinner o cemento.	SI	NO	SE	NO
81.- Robar algo con valor de más de \$5000.00.	SI	NO	SE	NO
82.- Dar tiempo a alguien o a algún grupo que te necesite.	SI	NO	SE	NO
83.- Pegar o amenazar con pegar a alguien sin ninguna razón.	SI	NO	SE	NO
84.- Tomar alcohol.	SI	NO	SE	NO
85.- Hacer un favor a alguien sin preguntar nada por el momento.	SI	NO	SE	NO
86.- Dañar o destruir otra propiedad que no sea la tuya.	SI	NO	SE	NO
87.- Forzar la chapa de un coche o casa para robar algo.	SI	NO	SE	NO

Ahora quiero preguntarte algo acerca de cómo tu madre, tu padre y tus amigos más cercanos, actuarían si estuvieras en un problema en la escuela, con la policía o con tus amigos. Selecciona tus respuestas de la lista que leerás.

88.- Si estuvieras en un problema y la policía te llevara a tu casa y les dijera a tus padres que eres un delincuente, ¿quién crees que te defendería?				
A. Tu madre.	SI	NO	SE	NO
B. Tu padre.	SI	NO	SE	NO
C. Tus amigos cercanos.	SI	NO	SE	NO

89.- Si algún vecino te acusara con tus padres de hacer cosas malas, ¿quién crees que creería más en tí, que en el vecino.?

- | | | | |
|----------------------------|----|-------|----|
| A. Tu madre. | SI | NO SE | NO |
| B. Tu padre. | SI | NO SE | NO |
| C. Tus amigos más cercanos | SI | NO SE | NO |

Ahora me gustaría conocer, cuántas veces en los últimos doce meses te han ocurrido estas cosas:

	VECES	VECES	VECES
90.- ¿Cuántas veces te han golpeado tu madre o tu padre?	1-2	3-6	7 o más
91.- ¿Cuántas veces te han herido o golpeado fuertemente o intentado hacerlo?	1-2	3-6	7 o más
92.- ¿Cuántas veces has sido atacado con pistolas, cuchillo, botellas o sillas por alguien diferente a tu padre o madre?	1-2	3-6	7 o más
93.- ¿Cuántas veces te has peleado?	1-2	3-6	7 o más

CUANTAS VECES EN EL ULTIMO AÑO HAS:

1 6 2 1 CADA 1 VEZ 1 CADA 1 VEZ 2 6 3 1 VEZ 2 6 3
 VECES 2 6 3 AL 2 6 3 A LA VECES AL VECES

94.- Dañado o destruido a propósito propiedades pertenecientes a tus padres u otro miembro de la familia.

95.- Dañado o destruido a propósito otra propiedad que no te pertenece (no pertenece a tu familia o a la escuela).

96.- Dañado o destruido a propósito propiedades pertenecientes a la escuela.

97.- Robado (o tratado de robar) un carro, motocicleta o bicicleta.

98.- Robado (o tratado de robar) algo superior a \$5000.00.

99.- Comprado, retenido o vendido algo robado (o tratado de hacer alguna de estas cosas).

100.- Tirado piedras o botellas a carros o personas.

101.- Te has fugado de tu casa.

102.- Mentido acerca de tu edad para comprar licor o entrar al cine

103.- Llevada escondida un arma (pistola, navaja, cuchillo, chacos).

	NUNCA	AL AÑO	MESES	MES	SIMANAS	SEMANA	A LA SEMANA	DIA	AL DIA
94.- Dañado o destruido a propósito propiedades pertenecientes a tus padres u otro miembro de la familia.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
95.- Dañado o destruido a propósito otra propiedad que no te pertenece (no pertenece a tu familia o a la escuela).	1	2	3	4	5	6	7	8	9
96.- Dañado o destruido a propósito propiedades pertenecientes a la escuela.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
97.- Robado (o tratado de robar) un carro, motocicleta o bicicleta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
98.- Robado (o tratado de robar) algo superior a \$5000.00.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
99.- Comprado, retenido o vendido algo robado (o tratado de hacer alguna de estas cosas).	1	2	3	4	5	6	7	8	9
100.- Tirado piedras o botellas a carros o personas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
101.- Te has fugado de tu casa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
102.- Mentido acerca de tu edad para comprar licor o entrar al cine	1	2	3	4	5	6	7	8	9
103.- Llevada escondida un arma (pistola, navaja, cuchillo, chacos).	1	2	3	4	5	6	7	8	9

CUANTAS VECES EN EL ULTIMO AÑO HAS:

	1 O 2 VECES		1 CADA 2 O 3 MESES		1 VEZ AL MES		1 CADA 2 O 3 SEMANAS		1 VEZ A LA SEMANA		2 O 3 VECES AL DIA		2 O 3 VECES AL DIA	
	NUNCA	AL AÑO	MESES	MES	SEMANAS	SEMANA	A LA SEMANA	DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA
104.- Atacado a alguien con la idea de hacerlo daño.	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
105.- Tenido relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
106.- Participación en peleas de grupo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
107.- Fumado mariguana.	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
108.- Inhalado thiner.	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
109.- Robado dinero y otras cosas a tus padres o a otro miembro de tu familia.	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
110.- Golpeado (o tratado de golpear) al maestro u otro adulto de la escuela.	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
111.- Robado (o tratado de robar) algo en la escuela, como la chamarra de alguien, locker o cafetería, útiles de tus compañeros, un libro de la biblioteca.	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
112.- Roto (o tratado de romper) un vidrio o una puerta dentro de una casa, oficina, coche; para robar algo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
113.- Pedido dinero o cosas a extraños.	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
114.- Tratado de convencer a los														

-160-

CUANTAS VECES EN EL ULTIMO AÑO HAS:

1 ó 2 VECES	1 CADA 2 ó 3	1 VEZ AL	1 CADA 2 ó 3	1 VEZ A LA	2 ó 3 VECES	1 VEZ AL	2 ó 3 VECES
----------------	-----------------	-------------	-----------------	---------------	----------------	-------------	----------------

amigos para hacer algo
que va en contra de la ley.

115.- Sido expulsado de la escuela.

NUNCA	AL AÑO	MESES	MES	SEMANAS	SEMANA	A LA SEMANA	DIA	AL DIA
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9

116.- En el último año, ¿cuántas veces has tomado bebidas alcohólicas?

- 1.- Nunca.
- 2.- 1 ó 2 veces al año.
- 3.- 1 vez cada 2 ó 3 meses.
- 4.- 1 vez al mes.
- 5.- 1 vez cada 2 ó 3 semanas.
- 6.- 1 vez a la semana.
- 7.- 2 ó 3 veces a la semana.
- 8.- 1 vez al día.
- 9.- 2 ó 3 veces al día.

117.- Y en el último mes: _____

118.- ¿Cuántos años tenías, cuando tomaste alcohol por primera vez? _____

119.- ¿Quién te lo proporcionó por primera vez?

- 1.- Tu familia (papá, mamá, hno., tío, primo, etc.).
- 2.- Un amigo o vecino.
- 3.- Tú mismo lo compraste.

120.- ¿Cuál fue la principal razón por lo que lo hiciste?

- 1.- Por curiosidad.
- 2.- Por costumbre familiar.
- 3.- Porque te obligaron.
- 4.- Porque te sentías muy solo.
- 5.- Para que te aceptaran tus amigos.
- 6.- Para olvidar tus problemas.

121.- En el último año ¿cuántas veces has fumado marihuana?

- 1.- Nunca.
- 2.- 1 ó 2 veces al año.
- 3.- 1 vez cada 2 ó 3 meses.

- 4.- 1 vez al mes.
- 5.- 1 vez cada 2 ó 3 semanas.
- 6.- 1 vez a la semana.
- 7.- 2 ó 3 veces a la semana.
- 8.- 1 vez al día.
- 9.- 2 ó 3 veces al día.

122.- Y en el último mes: _____

123.- ¿Cuántos años tenías cuando fumaste marihuana por primera vez?

124.- ¿Quién te la proporcionó por primera vez?

- 1.- Tu familia (papá, mamá, hno., - tío, primo, etc.)
- 2.- Un amigo o vecino.
- 3.- Tu mismo la compraste.

125.- ¿Cuál fue la principal razón por lo que lo hiciste?

- 1.- Por curiosidad.
- 2.- Por costumbre familiar.
- 3.- Porque te obligaron.
- 4.- Porque te sentías muy solo.
- 5.- Para que te aceptaran tus amigos.
- 6.- Para olvidar tus problemas.

126.- En el último año, ¿cuántas veces has inhalado cemento o -
thiner?

- 1.- Nunca
- 2.- 1 ó 2 veces al año.
- 3.- 1 vez cada 2 ó 3 meses.
- 4.- 1 vez al mes.

- 5.- 1 vez cada 2 ó 3 semanas.
- 6.- 1 vez a la semana.
- 7.- 2 ó 3 veces a la semana.
- 8.- 1 vez al día.
- 9.- 2 ó 3 veces al día.

127.- Y en el último mes: _____

128.- ¿Cuántos años tenías cuando inhalaste por primera vez?

129.- ¿Quién te la proporcionó por primera vez?

- 1.- Tu familia (papá, mamá, hno., -
tío, primo, etc.).
- 2.- Un amigo o vecino.
- 3.- Tú mismo la compraste.

130.- ¿Cuál fue la principal razón por lo que lo hiciste?

- 1.- Por curiosidad.
- 2.- Por costumbre familiar.
- 3.- Porque te obligaron.
- 4.- Porque te sentías muy solo.
- 5.- Para que te aceptaran tus amigos.
- 6.- Para olvidar tus problemas.

131.- En el último año, ¿cuántas veces has tomado pastillas -
(pastas).?

- 1.- Nunca.
- 2.- 1 ó 2 veces al año.
- 3.- 1 vez cada 2 ó 3 semanas.

132.- Y en el último mes: _____

133.- ¿Cuántos años tenías cuando tomaste pastillas por primera
vez? _____

134.- ¿Quién te las proporcionó por primera vez?

- 1.- Tu familia.
- 2.- Un amigo o vecino.
- 3.- Tú mismo la compraste.

135.- ¿Cuál fue la principal razón por lo que lo hiciste?

- 1.- Por curiosidad.
- 2.- Por costumbre familiar.
- 3.- Porque te obligaron.
- 4.- Porque te sentías solo.
- 5.- Para que te aceptaran tus amigos.
- 6.- Para olvidar tus problemas.

136.- ¿Usualmente cuando te drogas combinas más de una droga?

SI

NO

(Si contestas SI) ¿qué drogas combinas?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

137.- ¿Con qué frecuencia lo haces?

- 1.- Algunas veces.
- 2.- La mayoría de las veces.
- 3.- Siempre.

138.- Usualmente cuando te drogas, ¿con quién lo haces?

- 1.- Solo.
- 2.- Con amigos.
- 3.- Con algún familiar.
- 4.- Otros: _____

139.- ¿Ante qué situaciones se presenta el deseo de hacerlo?

- 1.- En reuniones de tu grupo.
- 2.- Fiestas.
- 3.- En la escuela.
- 4.- Después de una actividad deportiva.
- 5.- Cuando estás solo en tu casa.
- 6.- Otros: _____

140.- ¿Le has ofrecido drogas a muchachos más chicos que tú?

SI

NO

141.- ¿A quiénes?

- 1.- A amigos o vecinos.
- 2.- A algún familiar.
- 3.- Otros: _____

142.- La mayoría de las veces, ¿cómo obtienes las drogas?

- 1.- Te las regalan.
- 2.- Las compras.
- 3.- Las robas.
- 4.- Otros: _____

143.- ¿Cómo obtienes el dinero para comprar las drogas?

- 1.- De lo que te dá tu familia.
- 2.- De tu trabajo.
- 3.- Otros: _____

144.- ¿Tienes problemas por drogarte?

SI

NO

¿Cuáles? _____

APENDICE 3

ESCALA DE EVALUACION DEL MEDIO AMBIENTE FAMILIAR.

INSTRUCCIONES: Las oraciones que vas a leer deben decirte cómo es tu Familia. Lee cada frase cuidadosamente y encierra en un círculo la Letra "C" si consideras que es cierto ó la Letra "F" si es falso.

- | | | |
|--|---|---|
| 1.- En mí Familia nos ayudamos unos a otros. | C | F |
| 2.- En mí Familia cada uno se guarda sus sentimientos para sí mismo. | C | F |
| 3.- Nos peleamos mucho en nuestra Familia. | C | F |
| 4.- Las cosas que hacemos en mí Familia son para el Beneficio de todos y no de uno solo. | C | F |
| 5.- En mí Familia sentimos que hay que ser el mejor en cualquier cosa que se haga. | C | F |
| 6.- En mí Familia muy frecuentemente hablamos de problemas políticos y sociales. | C | F |
| 7.- Pasamos la mayoría de las tardes y fines de semana en casa. | C | F |
| 8.- Mí Familia va con frecuencia a la iglesia. | C | F |
| 9.- En mí Familia generalmente las actividades se planean con anticipación. | C | F |
| 10.- Mí Familia rara vez se reúne | C | F |
| 11.- Frecuentemente perdemos el tiempo en casa. | C | F |
| 12.- En mí Familia decimos lo que queremos en relación al hogar. | C | F |
| 13.- En mí Familia rara vez mostramos abiertamente nuestro enojo. | C | F |
| 14.- En nuestra Familia siempre se nos motiva a ser independientes. | C | F |

15.- Seguir adelante en la vida es muy importante en mí Familia.	C	F
16.- Muy rara vez vamos al teatro o a conciertos	C	F
17.- En mí Familia frecuentemente hay visitas o invitados a cenar.	C	F
18.- En mí Familia casi nunca rezamos	C	F
19.- Generalmente somos muy limpios y ordenados	C	F
20.- Mí Familia pone muy pocas reglas.	C	F
21.- Lo que hacemos en casa lo hacemos con mucho entusiasmo.	C	F
22.- En casa es difícil arreglar los problemas sin que alguien se enoje.	C	F
23.- Los miembros de mí Familia algunas veces se enojan tanto que avientan cosas.	C	F
24.- Mí Familia tiene poca influencia en lo que pienso.	C	F
25.- Para nosotros no es muy importante el que una Familia haga dinero.	C	F
26.- El aprendizaje de cosas nuevas y diferentes es muy importante en nuestra Familia.	C	F
27.- Nadie en nuestra Familia practica deportes (fut-bol, boliche, etc.).	C	F
28.- Frecuentemente hablamos del significado religioso de la navidad, semana santa, etc.	C	F
29.- En mí casa frecuentemente es difícil encontrar cosas cuando las necesita uno.	C	F
30.- La mayoría de las veces solo una persona de la Familia toma las decisiones.	C	F

- | | | |
|---|---|---|
| 31.- Hay un sentimiento de unión en nuestra Familia | C | F |
| 32.- En mí Familia nos contamos nuestros problemas personales. | C | F |
| 33.- Los miembros de la Familia rara vez pierden la compostura. | C | F |
| 34.- En mí Familia tenemos la libertad de ir y venir | C | F |
| 35.- Creemos en la competencia y pensamos que el mejor siempre gana. | C | F |
| 36.- A mí Familia no le interesan las actividades culturales (por ejemplo: cine, teatro o concierto). | C | F |
| 37.- Frecuentemente vamos al cine, a eventos deportivos, a acampar, etc. | C | F |
| 38.- NO creemos en el cielo ni en el infierno. | C | F |
| 39.- Ser puntual es muy importante en nuestra Familia. | C | F |
| 40.- Hay varias formas de hacer las cosas en casa | C | F |

NOMBRE DEL ENTREVISTADO: _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

DIRECCION _____ COL. _____ TEL. _____

FECHA _____

OBSERVACIONES: _____

APENDICE 4

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

Nombre: _____

Dirección: _____

Colonia: _____ Delegación: _____ Tel: _____

Nombre del Informante: _____ Parentesco: _____

Fecha de Entrevista: _____ Nombre del Entrevistador _____

1.- Piensa Ud. que el tratamiento que recibió su hijo en el Centro Comunitario Padierna:

Lo perjudicó _____ Lo ayudó _____ Ni lo perjudicó ni lo ayudó _____

2.- A partir de su tratamiento, ha observado en su hijo:

Cambios negativos _____ Ningún cambio _____ Cambios positivos _____
¿Cómo cuáles? _____

3.- A parte de este tratamiento, ha recibido su hijo algún otro tratamiento:

NO _____ SI _____ ¿Cuál? _____

4.- ¿Qué conductas presenta su hijo con mayor frecuencia?

Conductas malas _____ Conductas regulares _____ Conductas buenas _____
¿Cómo cuáles? _____

5.- A partir de su tratamiento, su hijo:

Empeoró _____ Se mantuvo igual _____ Mejoró _____
¿En qué? _____

6.- ¿Se ha seguido drogando? Si _____ No _____ No sabe _____

7.- Aproximadamente al mes ¿cuántos días se droga su hijo?

Diario ___ Una vez a la semana ___ 2-3 veces a la semana ___
Otra _____

8.- ¿Qué tipo de droga consume? (incluyendo el alcohol):

9.- ¿Ha sido su hijo detenido por la policía después del tratamiento?

No ___ Si ___ ¿Por qué? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

10.- ¿Actualmente su hijo estudia?: No ___ No sabe ___ Si ___
¿En dónde estudia? _____ ¿Qué grado estudia? _____

11.- ¿Cómo son sus relaciones con la familia?

Malas ___ Regulares ___ Buenas ___ No se lleva ___

12.- ¿Cómo son sus relaciones con su padre?

Malas ___ Regulares ___ Buenas ___ No se lleva ___

13.- ¿Cómo son sus relaciones con su madre?

Malas ___ Regulares ___ Buenas ___ No se lleva ___

14.- ¿Cómo son sus relaciones con sus hermanos?

Malas ___ Regulares ___ Buenas ___ No se lleva ___

15.- ¿Actualmente su hijo trabaja?: No ___ Si ___ ¿En qué? _____

16.- ¿Le ayuda con los gastos de la casa? No ___ Si ___

17.- ¿Le ha informado alguien sobre algún mal comportamiento de su hijo en la calle?

No _____ Algunas veces _____ Si _____ ¿Cuáles? _____

18.- ¿Se ha enterado Ud. de algún robo cometido por su hijo?

No _____ Algunas veces _____ Si _____ ¿Qué robó y cuándo fue?

APENDICE 5

CUESTIONARIO A PADRES

Nombre del joven: _____

Dirección: _____

Colonia: _____ Delegación _____ Tel. _____

Nombre del Informante: _____

Parentesco: _____

Fecha de entrevista: _____

Entrevistador: _____

1. Piensa usted que la visita de su hijo al Centro Comunitario "La Familia Enseñante"
Lo perjudicó _____ Ni lo ayudó, ni lo perjudicó _____
Lo ayudó _____.
2. A partir de su visita al Centro Comunitario "La Familia Enseñante", ha observado en su hijo:
Cambios negativos _____ Ningún cambio _____
Cambios positivos _____
3. Después de su visita al Centro Comunitario "La Familia Enseñante", su hijo ha recibido algún tratamiento.
No _____ Sí _____ ¿Cuál? _____

4. ¿Qué conductas presenta su hijo con más frecuencia?
 Conductas malas _____ Conductas regulares _____
 Conductas buenas _____.
5. A partir de su visita al Centro Comunitario "La Familia Enseñante", su hijo:
 Empeoró _____ Se mantuvo igual _____ Mejoró _____.
6. ¿Ha consumido drogas su hijo (cemento, marihuana, pastillas), después de su visita?
 No _____ No sabe _____ Sí _____.
7. Aproximadamente al mes, ¿cuántos días se droga su hijo?:
 Diario _____ Una ó 2 veces a la semana _____ 2 ó 3 veces al mes _____ Una vez al mes _____.
8. ¿Qué tipo de droga consume (incluyendo alcohol)?

9. ¿Ha sido detenido su hijo por la policía DESPUES de su visita al Centro? No _____ Sí _____ ¿Por qué? _____
10. ¿Sigue asistiendo su hijo a la escuela?
 No _____ No se _____ Sí _____
11. ¿Actualmente cómo se lleva el joven con su familia?
 Mal _____ Regular _____ Bien _____ No se lleva _____
12. ¿Actualmente cómo se lleva el joven con su padre?
 Mal _____ Regular _____ Bien _____ No se lleva _____
13. ¿Actualmente cómo se lleva el joven con su madre?
 Mal _____ Regular _____ Bien _____ No se lleva _____

14. ¿Actualmente cómo se lleva el joven con sus hermanos?
Mal _____ Regular _____ Bien _____ No se lleva _____
15. ¿Le ha informado alguien sobre algún mal comportamiento de su hijo en la calle?
No _____ A veces _____ Si _____ No sabe _____
16. ¿Se ha enterado usted de algún robo cometido por su hijo?
No _____ A veces _____ Si _____
17. ¿Trabaja su hijo actualmente?
No _____ Si _____ ¿En qué? _____
18. ¿Ayuda en los gastos de la casa?
No _____ A veces _____ Si _____

APENDICE 6

EXPER
FILE SEC (CREATION DATE = 08/01/88)

PRIMER MODELO

08/01/88

PAGE 11

DEPENDENT VARIABLE... VAR030

MULTIPLE REGRESSION

SUMMARY TABLE

VARIABLE	MULTIPLE R	R SQUARE	RSD CHANGE	SIMPLE R	B	BETA
CONSTANT	0.20154	0.25154	0.22154	0.70154	0.70154	0.70154
(CONSTANT)	0.20154	0.25154	0.22154	0.70154	0.70154	0.70154

EXPER
FILE SEC (CREATION DATE = 08/01/88)

SEGUNDO MODELO

08/10/88

PAGE 11

DEPENDENT VARIABLE... VAR118

MULTIPLE REGRESSION

SUMMARY TABLE

VARIABLE	MULTIPLE R	R SQUARE	RSD CHANGE	SIMPLE R	B	BETA
INT	0.26182	0.12377	0.12377	0.35182	-1.50182	0.70154
AGE	0.26182	0.12377	0.12377	0.35182	-1.50182	0.70154
(CONSTANT)	0.26182	0.12377	0.12377	0.35182	0.26182	0.70154

EXPER
FILE SEC (CREATION DATE = 08/01/88)

TERCER MODELO

08/01/88

PAGE 11

DEPENDENT VARIABLE... VAR204

MULTIPLE REGRESSION

SUMMARY TABLE

VARIABLE	MULTIPLE R	R SQUARE	RSD CHANGE	SIMPLE R	B	BETA
CONSTANT	0.27224	0.17224	0.17224	0.27224	0.27224	0.27224
(CONSTANT)	0.27224	0.17224	0.17224	0.27224	0.27224	0.27224

EXPER

CUARTO MODELO

CR/16/88

PAGE 11

FILE SEG (CREATION DATE = 07/16/89)

***** MULTIPLE REGRESSION ***** REGRESSION LIST 1

DEPENDENT VARIABLE.. VARG20

VARIABLE	SUMMARY TABLE				B	BETA
	MULTIPLE R	R SQUARE	RSQ CHANGE	SIMPLE R		
DESARUNO	0.53154	0.28154	0.25154	0.50154	-.9762881E-02	0.46120
INTRES	0.63224	0.40374	0.13191	-0.57007	-.1049023E-01	-0.39188
DESATRES	0.69204	0.47430	0.06232	-0.57007	-.2380619E-02	0.05391
INTERDOS	0.67402	0.45430	0.02262	0.14229	5.615916	
(CONSTANT)						