

85
2ij



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EVALUACION DE LA PERCEPCION DEL AMBIENTE
FAMILIAR EN SUJETOS FARMACODEPENDIENTES
A TRAVES DE LA ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR
(FES)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
DOLORES ROSALVA MILLAN NAJERA
ALICIA VEGA GONZALEZ

DIRECTOR DE TESIS: MAESTRA CORINA CUEVAS RENAUD



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OCTUBRE DE 1991



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.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1. EL PAPEL DE LA FAMILIA.....	5
-Definición del Concepto de Familia.	
-Desarrollo de la Funcionalidad Familiar.	
-El Papel Socializante de la Familia.	
-La Patología en la Familia.	
CAPITULO 2. LA RELACION FAMILIA Y FARMACODEPENDENCIA...22	
-Adolescencia.	
-Estudios realizados con Farmacodependientes y su Relación Familiar.	
-La importancia del Tratamiento Familiar en la Farmacodependencia.	
CAPITULO 3. PERCEPCION DEL AMBIENTE FAMILIAR.....36	
-Estructura de la Percepción.	
-Percepción Social.	
-Estudios realizados sobre la Percepción en la Familia.	
-Descripción de la Escala de Ambiente Familiar.	
METODO.....	51
-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
-PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS	
-HIPOTESIS	
-DEFINICION DE VARIABLES	
-SUJETOS	
-ESCENARIO	
-TIPO DE ESTUDIO	
-TIPO DE MUESTREO	
-TIPO DE DISEÑO	
-INSTRUMENTO	
-PROCEDIMIENTO	
-ANALISIS DE DATOS	
RESULTADOS.....	62
DISCUSION.....	75

LIMITACIONES, SUGERENCIAS Y ALCANCES.....82

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....85

APENDICES:

-CONCEPTOS BASICOS SOBRE FARMACODEPENDENCIA.....93

-ANTECEDENTES DEL MODELO "LA FAMILIA ENSEÑANTE"
APLICADO A FARMACODEPENDIENTES MEXICANOS.....103

-FORMATO DE LA ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR Y
HOJA DE RESPUESTA.....117

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la percepción del ambiente familiar en 106 sujetos farmacodependientes aplicando la Escala de Ambiente Familiar, Forma "S" (Moss, 1974) antes y después de un Tratamiento de Rehabilitación Conductual brindado en el Centro Comunitario "La Familia Enseñante" y Centro Comunitario "Padierna", a sujetos que recibieron atención durante el periodo 1980 a 1984. Se utilizó un Diseño Pretest-Posttest, con un muestreo de Tipo No Probabilístico Intencional.

Se analizaron los resultados utilizando el Paquete Estadístico Computarizado SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) aplicando las subrutinas de Análisis Descriptivo (Medidas de Tendencia Central) y Análisis Inferencial (Prueba t student correlacionada), para observar diferencias entre medias muestrales; y la prueba χ^2 (ji cuadrada) como prueba de significancia para observar la dependencia entre variables. Se encontró que la mayoría de los sujetos fueron de sexo masculino, solteros entre los 16 y 20 años de edad, centrándose en la etapa de la adolescencia donde se inicia el establecimiento de las relaciones

interpersonales. Así mismo provenían de hogares que tenían de 6 a 9 miembros de familia, siendo la mayor parte de éstas familias completas, nucleares y disfuncionales. Además tenían un nivel de escolaridad de primaria completa y secundaria incompleta, no estudiaban, estaban desempleados al realizar la investigación y pertenecían a un nivel socioeconómico bajo.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de los sujetos en la subescala de Cohesión, Conflicto y Énfasis Moral-Religioso.

En la subescala de Cohesión se obtuvo una $t=1.97$ a un nivel de significancia $\alpha=.05$; $\chi^2=7.157$, con un $\alpha=.06$ así como un Coeficiente de Contingencia $C=.258$ lo cual indica un 26% en el grado de dependencia entre las variables de Cohesión y Familia Completa e Incompleta, no debiéndose ésto al azar.

En la subescala de Conflicto se obtuvo una $t=2.09$ con un valor de $\alpha=.04$, siendo esta estadísticamente significativa.

En la subescala de Énfasis Moral-Religioso se encontró una $t=4.48$ con un nivel de significancia de $\alpha=.0001$, observándose diferencias altamente significativas. Así mismo se encontró una $\chi^2=8.258$ con $\alpha=.04$ y un Coeficiente de Contingencia $C=.287$ lo cual indica 28% de dependencia entre las variables de Énfasis Moral-Religioso y Funcionalidad Familiar, no debiéndose ésta al azar.

Con respecto a las subescalas de Expresividad,

Independencia, Orientación de Metas, Orientación Cultural-Intelectual, Actividades de Orientación y Recreación, Organización y Control, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al $\alpha=.05$

Es importante señalar que la subescalas de Cohesión, Conflicto y Expresividad corresponden a la Dimensión de Relaciones y se observó que las dos primeras fueron estadísticamente significativas, al $\alpha=.05$ lo cual indica que esta dimensión obtuvo cambios claros en la percepción de los sujetos.

Con respecto a la Dimensión de Crecimiento Personal solo la subescala de Énfasis Moral-Religioso obtuvo diferencias estadísticas al $\alpha=.05$, por lo que se sugiere investigar más ampliamente ésta. Así también la Dimensión de Mantenimiento del Sistema en la cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al $\alpha=.05$

Finalmente, podemos decir que la presente investigación muestra que la Escala identificó cambios estadísticamente significativos en la percepción de los sujetos en tres de sus subescalas lo que muy probablemente se deba al tratamiento recibido, por lo que se sugiere realizar más investigaciones utilizando esta escala en población mexicana farmacodependiente.

INTRODUCCION

El consumo excesivo de drogas es un problema que ha cobrado gran importancia a nivel mundial en los últimos años. A partir de los años sesenta, el consumo de sustancias que alteran la conducta humana se ha incrementado a tal grado que comienza a afectar a familias y comunidades en una dimensión nunca antes experimentada.

En México se encuentra gran número de jóvenes que recurren a las drogas con diversos fines: algunos las utilizan para tratar de solucionar sus problemas de la vida cotidiana o para huir de ellos, otros las utilizan para experimentar placer, otros por curiosidad, etc. Este fenómeno es resultado de una compleja relación de factores individuales, familiares y sociales que requiere para su solución de la colaboración de toda la sociedad, especialmente de las diversas instituciones que la conforman. De entre éstas Instituciones destaca de manera importante la Familia por ser ella en general el primer y más activo agente social que incide en el desarrollo de los individuos.

Se sabe que una familia sana es uno de los medios ideales para satisfacer las necesidades tanto físicas como emocionales de sus miembros. En este sentido, Ackerman (1988), señala que la familia es la unidad básica de desarrollo, experiencia, realización o fracaso, así como también de enfermedad y salud.

Huberty (1976) afirma que en la formación del carácter individual y el desarrollo de la sociabilidad, la familia desempeña un papel primordial y en ella las nuevas generaciones forman sus hábitos de convivencia. De ésta manera la familia es el vehículo transmisor y regulador de la herencia cultural, las costumbres, modelos personales y sentimientos morales que conducen hacia la armonía al grupo familiar.

Sin embargo, la vida urbana y la especialización industrial han producido alteraciones en la dinámica de interacción entre los miembros del grupo familiar, propiciando conductas tales como el abuso de drogas, lo que se ha observado que impide el desarrollo intelectual, personal y social del individuo.

Tomando en cuenta que la Institución Familiar es la base del Desarrollo Individual, es importante estudiar el proceso de percepción en los integrantes de la familia y más aún el de los individuos que presentan problemas que les impiden la adaptación adecuada a su ambiente familiar y social, ya que mediante este proceso el individuo establece en sí mismo el valor que los demás le confieren como parte de su identidad, la cual afirma o devalúa. Para tal efecto es importante utilizar instrumentos que detecten, midan y evalúen los cambios en dicho ambiente, las relaciones y el desarrollo general de los integrantes. Estos elementos permiten conocer

las características de las interacciones familiares del farmacodependiente y posteriormente pueden utilizarse para lograr brindarle un tratamiento rehabilitatorio completo y efectivo.

Por lo antes mencionado este trabajo tuvo la finalidad de observar los cambios en la percepción familiar de sujetos farmacodependientes después de haber recibido un tratamiento de rehabilitación conductual.

Es así que partiendo de la concepción de que la familia es la piedra angular que sustenta la estabilidad individual de sus integrantes, en el primer capítulo de este trabajo se habla de la familia y muy en particular de la mexicana; se define el concepto, se señala su conformación y el papel que juega cada uno de sus integrantes, describiendo la función que esta cumple dentro de la sociedad y se mencionan los factores que afectan su funcionalidad y que al conjuntarse propician problemas como el de la farmacodependencia.

En el segundo capítulo se describen los factores que dentro de las relaciones familiares propician el mantenimiento de la funcionalidad en la familia de los farmacodependientes.

El tercer capítulo aborda lo relacionado con la percepción del individuo desde los planos individual, familiar y social; así mismo se presentan estudios sobre la percepción familiar especialmente los realizados con la Escala de Ambiente

Familiar, proporcionando la escala y los fundamentos teóricos que la sustentan.

En el siguiente capítulo se describen los criterios metodológicos empleados en la investigación y el manejo estadístico realizado.

Posteriormente, se presentan y discuten los resultados de la investigación, mencionando las limitaciones, alcances y sugerencias para futuras investigaciones.

Finalmente, se incluyen 3 apéndices:

En el apéndice No. 1, se consideró importante hablar sobre los conceptos básicos de farmacodependencia, ya que esto facilitó la realización del presente trabajo.

El apéndice No. 2, menciona los antecedentes y desarrollo del Modelo "La Familia Enseñante" en la atención a Farmacodependientes Mexicanos, lo cual ha contribuido a ampliar el panorama de investigación científica en el estudio de este problema.

El apéndice No. 3, contiene el formato de la Escala de Ambiente Familiar y hoja de respuesta.

C A P I T U L O 1

EL PAPEL DE LA FAMILIA

EL PAPEL DE LA FAMILIA

DEFINICION DEL CONCEPTO DE FAMILIA

Linton, (citado en Fromm, Horkheimer y Parsons, 1986) comenta que la familia es una de las Instituciones Sociales Humanas más antigua que sobrevivirá de una forma u otra mientras exista nuestra especie.

En un sentido amplio, el concepto familia designa al conjunto de individuos que llevan el mismo apellido. En un sentido restringido y más preciso, son aquellos individuos unidos por lazos de sangre que viven en el mismo techo de una comunidad de servicios. También ha sido definido como el grupo humano que tiene una historia vivida en común y cuyos miembros siguen totalmente entrelazados, incluso en el caso en que haya una separación geográfica.

De acuerdo a lo anterior, el término "Familia" se aplica a dos unidades sociales básicamente diferentes en su composición y posibilidades funcionales: La familia conyugal que designa a un grupo íntimo y fuertemente organizado compuesto por los conyuges y los descendientes, donde se encuentran las condiciones óptimas para el desarrollo de la personalidad de los individuos jóvenes. Y la familia

consanguínea se refiere a un grupo difuso y poco organizado de individuos. Sin embargo, una fuerte organización familiar consanguínea da a sus miembros un elevado grado de seguridad económica imponiéndoles también muchas obligaciones.

Desde el punto de vista de la Psicología Social, la familia es la estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados. En este núcleo social fundamental, las relaciones que se dan y las que de ella parten hacia otros grupos similares son: la relación de la pareja humana, la relación padre-hijo, la relación madre-hijo, la relación entre hermanos y por último la relación de parentesco con otros grupos (ampliación de la familia).

De esta manera, Familia es una unidad dinámica de intercambios en el orden material, afectivo y social, intercambio que se considera en dos niveles fundamentales: Psicodinamismos de la Estructura Familiar y Social y Psicodinamismos derivados de la Funcionalidad Familiar (Bagó, 1975).

Al mismo tiempo, el ser humano establece un tipo de relación con su núcleo familiar, lo acepta, lo rechaza, se inhibe o lo modifica, pero en cualquier caso cuenta con él.

DESARROLLO DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Al respecto, Ackerman (1988) nos proporciona una consideración amplia y profunda de las tareas y fines psicológicos de la familia:

-Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y brindan protección ante los peligros externos, función que realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.

-Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos en las relaciones familiares.

-Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.

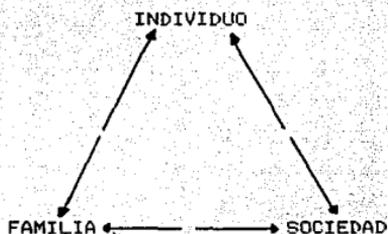
-Ejercitación para integrarse en roles sociales y captar la responsabilidad social.

-Fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

-Moldeamiento de los roles sexuales, lo que preparará el camino para la maduración y realización sexual.

A continuación presentamos el Modelo de Relaciones

Propuesto por Bagú (1975), en donde por medio de un triángulo se explican las relaciones del individuo con su medio ambiente.



Cada una de las partes interactuantes (Individuo, Familia y Sociedad) esta dotada de cierta autonomía y sujeta a sus propias leyes internas así, el individuo es un elemento de la estructura familiar. La familia, por su parte, es un elemento de la estructura social la que a su vez moldea tanto a la familia como al propio individuo.

Por su parte, el niño requiere mucho afecto y una correspondencia de los adultos por encima de la satisfacción de sus necesidades fisiológicas.

La madre en algún momento transfiere a otros individuos una parte de la responsabilidad del cuidado de los hijos menores. En la práctica, los hermanos mayores o el marido son los que asumen esta responsabilidad, pero la transferencia sería

imposible si no existiera un grupo familiar estable (Fromm, Horkheimer, Parsons, 1986).

Las relaciones afectivas de la infancia condicionan la vida amorosa del adulto, así que la intimidad, autoridad y educación son factores fundamentales para que una familia pueda apoyar psicológicamente a sus hijos.

El contacto del niño con la madre desde el nacimiento es una fuente de experiencias sensoriales, psico-intelectuales y psico-emotivas mediante las cuales el recién nacido percibe si se le quiere o representa una carga; si se le quiere o si se le abandona (Wallenstein, 1957).

La presencia materna transmite al niño un sentimiento de seguridad indispensable para su individualidad.

La influencia del padre y la madre son diferentes en calidad y variables en importancia de acuerdo a la edad del niño. El valor de la presencia paterna se manifiesta posterior al de la madre y reviste igual importancia, por lo que la armonía psicoevolutiva del niño exige la intervención de ambos padres asumiendo cada uno de ellos, una función propia insustituible e integrativa (Levi y Merani, 1958).

Los hermanos y demás personas que viven en el seno familiar también desempeñan un papel importante. En la convivencia entre humanos las relaciones son de igual a igual: en esta relación se da un proceso educativo entre ellos ya que al hallarse entre varios hermanos se propicia el desarrollo

normal del individuo. Cada uno de los hermanos cuidará de que sus intereses no sean violados por otros de ahí que surgirán rivalidades. Esta rivalidad fraternal es normal y necesaria para que se establezcan los lazos sociales que pueden manifestarse en forma de amistad y aversión (Boutonier, 1945).

A medida que el niño crece la presencia de hermanos y hermanas juega un papel importante en su socialización y desarrollo de la personalidad flexible. Los hermanos mayores le brindan objetivos conscientes y modelos de comportamiento comprensibles por él, los cuales están al alcance de sus capacidades y desarrollo.

Así mismo, la presencia de hermanos mayores y menores da al niño que se desarrolla ocasión para el ejercicio simultáneo de su capacidad de dominio y sumisión, ambas dentro de límites determinados. En la interacción constante con individuos de capacidad similar a la del niño, puede este llegar a hacer una valoración realista de sus aptitudes y defectos y también de las pautas de conducta social más adecuadas.

La relación en el interior del grupo familiar depende sobre todo del sexo, edad y categoría que ocupa el niño dentro de la familia.

Para asegurar la Salud Mental del individuo es importante desarrollar en el niño el sentimiento de seguridad.

(Wall, 1963). La aceptación es un elemento importante para que se dé la seguridad en el niño, lo cual logra cuando se siente aceptado y amado no por lo que hace, sino por lo que es, con su modo de ser y sus características concretas e individuales.

En la interacción padre-hijo se espera que tanto el padre como la madre actúen de un modo específico y se ajusten al rol que desempeñan dentro de la sociedad. (Linton, 1945, citado en Andrade 1979). Lo anterior conllevaría una disminución en la probabilidad del surgimiento del conflicto familiar.

En la familia se dan una serie de relaciones interactuantes que partiendo de las diferencias de personalidad tienden a superarse en una interacción de autoridad y amor, donde el amor es la emoción fundamental que regula las relaciones interpersonales dentro de la familia. (Benedek citado en Fromm, Horkheimer y Parsons, 1986).

La nueva interacción puede ser de dependencia o independencia por parte de los hijos, si fuera lo segundo la fraternidad dependería de una decisión de los hijos y esa independencia tendería hacia la responsabilidad personal donde la interacción con su pareja se afirmará en todas sus relaciones.

Existen además otros elementos característicos del grupo familiar que lo diferencian de otros grupos: un elemento

afectivo cuya intensidad media varía en cada caso y diferencia a unas familias de otras, una concreta visión del mundo, de la humanidad y de la vida que opera a un nivel inconsciente bajo la forma de ciertos mitos familiares y un funcionamiento diferenciado de relaciones interpersonales en el que aparece un reparto de roles específicos. (Enciclopedia de Psicología Oceano, 1985).

Finalmente, podemos decir que la identidad individual requiere el apoyo de la identidad familiar y esta última necesita del apoyo de la comunidad.

La experiencia cotidiana de la vida familiar representa un factor central en la estabilización y acrecentamiento de la Salud Mental, mejora la satisfacción personal, promueve el éxito en la integración social y estimula un nuevo desarrollo de la personalidad.

Es así que, las relaciones familiares regulan la corriente emocional y facilitan los canales de desahogo. Además la configuración familiar controla la calidad y cantidad de expresión como dirección y alienta los impulsos individuales y también subordina otros.

En la familia patriarcal la influencia educativa provenía de la autoridad del padre, de los valores establecidos en la familia y de la sociedad; de ésta manera, era más fácil para el padre transmitir sus exigencias y para la madre cumplirlas.

En la familia tradicional el padre proporciona el sustento y la seguridad; sin embargo con el paso del tiempo y a merced de las transformaciones históricas, los roles tradicionales del padre y la madre han cambiado. (Fromm, Horkheimer y Parsons, 1986).

En la familia moderna se espera que el padre considere en un plan de igualdad la autoridad de la esposa y que acepte las opiniones y decisiones libres del hijo que crece, tomando éstos como elementos básicos de su educación y equilibrando la familia sobre esta base. (Benedek, citado en Fromm, Horkheimer y Parsons, 1986).

EL PAPEL SOCIALIZANTE DE LA FAMILIA.

El hombre nace dentro de una familia de la cual recibe su dotación biológica. En los primeros años de vida depende de ella en forma casi absoluta ya que esta le proporciona lo necesario y hasta lo superfluo: es protegido, alimentado, recibe una herencia cultural, adopta una ideología específica al mismo tiempo que crea las bases para su futura relación con otros grupos.

La familia tiene una disposición característica de una época y cultura concreta. Adopta aspectos nuevos en relación a determinados cambios.

Desde el punto de vista de la Teoría Sistémica (Alberti, 1987), la familia es un sistema abierto en interacción con otros sistemas que conforman un sistema macro-social, viéndose ésta afectada por los demás sistemas con los cuales interactúa. En la familia se observa una serie de procesos por los que se considera un sistema en continua transformación donde es importante señalar su homeostasis y coherencia, de esta manera es un sistema activo y autoregulado.

Para Cooley (1909) la familia constituye un grupo primario ya que proporciona al individuo la experiencia de identidad social y los miembros mantienen vínculos estrechos de interacción.

Además, todos los autores reconocen que una función importante que cumple la familia es la satisfacción de las necesidades psicológicas de los individuos. Estas necesidades son las de afecto, seguridad y adecuada correspondencia emocional. Se ha observado que la actitud de las personas maduras y experimentadas que han aprendido a vivir en condiciones difíciles tienden a ser altamente estables en todas las sociedades. (Fromm, Horkheimer y Parsons 1986).

A la familia le corresponde la tarea de transmitir al niño en desarrollo, la noción de realidad de cada cultura, también lo educa y socializa al ponerlo en contacto con el mundo de la lengua, los valores y las costumbres de la cultura

correspondiente. Si la familia fracasa en esta tarea el niño tendrá muchos problemas para desarrollarse en el medio cultural.

Así mismo la familia es un ámbito propio que deja margen para ideas y prácticas originales en relación al contexto cultural. Si esta particularidad se vuelve excesivamente prepotente, puede educar al niño en una realidad que se convierta -fuera del marco familiar- en algo irreal que provoque en el niño desordenes de personalidad que pueden conducirle a la inadaptación social e incluso a graves estados patológicos.

Por lo tanto, la forma en que los hijos se relacionaran con el mundo y las otras personas, su modo de vivir la alegría, la esperanza de afrontar tropiezos y otras cosas más, dependerán en gran parte de las experiencias que hayan tenido en su familia de origen.

La trama de las relaciones familiares puede estar influenciada por un ambiente social amistoso, protector ó por uno hostil y peligroso. Un ambiente social peligroso puede hacer que una familia se desintegre y le provoque problemas.

Por otra parte, la familia debe ajustarse desde dentro a la amplia gama de vicisitudes que afecta las relaciones de cada uno de sus miembros. Bajo condiciones favorables, los sentimientos de amor y lealtad prevalecen y se mantiene la armonía familiar, bajo condiciones desfavorables de tensión y

conflicto excesivo pueden surgir antagonismos y odios amenazando la integridad de la familia.

Tomando en cuenta que la familia es una especie de unidad e intercambio, los intereses que se intercambian son amor y bienes materiales, éstos fluyen en todas direcciones dentro de la esfera familiar. Generalmente son los padres los primeros en dar.

Si la atmósfera familiar esta llena de cambios y desvíos bruscos, pueden surgir profundos sentimientos de frustración acompañados de resentimiento y hostilidad. El intercambio de sentimientos entre miembros de la familia, gira fundamentalmente alrededor del amor y el odio. En el niño se da un proceso de identificación que puede ser positiva o negativa. Una identificación positiva implica elecciones y actuaciones del hijo orientados en la misma dirección y el mismo sentido que las del padre. La identificación negativa implica elecciones y actuaciones opuestas a las del padre. Cabe mencionar que cuando la identificación es negativa, el niño buscará fuera de la familia alguien con cuya imagen se pueda identificar (profesores, padres de sus amigos, amigos u otra persona). Este proceso de identificación tendrá una influencia decisiva en la formación de la futura personalidad del individuo. (Enciclopedia de Psicología, "La Edad Adulta", 1983).

La forma en que una persona percibe la imagen de los otros

influye en la imagen de sí mismo y viceversa siendo este proceso en dos direcciones y moldea continuamente el sentimiento, la actitud y la acción. (Ackerman, 1988).

Es así que, "en nuestra cultura, la confianza en sí mismo y la independencia son dos de los valores más elevados" (Benadek, citado en Frpmm, Horkheimer y Parsons, 1986).

De esta manera, el principal objetivo de la familia actual y pasada es el de alcanzar la madurez de los hijos que han de emanciparse de ella y han de abrirse camino por sí mismos para formar su propia familia.

LA PATOLOGIA EN LA FAMILIA

En el fondo de numerosos trastornos afectivos infantiles se halla con frecuencia un mundo familiar en el que cada componente (padre, madre o hijos) descuida, exagera o desconoce el papel que le toca desempeñar. La armonía de la familia presionada por los acontecimientos externos puede perturbarse por la autoridad del padre, el desafecto de la madre o por la injusticia de los hermanos.

Los padres por su parte tendrán satisfacciones o angustia y desesperación por aquello que tuvo o no tuvo lugar en relación con sus hijos. (Fromm, Horkheimer y Parsons, 1986).

De acuerdo con Flügel (1972), el desarrollo psíquico normal implica una emergencia gradual, en la que el individuo a partir de una condición de dependencia y cuidado paterno, pase a depender en mayor o menor grado de sus propios esfuerzos en lo que corresponde a su existencia y valore su propia conducta.

El fracaso en tal desarrollo tendrá como resultado una personalidad relativamente débil, que todavía buscará el apoyo de sus padres o de sus sustitutos en una época en que debería ya haber aprendido a bastarse por sí solo.

Son dos aspectos principales de este proceso que se hayan íntimamente relacionados: el primero, se refiere a las manifestaciones reales de la actividad vital, que tiende a la autoconservación del individuo y al cumplimiento de sus objetivos y deseos. El segundo, se refiere a la autoconducción. (Flügel, 1972).

Es conveniente considerar y destacar la conveniencia y necesidad de que el individuo aprenda a ayudarse y a dirigirse a sí mismo.

La dependencia excesiva hacia los padres en la niñez y la adolescencia propicia frecuentemente en el individuo una alteración en su proceso de desarrollo.

Los padres demasiados severos, represivos o excesivamente cuidadosos en la crianza de sus hijos, provocan a menudo -sobre todo si éstos poseen fuertes tendencias

autoafirmativas- un estado de rebelión contra la autoridad, la cual lleva a los hijos a desestimar y condenar deliberadamente todo lo que hay de bueno en esa autoridad, puesto que llegan a considerar a sus padres tiranos o patronos antes que auxiliares y protectores.

Un padre estricto y propenso a maltratar al hijo, una madre regañona o muy ansiosa, crearán frecuentemente hijos rebeldes que no respetarán el consejo y órdenes de sus progenitores, ni el de aquellos que consideren sus sustitutos en las etapas posteriores de la vida. A tales hijos puede dificultárseles aprender de las experiencias de sus antepasados; por ser éstas representativas de las tradiciones y dictados de la autoridad, y lo que es peor, pueden convertirse en seres ineptos para ocupar el lugar correspondiente en cualquier esquema de la vida social armoniosa, debido a su incapacidad para someterse al grado de subordinación individual que la vida en sociedad inevitablemente reclama. (Flügel, 1972).

Existen buenas razones para creer que la rebelión contra la autoridad paterna constituye un importante factor en la producción de ciertas clases de delincuentes. (Veanse casos registrados por Healy en *Mental Conflicts and Misconduct*, 1919).

De esta manera el niño razonablemente satisfecho consigue dominar eficazmente su odio. Predomina el amor hacia sus padres y se identifica con ellos moldeando su imagen. Por

otra parte, el niño infeliz o frustrado experimenta un odio excesivo y puede identificarse con sus padres sobre una base de odio y miedo más que de amor; renuncia a identificarse con ellos o desarrolla una conciencia patológica severa.

La forma característica en que los padres muestran su amor entre ellos y hacia sus hijos es la mayor significación para determinar el clima emocional de la familia. El conflicto provoca tensión hostil, que al no disminuirse amenaza con la desorganización familiar lo que podría propiciar la funcionalidad o la disfuncionalidad familiar.

Con respecto a la Familia Funcional, ya se han señalado sus características en este capítulo, por lo que sólo resumiremos las características de la Familia Disfuncional a manera de introducción al siguiente capítulo.

La Familia Disfuncional tiene como características: la incapacidad de sus miembros para discutir el origen de sus problemas, incapacidad de hablar sobre cualquier problemática existente, los miembros de la familia juegan roles rígidos en donde la comunicación se restringe y las declaraciones se adecuan a los roles que se juegan. Los miembros no tienen libertad para expresar sus experiencias, problemas, deseos, necesidades y sentimientos y deben limitarse a jugar el papel que se adapte al de los demás miembros de la familia, negar aspectos principales de la realidad, permaneciendo la rigidez en los roles. (Norwood, 1986).

Por otra parte, las dimensiones de la vivienda están en relación con las presiones, tensiones y fracasos de la vida familiar. (Bossard y Stoker, 1969, citado en Andrade 1979).

La interacción familiar puede intensificar o disminuir la ansiedad; esta interacción estructura el marco humano en el que se expresan los conflictos y contribuye al triunfo o al fracaso en la solución de los problemas. También los alcances del impacto entre fantasía y realidad afectan el desarrollo de la percepción de la realidad.

La estabilidad de la familia y de sus miembros depende de un patrón de equilibrio e intercambio emocional, cada miembro influye en la conducta de los demás; una desviación en la interacción emocional en una familia altera los procesos de interacción entre sus miembros. (Ackerman, 1986).

Por lo anterior observamos que la multitud de factores individuales, familiares y sociales al conjuntarse propician diferentes comportamientos en los individuos, especialmente en los adolescentes los cuales por encontrarse en un proceso activo de estructuración de su personalidad, son blanco propicio para adquirir alguna adicción, como es el caso de la dependencia a las drogas.

C A P I T U L O 2

LA RELACION FAMILIA Y
FARMACODEPENDENCIA

LA RELACION FAMILIA Y FARMACODEPENDENCIA

Tomando en cuenta la sobrepoblación que actualmente se observa en México, se considera sumamente importante el formar en los individuos hábitos y conductas que contribuyan al establecimiento de una estructura social sólidamente sana, desde el punto de vista biopsicosocial. Para ello, es necesario recurrir a las instituciones sociales establecidas, sobresaliendo dentro de ellas, la familia como la primera institución social que tiene la tarea de formar individuos. De ahí, la importancia de que la familia contribuya al mantenimiento de relaciones satisfactorias entre sus miembros; ya que se ha observado que el desajuste en este núcleo tiende en algunos casos, a generar conductas desviadas tales como: agresión, desajuste social, problemas en la conducta sexual, así como el uso excesivo de drogas.

Actualmente en México se consumen drogas diferentes, sin embargo los datos que aportan los Centros de Integración Juvenil indican que las drogas de mayor uso son: marihuana, alcohol e inhalables. Desafortunadamente, en estos últimos años el consumo de inhalables ha aumentado en los grupos de menor edad (Folleto informativo de C.I.J., 1989).

ADOLESCENCIA

Dulanto y cols. (1972), comentan que el adolescente camina en una situación de incertidumbre y angustia por un mundo conocido exteriormente pero desconocido internamente. No puede eludir el reto, aunque sabe que llega el momento de vivir su propia experiencia, irrumpen en él distintas emociones: rebeldía, júbilo, temor, inseguridad e irritación. Paso a paso rodeados de obstáculos, los adolescentes son espectadores de su propio desarrollo y así inician un proceso introspectivo hacia la dimensión de su existencia. De ahí su inquietud hacia los cambios que sufre, misma que pocas veces comenta con los adultos (padres, hermanos, médicos, etc.) y cuando lo hace no siempre recibe la respuesta adecuada, tal vez por indiferencia, desconocimiento o incapacidad de aquellos para otorgarla. La adolescencia comprende un proceso de maduración emocional y social que no reconoce un límite de tiempo preciso y está controlado en gran parte por factores socioculturales; el concepto que se tenga de ella en cuanto a la duración y diferentes modalidades variará en cada núcleo social.

Algunos médicos afirman que si hay una patología propia del joven, ésta varía conforme al lugar y circunstancia matizada por su ambiente familiar y social.

Por otra parte, Sumano (1988) afirma que la patología característica del adolescente integra 3 aspectos fundamentales: el orgánico, el psicológico y el social. Es por ello que el Departamento del Adolescente del Hospital Infantil de México, atiende problemas de conducta relacionados con el abuso de alcohol y el uso de drogas legales y no legales.

Miñón (1986), considera que los cambios que se operan en la sociedad provocan discrepancias cada día mayores entre generación y generación, lo que suscita una oposición de los padres al intervenir en el cambio, limitando así el comportamiento autónomo de los jóvenes los cuales cuestionan los valores y el sistema social de los adultos y promueven nuevas formas de comportamiento que algunas veces derivan hacia conductas desviadas, como es el caso de la farmacodependencia. Por consiguiente es muy importante el proceso de identidad entre el joven y el adulto para que el primero logre obtener la madurez de su personalidad, ya que de no ser así ésta sería irregular y prolongada.

Rosenthal y Mothner (1982), mencionan que la adolescencia es una época vulnerable, el punto cronológicamente débil de la humanidad. Cuando los jóvenes se están transformando en individuos adultos, los mantenemos en ella indefinidamente. Al conservarlos dependientes, negarles empleo y objetivos reales se les coloca en un patrón vigente de vida donde no

hay retos ni recompensas.

Con la adolescencia prolongada y evasión de la madurez, año tras año los jóvenes se revelan ante su frustración crónica. La forma en que los padres manejan sus necesidades y se enfrentan a las tensiones son elementos importantes para apoyar al joven.

Nuestra sociedad carece de capacidad para observar a los jóvenes de forma funcional; mientras éstos permanezcan dependientes emocional y económicamente no pueden madurar psicológicamente por lo que retardan su entrada a la adultez. También afirman, que las drogas constituyen un peligro evidente, siendo los padres los que pueden evitar o detener a los jóvenes que se han iniciado en el uso de éstas. El que los jóvenes se habitúen a las drogas constituye un peligro para su salud, así como una amenaza para la seguridad física y su bienestar social. Los farmacodependientes son vulnerables ya que se sienten inútiles y faltos de madurez, pues se les impide participar con la misma responsabilidad que a los adultos.

Ramírez (citado en Mandéz (1985), opina que el problema de la adolescencia se debe a las contradicciones evidentes entre las potencialidades biológicas inherentes a ella y la posibilidad que la cultura brinda en un momento dado para satisfacerlas.

Bloss (1981), ha observado que la evolución de nuestra

sociedad ha permitido a los jóvenes de la clase media y alta la postergación de su capacidad productiva económicamente hablando, exigiéndoles a cambio que se preparen cultural y técnicamente. El adolescente es un sujeto deseoso de encontrar un marco, una identidad y una filiación que lo defina e integre; se observa también dificultad para integrar una imagen masculina que le marque, estructure y brinde identidad.

De la Fuente (1986), opina que las adquisiciones o logros evolutivos obedecen a un orden secuencial determinado dentro del cual las adquisiciones más complejas se fundan en el dominio previo de habilidades primarias cuya asimilación ha alcanzado el nivel necesario para "jugar con ellas".

Con frecuencia los adolescentes encuentran un ambiente callejero más fuerte y vital que el que se les ofrece en casa. En el caso de muchos adolescentes, el grupo de amigos o la pandilla llega a sustituir a la familia.

Algunos investigadores (Museen, 1982) opinan que la juventud de hoy es más rebelde, está más trastornada emocionalmente, es más promiscua sexualmente, menos idealista y más crítica de los valores y de las normas de la cultura adulta de la cual se "siente" más separada.

Para lograr el desarrollo emocional óptimo del adolescente se requiere una estructura familiar adecuada, padres que comprendan y ubiquen a su hijo en la etapa por la cual

atraviesan, condiciones sociales favorables, orientación adecuada de los padres, maestros y en general de todas las personas que tratan con jóvenes.

ESTUDIOS REALIZADOS CON FARMACODEPENDIENTES Y SU RELACION FAMILIAR

Huberty (1975) afirma que la adolescencia es una época en la cual se forma la identidad y durante la misma se necesita apoyo familiar para contrabalancear otras fuerzas; además encontró que las primeras drogas que se consumen, se obtienen dentro del hogar y que el 50% de los farmacodependientes provienen de hogares con problemas de abuso de drogas.

Hirs (1979) e Imhof (1979), encontraron antecedentes familiares del abuso de drogas en varias de las generaciones anteriores. Hirs (1978) observó varios rasgos en la familia del farmacodependiente: matrimonio mal avenido, madre ambivalente hacia los hijos, padres relativamente pasivos y personalidades similares de la madre y del hijo farmacodependiente.

Funkel (1978) encontró que la relación con el padre es crucial, dado que en general, es considerado un elemento dentro de la familia que hace sentir al farmacodependiente ajeno a la vida y al estilo familiar.

Kendell (1978), observó que el "uso indebido de drogas" parece ser un fenómeno de la adolescencia ligado al proceso normal pero problemático del crecimiento, con la experiencia de nuevas formas de comportamiento: la obtención de la confianza en sí mismo, el desarrollo de las relaciones cercanas con las personas que no son de la familia y el uso frecuente de drogas ilegales; parece estar condicionado por el tipo de relación padre-adolescente que por otros factores; así mismo, concluye que el uso indebido de droga es básicamente un fenómeno familiar.

Méndez (1985), encontró en algunos estudios que el uso de drogas y alcohol entre los jóvenes varía desde conductas aparentemente normales hasta conductas disfuncionales acompañadas de gran variedad de problemas psicológicos de conductas tales como: deserción escolar, delincuencia, abandono del hogar, vagancia y embarazo en adolescentes, entre otros.

Variables correlacionadas pueden actuar juntas para determinar si un joven se involucrará en el abuso de drogas, su influencia varía de individuo a individuo y ningún factor por sí sólo puede producir una conducta problema.

También Méndez comenta, que las características observadas en las familias del farmacodependiente regularmente son las siguientes: familia desintegrada, disfuncional, cambios de roles, falta de autoridad moral de los padres, familia con

comunicación defectuosa, confusión de jerarquías, dificultad para crear prioridades en la solución de problemas de la adolescencia, dificultad para marcar límites, observándose la existencia de padres autoritarios, inconsistentes o excesivamente permisivos. Así mismo existen padres que favorecen la farmacodependencia ya que son personas que se automedicamentan o consumen medicamentos en exceso.

En una investigación realizada por Castro y Chávez (1986) sobre predictores de consumo de drogas en jóvenes mexicanos, se encontró que de 25 sujetos, 16 de ellos eran consumidores altos de drogas y 9 de ellos fueron consumidores moderados. Así mismo, Castro (1984 a, 1984 b) reporta que los correlatos psicosociales más significativos de los farmacodependientes son una percepción lejana del medio ambiente familiar y en cuanto problemas asociados los más prevalentes han sido los problemas personales.

Mata y cols. (1987) reportaron que en la población farmacodependiente atendida en el Módulo de Prevención, Atención y Rehabilitación de Farmacodependencia "Cuajimalpa", los problemas familiares resultaron ser una causa importante en el surgimiento de problemas conductuales.

En lo que corresponde a la familia, Margolis (1979) señala que el tipo de relaciones que en ella se establezcan, la calidad afectiva, la jerarquía de autoridad, el espacio psicológico que ocupa cada miembro, los nacimientos, las

muerdes, el nivel socioeconómico y cultural son elementos importantes que de no funcionar pueden provocar el establecimiento de la adicción a fármacos en algún o algunos de los miembros de la familia. Así mismo, afirma que el farmacodependiente puede ser el vocero portador del llamado de emergencia de que algo sucede en el plano familiar. De ahí, la necesidad de devolver a cada miembro de la familia la patología que le corresponde y aliviar al portavoz de su rol del continente de un número importante de conflictos familiares.

Por su parte, Pelcastre (1989), opina "que los niños que no tienen el amor y la comprensión de sus padres, son candidatos seguros para la drogadicción y el alcoholismo".

El Centro de Adaptación Humana (1988), señala que los menores de edad ingieren bebidas alcohólicas para ocultar o substituir su temor, timidez, angustia, sensación de rechazo, inconformidad e inhibiciones. Afirma que el factor básico en el problema de la farmacodependencia son las desavenencias matrimoniales, la falta de amor, el egoísmo, el machismo, la falta de preparación y la nula responsabilidad de los padres.

Ziegler-Driscoll (1977), reportan que de un total de 62 pacientes alcohólicos que participaron en una investigación con sus familias de origen, el 68% de ellos fueron dependientes a drogas, así mismo que de 63% de pacientes abusadores de drogas y 68% de alcohólicos éstos han abusado

relativamente de esa sustancia. En ambos grupos los padres abusaban del alcohol. Una diferencia entre los grupos estudiados (alcohólicos y drogodependientes) fué que: un padre de familia representaba el 28% consumidores de alcohol y el 17 % de drogodependientes. Ambos grupos familiares fueron altamente reactivos al problema de abuso de sustancias e incluye un abusador de sustancias que fué en su momento altamente dependiente a las figuras paternas.

El 64% de las familias de origen tenia una figura paterna ausente o periférica, el rol del hijo parental del paciente identificado fué altamente notable.

Alexander y Dibb (1975) observaron que en 11 de 18 casos tratados cuando el padre estaba presente fué un padre dominante. También afirman, que no hay fundamentos para asegurar que los abusadores de drogas se separan de sus familias, más bien mantienen una relación estrecha con sus familias de origen.

Stanton (1978) observó que la influencia de la familia acentúa o atenúa el impacto de las fuerzas externas. "La psicopatología individual y los factores etiológicos son psicodinamismos criticos pero están también entrelazados con la dinámica familiar.

Fort (1954) observó que las madres de los drogadictos eran "sobrepensoras, controladoras e indulgentes".

Por su parte Attardo (1980) al hacer una comparación entre

madres de drogadictos, esquizofrénicos y adolescentes normales observó que los índices simbióticos de las madres que necesitaban del hijo fueron altos en las madres de los abusadores de drogas.

Cabildo y cols. (1980) llevaron a cabo un estudio con estudiantes de preparatoria y vocacional, concluyendo que el uso de sustancias intoxicantes se inicia con una manifestación del adolescente formada por la propaganda y las situaciones socioculturales de las grandes ciudades; pero solo se manifiestan como dependencia real en personalidades mal estructuradas con ambientes familiares poco adecuados.

Castro y Maya (1984) en un estudio con 583 estudiantes mexicanos de 14 a 18 años de edad, realizado en el Distrito Federal, encontraron que los consumidores prevalentes (aquellos que consumieron droga durante esos 2 años de estudio) perciben más lejana a su familia y observaron una mayor tendencia en los consumidores incidentes (los que en 1980 no consumieron droga y si la consumieron en 1981). Los consumidores prevalentes experimentaron dificultades en el manejo de la realidad, en comparación con los estudiantes que reportaron no consumir ninguna droga.

Mendell (1985) señala que la relación que mantenga el adolescente con sus padres y sus padres entre si, es de gran importancia ya que el riesgo de involucrarse en la farmacodependencia es menor en un hijo con padres con una

relación equilibrada y atenta, en comparación con padres negligentes, demasiado tolerantes, totalitarios y hostiles.

"Si el joven se observa incapaz de resolver los problemas que le plantea la vida es posible que recurra a la ingestión de drogas como una forma de escape a los problemas que no puede resolver". (Soto 1982).

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO FAMILIAR EN LA FARMACODEPENDENCIA

Como se ha observado en la mayoría de las investigaciones revisadas, son los padres especialmente los que pueden impedir que los hijos se dañen, si éstos últimos empiezan a incluir pronto en sus hábitos el consumo de drogas; deberán los padres mostrarles formas de conducta sana y responsable.

Kaufman (1986) propone la siguiente forma de tratamiento para pacientes con abuso de drogas (alcohol):

- 1.-Desarrollo de métodos de establecimiento y mantenimiento de un estado libre de drogas.
- 2.-Trabajo en el Sistema de Terapia Familiar.
- 3.-Reajuste Familiar después que cesa el abuso de sustancias

El tratamiento familiar de abusadores de sustancias varía

de acuerdo a una multitud de factores tales como: edad, número que ocupa dentro de la familia el abusador de sustancia, etapa en el ciclo de vida familiar, fase de abuso de la sustancia y dependencia, estatus socioeconómico, grupo étnico y psicopatología. Así mismo, afirma que estos factores interaccionan con los efectos en el abuso de sustancias y producen un desorden en el sistema familiar.

En este modelo la evaluación y justificación del abuso de sustancias, son elementos importantes para lograr la abstinencia, así mismo la historia del abuso de drogas esta relacionada con el presente de la familia, lo cual incluye la comunicación como uno de los factores que influye en dicho fenómeno. Los métodos empleados para establecer la abstinencia van de acuerdo al uso, abuso y dependencia. En adolescentes esto puede controlarse si ambos padres actúan sobre límites claros.

Este tipo de tratamiento se asemeja al utilizado por Alcohólicos Anónimos. Cuando el abuso de la sustancia tiene una historia de dependencia en el pasado o el presente, la terapia requiere que todos los miembros de la familia trabajen sobre la abstinencia.

En algunos casos puede trabajarse con la familia excluyendo al paciente o trabajando con uno de sus miembros que sirva como soporte del grupo familiar.

El tratamiento de la pareja (esposo o esposa) adicta debe

realizarse cuidadosamente, especialmente si se ha observado que el problema parte de la familia de origen.

Es importante observar la interacción y comunicación de los patrones de interrelación esto ayuda a construir un mapa que permite observar las alianzas, coaliciones, roles, reglas familiares, límites y adaptabilidad.

Posteriormente cuando se hace un reajuste familiar después de que cesa el abuso de sustancias, la familia mantiene una armonía superficial basada en la supresión de pensamientos negativos haciéndose necesario que tanto el paciente abusador de drogas como su familia reciban apoyo emocional a través de la terapia. Y expresen sus sentimientos y motivaciones, ya que regularmente las familias de los farmacodependientes tienen una historia dolorosa donde se han dañado mucho sus miembros.

C A P I T U L O 3

PERCEPCION DEL AMBIENTE FAMILIAR

PERCEPCION DEL AMBIENTE FAMILIAR

ESTRUCTURA DE LA PERCEPCION

La Percepción es una de las áreas en el campo de la Psicología que ha sufrido diversos cambios en el proceso de su desarrollo (Ardila, 1986) la define como el contacto del organismo con su medio ambiente; siendo esencial para su adaptación y supervivencia.

Al nacer todo ser humano tiene la capacidad de experimentar sensaciones procedentes de su propio organismo y del mundo externo, atenderlas y organizarlas de manera coherente formando así sus percepciones, así mismo de concentrarse en ellas, interpretarlas y comprenderlas, atribuyéndoles un significado con base en otras experiencias similares; también puede reaccionar emocionalmente ante estas percepciones, hacer un juicio evaluativo y comportarse de acuerdo con él.

Infinidad de experimentos en la Psicología de la Percepción han demostrado que un mismo estímulo es percibido en tantas formas diferentes como individuos lo perciban, por ejemplo una sonrisa puede interpretarse como un gesto de amabilidad, de burla o de interés malévolo.

De esta manera, nos damos cuenta que cada individuo crea "su mundo" lo interpreta, le da un significado, lo moldea y

luego lo proyecta hacia el exterior convenciéndose a si mismo de que lo que ve "allá fuera" es realidad. (Franke, 1946).

La percepción se define en términos de identificación, discriminación, reconocimiento y juicio de estímulos experimentados por el organismo a través de la información sensorial. Existen 3 aspectos importantes que ha señalado la investigación intercultural de la percepción y que se refiere a las características de la experiencia perceptual, las propiedades de los estímulos que afectan este proceso y las variables específicas seleccionadas en el amplio espectro cultural. (Tajfel, 1969).

Con respecto a la experiencia perceptual, Schneider y Polefka (1970) definen 5 características:

- Inmediatez. Es el proceso perceptual que ocurre sin mediatización del pensamiento y de la interpretación.
- Estructura. Es la percepción total organizada de un elemento del estímulo específico.
- Estabilidad. Es la capacidad de identificar un estímulo como tal a pesar de que existen cambios circunstanciales.
- Significación. El organismo percibe estímulos de acuerdo a la experiencia que tenga con éste y por la interacción que haya con otros estímulos.
- Selectividad. Es percibir sólo alguno de los estímulos a pesar de que éste se encuentre en relación con otros en un momento dado y en circunstancias específicas.

Por otra parte, existen 4 propiedades de los estímulos que afectan alguna de las características del proceso perceptual y son:

- Valor. Definido en términos de los aspectos subjetivos que pueden adquirir los estímulos en función de la experiencia con ellos.
- Significado. Definido en términos del umbral de reconocimiento del estímulo que adquiere propiedades de desencadenar respuestas emocionales.
- Familiaridad. Se define en términos de la frecuencia de exposición al estímulo.
- Intensidad. Se define de acuerdo a las propiedades físicas del estímulo y su relación con los umbrales de percepción.

Además de las propiedades antes citadas dentro de la investigación transcultural de la percepción se han considerado como variables importantes las siguientes:

- Solvencia Funcional. Definida como la facilitación de algunas discriminaciones perceptuales en función de las propiedades ecológicas del ambiente.
- Sistemas de comunicación. El principal de los sistemas es el lenguaje; sin embargo también se encuentran los símbolos visuales y auditivos y en general cualquier modo culturalmente aceptado de expresión. (Tajfel, 1969).

Las conductas tales como: agresión, comportamiento sexual,

dependencia, cohesión, expresividad, así como procesos conductuales básicos como percepción, inferencia, formación de conceptos, etc., pertenecen a la Psicología de la Personalidad tomando en cuenta que el objetivo en relación lo constituyen los seres humanos.

PERCEPCION SOCIAL

Basándose en los conceptos anteriores, Magaña (1988) señala que de acuerdo al desarrollo humano, el infante se convierte en niño, luego en adolescente y finalmente en un adulto al que le rodea un mundo amplio de objetos sociales, un mundo habitado por unos pocos amigos íntimos y seres queridos, muchos conocidos, millones de extraños; para sobrevivir y funcionar efectivamente en un medio de esta naturaleza, el ser humano requiere formarse impresiones de lo que ellos son, estas impresiones le permitirán tener una imagen de lo que es la gente, de lo que siente hacia ella y de la forma en que pueda relacionarse con estos.

Asch (1946) señala que al formarnos impresiones de los demás tendemos a desarrollar una "figura", "forma", la cual es una imagen global e integrada de lo que otra persona es; nos permite organizar en un todo unificado nuestras percepciones de los demás, incluyendo los aspectos discrepantes y contradictorios de su conducta.

Por otra parte, Raven (1981) afirma que las personas no pueden desarrollarse independientes de los demás, que necesitan de ellos para superar en parte el sentimiento de aislamiento dentro de una sociedad; de esta manera, el ser humano forma grupos en los que puede comparar y comprender mejor sus sensaciones y experiencias. Estos grupos pueden ofrecerle una relación intensa que muchas veces conlleva una modificación en sus actitudes.

Fromm (1941) afirma que necesitamos de los demás por las gratificaciones que nos pueden ofrecer y los costos que nos pueden ayudar a eludir; también los necesitamos por la información que sobre nuestro mundo y sobre nosotros mismos nos pueden proporcionar.

En las experiencias que vamos adquiriendo dentro del ambiente en que nos desarrollamos, un aspecto de suma importancia es la autoevaluación ya que en algún momento deseamos saber si nuestras opiniones, juicios, creencias y actitudes son correctas. Con respecto a esto Festinger (1954), trató de explicar este proceso por medio de la Teoría de la Comparación Social, la cual plantea que en la medida en que existen medios aceptables de apreciación, se preferirá a las personas; pero si no están accesibles, se tenderá a evaluar las propias capacidades, opiniones y sentimientos comparándolos con los de otra gente.

También parece importante señalar que dada una amplia gama

de individuos con quienes establecer comparaciones una persona eligirá a alguien que considere semejante en cuanto a capacidades, opiniones o sentimientos.

De alguna manera percibimos de las personas, las características que se aproximen a lo que nosotros pensamos, sentimos y hacemos. Esta teoría afirma que no buscamos simplemente la compañía de la otra gente sino la compañía de otra persona a quien percibimos como comparable a nosotros.

Con respecto a la percepción transitoria de sí mismo que se tiene en un momento dado, ésta puede ser transitoria debido a influencia del estado de ánimo o experiencias recientes.

Muchos adolescentes no reconocen esta naturaleza transitoria y actúan como si el optimismo con respecto a sí fuera a durar siempre. En esta dimensión se incluye una visión negativa, la imagen de una clase de sí mismo que la persona teme ser (Horrocks, 1984 y Strong, 1957).

El autoconcepto social que tiene una persona, puede no corresponder con las percepciones que las otras tienen de ella. sin embargo tiene un efecto importante sobre su conducta ya que el modo como un adolescente piensa que otros lo perciben, llega a ser el modo como se percibe a sí mismo. En este sentido, la actitud que toman los padres, maestros y amigos, puede ser beneficiosa para acentuar lo positivo de la personalidad del adolescente, éste tomará una mejor actitud hacia sí mismo. (Horrocks, 1984; Hurlock, 1980; Rosenber

1972 y Strong, 1957). Además, si en las interacciones sociales el individuo descubre que la realidad confirma a las percepciones de sí mismo, su autoconcepto permanecerá más estable que si ocurre lo contrario (Horrocks, 1984).

ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE LA PERCEPCION EN LA FAMILIA

Valdéz (1985) en su estudio, al aplicar el Test de Arbol, Casa y Persona (HTP) a un grupo de farmacodependientes de familias desintegradas encontró que estos adolescentes varones presentaban una identificación con personas de un mismo sexo y edad, percibiendo a la madre como insegura y con dificultad para relacionarse con ellos. También se observó ambivalencia en dicha familia; los sujetos presentaban sentimientos de inferioridad y manifestaron una gran necesidad de relacionarse con el padre ausente, lo cual les creaba sentimientos de soledad; también encontró que estos farmacodependientes actuaban en forma descontrolada tenían necesidad de afecto y cariño por parte de los integrantes de la familia; así mismo, observaron que las relaciones familiares de dicho sujeto eran distantes y escasas, no habiendo comunicación, lo que conduce a llevar sus relaciones con los demás sin tacto y criterio adecuado.

En la misma muestra anterior al aplicar el Test de Apercepción Temática (T.A.T.), se encontró que los sujetos presentaban conflicto con la autoridad, se oponían pasivamente no involucrándose con los demás y adoptaban una posición evasiva ya que no aceptaban las críticas, tornándose agresivos cuando se les hacían, también se mostraban demandantes y autoritarios. Con base con el Machover se encontró que la percepción que los sujetos tienen de sí mismo, es que no tienen el control de sus impulsos observándose afectados en el área emocional. Dentro de su ámbito familiar y social no tenían tacto ni un trato de acuerdo a lo esperado en la etapa de la adolescencia. Se observó que los sujetos eran introvertidos, receptivos, pasivos y rígidos. En cuanto al cambio de sus actitudes, rechazaban involucrarse con los demás, sus relaciones eran frías y se comportaban infantiles llevándose mejor con personas de su misma edad y sexo.

Por otra parte, Cárdenas, Cornejo y Murillo (1987) plantearon que el desacuerdo, la variabilidad o la distorsión de la percepción de las expectativas de los roles tanto a nivel social como familiar, produce cierto grado de ansiedad y afecta las relaciones interpersonales, creando una serie de conflictos que alteran la cohesión familiar.

Con respecto a la Escala de Ambiente Familiar (Moss, 1974)

el primer uso de ésta, se derivó de descripciones detalladas del ambiente social de las familias para comparar las percepciones de sujetos padres e hijos "normales" con el fin de advertir cambios en los ambientes familiares, tomando en cuenta el tiempo para comparar diferentes familias. En los perfiles de la percepción de los padres e hijos se encontró que los padres percibían más énfasis en la escala de Independencia y Orientación Cultural-Intelectual, en comparación con los hijos. Sin embargo, solo hubo diferencias estadísticamente significativas al observar la tendencia de las madres a percibir un alto énfasis sobre la Actividad Recreacional en comparación con los padres. Las madres también percibieron mayor énfasis en la Orientación Cultural Intelectual y Énfasis Moral-Religioso, en comparación con los padres pero ninguna de éstas tuvo diferencias estadísticamente significativas.

En otro estudio realizado con 42 familias de bebedores y 42 familias normales al aplicar la Escala de Ambiente Familiar, se observó que el grupo experimental (familias en tratamiento) obtuvo puntuaciones bajas significativas en las subescalas Cohesión, Orientación Cultural-Intelectual y Actividades de Orientación Recreativa; así mismo obtuvieron puntuaciones altas de Conflicto y Control, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Las familias del grupo control obtuvieron bajas puntuaciones en

Expresividad e Independencia y altas puntuaciones en Orientación a Metas pero nuevamente estas diferencias no fueron significativas.

Continuando con los estudios sobre la percepción del ambiente familiar, Penk, Robinowitz, Kidd y Nisle (1979) compararon las percepciones de familias de heroinómanos concluyendo que los adictos de familias de origen se orientan hacia el stress y la inhibición de la expresión, y algunos individuos han incrementado el uso de la heroína como resultado de sus fallas en sus logros debido al planteamiento de metas muy altas.

Por otra parte, Felstead (1979) al aplicar la Escala de Ambiente Familiar a familias con un miembro alcohólico que se encontraban recibiendo un tratamiento en forma residencial, encontró promedio bajos de puntuación en las áreas de Cohesión, Expresividad, Independencia, Orientación Cultural-Intelectual y Orientación de Actividades Recreativas; y un promedio alto en la puntuación en la área de Conflicto.

Varios estudios aseguran que la Escala de Ambiente Familiar (F.E.S.) es sensible a los cambios que ocurren en el ambiente familiar durante el tratamiento; por ejemplo, un estudio de un tratamiento programado en 8 semanas, con el objeto de cambiar conductas delictivas (Programa llamado Cambio de Sistema Familiar de Christensen, 1976), se observó que el grupo de tratamiento percibió más Cohesión y menos Conflicto

después del programa. Estos cambios no se observaron en el grupo control que no recibió tratamiento.

Abbott (1975), al trabajar en un programa de Orientación Familiar Educativa dirigido a padres llevado a cabo en 8 semanas, encontró un decremento en el área de Conflicto e incremento en las áreas de Cohesión, Expresividad y Organización, aunque ninguno de los cambios alcanzaron significancia estadística.

Por otra parte, Steinbock (1978) comparó 3 grupos de adolescentes y sus padres: el primer grupo compuesto de adolescentes que se habían marchado de su hogar; el segundo grupo por adolescentes en crisis pero que no habían dejado su hogar; y el tercer grupo formado por adolescentes que se encontraban en crisis. Los resultados encontrados no arrojaron diferencias significativas en los 3 grupos en la percepción de los padres; pero en los adolescentes que se habían fugado de su hogar fué mucho menor la Cohesión, Expresividad, Independencia, Orientación Recreacional-Intelectual y más Conflicto y Control en sus familias que en cualquiera de los padres o miembros del grupo Control. El autor concluye que la incongruencia de percepciones entre los adolescentes fugitivos y sus padres son cruciales y que los padres en estas familias tienden a negar el Conflicto y a victimar a los niños.

DESCRIPCION DE LA ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR

Debido a que en este capítulo se habló de la Percepción de los humanos, desde el punto de vista social, familiar e individual y se describieron algunos estudios realizados sobre la percepción en el ambiente familiar abordando especialmente la problemática de farmacodependencia donde se utilizó la Family Environment Scale (Moos, 1974), se considera importante hacer una descripción de ésta.

La escala de ambiente familiar en sus diferentes formas ("E", "R", "S" e "I") fué desarrollada por Rudolf H. Moos (1974), evalúa el Clima Social de todo Tipo de Familia basándose en la medición y descripción de las relaciones interpersonales en la estructura y organización de la familia. Se usa para evaluar a familias grandes y/o grupos familiares.

"A la fecha, existen más de un centenar de investigaciones que han empleado dicha escala. Estas incluyen evaluaciones del ambiente familiar en pacientes en tratamiento (Moos y Moos, 1984); evaluaciones sobre cambios que siguen a una terapia familiar (Furh, Moos y Dishotsky, 1981); como instrumento de diagnóstico y de auxilio para la formulación de estrategias de intervención (Moos y Furh, 1982); como instrumento predictivo (Ford, Baschford y DeWitt, 1979)" Quiroga y cols. 1990. Sin embargo, esta escala ha sido poco

utilizada en México en población farmacodependiente (Echeverría, Mata, Díaz y Ayala, 1987); (Quiroga, Echeverría, Mata y Ayala, 1990).

El formato de la escala cuenta con datos de identificación, instrucciones y 40 items. Se aplica en forma individual y no requiere límite de tiempo (Ver apéndice No.3).

A continuación se definen las 10 subescalas, sus items y respuestas correspondientes que se califican con "C" (Cierto) o "F" (Falso).

-Cohesión. Grado en el que los miembros de la familia se ayudan y apoyan unos a otros. A esta subescala corresponden los items: 1 C, 11 F, 21 C y 31 C.

-Expresividad. Grado en el cual la familia estimula a sus miembros de manera abierta. Items: 2 F, 12 C, 22 F y 32 C.

-Conflicto. Grado de angustia y agresión que se da en las interacciones familiares. Items: 3 C, 13 F, 23 C y 33 F.

-Independencia. Grado en que los miembros estimulan la asertividad, autosuficiencia y autodeterminación. Items: 4 F, 14 C, 24 C y 34 C.

-Orientación de Metas. Grado en el cual diferentes tipos de actividades como la escolar y laboral están orientadas hacia el logro de metas. Items: 5 C, 15 C, 25 F y 35 C.

-Orientación Cultural-Intelectual. Grado en que la familia se interesa en eventos políticos, sociales, intelectuales y actividades culturales. Items: 6 C, 16 F, 26 C y 36 F.

-Actividades de Orientación y Recreación. Grado en el cual la familia participa activamente en eventos deportivos y recreativos. Items: 7 F, 17 F, 27 F y 37 C.

-Enfasis Moral-Religioso. Grado en el cual la familia discute y enfatiza activamente sobre asuntos éticos, morales y religiosos.

Items: 8 C, 18 F, 28 C y 38 F.

-Organización. Mide que tan importante es para la familia el orden y la estructuración de las actividades familiares; establece reglas claras como responsabilidades. Items: 9 C, 19 C, 29 F y 39 C.

-Control. grado en el cual la familia esta organizada de una manera jerárquica y los procedimientos de control que utilizan los miembros de la familia en su interacción. Items: 10 F, 20 F, 30 C y 40 C.

Estas 10 subescalas miden 3 dimensiones:

-Dimensión de Relaciones. Evalúa el grado de confianza, ayuda y soporte que los miembros de la familia se brindan entre sí, que tanto cada miembro es estimulado para actuar abiertamente y expresar sus sentimientos. Además mide el grado de angustia, agresión y conflicto expresado por los miembros de la familia. A esta dimensión corresponden las subescalas de Cohesión, Expresividad y Conflicto.

-Dimensión de Crecimiento Personal o de Orientación a Metas. Esta dimensión mide el alcance de afirmación

autosuficiencia y toma de decisiones de cada miembro de la familia; que tanto, cada actividad se orienta hacia una meta o trabajo competitivo por un lado y por el otro, al grado de interés en la política, actividades sociales y recreativas así como el énfasis en los valores morales y religiosos. A esta dimensión le corresponden las subescalas de Independencia, Orientación de Metas, Orientación Cultural-Intelectual, Actividades de Orientación y Recreación y Énfasis Moral-Religioso.

-Dimensión de Mantenimiento del Sistema. Esta dimensión evalúa el grado de importancia de una organización y estructura claras en la planeación de actividades familiares y responsabilidades de los miembros de la familia y la forma que se usan las reglas y los procedimientos en la vida familiar. A esta dimensión corresponde las subescalas de Organización y Control.

¶teniendo ya los antecedentes de estudios realizados sobre percepción y la descripción de un instrumento idóneo para identificar y prescribir áreas problemáticas en el ambiente familiar, el objetivo del presente trabajo fue observar cambios en la percepción del sujeto farmacodependiente con respecto a su ambiente familiar después de haber recibido un tratamiento conductual. Por lo que a continuación mencionamos la metodología utilizada.

M E T O D O

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Numerosos autores y las investigaciones aquí revisadas nos plantean la importancia que tienen la Relaciones Familiares como un factor muy importante en la conducta de los individuos y especialmente en las personas que ingieren y abusan de las drogas. En base a ello, se propuso investigar por medio de la Escala de Ambiente Familiar la forma en que perciben los individuos farmacodependientes su medio ambiente familiar; lo cual proporcionará a los terapeutas elementos que les permita mejorar sus tratamientos clínicos para éste tipo de población.

PLANTEAMIENTO DEL OBJETIVO

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la Percepción de los sujetos farmacodependientes por medio de la Escala de Ambiente Familiar, aplicada antes y después de un tratamiento conductual.

HIPOTESIS

Hipotesis de Investigación

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción del ambiente familiar de los sujetos farmacodependientes entre la 1ª y la 2ª aplicación de la Escala FES.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción del ambiente familiar de los sujetos entre la 1ª y la 2ª aplicación de la Escala FES.

Hipotesis de trabajo

Ht: Existen diferencias estadísticamente significativas entre la 1ª. y la 2ª aplicación de la Escala de Ambiente familiar en cada una de sus subescalas: Cohesión, Expresividad, Conflicto, Independencia, Orientación de Metas, Orientación Cultural-Intelectual, Énfasis Moral Religioso, Organización y Control.

DEFINICION DE VARIABLES

-Farmacodependiente: Persona que ingiere una o más drogas con la finalidad de experimentar sensaciones de placer y/o evitar sensaciones desagradables; estableciendo así la dependencia psíquica y/o física. (CEMEF, 1976).

Las siguientes definiciones se basan en Minuchin (1989):

-Familia Completa. Es el sistema sociocultural donde están presentes todos los subsistemas (conyugal, parental y fraternal), e intercambian continuamente sus experiencias de desarrollo y fomentan así el crecimiento psicosocial de cada uno de ellos.

-Familia Incompleta. Es el sistema sociocultural donde falta alguno de los subsistemas, sean éstos el conyugal, parental o fraternal, ya sea por separación, muerte, divorcio, matrimonio, empleo o estudio fuera del hogar u otra causa.

-Familia Funcional. Es el sistema sociocultural abierto en proceso de transformación, que muestra su desarrollo a través de etapas en continua reestructuración, donde sus miembros se adaptan a las circunstancias cambiantes manteniendo la continuidad y fomentando el crecimiento psicosocial de cada miembro.

-Familia Disfuncional. Es un sistema sociocultural inadaptado al proceso de transformación de sus etapas las cuales no se reestructuran ni mantienen su continuidad limitando o entorpeciendo el crecimiento psicosocial de sus miembros.

-Nivel socioeconómico. Se conceptualiza de acuerdo a la percepción del ingreso económico mínimo vigente. Se basa en el estudio mercadológico del Buro de Investigación de Mercados en el Área Metropolitana de la Ciudad de México (BIMSA 1980 - 1982); el cual clasifica los niveles socioeconómicos de acuerdo

al salario mínimo vigente:

Nivel A. Más de 30 veces el salario mínimo.

Nivel B. De 20 a 30 veces el salario mínimo.

Nivel C. De 10 a 20 veces el salario mínimo.

Nivel D. De 5 a 10 veces el salario mínimo.

Nivel E. De 2 a 5 veces el salario mínimo.

Nivel F. De 1 a 2 veces el salario mínimo.

Variable Independiente. Tratamiento Conductual aplicado a sujetos farmacodependientes. Las áreas que cubre este tipo de tratamiento en consulta externa son: capacitación académica, capacitación pre-laboral, area motivacional, de seguimiento y de capacitación social. Esta última incluye las modalidades (Intensivo, Psicosocial y Combinado) del tratamiento. (Ayala y Quiroga,1979); (Mata, Ayala y Quiroga,1980).

Variable Dependiente. Puntaje obtenido en la Escala de Ambiente Familiar, en las aplicaciones pre y postest.

Variables Extrañas. Edad, número que ocupa en la familia, nivel socioeconómico, tipo de droga, cantidad frecuencia y tiempo de consumo, tipo y duración del tratamiento recibido.

SUJETOS

La muestra fué intencional no probabilística la cual se constituyó de 106 sujetos farmacodependientes, no seleccionados aleatoriamente en un intervalo de los 11 a los 30 años de edad, que asistieron a tratamiento de rehabilitación conductual en alguna de sus diferentes modalidades.

ESCENARIO

La entrevista y aplicaciones del Pretest de la escala se llevaron a cabo en el "Centro Comunitario la Familia Enseñante" y "Centro Comunitario Padierna", en las colonias Cinatel y Torres de Padierna respectivamente donde se trabajo con el Modelo "La Familia Enseñante" y se brindó tratamiento a farmacodependientes, utilizando un cubículo de consulta en

condiciones normales de trabajo y con el mobiliario habitual: mesa, escritorio y sillas; había suficiente iluminación y ventilación. El posttest se aplicó en estos centros de tratamiento y durante las visitas de seguimiento después de que los sujetos concluyeron su tratamiento de rehabilitación.

TIPO DE ESTUDIO

Fué un Estudio Evaluativo Expos-facto (Bustos, 1982) ya que éste se realizó después de haber aplicado el instrumento que fué motivo de investigación en este trabajo.

TIPO DE MUESTREO

Se utilizó un muestreo No Probabilístico Intencional seleccionando a los sujetos de acuerdo a los criterios de la investigación (Liber et. al, 1982): tomando la muestra de la población que acudió a los centros donde se brindó tratamiento de rehabilitación conductual basado en el Modelo de "La Familia Enseñante" (Phillips y cols. 1974), durante el periodo comprendido de 1980 a 1984.

TIPO DE DISEÑO

Se utilizó un Diseño Pre-experimental pretest-postest, en donde cada sujeto funciona como su propio control (Campbell y Stanley, 1982).

INSTRUMENTO

Se utilizó la Escala de Ambiente Familiar (FES), forma "s" (versión corta), original de Rudolf Moss, 1974; la cual evalúa el clima social de todo tipo de familia basándose en la medición y descripción de las relaciones interpersonales en su estructura y organización. Contiene 40 ítems de preguntas cerradas Cierto - Falso, es sencilla, de aplicación individual y no requiere límite de tiempo.

Esta compuesta de 10 subescalas que miden 3 dimensiones:

- Dimensión de Relaciones corresponden las subescalas de: Cohesión, Expresividad y Conflicto.
- Dimensión de Crecimiento Personal o de Orientación de Metas corresponden: Independencia, Orientación de Metas, Orientación Cultural-Intelectual, Actividades de Orientación Recreación y Énfasis Moral Religioso.
- Dimensión de Mantenimiento del Sistema corresponden: Organización y Control.

En la estandarización de la escala se encontró la siguiente confiabilidad test-retest en las diferentes subescalas (Moos, 1974): Cohesión .86, Expresividad .73, Conflicto .86, Independencia .68, Orientación de Metas .74, Orientación Cultural-Intelectual .82, Actividades de Orientación y Recreación .77, Énfasis Moral-Religioso .80, Organización .78 y Control .77.

Para mayor información de la Escala ver el capítulo 3 Percepción en el apartado Descripción de la Escala de Ambiente Familiar. También el formato de la Escala y hoja de respuesta en el Apéndice No. 3.

PROCEDIMIENTO

Para realizar esta investigación se llevaron a cabo entrevistas con algunos de los miembros de la familia (padre, madre o tutor) y el mismo sujeto, quienes fueron atendidos en el Área de Trabajo Social donde al sujeto se le aplicó una serie de instrumentos, los cuales aportaron los datos de identificación de éste, su historia personal, familiar, escolar, social y de consumo de drogas los cuales tomó el entrevistador para abrir su expediente. Después se aplicó la Escala de Ambiente Familiar (pretest). Posteriormente pasó con el terapeuta al que le fue asignado, éste le explicó en

que consistía cada uno de los tratamientos que se brindaban en dicho Centro, donde el sujeto junto con el terapeuta eligían el tratamiento adecuado a su caso. Posteriormente, se le brindó el tratamiento conductual en alguna de las 3 modalidades: intensivo, psicosocial y combinado (para información más amplia ver apéndice 2.) y al concluirlo se le aplicó el instrumento nuevamente la Escala de Ambiente Familiar (postest).

Se calificaron los instrumentos de acuerdo a Moss (1974) asignándoles una calificación de 0 ó 1 a cada una de las respuestas. Se agruparon los ítems en cada una de las áreas correspondientes.

En cada una de las subescalas la puntuación se encuentra en un rango de 0 a 4, obteniendo cada sujeto una puntuación máxima de 4 y mínima de 0.

ANÁLISIS DE DATOS

Se codificaron y analizaron las puntuaciones utilizando para el Análisis Estadístico el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), realizando dicho análisis en 2 niveles:

- 1.- Análisis Descriptivo: donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes.
- 2.- Análisis Inferencial: en el se aplicó la prueba "t" correlacionada para comparar los resultados de las

aplicaciones pre y posttest de la Escala. Así mismo, se aplicó la prueba ji cuadrada (χ^2) para determinar la existencia de dependencia entre 2 variables. Así como el grado de dependencia entre las variables mediante el Coeficiente de Contingencia (C).

R E S U L T A D O S

A continuación se muestran las tablas que representan las características sociodemográficas de la muestra.

TABLA No. 1.

EDAD AÑOS	PORCENTAJE %
11-15	23
16-20	64
21-25	10
26-30	3
Total	100

TABLA No. 2.

SEXO	PORCENTAJE %
Masculino	92
Femenino	8
Total	100

TABLA No. 3.

ESCOLARIDAD	PORCENTAJE %
- Primaria Incompleta	18
- Primaria Completa	27
- Secundaria Incompleta	40
- Secundaria Completa	8
- Estudios Comerciales Incompletos	2
- Preparatoria o Vocacional Incompleta	5
Total	100

TABLA No. 4.

ESTUDIA ACTUALMENTE	PORCENTAJE
- Si	24
- No	76
Total	100

TABLA No. 5.

OCUPACION	PORCENTAJE %
- Desempleado	61
- Obrero no Calificado	22
- Subempleado	8
- Obrero Calificado	4
- Oficinista	2
- Comerciante	2
- Ama de Casa	1
Total	100

TABLA No. 6.

ESTADO CIVIL	PORCENTAJE %
- Soltero	96
- Casado	3
- Madre o Madre Soltera	1
Total	100

TABLA No. 7.

NUMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA	PORCENTAJE %
- De 2 a 5	30
- De 6 a 9	52
- De 10 o más	18
Total	100

TABLA No. 8.

TIPO DE FAMILIA POR SU COMPOSICION.	PORCENTAJE %
- Nucleares	66
- Extensas	32
- Vive solo	1
- No contestaron	1
Total	100

TABLA No. 9.

TIPO DE FAMILIA POR SUBSISTEMAS.	PORCENTAJE %
- Completa	59
- Incompleta	41
Total	100

TABLA No. 10.

TIPO DE FAMILIA DE ACUERDO A SU FUNCIONALIDAD	PORCENTAJE %
- Funcional	40
- Disfuncional	53
- Ninguna	7
Total	100

TABLA No. 11.

TIPO DE VIVIENDA	%
- Casa particular	65
- Departamento	17
- Vecindad	11
- Cuarto	6
- Otro	1
Total	100

TABLA No. 12.

NIVEL SOCIOECONOMICO	%
- A	0
- B	0
- C	0
- D	0
- E	32
- F	68
Total	100

Con respecto a los resultados obtenidos en el análisis descriptivo e inferencial en las aplicaciones pre y postest de la Escala de Ambiente Familiar forma "S", en los sujetos farmacodependientes, basándose en la definición de cada una de las subescalas (Moss, 1974). Y comprobando la existencia de diferencias estadísticamente significativas en su percepción en cada área, así como determinar la dependencia entre los tipos de familia con las subescalas de Cohesión, Conflicto y Énfasis Moral Religioso que fueron estadísticamente significativas, se obtuvo lo siguiente:

SUBESCALA DE COHESION.

En esta subescala, definida como el grado en que los miembros de la familia se apoyan unos a otros, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al $\alpha=.05$ y además se observó una dependencia de .25 al $\alpha=.06$, entre esta subescala y el tipo de familia de acuerdo al número de subsistemas presentes. Ver gráficas No. 1 y No. 2.

TABLA No.13. Porcentaje de sujetos y puntaje obtenido en la subescala de Cohesión.

APLICACION		PUNTAJE
PRE	POST	
4	6	0
9	10	1
12	20	2
35	29	3
40	35	4

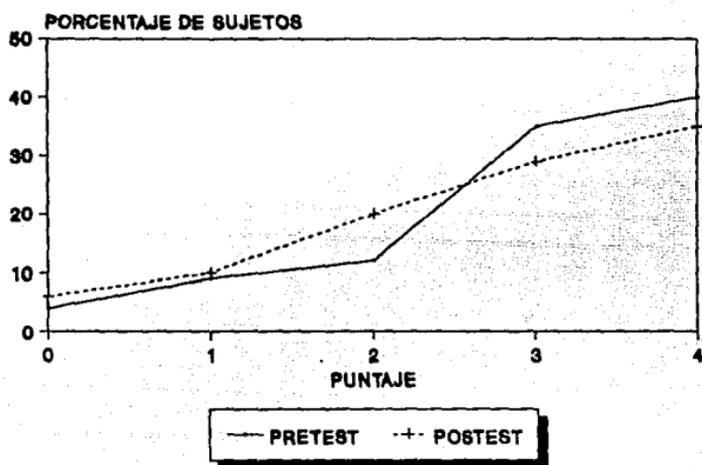
TABLA No.14. Resultados de la prueba "t" correlacionada en la subescala de Cohesión.

Diferencia entre medias	0.1981
Desviación Estándar	1.037
Error Estándar	0.101
Nivel de Significancia	0.052
Valor "t"	1.97
Grados de Libertad	105

TABLA No. 15. Resultados de la prueba ji cuadrada (χ^2) en la subescala de Cohesión y Familia Completa e Incompleta.

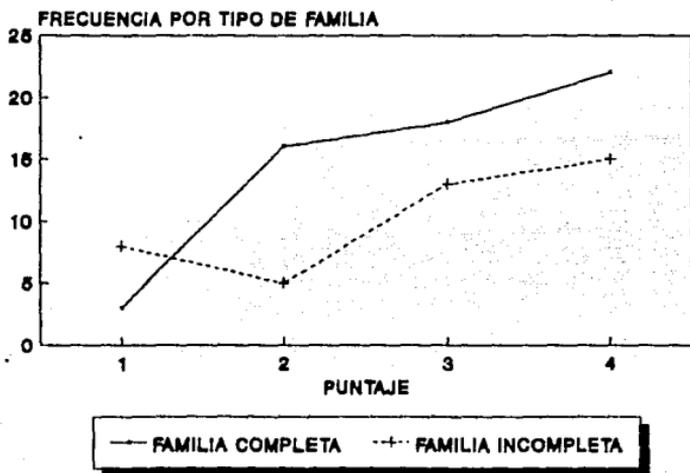
$\chi^2 = 7.157$
$\alpha = .06$
C = .258

SUBESCALA DE COHESION



Gráfica No.1

COHESION Y FAMILIA COMPLETA E INCOMPLETA



GRAFICA No.2

SUBESCALA DE EXPRESIVIDAD

En esta subescala, definida como el grado en que la familia estimula a sus integrantes de una manera abierta, no se observan diferencias estadísticamente significativas al $\alpha=.05$.

TABLA No.16. Porcentaje de sujetos y puntaje obtenido en la subescala de Expresividad.

APLICACION		PUNTAJE
PRE	POST	
11	9	0
15	22	1
31	28	2
33	25	3
10	16	4

TABLA No.17. Resultados de la prueba "t" correlacionada en la subescala de Expresividad.

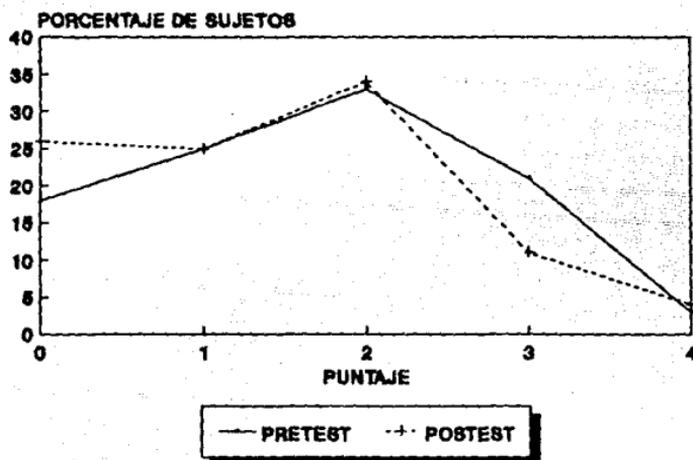
Diferencia entre medias	-.0189
Desviación Estándar	1.287
Error Estándar	.125
Nivel de Significancia	.880
Valor "t"	-.15
Grados de Libertad	105

SUBESCALA DE CONFLICTO

En esta subescala, definida como el grado de agresión o problemática que se da en las interacciones familiares, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al $\alpha=.039$.

Ver gráfica No. 3.

SUBESCALA DE CONFLICTO



Gráfica No.3

TABLA No.18. Porcentaje de sujetos y puntaje obtenido en la subescala de Conflicto.

APLICACION		PUNTAJE
PRE	POST	
18	26	0
25	25	1
33	34	2
21	11	3
3	4	4

TABLA No 19. Resultados de la prueba "t" correlacionada en la subescala de Conflicto.

Diferencia entre medias	.2358
Desviación Estándard	1.159
Error Estándard	.113
Nivel de Significancia	.039
Valor "t"	2.09
Grados de Libertad	105

SUBESCALA DE INDEPENDENCIA

En esta subescala, que es el grado en que los miembros de la familia estimulan la asertividad, autosuficiencia y autodeterminación, no se observaron diferencias estadísticamente significativas al $\alpha=.05$.

TABLA No.20. Porcentaje de sujetos y puntaje obtenido en la subescala de Independencia.

APLICACION		PUNTAJE
PRE	POST	
8	9	0
26	24	1
36	37	2
21	23	3
9	7	4

TABLA No.21. Resultados de la prueba "t" correlacionada en la subescala de Independencia.

Diferencia entre medias	.0566
Desviación Estándar	1.225
Error Estándar	.119
Nivel de Significancia	.635
Valor "t"	.48
Grados de Libertad	105

SUBESCALA DE ORIENTACION DE METAS.

En esta subescala, que se refiere al grado de apoyo que brinda la familia en las diferentes actividades que realizan los sujetos orientándolos hacia el logro de sus metas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al $\alpha=.05$.

TABLA No.22. Porcentaje de sujetos y puntaje obtenido en la subescala de Orientación de Metas.

APLICACION		PUNTAJE
PRE	POST	
0	4	0
10	9	1
31	26	2
42	44	3
17	17	4

TABLA No.23. Resultados de la prueba "t" correlacionada en la subescala de Orientación de Metas.

Diferencia entre medias	.0472
Desviación Estándard	1.090
Error Estándard	.106
Nivel de Significancia	.657
Valor "t"	.45
Grados de Libertad	105

SUBESCALA DE ORIENTACION CULTURAL-INTELLECTUAL.

En esta subescala, definida como el grado en el que la familia se interesa en eventos políticos, sociales, intelectuales y actividades culturales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al $\alpha=.05$.

TABLA No.24. Porcentaje de sujetos y puntuación obtenida.

APLICACION		PUNTAJE
PRE	POST	
6	13	0
24	29	1
41	29	2
25	24	3
4	5	4

TABLA No.25. Resultados de la prueba "t" correlacionada en la subescala de Orientación Cultural-Intelectual.

Diferencia entre medias	.2075
Desviación Estándard	1.350
Error Estándard	.131
Nivel de Significancia	.117
Valor "t"	1.58
Grados de Libertad	105

SUBESCALA DE ACTIVIDADES DE ORIENTACION Y RECREACION

Esta subescala, definida como el grado en el cual la familia participa activamente en eventos deportivos y recreativos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al $\alpha=.05$.

TABLA No.26. Porcentaje de sujetos y puntaje obtenido.

APLICACION		PUNTAJE
PRE	POST	
9	13	0
26	33	1
42	32	2
18	22	3
5	0	4

TABLA No.27. Resultados de la prueba "t" correlacionada en la subescala de Actividades de Orientación y Recreación.

Diferencia entre medias	.1604
Desviación Estándard	1.097
Error Estándard	.107
Nivel de Significancia	.135
Valor "t"	1.51
Grados de Libertad	105

SUBESCALA DE ENFASIS MORAL RELIGIOSO

En esta subescala que es el grado en que la familia discute y enfatiza activamente sobre eventos éticos, morales y religiosos, se encontraron diferencias estadísticas altamente significativas, al $\alpha=.0001$ y además se observó una dependencia de .28 con la funcionalidad familiar al $\alpha=.04$. Ver gráficas No. 4 y 5.

TABLA No.28. Porcentaje de sujetos y puntaje obtenido.

APLICACION		PUNTAJE
PRE	POST	
5	6	0
26	27	1
25	31	2
24	23	3
20	13	4

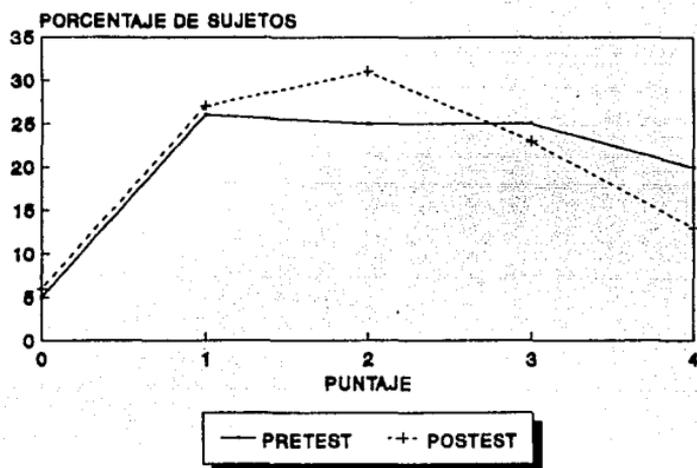
TABLA No.29. Resultados de la prueba "t" correlacionada en la subescala de Enfasis Moral-Religioso.

Diferencia entre medias	.1604
Desviación Estándar	.369
Error Estándar	.036
Nivel de Significancia	.0001
Valor "t"	4.48
Grados de Libertad	105

TABLA No.30. Resultados de la prueba χ^2 en la subescala de Enfasis Moral-Religioso y Familia Funcional-Disfuncional.

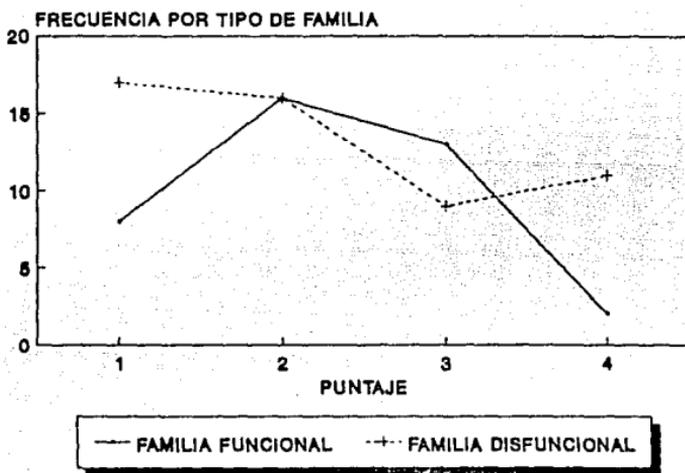
$\chi=8.258$
$\alpha=.04$
$C=.287$

SUBESCALA DE ENFASIS MORAL-RELIGIOSO



Gráfica No.4

ENFASIS MORAL RELIG.Y FAMILIA FUNC/DISF.



GRAFICA No.5

SUBESCALA DE ORGANIZACION

Esta subescala que indica que tan importante es para la familia, el orden, la estructuración de sus actividades, estableciendo reglas y responsabilidades claras para cada uno de sus miembros, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al $\alpha=.05$.

TABLA No.31. Porcentaje de sujetos y puntaje obtenido.

APLICACION		PUNTAJE
PRE	POST	
3	2	0
7	7	1
26	26	2
37	30	3
27	35	4

TABLA No.32. Resultados de la prueba "t" correlacionada en la subescala de actividades de Organización.

Diferencia entre medias	-.1226
Desviación Estándar	1.263
Error Estándar	.123
Nivel de Significancia	.320
Valor "t"	-1.000
Grados de Libertad	105

SUBESCALA DE CONTROL

En esta subescala que indica el grado en que la familia está organizada de una manera jerárquica y de acuerdo a ello los miembros de la familia utilizan procedimientos de control en su interacción, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al $\alpha=.05$.

TABLA No. 33. Porcentaje de sujetos y puntaje obtenido.

APLICACION		PUNTAJE
PRE	POST	
0	2	0
15	17	1
46	47	2
28	25	3
11	9	4

TABLA No. 34. Resultados de la prueba "t" correlacionada en la subescala de Control.

Diferencia entre medias	.1321
Desviación Estándar	1.219
Error Estándar	.118
Nivel de Significancia	.267
Valor "t"	1.12
Grados de Libertad	105

TABLA No. 35.

RESULTADOS DE LA ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR POR SUBESCALAS EN LA PRUEBA "t"

SUBESCALAS	N. SIGNIFICANCIA	VALOR "t"	SIGNIFICATIVA
COHESION	.05	1.97	SI
EXPRESIVIDAD	.080	-.15	NO
CONFLICTO	.039	2.09	SI
INDEPENDENCIA	.635	.48	NO
ORIENTACION DE METAS	.657	.45	NO
ORIENTACION CULTURAL-INTELLECTUAL	.117	1.58	NO
ACTIVIDADES DE ORIENTACION Y RECREACION	.135	1.51	NO
ENFASIS MORAL-RELIGIOSO	.0001	4.48	SI
ORGANIZACION	.320	-1.000	NO
CONTROL	.267	1.12	NO

TABLA No. 36.

RESULTADOS EN LA PRUEBA χ^2 EN SUBESCALAS Y TIPOS DE FAMILIA

DEPENDENCIA	N. SIGNIFICANCIA	VALOR χ^2	COEFICIENTE C
COHESION Y FAMILIA COMPLETA-INCOMPLETA	.06	7.157	.258
ENFASIS MORAL-RELIGIOSO Y FAMILIA FUNCIONAL-DISFUNCIONAL	.04	8.258	.287

D I S C U S I O N

De acuerdo a las características que compartieron los sujetos de la muestra en este estudio, se observó que la mayoría de ellos fueron de sexo masculino y solteros, encontrándose que el grueso de la muestra tenía entre 16 y 20 años de edad, lo cual indica que el problema de la farmacodependencia se centró en los jóvenes los cuales al involucrarse en el uso excesivo de drogas, tienden a relacionarse con farmacodependientes, lo que les impide crear relaciones interpersonales sanas con personas que no estén involucradas.

Resultado interesante observar que más de la mitad de la muestra fueron sujetos de hogares que tenían de 6 a 9 miembros y provenían de familias extensas, completas y disfuncionales; lo cual plantea la importancia de trabajar con el farmacodependiente y su familia, como lo menciona Kaufman (1986), cuando el uso excesivo de una sustancia, tiene una historia de dependencia en el presente y/o en el pasado de sujeto, se requiere que todos los miembros de la familia reciban apoyo emocional a través de la terapia y trabajen sobre la abstinencia al mismo tiempo que el paciente identificado.

Con respecto al nivel de escolaridad de los sujetos resulta importante considerar que la mayoría de los sujetos en la muestra se ubicó en primaria completa y secundaria incompleta,

observándose en estos 2 niveles que el sujeto adolescente se encuentra en una etapa crítica de su desarrollo en donde sería conveniente establecer en la familia formas precisas de apoyo para ayudarlo a salvar los problemas escolares que se le presenten.

En lo que se refiere a ocupación los subgrupos de desempleado y obrero no calificado ocuparon altos porcentajes, lo cual indica la importancia de brindar a la población farmacodependiente capacitación laboral, tal como lo plantean Mata y Cols. (1985).

De acuerdo a la escala de ambiente familiar, la subescala de cohesión resulto como ya se mencionó, ser estadísticamente significativa ya que los resultados no se debieron al azar en la comparación del pretest con el postest, observándose una modificación en la forma en los sujetos percibieron el grado de apoyo que se brindaron los miembros de su familia, probablemente se deba a la influencia del tratamiento recibido.

Por otra parte, se observó una dependencia estadísticamente significativa entre la subescala y la variable tipo de familia (completa e incompleta).

Al aplicarse el Coeficiente de Contingencia con el objeto de observar el grado de dependencia entre las variables Cohesión y Familia Completa e Incompleta, se encontró un valor de .26 lo cual significa una baja dependencia entre éstas y a pesar de ser un puntaje bajo este no se debió al azar, lo cual indica que hay una relación entre el apoyo que se brindan los miembros de la familia del farmacodependiente y el desempeño y presencia de todos

y cada uno de ellos en el núcleo familiar.

En la familia completa hubo un porcentaje ligeramente mayor de sujetos (39%) que reportaron el más alto nivel de cohesión en comparación con la familia incompleta que tuvo un porcentaje menor de sujetos (36%) que percibieron alta cohesión.

Se puede decir que la falta de un miembro en la familia afecta la cohesión familiar; probablemente ocurra esto debido a que la responsabilidad del miembro que falta recaé sobre los demás, los cuales deben cumplir con sus funciones y responsabilidades y además asumir las del faltante.

Cabe recordar, que la estabilidad de la familia y sus miembros dependen de un patrón de equilibrio e intercambio emocional, donde cada uno de ellos influye en la conducta de los demás y una desviación en esto, altera los procesos de interacción familiar. (Ackerman,1986).

Así mismo, el tipo de relación que se establece en la familia, la calidad afectiva, la jerarquía de autoridad, el espacio psicológico que ocupa cada miembro entre otros son elementos importantes que de no funcionar propician el establecimiento de la adicción en alguno de los miembros (Margolis,citado en Miñón 1986)

En la subescala de expresividad, el análisis descriptivo reportó una disminución en el postest del número de sujetos que percibieron una carencia de expresividad en su ambiente familiar y aumentó el número de sujetos que percibieron el más alto nivel de la misma.

En la subescala de conflicto se encontraron diferencias estadísticamente significativas y en el posttest disminuyó en los niveles 2 y 3 el número de sujetos en su percepción del conflicto familiar. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta subescala así como en los de las subescalas de cohesión y expresividad se observó que los sujetos probablemente modificaron su percepción con respecto a ellas, siendo importante señalar que al disminuir el número de sujetos con alto conflicto es probable que el tratamiento que recibieron los sujetos influyó para que se observaran tales diferencias.

De acuerdo a lo antes discutido con respecto a las subescalas de cohesión expresividad y conflicto y tomando en cuenta que estas conforman la Dimensión de Relaciones de la Escala de Ambiente Familiar se puede deducir que esta dimensión permitió observar cambios claros en estas áreas.

En lo que respecta a subescala de Énfasis Moral-Religioso ésta resultó estadísticamente significativa; lo mismo ocurrió al asociarla con la variable tipo de familia (funcional-disfuncional) observando que el mayor número de sujetos de la muestra correspondió a la familia disfuncional donde el 20% de los sujetos percibieron el más alto nivel de énfasis moral religioso en comparación con la familia funcional donde sólo el 5% de los sujetos percibieron el nivel más alto del mismo.

Con respecto a la Dimensión de Crecimiento Personal sólo la subescala de Énfasis Moral-Religioso obtuvo diferencias

estadísticamente significativas encontrándose un Coeficiente de Contingencia de .28 entre las variables de Énfasis Moral-Religioso y Funcionalidad Familiar. Este valor se consideró bajo, sin embargo no se debió al azar indicando que existe una relación entre la forma en que la familia maneja los asuntos éticos, morales y religiosos y la forma en que cada uno de sus miembros cumple o no con su rol establecido, así mismo si su interacción es positiva o negativa en la convivencia con los demás miembros de su núcleo familiar.

Por otra parte, se considera la conveniencia de investigar más las áreas de: Independencia, Orientación de Metas, Orientación Cultural-Intelectual y Actividades de Orientación y Recreación las cuales corresponden a esta dimensión.

En la subescala de Organización se observó un aumento en el número de sujetos que en el postest percibió importante en su familia el orden y la estructuración de sus actividades estableciendo reglas claras y responsabilidades para sus miembros. Sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta subescala, lo mismo que en la subescala de Control, por lo anterior se considera que la Dimensión de Mantenimiento del Sistema al que corresponden estas 2 últimas subescalas no se observaron diferencias claras en la percepción de los sujetos.

Se considera que tanto el nivel socioeconómico bajo, así como el de escolaridad en las familias fueron factores que influyeron para

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

que no hubieran diferencias estadísticamente significativas en la Dimensión de Crecimiento Personal y Mantenimiento del Sistema ya que se observó que la mayoría de los sujetos pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y ambos padres trabajan limitando con ello el tiempo para brindar atención adecuada a sus hijos y probablemente ese factor económico influyó para que los sujetos y su familia no tuvieran fácil acceso a las actividades culturales, deportivas y recreativas.

Cabe mencionar aquí que algunas investigaciones antes realizadas tuvieron resultados similares por ejemplo las realizadas por: Fenk, Robinowitz, Kidd y Nisle (1979), Felstead (1979) y Moss (1974) las cuales observaron diferencias estadísticamente significativas solo en 2 ó 3 de las subescalas de este instrumento.

Por otra parte, es importante mencionar que las subescalas de éste instrumento mide rasgos y estado del sujeto, lo cual brinda inicialmente al terapeuta elementos para trabajar con ellos en las áreas que presentan mayor problemática, por lo que se confirma la conveniencia de utilizarlo como instrumento preescriptivo.

En términos generales, los resultados obtenidos en el presente estudio nos muestran que la Escala de Ambiente Familiar Forma "S" es un instrumento por medio del cual se observó como percibe el farmacodependiente su ambiente familiar, ya que en este estudio se

detectaron claramente cambios de percepción en las subescalas de Cohesión, Conflicto y Enfoque Moral Religioso. Así mismo, se observaron pequeños cambios en las subescalas de Expresividad y Organización, estos cambios probablemente se deban a varios factores, especialmente a la influencia del tratamiento recibido.

LIMITACIONES, SUGERENCIAS Y ALCANCES.

Las limitaciones que se tuvieron en la presente investigación fueron las siguientes:

- Una es que los resultados de esta investigación no pueden generalizarse a toda la población farmacodependiente debido a que se utilizó un muestreo no probabilístico intencional.
- Otra limitación fue que siendo un estudio ex-post-facto no hubo control de variables extrañas que afectaron la investigación tales como: tipo de droga que ingirieron los sujetos, frecuencia y duración de consumo, duración del tratamiento, edad del sujeto entre otras.

Sugerencias para futuras investigaciones:

- Utilizar ésta escala como instrumento diagnóstico y precriptivo.
- Se sugiere a las instituciones que pretendan utilizar la Escala de Ambiente Familiar en su Forma "S", la utilicen en investigaciones donde cuenten con una muestra amplia que incluya tanto al paciente identificado como a los miembros de la familia.
- Utilizar esta Escala también en casos individuales ya que su aplicación es sencilla, lográndose establecer un diagnóstico rápidamente.
- Se recomienda que al trabajar con población farmacodependiente se realicen seguimientos citando a los sujetos por lo menos dos veces al año con la finalidad de evaluar los cambios observados

durante ese tiempo.

- Realizar estudios comparativos que se enfoquen al estudio del tipo de familia (Funcional- Disfuncional).

- De acuerdo a la clasificación sobre los tipos de familia trabajar solo con uno de ellos en la investigación.

- Realizar una investigación que se enfoque hacia la confiabilidad y validez de la Escala de Ambiente Familiar, teniendo una muestra grande, por lo menos 10 sujetos por cada reactivo.

- Sería idóneo trabajar con farmacodependientes que consuman solo un tipo de droga, ya que las reacciones conductuales que podría tener la muestra sería menos diversificada; desde luego que ese solo factor no determina la conducta pero habría un mayor control en la investigación.

Alcances de la investigación:

- De acuerdo a lo observado, al trabajar sólo con un tipo de familia se obtendrán hallazgos que enriquezcan aún más la investigación, ya que esto se observó en el análisis realizado al determinar el grado de dependencia entre las subescalas de cohesión y énfasis moral-religioso con los tipos de familia.

- Esta Escala tiene como característica esencial la objetividad al señalar las áreas problemáticas.

- Con respecto al programa, finalmente podemos decir que resulta necesario extender este tipo de tratamiento de Rehabilitación Conductual a zonas de alto riesgo por medio de Centros de Salud

Comunitario u otras Instituciones donde este tipo de población sea atendida por personal capacitado (Psicólogos), debido al incremento actual de este problema de farmacodependencia en este país y en el mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ackerman, W.N. (1988). Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Buenos Aires: Paidós. 9 edc.
- Alberti, L. (1987). Factores Psicosociales Asociados al Conflicto entre Padres e Hijos Menores de 8 Años. Rev. de Psicología Social y Personalidad. Vol.3 No.1 p.p.17-33.
- Algar. (1987). Enciclopedia de Psicología. Barcelona, España. Tomos: 2 p.p. 190-196 y 4 p.p. 538-549.
- Andrade, P.P. (1987). Relación Padres - Hijos y Locus de Control: El Caso de México. Rev. de Psicología Social y Personalidad. Vol.2 p.p.11-23.
- Ardila, A. (1986). Psicología de la Percepción. México: Trillas Caps. 13 y 14.
- Avila, C.J.L. (1984). Terapias Conductuales Combinadas Aplicadas a la Rehabilitación de Farmacodependientes de Inhalables Volátiles. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología, U.N.A.M. p.p.8-20.
- Ayala, V.H.; Quiroga, A.H.; Mata, Ma.; Chism, H.K.; (1977). "La Familia Enseñante". Programa de Tratamiento Residencial para la Rehabilitación de Niños Farmacodependientes. Solicitud de Subvención de Proyecto de Investigación. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) y Fac. de Psicología, U.N.A.M.
- Ayala, V.H.; Quiroga, A.H. (1979). "Centro de Atención de Día Portales"; Programa Comunitario de Rehabilitación Conductual para Adolescentes y Adultos con Problemas Emocionales, Conductuales, Aprendizaje, Farmacodependencia. Solicitud de subvención del Proyecto de Investigación. Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) y Fac. de Psicología, UNAM.

- Ayala V.H.; Mata Ma.; Quiroga A.H.; (1980). "Centro Comunitario la Familia Enseñante". Programa Comunitario de Tratamiento y Rehabilitación Conductual para Niños y Jóvenes Farmacodependientes. Protocolo de Investigación Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM) y Fac. de Psicología U.N.A.M..
- Ayala, H.E., Quiroga, A.H., Mata, Ma. y Chesin S.R. (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) Primavera.
- Bagú, S., Couch, R., Valle, C., Melano, C., Villalpando, V., Hernández, P., Schroder. (1985). Familia y Sociedad. Buenos Aires. Centro de Estudios Cristianos Tierra Nueva p.p.13-19
- Barrera, V.M.I., Chávez, M.Ma.E. (1987). Taller sobre Prevención de la Farmacodependencia dirigido a Maestros. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. U.N.A.M. p.109.
- Brown, G.F. (1980). Principios de la Medición en Psicología y Educación. México: Manual Moderno. Cap. 7 p.p. 119-150
- Buró de Investigación de Mercados S.A. Estudio Mercadológico del Area Metropolitana de la Ciudad de México Cap. VIII. 8 edc.
- Bustos, L., Bedolla, M., Bustos, A., López, R. (1982). Curso de Prácticas de Tercer Nivel. Fac. de Psicología. U.N.A.M.
- Cabañas, D.P. (1983). "La Utilización del Tiempo Libre en la Juventud". Rev. de Estudios sobre la Juventud. Año 3, No.8. Jul., México, D.F. p.p.14-21.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1982). Diseños Experimentales y Cuasi-Experimentales en la Investigación Social. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cárdenas, M.J., Cornejo, M.F., Murillo, G.B. (1987). Percepción de las Expectativas de los Roles Familiares y Cohesión Familiar. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. U.N.A.M.

- Castro, Ma. E. (1986). Predictores de Consumo de Drogas en Jóvenes Mexicanos. Rev. Mexicana de Psicología. Vol.3.No.1.
- Centro Comunitario Padierna. (1984). Programa para Jóvenes Farmacodependientes. Folleto Informativo.
- Centros de Integración Juvenil. (1989). Sedantes. Folleto Informativo.
- Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia. (1976). Cómo identificar las Drogas y sus Usuarios? México, D.F. Secretaría de Educación Pública.
- Cruz, G. Ma., López, Z. I., Talavera, C. Ma. L. (1989). Estudio de Seguimiento de una Muestra de Farmacodependientes Tratados en un Programa Conductual. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. U.N.A.M. p.p.2-43.
- Day, R. H. (1983). Psicología de la Percepción Humana. México: Limusa. Cap.8. p.p.195-225.
- Díaz, G. R., Bianchi, A., Ahumada, D. R. de. (1975). Investigación Formativa de Plaza Sesamo. Una Introducción a las Técnicas de Preparación de Programas Educativos Televisados. México: Trillas. p.p.30-40.
- Downie, N. M., Heath, R. W. (1973). Métodos Estadísticos Aplicados. México: Harla.
- Dulanto, G. E. y Cols. (1988). El Adolescente y su Circunstancia. Información Científica y Tecnológica. Vol.10.No.140.
- Dusek, G. (1983). Drogas. México: Fondo Educativo Interamericano. p.240.
- Echeverría, S. L., Mata, M. A., Díaz, C. y Ayala V. H. E. (1987). La Medición del Clima Social: Escala de Ambiente Familiar y su Aplicación Clínica. Fac. de Psicología U.N.A.M. Ponencia presentada en el 5° Congreso de Psicología Clínica. Agosto.
- Eduards, G. (1986). Tratamiento de Alcohólicos. México: Trillas. 1ª edc.
- Facultad de Psicología, U.N.A.M. (1982). Pruebas de Significancia Estadística: t, F, χ^2 . Folleto.

- Flügel, J.C. (1972). Psicoanálisis de la Familia. Buenos Aires: Paidós. 3ª edc.
- Fromm, E., Horkheimer, M., Parsons, T. (1986). La Familia. Barcelona España: Península. 6ª edc.
- Gall, A. Le. (1972). Padres e Hijos. Barcelona España: Miralce 1ª edc. p.p.7-13.
- García, C.F. (1983). Paquete de Autoenseñanza de Evaluación del Aprovechamiento Escolar. Caps.6 y 11.
- García, F.R., Ingmundson, P. (1986). Un Estudio Transcultural de los Antecedentes Personales y Familiares del Concepto de Si Mismo. Rev. Mexicana de Psicología, Vol.3. No.1.
- Garza, F. de la; Vega A. (1988). La Juventud y las drogas. México: Trillas 4ª edc.
- Gómez, S.L.M., Guzmán, S.R.Ma.E. (1983). Programa de Prevención de Farmacodependencia Implementado a Jóvenes de Alto Riesgo. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología U.N.A.M.
- Holahan, Ch. y Moss, R. H. (1981). Social Support and Psychological Distress a Logitudinal Analysis. Journal of Abnormal Psychology. Vol. 90. No.4. p.p.365-370.
- Huisman, D. (1979). Enciclopedia de Psicología. "La Vida Familiar" Ed. Plaza & Janes S.A. Tomo 2. pp. 143-182. 310-316, y 325-333.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría. El Maestro Ante el Problema de las Drogas. Educación y Promoción de la Salud Mental. pp.95-101 y 275-283.
- Kaufman, E. (1980). Myth and Reality in the Family Patterns and Treatment of Substance Abusers. The American Journal Drug Alcohol Abuse. Vol.7. No. 3, 4. p.p. 257-279.
- Kaufman, E. (1986). A Contemporary Approach o the Family Treatment of Substance Abuse Disorders American Journal Drug Alcohol Abuse. Vol. 12. No. 3. p.p.199- 211.

- Kórbman, Ch. R. (1984). El Dibujo de la Familia como Instrumento Detector de Conflicto Familiar en Niños. Doctorado en Psicología Clínica. Fac. de Psicología. U.N.A.M. p.p.87-99 y 317-324.
- Lafuente, Ma. J. (1989). Perfil Psicológico del Adolescente de 15 Años. Rev. Latinoamericana de Psicología. Vol. 21. No.1. p.p.9-22.
- Le Tellier, C. (1982). Mi Hijo se Droga. México: Trillas. p.161.
- Levin y Merani. (1958). El Niño Abandonado. Buenos Aires: Alfa. p.52.
- Levin, J. (1977). Fundamentos de Estadística en Investigación Social. México: Harla. 2ª edc.
- Madden, J.S. (1986). Alcoholismo y Farmacodependencia. México: Manual Moderno.
- Magaña, C.R.Ma. (1988). Autoconcepto, Adolescencia y Familia. Tesina de Licenciatura. Fac. de Psicología. U.N.A.M.
- Mata, M.A. (1982). Rehabilitación de Niños y Adolescentes Farmacodependientes. Memorias de la 1ª Reunión sobre Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Mata, M.A., Quiroga A.H.; Ayala V.H. (1982). "Centro Comunitario la Familia Enseñante; Programa Comunitario de Tratamiento y Rehabilitación Conductual para Niños y Jóvenes Farmacodependientes. Instituto Mexicano de Psiquiatría y Fac. de Psicología, U.N.A.M.
- Mata, M.A., Echeverría S.V. (1985). Rehabilitación de Niños y Jóvenes Farmacodependientes a través de un Programa de Consulta Externa. Rev. Salud Mental. Vol.8. No.3 p.p.71-80.
- Mata, M.A., Barrera, V.Ma.I., Chávez, M.Ma.E., Vega, G.A., Acuña C.C. y Sanabria M.R. (1987). Reporte Final del Módulo de Orientación y Atención a la Farmacodependencia "Cuajimalpa". México, D.F.
- Materazzi, M.A. (1985). Drogodependencia. Buenos Aires: Paidós Cap.2. p.p.32-43.

- Méndez, M.Ma. I. (1985). Estudio Comparativo de las Capacidades Intelectuales entre un Grupo de Adolescentes Adictos a la Marihuana y otros Adicto a Inhalantes a través del Weschsler. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. U.N.A.M.
- Minuchin, S. (1989). Familia y Terapia Familiar. México: Gedisa. 4ª edc.
- Miñón, L.R.E. (1986). Relaciones Interfamiliares de algunos Adolescentes Farmacodependientes en el D. F. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología U.N.A.M
- Moos, R.H. (1974). Family Environment Scale Form R. Consulting Psychologist Press. Palo Alto, California. p.p.1-41.
- Moos, R.H. (1974). Combined Preliminary Manual for the Family Work and Group Environment Scale (FES). Consulting Psychologist Press. Palo Alto California. September. p.p.3-45.
- Moos, R.H. (1974). Manual Correctional Institutions Environment Scale. Consulting Psychologist Press. Palo Alto California.
- Morales, Ma.L. (1981). Psicometría Aplicada. México: Trillas. Caps. 1 y 2. p.p.9-69.
- Mussen, Conger, Kagan. (1982). Desarrollo de la Personalidad en el Niño. México: Trillas. p.p.674-675.
- Newman, E. (1984). Droga y Criminología. México: Siglo XXI. 1ª edc.
- Norwood, R. (1986). Las Mujeres que Aman Demasiado. Buenos Aires Argentina: Vergara. 2ª edc. p.9-333.
- Novedades. (1989). Aprenda a Estrechar sus Lazos Familiares. Vida y Estilo. México D.F. Mayo 6. p.C7.
- Oceano. (1985). Enciclopedia de Psicología. La Edad Adulta. España. Tomo 4. p.p.35-43.
- Pelcastre J.L. (1989). La Soledad en el Niño. México: Libra.
- Pereida, G.Ma.N. de (1984). La Apercepción Familiar del Niño Abandonado. México: Trillas.

- Pick, S. (1982). Cómo Investigar en Ciencias Sociales. México: Trillas.
- Portes, R.M.C., Dunhan, R.M. (1986). Problem and Directions in Family Interactions Research. Family Therapy. Vol. 13 No. 3.
- Portter, E. et al. (1986). Treating the Family of the Chemical Chemical Dependent Adolescent; the Enabling Inventory and other Techniques for responsibility. Alcoholism Treatment Quaterly. Vol. 3 (1). p.p.59-72.
- Procuraduría General de la República. Pensando en Nosotros. Programa de Atención a la Farmacodependencia. ADEFAR. Folleto Informativo.
- Procuraduría General de la República. Pensando en sus Hijos 2 Programa de Atención a la Farmacodependencia. ADEFAR. Folleto Informativo.
- Quiroga, H., Echeverría L., Mata A., Ayala H. (1990). Ambiente Familiar Percibido por Adolescentes Farmacodependientes de Zonas Marginadas. Rev. La Psicología Social en México. Vol. 3. p.p.225-230.
- Raven, B. (1981). Psicología Social. México: Continental. Cap.2. p.p.54-73.
- Rosenthal, S.M. y Mothner, I. (1982). Drogas, Padres e Hijos. México: Diana.
- Satir, V. (1988). Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México: Pax.
- Siegel, S. (1982). Estadística No Paramétrica. México: Trillas.
- Snyder, M.B., B.Ebbesen, E. (1972). Theory Versus Self-Perception Theory. Journal of Experimental Social Psychology No.8. p.p.502-517.
- Sommers, E. (1975). Drogas ¿Por qué?. Barcelona: Fontanella. p.246.
- Valdéz, L.G. (1985). Percepción de las Figuras Paternas en un Grupo de Farmacodependientes. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. U.N.A.M.

- Villanueva, R.M.A. (1985). Hacia un Modelo Integrativo de la Personalidad. México: Manual Moderno. Caps.: 1 p.p.11-14.; 2 p.p.15.
- Vite, S.A. (1979). Procedimientos para la Habilitación Académica de Adolescentes Farmacodependientes. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología U.N.A.M
- Wall, W.D. (1963). Educación y Salud Mental. Madrid: Aguilar. p.23.
- Weiss, C.H. (1980). Investigación Evaluativa: Métodos para Determinar la Eficiencia de los Programas de Acción. México: Trillas. p.p.13-31, 106-110.

A P E N D I C E S

- 1.- CONCEPTOS BASICOS SOBRE FARMACODEPENDENCIA**
- 2.- ANTECEDENTES DEL MODELO "LA FAMILIA ENSEÑANTE"
APLICADO A FARMACODEPENDIENTES MEXICANOS**
- 3.- FORMATO DE LA ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR Y
HOJA DE RESPUESTA**

CONCEPTOS BASICOS SOBRE FARMACODEPENDENCIA

La farmacodependencia es un estado psiquico y a veces fisico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco el cual modifica el comportamiento y produce reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar la droga en forma periódica a fin de experimentar sus efectos psiquicos y a veces fisicos para evitar el malestar producido por la privación. (CEMEF, 1976).

Su origen obedece a Factores Individuales como por ejemplo: inseguridad y carencia de habilidades sociales, entre otros. Factores Familiares como por ejemplo: desintegración, conflictos, disfuncionalidad, problemas de comunicación en la familia, carencia afectiva, falta de atención, entre otros. Y Factores Sociales como son: desempleo, problemas de aprendizaje reflejado en el bajo aprovechamiento escolar, problemas de indole político, económico, etc.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud define a una droga o fármaco a toda sustancia introducida al organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones.

"Los efectos que las drogas provocan en el sujeto varían dependiendo de la cantidad, frecuencia, vía de consumo, tipo de droga, condiciones físicas y mentales del consumidor, así como del ambiente donde se consume". Folleto Informativo de Centro de Integración Juvenil).

De acuerdo a su disponibilidad las drogas pueden clasificarse en Licitas e Ilicitas.

Las Drogas Licitas son las que tienen permitido su uso y generalmente sirven para el cuidado de salud del individuo siempre y cuando estén sujetas a control médico riguroso para su consumo, sin embargo, si no hay un control adecuado de estas drogas, representan un peligro potencial.

Las Drogas Ilicitas son las que no tienen permitido su consumo dificultandose su control por parte de las autoridades y son utilizadas por el sujeto con la finalidad de intoxicarse, se hace de ellas un uso inadecuado en la prescripción médica. Sin embargo, hay algunas que no son fármacos (medicamentos), tales como: marihuana, alcohol, tabaco, inhalantes plásticos entre otros, los cuales se incluyen dentro de este rubro.

El consumo de una cantidad desconocida de una sustancia es grave. (Miroli, 1980). En todos los casos la disponibilidad de la droga favorece el consumo y adicción posterior. De esta manera podemos encontrar 4 tipos de usuarios:

-El Usuario Ocasional, que inicia el consumo de drogas principalmente por curiosidad y solo lo hace para satisfacerla.

-El Usuario Social, es el que consume las drogas solo cuando se encuentra en grupo con la finalidad de pertenecer a él, de revelarse contra los valores sociales establecidos, de

resolver conflictos pasajeros de adolescente o simplemente seguir una moda lo cual justifica el consumo de dicha droga.

-El Usuario Funcional, es aquel que consume drogas para funcionar adecuadamente en la sociedad, por ejemplo: para poder trabajar, hacer un examen, etc. Se trata de personas que han creado dependencia hacia una droga y no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen. Este usuario evita el Síndrome de Abstinencia.

-El Usuario Disfuncional, es el que busca la droga de cualquier forma, su finalidad es obtenerla, en esta etapa el sujeto ya presenta una serie de problemas que le impiden su funcionalidad: no trabaja, no estudia, tiene problemas con su familia, comete actos delictivos, etc.

Por la forma en que las drogas actúan en el organismo, estas pueden ser estimulantes o depresoras del Sistema Nervioso Central.

Los Estimulantes aceleran la actividad mental y producen estados de excitación, entre ellos se encuentran las amfetaminas, cocaína, y los alucinógenos tales como la marihuana, LSD, mezcalina y psilocibina.

Ardila (1986), afirma que estas drogas aún cuando se consumen en pequeñas cantidades producen alteraciones notables de la Percepción. Bajo el efecto de la droga las personas perciben y piensan de manera diferente a como lo hacen en su estado normal.

Con el consumo de las drogas poco a poco el individuo tiende a encerrarse en sí mismo y durante algún tiempo se aísla y guarda silencio, pudiendo durante ese momento vivir experiencias místicas o pseudoalucinatorias. Las condiciones psicológicas del sujeto y el ambiente en el cual tiene lugar la experiencia parece determinar en gran medida la calidad de la vivencia.

Los depresores retardan la actividad mental y son ejemplo de ellos el alcohol, barbitúricos, tranquilizantes, morfina, heroína, codeína e inhalantes tales como el cemento plástico, thinner, éter, acetona, entre otros.

Ardila (1986) opina que de las drogas mencionadas anteriormente, el alcohol en las formas de vino y cerveza se consumen en toda clase de circunstancias. La mayor parte de las personas que presentan problemas de alcoholismo no buscan ayuda profesional, y buena parte de ellos son admitidos en hospitales y clínicas psiquiátricas, además una gran cantidad de accidentes automovilísticos, homicidios, suicidios y otros delitos tienen lugar bajos los efectos del alcohol.

Existen 2 tipos de dependencia de acuerdo a las drogas que se consumen: Dependencia Física o Adicción la cual es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos cuando se suspende bruscamente la droga. Tales trastornos pueden ser alteración de la frecuencia cardíaca, presión arterial, respiración,

sudoración, vómito, delirio, convulsión., pérdida de la conciencia, etc. Dichos trastornos conforman el Síndrome de Abstinencia.

Dependencia Psíquica o Habitación es el uso compulsivo de una droga que implica un grave peligro para el individuo ya que éste siente la necesidad compulsiva de consumirla y ésta provoca alteraciones en la mente de las personas.

Cualquiera de los 2 tipos de dependencia puede o no acompañarse de la tolerancia la cual implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud. De esta manera el usuario cae en el abuso del consumo de droga.

Cada droga produce una serie de manifestaciones particulares en la persona que la consume. Sin embargo, existen características que permiten sospechar que un individuo es farmacodependiente, algunas de ellas son: cambio súbito en la conducta habitual, modificación general de las actitudes, trastornos de la atención, disciplina y rendimiento escolar y laboral. Así mismo, puede haber dificultad para aceptar responsabilidades, los estados de ánimo pueden ser inestables caracterizándose por oscilaciones exageradas que van de la alegría a la tristeza, del enojo a la cordialidad, del interés a la apatía, de la actividad a la inactividad total.

Otras manifestaciones que permiten establecer la sospecha

de farmacodependencia son: rechazo de antiguos amigos o sustitución del círculo de amistades, cambios en el lenguaje y/o el vestido, descuido de la apariencia física o de la vestimenta, ejemplos de ello son: manchas de pegamento o solventes en la ropa (con frecuencia sin razón aparente), gastos exagerados, presencia de un olor especial en el cuerpo o en la ropa, uso de accesorios no comunes en la vestimenta que antes no usaba, uso de anteojos oscuros, camisa o camiseta con alguna inscripción que identifica a los farmacodependientes, etc.

De esta manera, la farmacodependencia es un problema que afecta a la sociedad y requiere de la participación activa y consciente de especialistas y personas que diariamente están en contacto directo con este problema como son los maestros, médicos, enfermeras, psicólogos, policías, abogados y especialmente padres de familia.

En resumen, las drogas pueden producir una modificación del umbral de las sensaciones dolorosas, perturbación de las percepciones, cambios de: imagen personal, orientación, personalidad, carácter, raciocinio, afectividad, etc. El consumidor busca en la droga una acción determinada, tales como: aliviar el dolor, reducir el nivel de actividad en el Sistema Nervioso Central manifestada (en irritabilidad, ansiedad, angustia, emoción, nerviosismo) ó los impulsos para aumentar en Nivel de la Actividad del Sistema Nervioso

Central o tener euforia, estimulación psicomotriz, disminuir: cansancio, sueño, hambre y la depresión; modificar la percepción del entorno, aumentar la capacidad creadora, intentar la búsqueda de experiencias religiosas o estéticas, incrementar la sensualidad, obtener cierto grado de embriaguez, euforia y aparente ligereza mental.

Generalmente los efectos provocados por el consumo de dosis bajas no dependen de la sustancia, sino de las características del usuario: personalidad, estado físico, ambientación del lugar donde se consume, motivos por los cuales se llega a consumir la droga, ambiente familiar en el que se desenvuelven las personalidades del grupo de amigos con los que realiza la experiencia.

Chevali citado en Méndez (1985), afirma que la farmacodependencia es un fenómeno multideterminado por una triple cara: Individual, Familiar y Comunitaria. El individuo incapaz de tolerar esta sobrecarga, recurre a las drogas para alterar los órganos perceptivos disminuyendo o alterando la cantidad y calidad de los estímulos.

-Sobrecarga Individual: el farmacodependiente es un individuo inmaduro, dependiente, con alguna manifestación psicopatológica, baja tolerancia a la frustración y al dolor psicológico. Posee recursos y actitudes que representan una desventaja para resolver situaciones conflictivas. Es dependiente, lo cual implica que espera que otras personas

solucionen sus problemas personales. La baja tolerancia a la frustración y al dolor psicológico es fuente constante de malestar ya que los estímulos dolorosos tolerables para otras personas, para el farmacodependiente resultan ser de una intensidad excesiva.

-Sobrecarga Comunitaria: la comunidad es fuente de estímulos nocivos o excesivos y se agrupan de la siguiente manera: reducción del espacio vital, sobrecarga de estímulos emocionales, sobrecarga de información contradictoria, insatisfacción comunitaria y sobrecarga de estímulos no naturales.

Sobrecarga Familiar: idealmente la familia es la estructura que satisface las necesidades del niño y lo protege de los estímulos nocivos, por lo tanto cuando existe una falla en el funcionamiento de la familia el individuo está a merced de los estímulos dolorosos de su propio mundo interno.

El Centro de Adaptación Humana (1989), señala que los menores de edad ingieren alcohol para ocultar o sustituir su temor, timidez, angustia, sensación de rechazo, inconformidad, inferioridad e inhibiciones y el factor básico de éstos son las desavenencias, el machismo, falta de preparación y nula responsabilidad de los padres.

Como un problema de salud, la farmacodependencia se puede abordar en sus diferentes etapas en los 3 Niveles de Prevención de acuerdo a la clasificación de la Historia

Natural de la Enfermedad:

-Prevención Primaria. Se aplica al período prepatogénico y abarca 2 niveles de acción: la Promoción de la Salud y la Protección Específica. Las medidas de Promoción de la Salud abarcan el mejoramiento de las condiciones ambientales e individuales de la vida como el intento para prevenir todas las enfermedades mediante la búsqueda de la salud y el bienestar. La Protección Específica se refiere a todas aquellas medidas destinadas a evitar la aparición de una enfermedad en particular.

-La Prevención Secundaria. Se aplica al período prepatogénico cuando la enfermedad ya se ha instalado en el organismo. Abarca el tratamiento y se realiza en 2 niveles: Diagnóstico Temprano y Tratamiento Oportuno por una parte y la Limitación de la Incapacidad por la otra. El objetivo del Diagnóstico Temprano es la detección de los casos en los inicios de la enfermedad a fin de poder curarlos o detener el proceso patológico para preveer que la enfermedad progrese hacia los estadios complicados o hacia las secuelas. El objetivo de la Limitación de la Incapacidad es trabajar en una fase avanzada de la enfermedad con el fin de prevenir consecuencias posteriores en el padecimiento.

-Prevención Terciaria. Se aplica en una fase más avanzada del período patogénico de la enfermedad cuando ya existen complicaciones y secuelas. Su nivel de aplicación en su

rehabilitación pretende detener la evolución de la enfermedad, prevenir la invalidez completa y además reintegrar al individuo mediante la utilización cabal de sus capacidades restantes al desarrollo de nuevas potencialidades.

ANTECEDENTES DEL MODELO LA FAMILIA ENSEÑANTE APLICADO A FARMACODEPENDIENTES MEXICANOS

En los últimos años los disolventes orgánicos se han introducido como drogas de abuso en México, con ello ha crecido este fenómeno que ocupa uno de los primeros lugares dentro de los problemas sociales. Por este motivo de acuerdo a la magnitud del problema de la farmacodependencia, se ha considerado importante instrumentar programas efectivos de tratamiento que reintegran al joven a la sociedad, así mismo, es necesario que estos programas tengan un bajo costo y sus efectos sean duraderos debido a la problemática económico-social que vive el país.

Con el objeto de contar con un modelo apropiado de tratamiento para la prevención y rehabilitación de población mexicana farmacodependiente que ha abusado del uso de las drogas, durante el año de 1977 la Facultad de Psicología de la UNAM y el Instituto Mexicano de Psiquiatría iniciaron un proyecto piloto de investigación (Ayala, Quiroga, Mata y Chism, 1977) dirigido a la adaptación y evaluación del Modelo "La Familia Enseñante" desarrollado por Phillips E.L., Phillips E.A., Fixen D.L. y Wolfe M.M. 1974. que aborda el problema de la farmacodependencia desde una perspectiva

Conductual-Reeducacional utilizando principalmente técnicas y procedimientos derivados de la Teoría del Aprendizaje. Este modelo fue seleccionado entre otros por contar con elementos altamente efectivos para brindar tratamiento (Sharp, W.CH.1977). Para ello se tomaron en cuenta las múltiples Investigaciones Nacionales e Internacionales que lo señalan como efectivo en la Rehabilitación de diferentes tipos de problemas, especialmente de farmacodependencia (Mata y Echeverría 1985). Se basa en el Modelo Achievement Place, desarrollado por Phillips y cols. (1974) en la Universidad de Kansas (E.E.U.U.). Este modelo considera que una de las principales causas de la farmacodependencia se debe a la existencia de un ambiente carente de instrucción, de modelos apropiados de comportamiento y de la retroalimentación necesaria para el desarrollo y mantenimiento de conductas apropiadas, lo que origina serios déficits conductuales en los individuos lo cual los obliga a volverse altamente dependientes, ya sea a una o más personas quienes a su vez se encargan de proporcionarles los modelos e instrucciones inapropiados de comportamiento. De acuerdo a esta postura surgió como objetivo fundamental del programa desarrollado en México, el dotar a estos sujetos de un repertorio alternativo que les permitiera ampliar las probabilidades de éxito a través de pautas de conducta más productivas y aceptadas por la comunidad.

El modelo considera que la manera de superar estos déficits conductuales es mediante el establecimiento de aptitudes de autocuidado, académicas, prevocacionales y recreativas que les permitan enfrentarse a su medio de una manera efectiva y así ensayar nuevas alternativas de conducta incompatibles con la farmacodependencia. Además considera que la enseñanza de estas aptitudes debe implementarse en un medio que además de favorecer la adquisición de las mismas permitiera al individuo relacionarse con su comunidad, razón por la cual, el programa se lleva a cabo en una Casa Hogar dotada de condiciones necesarias que facilitan el Proceso de Enseñanza Aprendizaje.

El programa cuenta con una serie de componentes dentro de los cuales destacan los siguientes:

-Modalidad Residencial. Los sujetos viven las 24 horas del día en una "Casa Hogar" que posee las características de cualquier casa: 4 recamaras, 2 baños, estancia y cocina.

-Anclaje en la Comunidad. La "Casa Hogar" se encuentra ubicada dentro de la comunidad de tal manera que los sujetos y el personal del programa puedan interactuar y utilizar los distintos recursos con que cuenta la comunidad.

-Enseñanza Integral. El programa cuenta con un conjunto de componentes instruccionales individualizados y sistematizados que permiten ajustar la enseñanza impartida de acuerdo a las necesidades y al ritmo de aprendizaje propios de cada sujeto.

-Sistema de Autogobierno. El programa cuenta con un sistema de gobierno que estimula la participación de los sujetos en la toma de decisiones, lográndose con esto que los sujetos se responsabilicen de sus actos y adapten el programa de acuerdo a sus necesidades.

-Personal Profesional en la Dirección del Programa. El programa lo dirige una pareja de psicólogos entrenados específicamente en el manejo de los distintos dispositivos del programa. Dichos psicólogos son los encargados de enseñar a los sujetos las distintas aptitudes citadas con anterioridad.

-Consejo Psicológico. Para la solución de problemas personales los sujetos cuentan con sesiones individualizadas de Consejo Psicológico, el cual es una Terapia Conductual de Apoyo orientada a la Solución de Problemas Inmediatos.

-Sistemas Motivacionales. A lo largo de las primeras etapas de tratamiento, el programa cuenta con diversos sistemas motivacionales basados en una "Economía de Puntos" que se caracteriza por ser flexible y adaptarse al ritmo del sujeto y su función principal es estimularlo para que participe en las tareas dirigidas a la adquisición de las diversas aptitudes del programa; y además constituye un sistema de refuerzo apropiado dada su generalidad. En las últimas etapas del programa este sistema se va atenuando en forma paulatina hasta que la conducta queda bajo el control de consecuencias

más naturales.

-Evaluaciones Continuas en base a Criterios Conductuales. El proceso del sujeto se mide a partir de registros precisos de su comportamiento, los cuales se realizan día a día, permitiendo tener evaluaciones apropiadas confrontables.

Todos los componentes se incorporan al programa en el lugar donde viven los sujetos bajo la protección de los Padres-Maestros y es precisamente en estos en quienes descansa en gran parte el éxito del programa ya que su labor consiste en poner en práctica los aspectos más críticos del mismo. Sus funciones son las siguientes:

-Diseñar e implementar los procedimientos de tratamiento para corregir los deficits y exceso conductuales.

-Enseñar a los sujetos a desarrollar las aptitudes comentadas anteriormente.

-Supervizar las actividades de los sujetos tanto dentro de la "Casa Hogar" como en la escuela y en su hogar natural. Así como en otros escenarios de la comunidad encargándose también de desarrollar todas aquellas actividades del programa que impliquen la utilización de los recursos de la comunidad en la que está anclada.

El sistema que se utilizó para evaluar los resultados del programa en términos de reincidencia fué de tipo conductual intra-sujeto y se describe de la siguiente manera: Línea Base, Tratamiento y Seguimiento.

Definición y Registro de la Conducta. La conducta de inhalar se definió como "cualquier aspiración deliberada de vapores derivados de sustancias tóxicas" tales como: thinner, cemento 5000, etc. El procedimiento usual consiste en vaciar esta sustancia en un recipiente que facilite su manipulación y colocar este recipiente entre boca y nariz. El siguiente paso es aspirar y exhalar repetidamente durante un intervalo de quince minutos aproximadamente. Dado que esta conducta puede repetirse varias veces durante el día lo que hace difícil determinaciones precisas, se convino en registrar únicamente su ocurrencia y no ocurrencia durante cada día en base a las entrevistas familiares y cuestionarios de autoreporte.

-Procedimiento. Fase de Línea Base. Una semana antes de que los sujetos fueran admitidos al programa, se les aplicó a sus padres una entrevista que versó entre otros temas sobre la Historia Social del Sujeto, haciendo énfasis particular en lo concerniente al robo, vagancia, pandillerismo y farmacodependencia. De la misma manera se tomaron datos de los sujetos los cuales se utilizaron principalmente para poder obtener la confiabilidad.

-Tratamiento. Los sujetos del programa permanecían en la "Casa Hogar" 5 días a la semana. La rutina diaria era semejante a la de muchas familias. Los sujetos se levantaban a las 6 de la mañana, se bañaban, se vestían y limpiaban su

recámara y el baño. Antes del desayuno hacían limpieza de la cocina. Saliendo de la escuela regresaban a la "Casa Hogar" y preparaban su tarea escolar, al terminarla podían ver la televisión, jugar o dedicarse a otras actividades recreativas siempre y cuando hubieran ganado este privilegio a través de la "economía de puntos". Algunos de ellos se les asignaban deberes de limpieza después de la comida y cada tercer día recibían sesiones de carpintería. Se llevaba a cabo la Sesión de Autogobierno después de la cena y finalmente se iban a dormir a las 10 pm. Cuando los sujetos salían debido a alguna otra actividad, siempre eran supervisados ya fuera por alguno de los Padres-Maestros o por los profesores de la escuela, por lo que siempre se enteraban de cualquier posible reincidencia en el problema de la Farmacodependencia u otro problema de cualquier índole. Cuando los sujetos salían a su casa durante los fines de semana los padres tenían la obligación de llevar a cabo la supervisión de sus hijos por medio de hojas de control diseñadas para este fin. El Domingo los sujetos regresaban a la "Casa Hogar" y se llevaba a cabo una entrevista con los padres sobre la supervisión efectuada a sus hijos, interrogándole sobre aspectos que incluían posibles reincidencias en el hábito de inhalar. A los sujetos se le aplicaba un cuestionario de autoreporte elaborado por Nye y Short (1957), pero se le aumentaron 32 preguntas que incluían aspectos relacionados con la incidencia de

inhalación. Estos datos se cotejaban con los reportados por los padres y se obtenía la confiabilidad.

-Fase de Post-tratamiento. Fue similar a la de tratamiento, esto es, tanto los padres como sus hijos fueron expuestos a una serie similar de entrevistas y autoreportes.

Los resultados obtenidos en esta muestra son considerados altamente satisfactorios ya que se logró suprimir la farmacodependencia a un nivel de 0 días al mes durante la fase de seguimiento en 68% de los sujetos, y en el 32% restante se logró disminuir su incidencia en un promedio de 38%. Estos resultados sugieren que este Modelo puede ser una alternativa efectiva para el Tratamiento y Rehabilitación de Poblaciones Farmacodependientes como la estudiada. (Ayala, Quiroga, Mata y Chism, 1981; Mata, 1982).

Sin embargo, debido al alto índice de farmacodependencia en nuestro país, (Ayala y Quiroga, 1979), (Mata, Ayala y Quiroga, 1980) con subvención del Centro de Estudios en Farmacodependencia y la Facultad de Psicología de la UNAM iniciaron la Adaptación del Modelo a una Modalidad de Consulta Externa sustituyendo la Modalidad Residencial, con el fin de ampliar la cobertura del servicio surgiendo así el Centro Comunitario "La Familia Enseñante".

Las áreas que cubre esta modalidad son:

-Área de Capacitación Social. Su objetivo es proporcionar Consejo Psicológico Individual y Familiar con el fin de

ayudar a los usuarios a resolver los problemas que presentarán estableciéndoles un repertorio de Solución de Problemas mediante el Modelo SOCS (Situación, Opción, Consecuencias y Simulación), el cual fué desarrollado por Roosa (1973) y sistematizado por Kifer (1974) que permite desarrollar en el paciente un control que le permita instrumentar estrategia viable para solucionar sus problemas. Otra técnica utilizada fué la de Contratos Conductuales desarrollada por Stuar (1971) y De Risi (1975), la cual asegura que las actividades del plan de tratamiento del usuario se lleve a cabo, además de funcionar como Sistema de Evaluación del grado de Rehabilitación alcanzado.

Otro componente que se incluyó en esta área fué la Programación de Cursos de Entrenamiento a Padres debido a la importancia que reviste la familia en la Rehabilitación del usuario farmacodependiente.

-Área de Capacitación Académica. Su objetivo es mejorar las conductas académicas para que los sujetos puedan obtener un Certificado de Primaria y/o Secundaria para lo cual se adaptó el Sistema Nacional de Educación Intensiva para Adultos de la Secretaría de Educación Pública a un Sistema de Instrucción Personalizada desarrollado por Keller (1969). La inclusión de este sistema resultó ser efectivo al contribuir exitosamente en la regularización y la superación académica de la mayoría de los sujetos que participaron en esta segunda investigación

Vite (1973), Echeverría y Cols. (1979).

-Área de Capacitación. Pre-Laboral. Sus objetivos están dirigidos al establecimiento de habilidades prelaborales tales como: puntualidad, constancia y calidad en el trabajo, además de entrenar a los usuarios en la forma de conseguir y conservar el empleo: éste entrenamiento se apoyó en las maquilas otorgadas por fábricas lo que permitió a los usuarios experimentar una situación similar a la de un trabajo remunerado. Las técnicas y procedimientos utilizados en esta área se basan en el "Modelo de Club de Trabajo" desarrollado por Azrin y Basalel (1980).

-Área Motivacional. Esta se encarga de regular la economía de puntos del Sistema Motivacional de este Modelo. Además organizaba las actividades deportivas y recreativas que permitían que los sujetos se involucraran en mayor medida en el programa de tratamiento.

-Área de Seguimiento. Esta área se encarga de llevar a cabo el seguimiento de los usuarios tanto de los dados de alta como de los que habían desertado del programa. Otras de sus actividades era llevar a cabo visitas de rescate con el fin de determinar cuáles habían sido los motivos que llevaron al usuario a dejar de asistir a su tratamiento motivándolo para que nuevamente regresara. Esta área es de gran importancia ya que mediante ella se puede determinar el costo-beneficio de este Modelo de Tratamiento a Corto, Mediano y Largo Plazo.

De este Programa de Consulta Externa surgió la necesidad de plantear 3 diferentes alternativas de tratamiento que permitieran una cobertura más amplia en el tratamiento de los problemas de farmacodependencia. (Mata, Quiroga y Ayala 1982).

En la Modalidad de Consulta Externa, la primera alternativa de tratamiento desarrollada en 1979 fué el Tratamiento a Largo Plazo el cual tiene una duración de 8 meses. Incluye los servicios de Regularización Académica, Orientación Vocacional-Laboral, Consejo Psicológico Individual y Familiar y la Práctica de Actividades Recreativas y Deportivas.

La segunda alternativa fué diseñada en 1982 y es Tratamiento a Corto Plazo, que tiene una duración de 1 mes aproximadamente incluye los siguientes servicios terapéuticos: Terapia Aversiva o Sensibilización Cubierta, tiene como objeto establecer la asociación de la conducta consumatoria de drogarse con estímulos desagradables a fin de que el sujeto evite en lo sucesivo seguir consumiendo la droga. Terapia de Relajación su objetivo es suprimir los efectos de la Terapia Aversiva y enseñar al sujeto a relajar los músculos de su cuerpo y además adquirir mediante la relajación un estado de confort y tranquilidad que es incompatible con el uso de las drogas e inclusive este estado puede resultar superior al que produce la droga. Esta alternativa de tratamiento incluía también el Consejo

Psicológico Individual el cual fué descrito anteriormente. (Folleto Informativo del "Centro Comunitario Padierna", 1984).

La tercera alternativa de tratamiento es el Tratamiento Combinado, que tiene una duración de 9 meses y está integrado por la combinación de ambos tipos de tratamiento, tomando el sujeto primero el Tratamiento a Corto Plazo y posteriormente el Tratamiento a Largo Plazo.

Estos tipos de tratamiento se han modificado de acuerdo a los datos generados por la misma investigación, de esta manera se les modificó también el nombre llamándolos actualmente de la siguiente manera: Tratamiento Intensivo, Tratamiento Psicosocial y Tratamiento Combinado respectivamente. (Mata y Echeverría, 1985).

Con respecto a los resultados que aportó la investigación en la Modalidad de Consulta Externa, se observó que el 51.1% de los sujetos logró la abstinencia total y el 49.9% volvió a reincidir en el uso y abuso de las drogas. Al comparar estos resultados con los del Programa Residencial, los primeros son más bajos, sin embargo se tiene que considerar la importancia de factores tales como: que los sujetos en la Modalidad de Consulta Externa seguían expuestos a modelos inapropiados de comportamiento al estar dentro de su comunidad aún cuando recibían tratamiento diariamente, así mismo, no recibían apoyo de personal calificado constante y solo lo recibían de

sus padres. También se tiene que considerar que los resultados de la efectividad de este modelo se refieren a la reincidencia, pero existen datos que permiten observar la efectividad del programa siendo estos: que los sujetos se integran nuevamente al ambiente educativo y logran un mayor aprendizaje además de obtener un certificado de primaria o secundaria; además adquieren habilidades para conseguir y mantenerse en un trabajo remunerado, logrando disminuir los problemas con su familia y vecinos; también utilizan el tiempo libre en actividades recreativas y deportivas.

De esta manera, podemos considerar que este modelo es una alternativa de tratamiento efectivo y viable aplicable a la solución de este enorme y costoso problema social que es la farmacodependencia.

Por otro lado, una observación más de los resultados fué que el 63% de los sujetos remitidos por Instituciones de Salud y Agencias Oficiales desertan del programa incluso después de la primera entrevista. Autores tales como Medina (1980); Chevalli (1977) y Berriel y cols. (1977), señalan que generalmente los sujetos farmacodependientes presentan una actitud de rechazo hacia cualquier tratamiento.

La aplicación de este modelo contempla medidas tendientes al desarrollo social donde es necesaria la participación de diversos sectores de la población capaces de impulsar mejores estilos de vida; por ello la participación activa y

consciente de personas que están en contacto con estos sujetos como son los padres de familia, maestros y vecinos es indispensable para solucionar dicha problemática.

ESCALA DE AMBIENTE FAMILIAR

INSTRUCCIONES: Las oraciones que vas a leer deben decirte como es tu familia. Lee cada frase cuidadosamente y encierra en un círculo la letra "C" si consideras que es Cierto o la "F" si es Falso.

- 1.- En mi familia nos ayudamos unos a otros. C F
- 2.- En mi familia cada uno se guarda sus sentimientos para si mismo. C F
- 3.- Nos peleamos mucho en nuestra familia. C F
- 4.- Las cosas que hacemos en mi familia son para el beneficio de todos y no de uno solo. C F
- 5.- En mi familia sentimos que hay que ser el mejor en cualquier cosa que se haga. C F
- 6.- En mi familia muy frecuentemente hablamos de problemas politicos y sociales. C F
- 7.- Pasamos la mayoría de las tardes y fines de semana en casa. C F
- 8.- Mi familia va con frecuencia a la iglesia. C F
- 9.- En mi familia generalmente las actividades se planean con anticipación. C F
- 10.- Mi familia rara vez se reúne. C F
- 11.- Frecuentemente perdemos el tiempo en casa. C F

- 12.-En mi familia decimos lo que queremos en relación al hogar. C F
- 13.-En mi familia rara vez mostramos abiertamente nuestro enojo. C F
- 14.-En nuestra familia siempre se nos motiva a ser independiente. C F
- 15.-Seguir adelante en la vida es muy importante en mi familia. C F
- 16.-Muy rara vez vamos al teatro o a conciertos. C F
- 17.-En mi familia frecuentemente hay visitas o invitados a cenar. C F
- 18.-En mi familia casi nunca rezamos. C F
- 19.-Generalmente somos muy limpios y ordenados. C F
- 20.-Mi 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 mi familia algunas veces se enojan tanto que avientan las cosas. C F
- 24.-Mi familia tiene poca influencia en lo que pienso C F
- 25.-Para nosotros 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 (futbol, boliche, etc.). C F
- 28.-Frecuentemente hablamos del significado religioso de la Navidad, Semana Santa, etc. C F
- 29.-En mi 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 mi familia nos contamos nuestros problemas personales. C F
- 33.-Los miembros de la familia rara vez pierden la compostura. C F
- 34.-En mi 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 mi 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 ENCUESTADO: _____

NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____ FECHA: _____

OBSERVACIONES: _____

HOJA DE RESPUESTA

F E S " S "

No. de Cuestionario: _____

No. de Sujeto: _____

Posición en la familia: Padre _____ Madre _____

Hijo/a _____ Otro _____

C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	C
F											F
C	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	C
F											F
C	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	C
F											F
C	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	C
F											F

C Ex Con Ind CM OCI Rec Rel Org Ctl

PB											
PE											