

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL



CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y ECONOMICAS
DE LOS ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS, QUE ACUDEN
A CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL A.C. MONTERREY.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE MAESTRIA
EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA:

LAURA YOLANDA VILLARREAL ZARAZUA

JUNIO DE 1997

TM
HV584
.M6
V5
C.1

COMUNITATIS V. COMMUNITATIS V.
LALUNA YOLLANDA VILLAREAL ZARAZUA

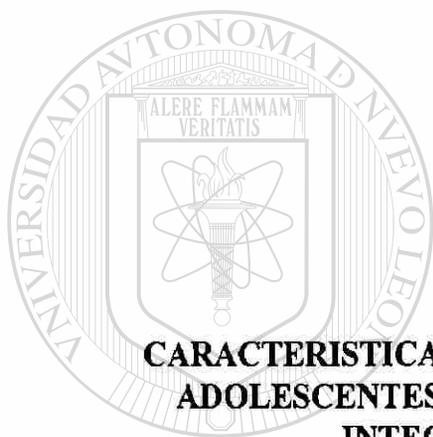
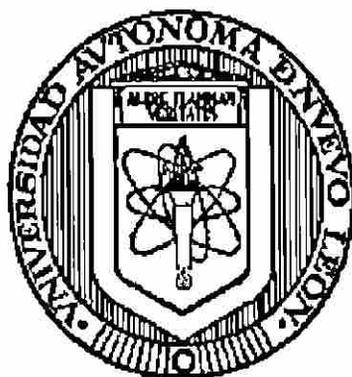
COMUNITATIS V. COMMUNITATIS V.
LALUNA YOLLANDA VILLAREAL ZARAZUA



1080071319

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL



**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y ECONOMICAS DE LOS
ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS, QUE ACUDEN A CENTROS DE
INTEGRACION JUVENIL A.C. MONTERREY.**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

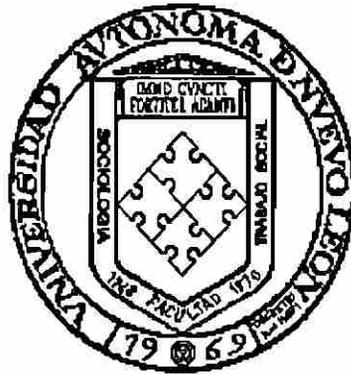
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA**

LAURA YOLANDA VILLARREAL ZARAZUA

JUNIO DE 1997

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL



**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y ECONOMICAS DE LOS
ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS, QUE ACUDEN A CENTROS DE
INTEGRACION JUVENIL A.C. MONTERREY.**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL**

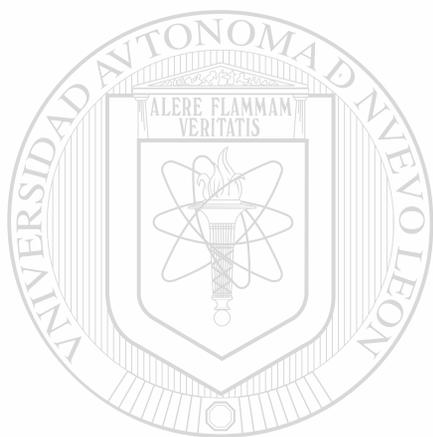
PRESENTA

LAURA YOLANDA VILLARREAL ZARAZUA

ASESOR DE LA TESIS

DR. MANUEL RIBEIRO FERREIRA

JUNIO DE 1997



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Biblioteca Central Magna
UANL
FONDO
TESIS
(71319)

B U Raul Rangel Fri
U L
F O N D O
TESIS MAESTRIA



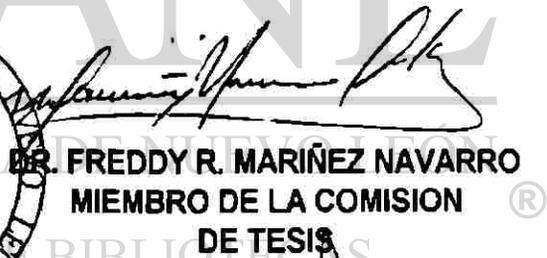
A quien corresponda:

Los suscritos, Miembros de la Comisión de Tesis de Maestría de la
Lic. LAURA YOLANDA VILLARREAL ZARAZUA

hacen constar que han evaluado y aprobado la Tesis "*Conocer las características sociodemográficas y económicas de los adolescentes y sus familias, que acuden a Centros de Integración Juvenil A.C., Monterrey*", en vista de lo cual extienden su autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Maestría en Trabajo Social.


DR. MANUEL RIBEIRO FERREIRA
ASESOR DE LA TESIS



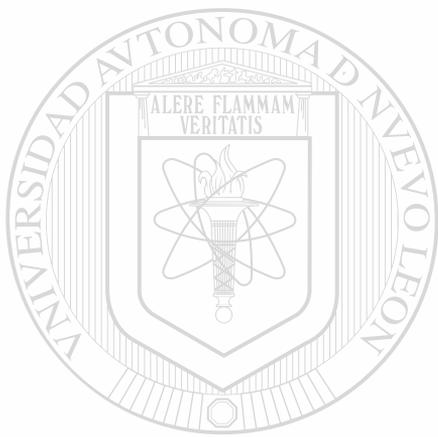

DR. FREDDY R. MARÍNEZ NAVARRO
MIEMBRO DE LA COMISION DE TESIS


DR. JAVIER ALVAREZ BERMUDEZ
MIEMBRO DE LA COMISION DE TESIS

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO


MTRA. LUZ AMPARO SILVA MORIN
DIRECTORA DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Monterrey, N. L. a Mayo 8 de 1997



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

*A mi hijo, con especial cariño y amor,
porque eres mi motivo para seguir adelante.
Esperando que estas reflexiones nos puedan
servir a ambos, para ser cada vez mejores y
tratar de prevenir este tipo de problema co-
mo lo es la DROGADICCION.*

AGRADECIMIENTOS:

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Manuel Ribeiro Ferreira por sus valiosas sugerencias e interés en la revisión del presente trabajo.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico para la realización de mis estudios.

Al personal del Centro de Integración Juvenil A.C. Monterrey por su valiosa ayuda y colaboración, sin la cual no hubiera llevado a cabo esta investigación.

A todo el equipo del club de informática de trabajo social por su colaboración para el buen desempeño del trabajo.

A mi familia por el apoyo moral que me brindaron en todo momento y muy especialmente a mi madre y a Irineo Quezada Alvarez.

A todos los maestros, amigos y compañeros que de alguna manera me brindaron su confianza y la transmisión de sus conocimientos.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PAGINA
1. INTRODUCCION	
×1.1. Algunos antecedentes históricos	1
1.2. Antecedentes históricos en México	2
1.3. Las drogas en nuestra sociedad	5
1.4 La respuesta del gobierno ante las drogas	10
1.5. Justificación	12
1.6. Objetivos	13
1.7. Hipótesis	14
2. IDENTIFICACION GENERAL DE LAS DROGAS	
2.1. Grados de farmacodependencia	16
2.2. Clasificación de drogas	16
2.3. LAS DROGAS Y SUS EFECTOS	
2.3.1. Alcohol	18
2.3.2. Marihuana	21
2.3.3. Cocaína	23
2.3.4. Anfetaminas	25
2.3.5. Tranquilizantes	26
2.3.6. Inhalables	28
3. PERFIL DEL ADOLESCENTE ADICTO A LAS DROGAS	®
3.1. La adolescencia como etapa de vulnerabilidad a las drogas	30
3.2. Factores que influyen en el adolescente para que utilice drogas	31
3.2.1. Factores individuales	31
3.2.2. Factores familiares	35
3.2.3. Factores sociales	37
3.3. Aproximaciones teóricas sobre el perfil del farmacodependiente	40
3.3.1. Características sociodemográficas y uso de sustancias	42

CONTENIDO

PAGINA

4. LA FAMILIA DEL FARMACODPENDIENTE

4.1. Conceptos generales sobre familia	44
4.2. El sistema familiar y su dinámica	46
4.3. Familia y drogadicción	50
4.4. Aproximaciones teóricas acerca de la familia del farmacodependiente	55

5. METODOLOGIA

5.1. Selección	58
5.2. Selección de información de utilidad	59
5.3. Muestra	60
5.4. Elaboración de la cédula	60
5.5. Definición de variables	61
5.6. Procedimiento para la captura de datos	68

6. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

6.1. Características sociodemográficas del paciente	69
6.2. Características sociodemográficas de los padres y tutores	75
6.2.1. Padres biológicos y/o padres sustitutos	82
6.2.2. Estructura familiar	86
6.3. Uso de drogas en el paciente	89
6.4. Uso de drogas y familia	102

7. CONCLUSIONES

109

BIBLIOGRAFIA

115

ANEXOS

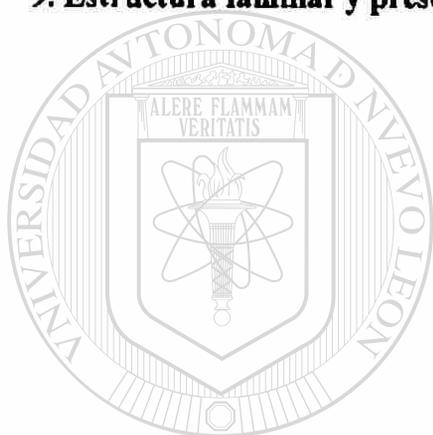
120

LISTA DE GRAFICAS

NUMERO DE GRAFICA	PAGINA
1. Edad del paciente.	70
2. Sexo del paciente	70
3. Estado civil del paciente.	71
4. Escolaridad del paciente.	72
5. El paciente estudia.	73
6. Ocupación del paciente.	74
7. Estrato socioeconómico del paciente.	75
8. Intervalo de edad de los padres.	76
9. Estado civil del padre.	77
10. Estado civil de la madre.	78
11. Escolaridad de los padres.	79
12. Ocupación del padre.	81
13. Ocupación de la madre.	82
14. Ausencia del padre.	83
15. Ausencia de la madre.	83
16. Ausencia de ambos padres.	84
17. Motivo de ausencia de los padres.	85
18. Parentesco del tutor.	86
19. Parentesco de la tutora.	86
20. Tipo de familia.	87
21. Consumo por sustancia.	89
22. Consumo de marihuana.	90
23. Consumo de alcohol.	91
24. Consumo de tranquilizantes.	92
25. Consumo de anfetaminas.	92
26. Consumo de cocaína.	93
27. Consumo de inhalables.	94
28. Tiempo de consumo de marihuana.	95
29. Tiempo de consumo de alcohol.	95
30. Tiempo de consumo de tranquilizantes.	96
31. Tiempo de consumo de anfetaminas.	96
32. Tiempo de consumo de cocaína.	97
33. Tiempo de consumo de inhalables.	98
34. Grado de drogadicción.	99
35. Motivos de consumo.	101
36. Antecedentes de uso de drogas en la familia.	102
37. Miembros de la familia que tienen antecedentes.	104
38. Presencia de problemas familiares.	105

LISTA DE CUADROS

NUMERO DE CUADROS	PAGINA
1. Presencia del padre o tutor	75
2. Presencia de la madre o tutora	75
3. Estructura familiar y tipo de autoridad	87
4. Identificación de quién posee la autoridad en la familia y el tipo de autoridad que se ejerce	88
5. Antecedentes de uso de drogas en algún miembro de la familia y el grado de drogadicción	99
6. Estrato socioeconómico al que pertenece el paciente y grado de drogadicción.	100
7. Estructura familiar y antecedentes de uso de drogas en la familia.	102
8. Estructura familiar y grado de drogadicción del paciente.	103
9. Estructura familiar y presencia de problemas en el hogar.	107



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

1. INTRODUCCION

1.1. Algunos antecedentes históricos

El fenómeno de la Farmacodependencia¹ o drogadicción es un problema de salud física y mental que en nuestros días presenta un panorama importante para la sociedad, ya que además puede estar asociado a una serie de problemáticas sociales como: delincuencia, pandillerismo, violaciones, asaltos, suicidios, problemas familiares etc, y esto es reflejado de acuerdo a como cada individuo “vivencia” este fenómeno y lo traslada a su contexto familiar y social.

El uso de drogas no es nuevo, ya que ha existido desde hace mucho tiempo, aunque no siempre se le consideraba como un problema sino que ha formado parte de la cultura de los diferentes grupos, tribus, etc. Es importante señalar que en la edad de piedra, cuando el hombre empezó a descubrir la forma en como alimentarse, vestirse y protegerse de las inclemencias del tiempo, también descubrió la manera en que podía utilizar ciertas plantas que le servían no sólo como alimento sino para curar ciertas molestias.

El uso de ciertas sustancias ha sido observado de diferente forma y con distintos fines a través del tiempo y de acuerdo al contexto social de diversos grupos. Se mencionó en el párrafo anterior que el hombre descubrió plantas que servían para curar enfermedades. Es decir tenían un fin terapéutico en donde la sustancia utilizada servía para combatir una serie de molestias en el organismo. Un ejemplo de esto es que en diversos pueblos de Africa, hace unos 4500 años, se producían pomadas y extractos medicinales. Estos últimos para curar catarros, toses, inflamación del vientre y diarrea (Modell y Lonsing, 1980)².

Entre los pobladores chinos, durante la edad media, el opio era utilizado como medio para eliminar la fatiga; sin embargo su uso cambió cuando se introdujo la costumbre de fumarlo (Sills, 1974).

A finales del siglo XIX, en E.U., el opio fue utilizado para aliviar dolores fuertes; se inyectaba un derivado del opio (morfina) a algunos soldados que se encontraban malheridos durante la guerra. Sin embargo, el hombre empezó a darse cuenta que el uso prolongado de ciertas sustancias producían en el organismo del individuo la necesidad de que fuera administrada aunque no se estuviese padeciendo algún malestar. Simplemente el cuerpo se había adaptado a que se le proporcionara para funcionar adecuadamente. Asimismo, podemos hablar de una dependencia física y/o psicológica que el individuo puede manifestar ante el hecho de haber usado inadecuadamente una sustancia. Es precisamente en este estado de “necesidad” cuando se convierte en un problema de adicción a la sustancia. Por ejemplo, el uso del opio en E.U. trajo una serie de problemas; habíamos señalado que algunos soldados de la guerra que se encontraban malheridos se les administraba opio para calmar el dolor. Sin embargo, el uso inadecuado de la sustancia empezó a ser un problema porque muchos de ellos se convirtieron

¹ Farmacodependencia: Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. Citado en Manual de C.I.J. por la OMS : 32

² Citado en: Enciclopedia internacional de las ciencias sociales. Vol.4 (1979:18).

en adictos por la sensación de bienestar que les producía. Otro de los problemas que trajo consigo la utilización de opio, fue la costumbre de fumarlo, principalmente en las clases sociales altas. En ese entonces se observaba en la sociedad un descontrol desde el punto de vista médico, puesto que el opio se administraba para “aliviar” momentáneamente el dolor, pero no se tomaban en cuenta las repercusiones en cuanto a la cantidad administrada ni la respuesta física y emocional del individuo. Incluso se le buscaba no sólo con fines médicos, sino por el simple placer de fumarlo. Ante tal situación el gobierno norteamericano tenía que poner un freno, ya que el consumo de opio aumentó (entre 1880 y 1909 excedía las 100,000 libras anuales). Aunque se hubiera prohibido la importación de opio, su consumo se extendió hacia poblaciones marginales, por lo cual se estableció la ley Harrison en 1914, “la cual tenía por objeto esencial suprimir la utilización extramédica de estupefacientes mediante el establecimiento de un minucioso sistema de fiscalización y control y la imposición de gravámenes a todas las drogas producidas o importadas en E.U” (Sills, 1974).

Al parecer, con la ley Harrison se pretendía establecer un control en cuanto al uso del opio. Pero cabría preguntarnos ¿Qué tanto tiempo se tuvo control con esta ley?. De acuerdo con los resultados de un estudio del comité mixto de la América Bar Associant y la American Medical Associant (Joint committee, 1961)³, se estableció que el número de consumidores de opiáceos en E.U. durante la década de 1950 no era inferior a 50,000 y probablemente no excedía de 100,000. Como contraste, cabe señalar que en ninguna otra nación del mundo occidental llegan a 5,000 los opiómanos. En esa época, Gran Bretaña parecía tener una población de toxicómanos de opio que oscilaba entre 300 y 400. Solo en Alemania occidental se registra una cifra más elevada que queda muy por debajo de los 5,000 (Sills, 1974).

1.2. Antecedentes históricos en México.

En nuestro país el uso de drogas fue surgiendo de manera similar al observado en otros países. Es decir tenían tanto fines místicos como terapéuticos. En cuanto a los primeros tenemos el ejemplo de aquellos pueblos y tribus indígenas que en la época de la conquista española se descubrió que utilizaban hongos embriagantes durante sus celebraciones y festejos con el fin de dar placer a su espíritu. Cabe mencionar que durante esa época se trató de imponer a los indígenas el hecho de venerar a un solo Dios. Sin embargo, era difícil para los indígenas aceptar ese mandato, ya que tenían la creencia no de un Dios único, sino de la existencia de varios según fueran sus rituales. Los indígenas tuvieron que someterse a las imposiciones de los españoles aunque fuera solamente “ante sus ojos” ya que clandestinamente en sus hogares, veneraban a un Dios que simbolizaba la adoración de la planta llamada “Ololiuqui”, la cual era escondida en canastos para que ningún extraño la descubriera y de esta manera poder continuar con sus rituales, ya que el uso de esta planta tenía un fin muy particular como lo mencionamos anteriormente (C.I.J. s/f).

Los hongos también fueron motivo de estudio en esta época. En 1651 Francisco Hernández, médico de la Corona Española, mencionó que existían tres clases de hongos:

³ Citado en: Enciclopedia internacional de las ciencias sociales. Vol.4 (1979:18).

- a) Los que causaban la locura a través de la risa.
- b) Los que causaban visiones demoníacas.
- c) Los que eran reservados para fiestas (C.I.J. s/f).

Por otra parte, Fray Bernardino de Sahagún mencionó que los hongos no solamente se utilizaban en las fiestas, sino que tenían fines adivinatorios, fortalecían el alma y transportaban al individuo hacia pasajes alucinatorios, algunas veces agradables y otras desagradables. Una de las principales características de los hongos es la adivinatoria. Un ejemplo de esto es el caso de un indígena que al no saber el paradero de su mujer, decidió comer hongos para que a través de éstos pudiera obtener una respuesta al respecto. Poco tiempo después de comerlos se le apareció una culebra que le dijo: “vuelve los ojos y veras a tu mujer”. Y en efecto, el indio vió que su mujer se encontraba ahí (C.I.J. s/f).

No solo los hongos fueron utilizados con estos fines. Otra de las sustancias utilizadas por los pueblos indígenas fue el Pulque, el cual dentro de la cultura Nahuatl tenía ciertas limitaciones en cuanto a la forma de beber. Se permitía beber en las fiestas; pero cuando éstas no se efectuaban, estaba prohibido beber cualquier tipo de bebida embriagante. Si se sorprendía a alguien bebiendo se le imponían castigos severos. Un ejemplo de esto es el caso de él señor Cuatitlán, el cual fue mandado ahorcar por Moctezuma a causa de sus frecuentes borracheras (Florentino, 1980) ⁴.

Sin embargo, las personas que tenían 70 años o más podían beber en cualquier tiempo, ya que tenían “...su alma lo suficientemente avezada y endurecida para que los espíritus moradores del pulque no pudieran hacerles daño ni obligarlos a realizar actos ilícitos o de mal ejemplo” (Viesca, 1994).

En la sociedad mexicana el pulque era considerado algo sagrado y formaba parte de sus rituales. Por ejemplo, se bebía en las fiestas religiosas, en donde podían beber “... hombres y mujeres de más de 50 años, adultos casados, guerreros, nobles y mercaderes. En estas fiestas denominadas *Pillauano* les es permitido a los niños ingerir el pulque” (C.I.J. s/f).

Cada pueblo tenía sus propias reglas en cuanto al uso de sustancias; sin embargo éstas se han seguido utilizando incluso en épocas más recientes. Tal es el caso de la tribu de los mazatecos, en la cual existió una persona llamada María Sabina, quien utilizaba hongos embriagantes no sólo para su uso particular, sino para servir a los demás a través de los poderes que éstos provocaban en su interior, reflejándose en ella el poder para adivinar lo que sucedería, sentir éxtasis, alucinar, etc. (Benites, 1973).

El peyote ha sido y es utilizado actualmente por los huicholes. Esta tribu se encuentra situada en la Sierra Madre Occidental, en los estados de Nayarit, Jalisco y Zacatecas. En su territorio no crece el peyote, por lo cual ellos llevan a cabo una peregrinación hacia los desiertos de San Luis Potosí, específicamente en una región llamada “Wirikuta” en donde crece el peyote. El recorrido lo hacen junto con un Chamán, quien es el jefe del grupo; antes de hacer el

⁴ Citado en Tapia Conyer (1994:3)

recorrido, el Chamán solicita a las personas que permanezcan en un estado de “inocencia”, el cual consiste en revelar al Chamán -en presencia de todos- las antiguas parejas de cada uno de ellos. De tal modo que ni las esposas y esposos actuales tendrían por que ponerse celosos o celosas ante tal revelación ya que esto significaba un estado de inocencia de la persona y se veía como una confesión. Después de ésto hacen su recorrido hacia el Wirikuta, llevando solo para su alimentación 5 tortillas diarias y la consigna de no beber agua hasta llegar a la región. El recorrido se hace con los ojos vendados y siguiendo las señales del Chamán. Cuando llegan a los llamados pozos de aguas maternas, el Chamán les quita la venda y vierte agua sobre su cabeza la cual untan en su cara y cuello. Luego les indica que guarden silencio y es entonces cuando les dice que han llegado al Wirikuta, en donde comienza la caza del venado sagrado-peyote como ellos lo llaman. Al momento de encontrar el peyote, le lanzan flechas a fin de que simule estar atrapado y al momento le rezan una oración y le hacen ofrendas, para luego cortarlo con mucho cuidado y recolectarlo en sus canastas. El Chamán los invita a masticarlo para ver su vida e identificarse con su origen (C.I.J. s/f).

En relación con los fines terapéuticos o curativos de los pueblos indígenas en cuanto al uso de sustancias, se tenía la creencia de relacionar la forma que tenía una sustancia con una parte del cuerpo humano que fuera semejante a ésta o al menos se le pareciera. Así por ejemplo, entre los aztecas, se utilizaba el peyote para curar el reumatismo y la mandrágora - cuya raíz se asemejaba a la de una figura humana- era considerada como inductor a la fertilidad (Briceño, 1982a).

El “Ololiuqui”, además de sus fines místicos, era utilizado para curar ciertas enfermedades. Primeramente se seguía un ritual en donde la persona enferma recolectaba hongos y luego eran molidos por una mujer virgen; enseguida se mezclaba con agua y se tomaba los viernes por la noche, tomando en cuenta que la cantidad a tomar tenía que ser aquella que comprendiera el hueco de la mano, además de hacerse en un lugar silencioso y apartado, por último se decía una oración (C.I.J. s/f).

Otra sustancia utilizada con los mismos fines es la mariguana. Su uso se hizo presente en algunos grupos como los otomíes, tepecanos y tepehuas. Probablemente esta hierba vino a sustituir hasta cierto punto al Ololiuqui y al peyote el que era prohibido por la Santa Inquisición. Estos grupos utilizaban la mariguana llamada “Yerba de Santa Rosa”, a fin de que les diera un consejo ante la presencia de una enfermedad a través de un ritual para su fin terapéutico. El procedimiento era el siguiente: primeramente se sembraban las semillas y después de haber crecido dicha planta, el brujo recolectaba la hierba y realizaba un rito junto con la familia del enfermo ante un altar, en donde el brujo quemaba incienso, fumaba, cantaba y bebía; de esta forma se ponía en contacto con la virgen de Santa Rosa, quien hablaba a través de él. Lo que éste dijera se tomaba de buena manera, ya que era para bien del enfermo. Cabe mencionar que nuestro país es el único en América Latina en donde la planta forma parte de los altares o imágenes cristianas (C.I.J. s/f).

Hasta ahora hemos dado una breve descripción de algunas formas en como han sido utilizadas las drogas en la antigüedad. Ya sea por sus fines místicos o terapéuticos. Podemos decir que la utilización de ciertas sustancias tóxicas de manera inadecuada, por ser administradas sin llevar

un control estricto de la cantidad o bien porque uno mismo sabiendo que puede afectarle en el organismo no tiene precaución de su administración, se convierte en un problema principalmente para el individuo que la utiliza, ya que llega un momento en que necesita de la sustancia para poder realizar sus actividades cotidianas o bien para que su organismo se sienta bien aunque sea por momentos; es en estos casos cuando hacemos referencia a la adicción a una droga.

Sin embargo, cabría preguntarnos ¿Podrían ser adictas aquellas personas que dentro de su cultura consumen alguna droga, como parte de su ritual?. Sabemos que en la actualidad existen grupos sociales que aún consumen sustancias como los hongos alucinógenos, el peyote, la cocaína, etc. dentro de su mismo grupo y bajo ciertas normas y reglas. A este respecto comenta Knab:⁵ “que el uso ritual es una forma de control social de una sustancia potencialmente dañina que sin las restricciones del rito podría tener consecuencias sociales graves. Por lo cual considero que habría que observar el daño que orgánicamente produce en el individuo el uso de drogas, aunque éste lo efectúe bajo ciertas restricciones, ya que le puede ocasionar cambios en el organismo. Por otra parte habría que ver hasta donde pueden controlar este tipo de grupos su conducta en relación con el uso ritual de las sustancias y no convertirse en un problema social.”

1.3. Las drogas en nuestra sociedad

El hombre ha ido adquiriendo una serie de valores, normas, reglas y pautas de comportamiento como parte de la sociedad en la que vive y a la vez se va adaptando a los cambios que en esta se originan. Sin embargo, con el paso del tiempo se han ido dando una serie de cambios económicos, políticos y sociales en donde el fenómeno de las drogas ha modificado su concepción, ya que está aunado precisamente a estos cambios. Por citar un ejemplo, el hecho del surgimiento de la revolución industrial modificó una forma de vida de la sociedad precisamente con los cambios que se presentaron en cuanto a la aparición de la industrialización en donde el hombre tuvo que adaptarse e incorporarse a este nuevo proceso. También el surgimiento de los avances tecnológicos y científicos en diferentes áreas modificaron el medio externo del individuo. Ahora bien, el individuo inmerso en una sociedad en continuo movimiento se enfrenta a una serie de situaciones que son percibidas de acuerdo a su estrato social, edad, cultura, ideología, etc., y ve la manera de hacerles frente, pero existen sujetos que dadas estas características carecen de la suficiente capacidad para hacer frente a las situaciones adversas de la vida, creando posiblemente en ellos la única opción que consideran como la más viable que es el uso de drogas (Briceño,1982a).

Por otra parte existen factores familiares e individuales que, sumados a los factores externos, pudieran causar inadaptabilidad en el individuo y probablemente el uso y abuso de las drogas se presentará ante el como una alternativa para ello. “En este sentido las drogas han resuelto la necesidad de transformar en propia una realidad ignota o inmanejable, soslayando la ineptitud de la persona para adaptarse a una vida hostil e intransigente...”(Briceño,1982a).

⁵Citado en De la Garza (1983: 89).

La concepción actual del fenómeno de la drogadicción se ha modificado en cierta medida; no solo se utiliza droga por el hecho de practicar su uso como una forma mística o con sentido religioso, sino que hoy en día tiene otro sentido. Briceño (1982a) señala que se ha convertido en una practica individualista en donde el drogadicto, como solitario, se incorpora a un grupo compuesto de sujetos, igualmente solitarios, unidos exclusivamente por sentimientos de desprotección e impotencia, por la dependencia común a las drogas. Habría que cuestionar esta afirmación, ya que el individuo no solo hace uso de las drogas al incorporarse con otros individuos con características similares. Cabe la posibilidad de pensar que hay personas que lo hacen solos y de una manera discreta. Probablemente el individuo manifiesta más bien un estado de ineptitud ante las situaciones que se le presentan tal como lo señala el mismo Briceño. Asimismo, las drogas no respetan edad, sexo, condición social; cualquier persona esta expuesta a ellas.

Ahora bien, ¿qué concepción se tiene acerca de las drogas en nuestra sociedad?. A este respecto podemos decir que las drogas producen cambios en el comportamiento del individuo los cuales a su vez provocan conflictos en la sociedad. Hay algunos que piensan:

- a) Que somos una sociedad drogada.
- b) Que niegan rotundamente el problema.
- c) Que existen grupos desequilibrados que rechazan las normas y reglas sociales y les llaman "desadaptados".
- d) Otros piensan que la drogadicción es un objeto de estudio.
- e) Que es una enfermedad, la cual debe ser atendida a nivel de prevención, tratamiento y rehabilitación (Briceño,1982a).

Estas son solo algunas concepciones que la misma sociedad manifiesta ante tal hecho. Pero otra de las preguntas sería ¿qué problemas están asociados al uso de drogas en la sociedad?. Algunos de ellos serían los siguientes:

- a) El aspecto de salud tanto físico como mental, el cual se ve deteriorado.
- b) Posibles casos de violaciones, pandillerismo, robos prostitución, violencia, etc.
- c) Problemas familiares e individuales (Briceño,1982a).
- d) Problemas relacionados con el narcotráfico.

Tomando en cuenta estas consideraciones podríamos decir que el problema de la farmacodependencia puede ser analizado desde dos perspectivas globales: como problema de salud pública y como un problema social. En cuanto a la primera cabe destacar que el individuo es el principal afectado por el uso de sustancias ya que perjudica su salud física y mental. Un ejemplo de ello es el hecho de que a través del consumo de alcohol se originan diversas enfermedades como: cirrosis, enfermedades del hígado, nefritis, tuberculosis, problemas gástricos, psicosis y síndrome de dependencia alcohólica. Además de las enfermedades que le ocasiona al individuo, cabe mencionar que el estado de dependencia a la droga pudiera traer consigo problemas familiares, fracasos profesionales, económicos, académicos, etc. (Alvarado, 1993)⁶.

⁶Citado en: Revista Trimestral de Trabajo Social (19993:17-18)

Ahora bien, por lo que respecta a la visión de la drogadicción como un problema social, pudiera ser consecuencia como ya dijimos de los cambios tecnológicos y científicos que trajo consigo la revolución industrial. Un punto interesante es el hecho de que en el ámbito farmacológico este suceso trajo nuevos avances en cuanto a fármacos se refiere. Tan es así que el individuo tendría mayores opciones para el uso y consumo de fármacos de acuerdo a su necesidad, la cual podría ser el dolor, placer, euforia, etc.; también un punto interesante es el papel que juegan los medios de comunicación para crear la necesidad de consumo en el individuo; a través de un disfraz de la realidad posiblemente se orille al individuo a consumir diversas cosas incluyendo sustancias adictivas creando quizás una enajenación y la probabilidad de aumentar el consumo con la ayuda de toda una estrategia de publicidad para llegar a la población adecuada (Briceño, 1982a).

El fenómeno de la farmacodependencia se ha agudizado quizás porque el desarrollo industrial trajo consigo el crecimiento de algunas ciudades. En nuestro país podríamos mencionar el ejemplo de la ciudad de México, Guadalajara y Monterrey, en las cuales existen mayores fuentes de trabajo, alternativas para el desarrollo académico, lugares de esparcimiento, entre otros. Las características de estas ciudades podrían considerarse un atractivo para aquella gente que vive en lugares en donde la oportunidad de desarrollo no es la misma, lo cual pudiera ocasionar una mayor migración y este hecho a su vez propiciar diversas situaciones como lo es la concentración de asentamientos humanos, hacinamiento, desempleo, crisis económica, etc.,. Ante tal panorama, el individuo siente que no logra cubrir sus expectativas de vida en la ciudad y ante su desesperación por la situación que se le presenta pudiera cometer una serie de actos como: delincuencia, vagancia, asaltos, crímenes, incluso recurrir al uso de drogas con la finalidad de salir al paso de estos acontecimientos, aunque verdaderamente con estas conductas antes mencionadas no llegaría a salir del problema sino crearse otros más (Briceño, 1982a).

Otro de los problemas que consideramos que enfrenta la sociedad por el uso de drogas es el narcotráfico. Sabemos que el gobierno ha desarrollado estrategias para el control de las drogas a través de programas a nivel nacional y en cada entidad federativa; además, existen programas realizados por instituciones particulares. Sin embargo el problema continúa y algunas personas saben donde producir, vender, comprar e incluso importar y exportar la droga. Por ejemplo en el territorio nacional existe mayor tráfico de cocaína proveniente de Sudamérica con destino a E.U.; el incremento del narcotráfico de esta sustancia ha ido en aumento a pesar del control del gobierno. A este respecto se han decomisado en el período de 1988 a 1991 el 71% del tráfico de cocaína, el 60% de heroína y goma de opio y el un 51% de marihuana; no obstante mucha de la siembra y tráfico de las sustancias no logra ser detectado por las autoridades competentes y estas cifras posiblemente no sean muy exactas (Monge, 1992).

En otro orden de ideas, el fenómeno de la farmacodependencia quizás suele presentarse más en los hombres que en las mujeres. Esto lo podemos ver en una encuesta realizada en 1993 en 20,243 hogares urbanos cuya población fluctuaba entre los 12 y 65 años (excluyendo el alcohol, el tabaco y los medicamentos), en la cual establece que el 3.9% ha consumido una droga, al menos una vez en la vida lo que equivale aproximadamente a 1,590,000 personas. De

las cuales 1,414,000 son hombres (7.7%) y 176,000 son mujeres (0.8%), es decir hay 8 hombres por cada mujer. Otro dato interesante es que el 43% de las personas que habían utilizado alguna vez en la vida drogas, tenían entre 12 y 25 años (C.I.J., 1995).

Además de esto, un aspecto importante que hay que considerar es el hecho de que cada país presenta sus propias características en cuanto al usuario de drogas, así como el tipo de drogas que se consumen dentro de su territorio. Todo esto es debido a una serie de factores ambientales -sin olvidar los individuales y familiares- que afectan directa o indirectamente al individuo y que lo inducen a consumir drogas. Para darnos una breve idea de algunas diferencias y similitudes que presentan algunos países, presentamos algunos datos de: Colombia, Canadá, Costa Rica, E.U.A. y México. Estos datos se refieren a estudios realizados en la década de 1980.

Colombia.- (Torres y Murrelle)⁷ realizaron un estudio en una población urbana en donde se tomó como muestra a 2800 personas cuyas edades fluctuaban entre los 12 y 64 años. Se determinó que el alcohol y el tabaco fueron las drogas más consumidas, seguidos por los tranquilizantes y por último la cocaína. El consumo más alto estaba en las edades de 16 a 37 años. Y los solteros presentaban más riesgo que los casados.

Canadá.- Los estudios realizados (Smart, 1987)⁸ se llevaron a cabo con estudiantes de escuelas intermedias y secundarias y con adultos. Estos estudios se realizaron en 1987 y mostraron que las drogas más utilizadas eran el alcohol, el tabaco y la cannabis (15.9% en estudiantes y 9.54% en adultos de estas tres drogas mencionadas).

Costa Rica.- Alfaro (1983)⁹ realizó un estudio sobre el alcohol y drogas en una área marginada de San José, teniendo como muestra 469 personas de 15 años en adelante. El 14% de la población era alcohólica y el 80% de la población consumía regularmente el alcohol. Un 2% inhalaba solventes; este último porcentaje era bajo, se pensaba que era debido a que la muestra de población era mayor de 15 años. Sin embargo en una población de menor edad este porcentaje podría aumentar. Este supuesto quedó comprobado en una investigación posterior, llevada a cabo en 1984, en una comunidad marginal. Se tomó como muestra a una población entre los 7 a los 18 años; la muestra era de 98 personas y se obtuvo que el 12% de la población inhalaba solventes industriales y que el 28% de los usuarios estaban entre los 15 y 18 años y el producto más inhalado era el pegamento para zapatos.

Podemos observar en su mayoría que aunque sea un porcentaje bajo (12%) las personas que utilizaban inhalables, son menores de 15 años. Además, se encontró que la edad de inicio era a los 10 años. "Se puede concluir que la inhalación funciona en algunos casos como un ritual de iniciación del joven para demostrar ante un grupo de iguales su valentía. Además las sensaciones obtenidas por la inhalación supuesta de solventes constituye para el adolescente un medio de evasión de los trastornos depresivos propios de esta etapa" (O.M.S., 1989).

⁷Citado en O.M.S. (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Vol. 107 No. 6 Dic. 1989 pág: 485).

⁸IBID : 495

⁹IBID : 505

E.U.A.- Kozel (1985)¹⁰ tomó en cuenta algunos datos (encuestas e indicadores de salud), sobre el uso de tres principales drogas en E.U.: heroína, cocaína y marihuana. Se encontró que la heroína era consumida por personas de más de 30 años de edad. De acuerdo a los casos registrados de urgencia en hospitales en 1987, el 68% de las personas correspondían a dicha edad. Su uso se ha modificado ya que existe la tendencia a usar la heroína combinada con cocaína o alcohol. Lo más preocupante hoy en día es la relación que existe entre las personas que se inyectan esta droga y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ya que pueden estar expuestos a dicha enfermedad porque no tienen un control adecuado con la utilización de jeringas. Dado que comparten la jeringa con otras personas y de esta manera se pueden contagiar si alguno de ellos tiene el virus del SIDA. Respecto a la cocaína, el número de usuarios era de 2.9 millones de personas. En cuanto al porcentaje de alumnos del último grado de secundaria que consumieron droga era de 12.1%.

En lo que se refiere al uso de marihuana se tienen registrados a 66.9 millones de habitantes que han fumado marihuana. Por grupo de edad se observa que de 12 a 17 años tomando como muestra a 3095 personas era de 17.4%, de 18 a 25 años (n: 1505) era de 56.4% y de más de 26 años (n: 4214) era de 30.70%. Podemos observar que el rango de edad con más alto porcentaje es de 18 a 25 años, lo que nos muestra que constituye una población joven. Igualmente se registra un dato de 47.2% de estudiantes de último grado de secundaria que consumieron esta droga durante 1988.

Por otra parte, el instituto de investigación social efectuó una encuesta a nivel nacional en E.U. en el año de 1988¹¹. Esta encuesta se aplicó a estudiantes de preparatoria del último año escolar y reveló lo siguiente: el 54% de los estudiantes había probado una droga ilegal, el 33% informó haber consumido marihuana, el 98% alcohol, el 8% indicó que había consumido cocaína y el 5% crack.

México.- De acuerdo con una investigación realizada por el SIRD¹² (Sistema de Registro de Información sobre Drogas), el cual se basa en un cuestionario aplicado en las principales instituciones del sector salud y de la procuración de justicia del país. Durante el período 1986 a 1988 encontró que los usuarios de drogas estaban en un rango de edad que oscilaba entre los 15 y los 19 años. Entre sus características se encontró que eran solteros, el nivel socioeconómico era alto y bajo. Sin embargo, la diferencia entre el consumo de drogas se hacía notar, ya que las personas que tenían un nivel socioeconómico bajo consumían marihuana e inhalables mientras que las personas que tenían un nivel socioeconómico alto consumían la cocaína y los tranquilizantes. En cuanto al grado escolar, los de nivel bajo tenían incompleta su educación secundaria mientras que los de niveles altos tenían mayor grado escolar. Otra de las características que sobresalen es con respecto a la ocupación. En la clase social baja tendían a ser trabajadores eventuales, subempleados o desempleados y en la clase alta tenían un mejor nivel de ocupación.

¹⁰IBID : 531

¹¹Fuente: Cavazos (1989: 85).

¹²IBID : 523

Otro estudio realizado entre jóvenes de 14 a 18 años por el Instituto Mexicano de Psiquiatría¹³ en 1983 consistió en una investigación entre estudiantes de enseñanza media y superior del D.F. en cuanto al uso de alcohol. Los resultados revelaron lo siguiente: 39% se clasificaron como usuarios leves, 8% usuarios altos (consumen más de 200 mililitros de alcohol), el 22% tenía problemas asociados al patrón de consumo como embriaguez los fines de semana, beber antes de desayunar, y el deseo de beber menos alcohol.

Un estudio diferente fue realizado por Centros de Integración Juvenil A.C. (C.I.J., 1992a) a nivel nacional, consistió en una síntesis de estudios epidemiológicos realizados por el Departamento de Investigación de dicha institución, de 1983 a 1990, con la información proveniente de los registros de pacientes con problemas de consumo de drogas que asistieron a solicitar atención terapéutica entre 1970 y 1990. Una de las variables tenía como fin detectar cuál fue el último consumo de drogas previo a su ingreso al C.I.J. De acuerdo con los resultados obtenidos, se encontró que la prevalencia se mantenía entre la mariguana y los inhalables. Otro dato interesante es que los mayores porcentajes encontrados fueron para los pacientes comprendidos entre 15 y 19 años cuyo porcentaje va del 33 al 44% y para aquellos que se encuentran entre 20 y 24 años las proporciones van del 23 al 30%.

Podemos decir que las drogas que se consumen en el país de acuerdo a éstos datos son principalmente los inhalables, mariguana, cocaína y tranquilizantes. Sin embargo el alcohol es una sustancia que es consumida comúnmente por muchas personas aunque no se le catalogue como una droga, lo mismo que el tabaco. No obstante, en nuestro estudio hablaremos solamente del alcohol y no del tabaco, ya que para fines prácticos que explicaremos más adelante será de mayor utilidad abordar el estudio de esta sustancia (alcohol) que es considerada una sustancia lícita así como las sustancias mencionadas anteriormente.

Después de revisar los datos de los países antes mencionados, podemos decir de manera general que el consumo de drogas, prevalece más entre los jóvenes de 12 a 20 años. Por otra parte el consumo de drogas varía de acuerdo al contexto social y económico de cada país.

Hasta ahora hemos tratado de dar una visión general sobre el fenómeno de la drogadicción para darnos cuenta de la forma en que se ha desarrollado a través del tiempo. Los datos que se recopilaron fueron breves con el fin de dar una visión general en cuanto al consumo de drogas y las características más sobresalientes de los usuarios. Más adelante se incluirá un capítulo acerca de los estudios más recientes sobre la drogadicción, tomando en cuenta el respaldo de algunas instituciones públicas en Nuevo León que tienen relación con el fenómeno.

1.4. La respuesta del gobierno ante las drogas.

Como vemos, cada país presenta su problemática particular en cuanto a drogas se refiere. Sin embargo, sería importante conocer algunas disposiciones gubernamentales para el control de este tipo de problemática social, ya que al parecer ha prevalecido a través de los años. Existen diversas disposiciones en nuestro país para el control del fenómeno: por ejemplo el Programa

¹³ Fuente: (CONADIC, 1993; Castro 1983), citado en Roberto Tapia Conyer (1994:65).

Nacional de Salud 1990-1994 establecido por el gobierno, incluye una política de fomento de la cultura de la salud, dentro de la cual se ha incluido el programa contra las adicciones. El objetivo de este programa es “Impulsar acciones de prevención y tratamiento de las adicciones así como la rehabilitación y la promoción de la participación social en las actividades que se realizan, mediante el desarrollo y fortalecimiento de la educación para la salud” (Moctezuma, 1994).

También existen algunas disposiciones legales como lo es la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la cual tiene por objetivo “...la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios de salud, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables, el fomento de la salud mental y la educación para la salud, así como programas contra el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia, señalando como autoridades sanitarias para ejercer las atribuciones en ella establecidas al Presidente de la República, al Consejo de Salud General, a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas, incluido el Departamento del D.F.” (Moctezuma, 1994). Con este objetivo, cada entidad federativa organiza su control en cuanto a farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo se refiere y se coordina con la Secretaría de Salud para cualquier acuerdo establecido.

En relación con el problema de la drogadicción, la Secretaría de Salud establece disposiciones legales en cuanto a:

- a) Comercio o tráfico de estupefacientes.
- b) Las condiciones en cuanto al uso de estupefacientes para el campo de la investigación, siempre y cuando se presente un protocolo de investigación y se den los resultados de la misma.
- c) La prohibición de la siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte, empleo, uso y consumo de las siguientes sustancias: Opio, Heroína, Marihuana y Coca.
- d) En lo que se refiere a la prescripción de estupefacientes, se lleva un control médico estricto (Moctezuma, 1994).

También existe un control preventivo y de tratamiento en cuanto a drogadicción se refiere, que establece la Ley General de Salud, en donde la Secretaría de Salud se coordina con el Consejo de Salubridad General para realizar acciones de este tipo. Igualmente participan una serie de instituciones dentro del sector salud que les concierne tal problemática, a fin de sumar esfuerzos para la mejor atención de la población. Por otro lado existen instituciones particulares que se dedican también a la prevención, tratamiento, y rehabilitación e investigación de la drogadicción.

Hemos visto algunas disposiciones que a nivel nacional se tienen establecidas. Sin embargo, cada entidad federativa, teniendo como norma lo estipulado por la Ley General de Salud, se coordina con las instituciones del Estado para llevar a cabo programas encaminados a tratar el

problema de la drogadicción, tomando en cuenta las características particulares de dichas entidades. En Nuevo León existe una institución llamada "Centros de Integración Juvenil", la cual se ha dedicado desde hace más de 25 años a nivel nacional y 20 a nivel local a la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación del fenómeno y en la cual centraremos nuestro estudio. Estos centros dan un servicio a la población en general que tiene problemas con drogas y a ella acuden en su mayoría jóvenes, que son quienes nos interesan en nuestro estudio.

Es importante señalar que las actividades preventivas se realizan a través de acciones extramuros, empleando tres tipos de estrategias: información, orientación y capacitación dirigidas a la familia, a la escuela y a la comunidad en general. En lo que respecta al área de tratamiento y rehabilitación, se da una atención de consulta externa al drogadicto y a su familia a través de psicoterapia breve individual, psicoterapia breve familiar y terapia familiar múltiple. En el área de investigación se llevan a cabo estudios epidemiológicos a nivel local a fin de planear estrategias de atención.

No obstante, el interés del estudio va dirigido principalmente a la población adolescente, ya que es la de mayor riesgo según lo mencionan las estadísticas del Centro de Integración Juvenil. De acuerdo con un estudio epidemiológico realizado en 1992 por el departamento de investigación de C.I.J., el cual tomó como base a aquellos pacientes atendidos en 1990 a nivel de la zona metropolitana de la Cd. de México y la provincia (cuatro centros locales), se encontró que el 91.5% son de sexo masculino y con edades de ingreso a tratamiento entre los 15 y 19 años (39.7%) así como también se detectó que había pacientes cuyas edades fluctuaban entre los 20 y los 24 años (24.6%). Por otra parte se encontró que tres cuartas partes de la población estudiada inició el consumo de drogas entre los 10 y los 14 años de edad; la proporción es de 40.1% para el rango comprendido entre los 15 a 19 años. La mayor concentración se observa en las edades de 14 y 15 años (13.7% y 15.3%) respectivamente. Las drogas de inicio más consumidas son la mariguana con 44.4% y los inhalables con 31.8% (C.I.J.1992b). Como podemos observar, esta población de la que estamos hablando tiene posibilidades de caer en este tipo de problemática por lo cual considero importante estudiarlo y analizarlo.

1.5. JUSTIFICACION

Nuestro interés es centrar el estudio en las características familiares que rodean al adolescente y que pueden influir para que el utilice drogas. Ya que en la familia se presentan algunos factores que en mayor o menor medida impactan la dinámica familiar y por ende a sus miembros, ocasionando posiblemente en algunos dificultades para poderse adaptar a ciertas circunstancias y quizás encontrar en las drogas una aparente solución a los problemas.

Ahora bien, de los factores a los cuales nos referimos son el tipo de autoridad que es establecida por un o más miembros de la familia, los roles o papeles que desempeña cada uno de los integrantes de la familia, la situación económica, la ausencia de alguno de los padres o tutores, antecedentes de el uso de alcohol u algún otro tipo de droga en uno o varios integrantes de la familia.

Estos factores que estamos mencionando se interrelacionan unos con otros, lo que puede ocasionar un malestar familiar que puede ser percibido directa o indirectamente en los miembros de la misma. Sin embargo, cuando alguno de estos factores se llegan a hacer presentes en una familia con adolescentes, pudiese traer consigo una problemática como lo es la drogadicción. Hacemos referencia a esta etapa en particular porque el adolescente, al verse envuelto ante las presiones familiares, sumadas a las individuales (propias de la etapa) y las situaciones externas (ambiente social), podría buscar posiblemente un refugio en las drogas y con ello ocasionarse un daño tanto físico como mental.

Además, considero importante conocer el perfil que presenta el adolescente adicto a las drogas, en lo que se refiere principalmente a sus características sociodemográficas y económicas, así como también las características en cuanto a el tipo de consumo de drogas. Por otro lado resulta interesante observar este fenómeno en relación a la dinámica familiar y sus características sociodemográficas, ya que la familia pudiera ser considerada como una unidad en constante transformación y que en cierta medida los cambios que en esta se producen repercuten en sus miembros. De tal modo que el análisis de ciertos indicadores familiares nos darían un panorama un poco más amplio de su relación con el fenómeno.

Nos centraremos particularmente en aquellos adolescentes que son atendidos en Centros de Integración Juvenil A.C. Monterrey, ya que esta institución se dedica a tratar problemas de farmacodependencia tanto a nivel preventivo como de tratamiento además de tener acceso a la información.

1.6. OBJETIVOS.

De todo lo mencionado anteriormente se desprenden nuestros objetivos de investigación que son los siguientes:

Objetivo general.- Conocer las diversas características familiares asociadas con la utilización de drogas entre los adolescentes, así como también el perfil sociodemográfico y económico de aquellos pacientes que acuden a Centros de Integración Juvenil A.C. Monterrey.

Objetivos específicos.-

1.- Conocer qué características familiares se hacen presentes en el adolescente para que utilice drogas:

- Ausencia del padre y /o madre (divorcio, viudez, separación, madre soltera).
- Antecedentes de uso de alcohol y/o de alguna otra droga en algún miembro de la familia en especial el padre y/o la madre.
- Tipo de ambiente familiar (discusiones, falta de atención, desinterés, autoridad).
- La existencia de roles difusos en algún miembro de la familia.
- Tipo de situación económica familiar.

2.- Conocer las características sociodemográficas y económicas de los adolescentes que acuden a Centros de Integración Juvenil A.C. Monterrey y que se encuentran en la fase diagnóstica en la institución.

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- instrucción.
- Si continúa o no estudiando.
- Empleo.
- Estrato socioeconómico.

3.- Conocer las características en cuanto al uso de drogas en el adolescente.

- Grado de farmacodependencia.
- Tipo de drogas que ha utilizado.
- Tiempo durante el cual ha utilizado drogas.
- Edad de inicio en la farmacodependencia.

1.7. HIPOTESIS:

1. La ausencia del padre o tutor puede favorecer el hecho de que el adolescente sea adicto a las drogas.

2. Cuando hay una dinámica familiar desfavorable entonces se hace presente el uso de drogas en el adolescente. Tomando en cuenta que para hablar de dinámica desfavorable nos basamos en los siguientes indicadores:

- Falta de atención de los padres o tutores.
- Discusiones familiares.
- Problemas económicos familiares.
- Problemas conyugales (entre padres o tutores).
- Discusiones entre el paciente y su pareja.
- Cambio de roles familiares.
- Tipo de autoridad.
- Ausencia de autoridad.
- Comunicación deficiente.
- Tipo de reglas.
- Ausencia de reglas.
- Enfermedades en la familia.

3. La existencia de un cambio en los roles familiares provoca la posibilidad de drogadicción en el adolescente.

4. Los individuos entre los 14 y 18 años tienen mayores posibilidades de consumir drogas.

5. Las drogas que son más consumidas en los adolescentes que acuden a C.I.J. son los inhalables.

2. IDENTIFICACION GENERAL DE LAS DROGAS Y SUS EFECTOS

Es importante establecer algunos términos a fin de poder entender lo que es la drogadicción y el individuo adicto a las drogas. Y todo lo que en este contexto se ve involucrado como la dependencia, la abstinencia, los grados de farmacodependencia, el abuso, a fin de familiarizarnos con la terminología que emplearemos en el estudio.

Decimos que un individuo abusa de una sustancia tóxica o un medicamento cuando lo realiza en forma excesiva, continua o esporádicamente (C.I.J. s/f). Quisiéramos antes que nada hacer una aclaración con respecto al concepto del abuso excesivo de sustancias tóxicas, ya que este concepto puede ser un poco ambiguo; sin embargo consideramos que no tendríamos problema con respecto a la medición de este, puesto que algunos de los pacientes que llegan a Centros de Integración Juvenil A.C.; consideran conveniente recibir la atención terapéutica porque ellos mismos o sus familias intuyen que dicho uso pudiera rebasar lo continuo o esporádico del consumo. De tal modo que la misma gente lo ve así, incluso los terapeutas que intervienen en el tratamiento, se forman un esquema conceptual de ello respecto a estas categorías antes mencionadas. En este mismo orden de ideas, el individuo puede presentar un estado de dependencia a la droga el cual consiste en "...estar enganchado: un individuo dependiente (o "enganchado") ya no puede dejar de utilizar un producto de manera regular, so pena de experimentar un profundo malestar físico y/o psicológico" (Valleur, Debourg y cols., 1988).

También podemos distinguir dos tipos de dependencia: la física y la psíquica, que se presentan en el individuo en menor o mayor medida de acuerdo a la forma en que su organismo responde al estímulo de una sustancia. La dependencia física es "...un estado de adaptación que se manifiesta en intensos trastornos físicos cuando se suspende la administración de una droga" y por otro lado hablamos de dependencia psíquica "... cuando la necesidad de la droga producen una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración periódica o continua de esa droga, con el fin de obtener placer o de evitar un malestar" (De la Garza y Vega, 1983).

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Todo individuo que ha utilizado algún tipo de droga por un período de tiempo puede presentar, después de dejar de consumirla, un síndrome el cual le llamaremos síndrome de abstinencia. Este consiste en un conjunto de síntomas caracterizados tanto por trastornos fisiológicos como psicológicos, los cuales pudieran presentarse a las pocas horas de haber tomado una droga habitual; ésto principalmente cuando se ha consumido en cantidades importantes y con regularidad. Los síntomas que presente el individuo son contrarios a los que produce la droga cuando se ha tomado; por ejemplo, el consumo de opio anestesia el cuerpo, por lo que uno de los efectos de abstinencia es el dolor. Otro de los síndromes de abstinencia más conocido es el delirium tremens, el cual suele presentarse a un individuo con antecedentes graves de alcoholismo. Ahora bien, en cuanto a los trastornos psicológicos que puede presentar un individuo, pudiera ser un estado de angustia, de irritabilidad, de depresión, de temor, de ansiedad, etc. Por ejemplo, el tomar un medicamento que no ha sido prescrito por un médico (como el ativan), puede ocasionar una sensación de tranquilidad y apacibilidad en el individuo;

sin embargo, cuando este se deja de tomar se presenta el síndrome ocasionando, posiblemente ansiedad (Valleur, Debourg y cols. 1988).

Cabe mencionar que cada individuo es diferente y que por lo tanto su organismo responderá de manera diferente a la de otros individuos al momento de consumir y/o dejar de consumir una droga.

2.1. Grados de Farmacodependencia.

1. Experimentador.- Se trata de aquella persona que por una simple curiosidad probó algún tipo de droga con el afán de experimentar que sensaciones producía su consumo. En esta categoría podríamos situar a algunos adolescentes que por su personalidad no se detienen a pensar lo que le ocasionaría el experimentar con ciertas sustancias.

2. Ocasional.- Se trata de aquellas personas que utilizan sustancias tóxicas en ciertos momentos con el fin de aliviar algún malestar, por presión social, para aliviar estados depresivos, etc. Sin embargo, de esta forma puede engancharse en este problema y presentarse dependencia hacia las drogas.

3. Funcional.- Se trata de aquellas personas que tienen que utilizar la sustancia para efectuar sus actividades normales y cotidianas, ya que sin la droga no funcionarían igual. Por ejemplo algunos empresarios que se encuentran bajo presiones y necesitan un estimulante para efectuar sus actividades cotidianas.

4. Disfuncional.- Se trata de aquellas personas que han dejado de funcionar socialmente así como en su vida privada y recurren a las drogas continuamente, ya que lo único que les interesa es conseguir la droga y permanecer en es estado de dependencia continua. No son capaces de efectuar sus actividades cotidianas por el estado en que se encuentran.

5. Exfarmacodependiente.- Consideraríamos a aquellas personas que fueron usuarios de drogas pero que actualmente, después de haber pasado un período mínimo de seis meses, han dejado de usarlas (C.I.J. s/f).

Nos basaremos en esta clasificación en nuestro estudio ya que es la que utiliza los Centros de Integración Juvenil para el control de los pacientes que acuden al centro.

2.2. Clasificación de drogas

La clasificación que establece L. Lewin (Phantastica, 1924)¹⁴ es en función de los efectos psicológicos. El distingue cuatro grandes grupos de sustancias psicoactivas:

¹⁴ Citado en De la Garza y Vega (1983:21).

1.- Las drogas que proporcionan bienestar, placer o una sensación de paz interior. Este grupo está constituido por: el opio y sus derivados y, por ciertas sustancias sintéticas o semisintéticas que ejercen una acción similar.

2.- Las drogas que excitan y estimulan la mente. En este grupo estarían las anfetaminas y la cocaína.

3.- Las drogas que proporcionan sueño o embriaguez. A este grupo corresponden el alcohol, los barbitúricos y algunos otros somníferos, así como el éter y los disolventes volátiles.

4.- Las drogas que originan estados muy próximos al ensueño o simples alucinaciones. Se incluye en este grupo los derivados del cáñamo indio (cánnabis o marihuana).

Otra de las clasificaciones es la que establece Jorge Llanes Briceño. El destaca dos principales grupos:

1.- Las depresoras, las cuales disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central. En este grupo se encuentran: alcohol, barbitúricos, tranquilizantes, morfina, heroína, codeína e inhalantes.

2.- Los estimulantes, son aquellos que aceleran el funcionamiento del sistema nervioso central. A este grupo corresponden: la cocaína, la marihuana, el L.S.D., la mezcalina y la psilocibina.

La clasificación empleada por Fidel de la Garza y Amado Vega es la siguiente:

<u>TIPO</u>	<u>NOMBRE COMUN</u>
Nicotina	Tabaco
Alcohol	Bebidas alcohólicas
Cannabis	Marihuana, hachis
Alucinógenos	L.S.D, mezcalina, psilocibina
<hr/>	
<u>Estimulantes:</u>	
* Anfetaminas	Benzedrina, dexedrina.
* Cocaína	Hojas de coca, cocaína
* Cafeína	Café, té, coca cola.
<hr/>	
<u>Sedantes:</u>	
* Tranquilizantes menores	Librium, valium. etc.
* Barbitúricos	Amital, Nembutal.
* Opiáceos	Opio, morfina, heroína
* Inhalantes	Pegamentos, gasolina, etc.

Como hemos visto cada autor tiene diferentes formas de clasificar las drogas, por lo cual para fines prácticos daremos una clasificación de drogas propia. Distinguiremos entre:

Drogas legales: Alcohol.

Drogas ilegales: Cocaína, Marihuana, Anfetaminas, Tranquilizantes e Inhalables.

Es necesario aclarar que no tomaremos en cuenta al tabaco ya que aunque sea una droga de tipo legal, para términos de nuestro estudio se nos dificultaría obtener información al respecto ya que las preguntas que están formuladas en el formato que utiliza el terapeuta en la entrevista inicial con el paciente, no especifican indicadores en función al uso de dicha sustancia.

Cabe mencionar que se tomaron como criterios para establecer esta clasificación algunos antecedentes acerca del consumo de drogas en México de acuerdo al Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Hablaremos brevemente acerca de cada una de estas drogas en el siguiente apartado.

2.3. LAS DROGAS Y SUS EFECTOS

2.3.1. Alcohol.

El alcohol ha sido "...asociado a un determinado modo de vida que comprende de manera tácita la bebida socializada; es decir aquella que no "enferma" y que legitima relaciones familiares y sociales..." (Ravelo,1988)¹⁵.

Habíamos mencionado en otro apartado que el alcohol se utilizó desde tiempos ancestrales con fines muy particulares dentro de los pueblos indígenas. Al irse transformando la sociedad ésta fue adquiriendo un matiz diferente. Se comenzó a hablar en Estados Unidos acerca del consumo de alcohol como algo ilegal. Un ejemplo de esto es que en ese país durante el año de 1930 se proclamó la denominada Ley seca con el fin de controlar el consumo de alcohol, aunque esto no sucedió en todas partes. Actualmente, en todas las sociedades es permitido su consumo como legal. Es así que nos encontramos que se bebe en las fiestas, para ver un partido de fútbol, en ceremonias religiosas, para festejar cualquier acontecimiento significativo, para platicar con los amigos, para acompañar los alimentos, o simplemente para saciar la sed.

Para fines prácticos daremos una definición de alcoholismo de acuerdo a la O.M.S.¹⁶ :

es una enfermedad crónica o desorden de la conducta, caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en medida que excediendo el consumo dietético acostumbrado o de la adaptación corriente a las costumbres sociales de la comunidad, causa perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y a su actividad económica.

¹⁵ Citado por Ravelo (1988:89).

¹⁶ Citado en De la Garza y Vega (1983:53).

A este respecto, en nuestro país el consumo de alcohol se ha asociado con diferentes problemas; entre ellos encontramos: los casos de suicidios, las violaciones, accidentes automovilísticos por ebriedad, los casos de niños maltratados y el ausentismo laboral. Sin mencionar todas las dificultades de tipo familiar, de salud y económicas que se ven involucradas en este fenómeno, como por ejemplo: discusiones familiares, maltrato doméstico, enfermedades relacionadas con el alcoholismo (cirrosis, problemas gástricos, etc), problemas de divorcio, abuso sexual, una situación económica defectuosa por la falta de dinero mal gastado, etc (Medina Mora y cols., 1980)¹⁷.

No obstante, en nuestra sociedad pueden surgir una serie de situaciones relacionadas con el consumo de alcohol. Cabría mencionar primeramente que el medio externo provoca o invita al individuo al consumo de alcohol porque, como ya mencionamos en párrafos anteriores, el alcohol es llamado también la bebida socializadora. Por ejemplo, al asistir a una fiesta o a algún evento social se invita al individuo a probar alguna bebida, insistiendo en su consumo por una simple cortesía o amabilidad, por lo que se acepta como parte de las reglas sociales. Esta situación pudiera llevar al individuo por ese camino de la bebida como un paso de iniciación, aunque existen personas que aún y cuando se les ofrece una bebida pueden negarse a beber y no lo consumen; quizás esto tenga que ver con el tipo de personalidad que los caracteriza. El individuo que empieza a tener hábito en cuanto al consumo de alcohol por la misma presión social en la que se ve envuelto (amigos, reuniones de trabajo, fiestas, eventos, etc), lo lleva a un estado de dependencia al alcohol y también la misma sociedad lo margina, es decir comienza a tener problemas económicos, dificultades con compañeros, en el trabajo con la familia, etc. (De la Garza, 1983). La otra cara de la moneda en cuanto al consumo de alcohol serían aquellas personas que aparentemente no manifiestan las consecuencias de la marginalidad social. Serían aquellas personas que tienen un nivel social alto, el cual lo conservan y de manera discreta presentan problemas de alcoholismo.

Hablaremos ahora de los efectos que trae consigo el uso del alcohol en los individuos, estos efectos se dividieron en mediatos e inmediatos aunque cabe señalar que estos podrían depender del tipo de organismo de la persona y de su personalidad.

Efectos inmediatos:

1. El consumo de alcohol repercute principalmente en el cerebro, ocasionando daños en el sistema nervioso central.
2. Disminución en el autocontrol, es decir en algunas personas puede ocasionar euforia, manifestando una conducta despreocupada, sin inhibiciones, sentirse alegre, etc. Pero en otras personas el efecto puede ser contrario, es decir un estado de depresión, en donde el individuo pudiese aislarse, sentirse triste, llorar, etc (De la Garza y Vega, 1983).

¹⁷ Citado en Tapia (1994: 182).

3. Pérdida del control psicomotor del individuo en donde "...disminuye la fuerza muscular, la coordinación manual y el tiempo de reacción" (R. Magie)¹⁸. Por este motivo no es poco frecuente que las personas que consumen alcohol en exceso sufran accidentes como es el caso de los conductores de vehículos que chocan estando ebrios.

4. Se manifiesta en el individuo la pérdida de memoria o amnesia temporal post-ingestión. Puede manifestar dificultad para recordar algunos detalles. Por ejemplo, un día antes estuvo bebiendo y al día siguiente no recuerda con exactitud lo que dijo o hizo (De la Garza, 1983).

Efectos mediatos:

5. El alcohol afecta diversas partes del cuerpo, como lo son: huesos, corazón, hígado, pulmones, páncreas, intestino delgado, glándulas endocrinas y sexuales, etc., pudiendo ocasionar un mal funcionamiento de acuerdo con el tipo de dosis, frecuencia y respuesta orgánica ante la ingestión de alcohol.

6. Las personas que son alcohólicas pueden manifestar una mayor posibilidad de contraer infecciones. Por ejemplo, un individuo que padece de herpes bucal puede ser debido a que su sistema inmunológico no responde adecuadamente en comparación con una persona que no bebe alcohol. Es decir que este individuo tendrá mayores dificultades para recuperarse de esa enfermedad, o quizás hasta existan ciertas complicaciones, en donde el foco de infección sea mayor o se originen otro tipo de infecciones, dado que el alcohol contribuye a un deterioro en su sistema inmunológico.

7. La ingestión de alcohol provoca desnutrición en el individuo, ya que el proceso normal de digestión y absorción de alimentos no se da de igual forma que la persona que no consume alcohol (R. Magie)¹⁹.

8. Las mujeres alcohólicas que se encuentran en estado de embarazo dañan el organismo del feto, provocando una serie de daños durante el desarrollo de su período de gestación. Además, esta concepción del daño ocasionando al feto no es nada nuevo. En el siglo XVIII se recomendaba a la madre tener precauciones en cuanto al uso de alcohol. *"Algunos de los problemas que afectan a los hijos de madres bebedoras son: peso reducido al nacimiento, tamaño menor que el normal, crecimiento y desarrollo lentos y anomalías del corazón, y de la estructura de los huesos de la cabeza"* (R. Magie, s/f)²⁰.

¹⁸ Citado en Suplemento Viva Mejor (s/f:5).

¹⁹ Citado en Suplemento Viva Mejor (s/f: 5).

²⁰ Citado en Suplemento Viva Mejor (s/f: 5).

2.3.2. Marihuana.

Es una planta silvestre que, al consumirse, provoca efectos narcóticos; su nombre científico es *cannabis* (De la Garza y Vega, 1983). Mechoulman²¹ descubrió en 1966 la sustancia psicoactiva que poseía la planta y la llamó delta-9-hidrocanabinol. Comúnmente se le conoce como THC.

En nuestro país el uso de la marihuana se remonta a tiempos ancestrales, con fines muy particulares. Sin embargo, a mediados del siglo XX se convierte en un hábito dentro de la juventud estudiantil y los medios artísticos, tomando un modelo de consumo estadounidense, cuyo común denominador era protestar contra una sociedad restrictiva (Viesca, 1994)²².

Además de esto, cabe mencionar que un punto de controversia es el referente a la legalización del uso de marihuana. En nuestro país no está legalizado su uso, su consumo, su producción ni su distribución. Sin embargo, en Estados Unidos se permite tener para su uso personal, aunque el tráfico de ésta se encuentra sancionado. Cabe mencionar que en Estados Unidos surgieron divergencias de opiniones respecto a la legalización o no de la marihuana. Una de las opiniones era que al permitir el uso de la marihuana disminuiría el uso de alcohol y tabaco. Sin embargo, es así que se da el caso de que se consumen incluso combinando estas tres sustancias (De la Garza y Vega, 1983).

Por otro lado el uso de la marihuana está asociado con diversos problemas: de acuerdo con una información obtenida por el servicio médico forense del D.F., en el año de 1990 se registraron un .5% de homicidios efectuados bajo los efectos del uso de marihuana; en este caso se trata de varones quienes habían cometido dicho delito. También se encontró que eran personas que habían fallecido por muerte súbita y además otras de ellas murieron en accidentes de tránsito, en ambos casos se encontraban bajo el efecto de la droga (Tapia, 1991)²³.

También el uso de marihuana tiende a ser consumida por población joven. Tan es así que Centros de Integración Juvenil dió a conocer en 1991 que el 40% de los pacientes atendidos a nivel nacional utilizaron esta droga, siendo la edad de inicio de consumo de marihuana entre los 11 y 15 años.²⁴

Un rasgo posiblemente característico de los consumidores de marihuana es que pueden convertirse en poliusuarios de drogas, en donde la marihuana pudiera combinarse con los alucinógenos, anfetaminas, barbitúricos y en ocasiones con heroína para posiblemente tener un mejor estado placentero (De la Garza y Vega, 1983).

La marihuana produce diversos efectos en la persona que la consume. Estos son:

²¹ Citado en De la Garza y Vega (1983: 77).

²² Citado en Tapia (1994: 10)

²³ Citado en Tapia Conyer (1994: 75)

²⁴ IBID (1994:75)

Efectos inmediatos:

1. Aumento de las pulsaciones del corazón, enrojecimiento de los ojos, disminución de la temperatura corporal y aumento del apetito, vértigo y ebriedad.
2. El individuo manifiesta un estado de euforia y más si las condiciones son favorables (por ejemplo el grupo de amigos).
3. Su sentido de identidad puede estar distorsionado.
4. Existe una hipersensibilidad de los sentidos, es decir, sensibilidad al tacto, a la visión y distorsión auditiva.
5. A nivel mental produce una especie de distorsión en la percepción del tiempo.

Efectos mediatos:

6. Existe la posibilidad de que el individuo tenga períodos alucinatorios, tanto visuales como auditivos. Por ejemplo, pudiera estar hablando con alguien que no está presente, creyendo que lo está, o bien manifestar que escuchan que hablan otras personas, pero en realidad ninguna otra escucha esas supuestas voces. Es decir, podemos hablar de un estado paranoico del individuo por el hecho de utilizar la droga
7. En el caso de usuarios inexpertos, ante el uso de esta droga puede susitarse un estado contrario a la euforia, es decir presentar angustia, temor y ansiedad (De la Garza y Vega, 1983).
8. El uso de esta droga provoca daños orgánicos, principalmente al pulmón, ya que a través de la inhalación de la sustancia se originan lesiones importantes.
9. Otro efecto perjudicial es sobre la reproducción humana. A este respecto se establecieron algunas conclusiones en un Congreso llevado a cabo en la Facultad de Medicina de Reims, Francia, en donde el profesor H. Tuchmann-Duplessis de la Universidad de Paris estableció que: "...la marihuana no produce hijos deformes pero destruye el embrión o feto en el seno materno" (Mann, 1990)²⁵. Por otra parte el Dr. Wylie Hembree de la Universidad de Colombia manifestó que existe una "...disminución en el número de espermatozoides, disminución de la capacidad de movimiento de los mismos..." (Mann, 1990)²⁶.

²⁵ Citado en Suplemento Viva Mejor (1990:14).

²⁶ Citado en suplemento Viva Mejor (1990:14).

2.3.3. Cocaína.

Se trata de un estimulante del sistema nervioso central. Dicha droga proviene de un arbusto que crece en América del Sur. Las hojas de éste son tratadas a través de un proceso por el cual son pulverizadas y al transformarse en un polvo blanco, es empleada de diversas maneras por el usuario; se puede inyectar la sustancia, masticarla o bien inhalarla (De la Garza y Vega, 1983). Con el empleo de esta droga el individuo obtiene un estado de excitación y euforia (Saper Francisco, 1990)²⁷.

Ahora bien, el consumo de cocaína se ha dado desde tiempos inmemorables; por ejemplo, los indios de la América meridional tienen la costumbre de masticar las hojas de coca para adquirir energías y que el trabajo que realizan diariamente sea hasta cierto punto menos pesado o bien para calmar el apetito (Valleur, Debourgh y cols, 1986).

Según Varenne²⁸, los verdaderos comienzos de la llamada “cocainomanía” se sitúan entre el año de 1902 y 1903, principalmente en Norteamérica, en donde el uso de la coca comúnmente se efectuaba mediante aspiración nasal.

Es importante aclarar que el árbol que produce la nuez de Kola, es utilizado para la producción de refrescos y del cacao. Anteriormente, en el año de 1891, en E.U. a los refrescos de cola se les incorporaba un extracto hecho a base de cocaína. Sin embargo, para 1906 se vieron forzados por la legislación “Pure Food an Drug Act” a cambiar el tipo de sustancia utilizada, de tal manera que empezaron a utilizar la cafeína (De la Garza y Vega, 1983). Por lo que no hay que confundir estos dos tipos de sustancias. Ya mencionamos que la cafeína se obtiene del árbol de Nuez de Kola, y además existen diversos tipos de productos como el café y el té que contienen cafeína y son considerados como excitantes menores pero que repercuten en mayor o menor medida en la salud (Valleur, Debourgh y cols, 1986). Cabe aclarar que en nuestro estudio no nos ocuparemos de sustancia (cafeína).

Por otro lado, el uso de la cocaína está asociada a diversos problemas como por ejemplo la incidencia del consumo entre aquellas clases sociales más favorecidas que cuentan con recursos económicos para adquirir la droga y utilizarla como parte de un “menú” en sus reuniones sociales, como si fuera un aperitivo más en su mesa (Viesca, 1994)²⁹. Podría ser que el uso de la cocaína esté asociado con el hecho de tener una actividad laboral o estudiantil ardua, en donde se observa, por ejemplo, que artistas famosos la han consumido para mantenerse con vitalidad para soportar la rutina de trabajo. O bien aquellos deportistas que para evitar el cansancio que produce alguna competencia, recurren a ella como una forma de mantener la energía. También podríamos decir que existen estudiantes que la utilizan para mantener un estado de “lucidez intelectual” ante la preparación de una clase, examen, trabajo etc. (De la Garza y Vega, 1983). Además existe un problema interesante asociado en el

²⁷ Citado en Suplemento Viva Mejor (1990:9).

²⁸ Citado en De la Garza (1983:112).

²⁹ Citado en Tapia-Conyer (1994: 16).

consumo, como lo es el llamado mercado negro de la droga donde se trafica y se dan situaciones de concentración de hechos delictivos. En México estas situaciones delictivas se observan principalmente a lo largo de la frontera norte del país y en la zona del litoral caribeño de Quintana Roo (Viesca, 1994)³⁰.

Sin embargo, en las clases desfavorecidas también se da esta situación, en donde se trata de adquirir la droga aunque no se cuente con los recursos económicos; los individuos ven la forma de adquirir el dinero para comprar la droga.

Podríamos decir que quizás uno de los motivos para utilizarla es la evasión de ciertas situaciones del mismo ambiente social, familiar e individual. La droga permite al individuo momentáneamente sentirse contento y olvidarse de los problemas, del cansancio, de un arduo día de trabajo, etc.

Estos son solo algunos de los diversos problemas con los que puede estar asociados el uso de la cocaína.

Adicionalmente de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (Tapia-Conyer, 1991)³¹ se obtuvo que en una población urbana entre 12 a 65 años de edad, el grupo que consume más cocaína se concentra entre los 12 a los 34 años. Los hombres tienen un mayor porcentaje de consumo de cocaína en relación con las mujeres. En lo que respecta a la población entre 35 a 65 años, los hombres tienen un porcentaje de consumo de esta sustancia de .41% y las mujeres de .01%. Como vemos, el consumo de dicha droga prevalece más entre los hombres.

Dentro de esta misma encuesta se encontró que un 32% de los usuarios mencionó que obtenía la droga principalmente de los E.U., Canadá y los Estados de la frontera norte. Esto nos proporcionó un elemento para ver la relación que existe entre el tráfico de drogas y el consumo de la droga.

Por otro lado, en 1991 de acuerdo con el C.I.J., el departamento de investigación informó que los pacientes atendidos durante ese año correspondía a un 1% de individuos que utilizaban cocaína, en donde 30% eran monousuarios y 70% poliusuarios de drogas. Encontrándose que el 85% eran hombres y el 15% mujeres los cuales consumían cocaína. Existiendo una prevaledida principalmente en el grupo de edad de 16 a 20 años siendo el porcentaje de 65% y en el grupo de edad entre 21 a 25 años era de un 20% de usuarios de cocaína. Como podemos observar, ha existido una tendencia a concentrarse el uso de dicha sustancia entre una población joven, principalmente entre los 12 y los 24 años.

Veamos ahora cuales son los efectos que provoca el uso de esta droga:

Efectos inmediatos:

³⁰ IBID: 16.

³¹ IBID: 77.

1. El individuo presenta síntomas de euforia combinados con una sensación de fuerza y vigor, proporciona, un sentimiento de estado de superioridad.
2. Su estado de ánimo cambia, es decir, si se encontraba fatigado o exhausto se convierte en un estado de exaltación anímica (De la Garza, 1983).
3. Trae consigo alteraciones orgánicas caracterizadas por aumento en la presión sanguínea; sus pupilas se encuentran dilatadas, se presentan problemas respiratorios, alteraciones visuales y auditivas (P.G.R., 1993)

Efectos mediatos:

4. Pueden suscitarse reacciones paranoides, como delirio de persecución.
5. La aparición de insomnio, es decir, tiene la persona dificultad para conciliar el sueño precisamente por ese estado de exaltación y de vigor al utilizar la droga en donde el individuo no se muestra cansado y se le pudiera dificultar mantener su ritmo normal de descanso.
6. Orgánicamente trae consigo efectos dañinos, ya que después de un tiempo de utilizar la droga, se observa pérdida de peso rápidamente, debilidad física, palidez extrema de la cara, mareos, vómitos, destrucción de las membranas nasales y destrucción del aparato respiratorio (P.G.R., 1993).

Cabe aclarar que el estado de euforia o exaltación que produce el consumo de cocaína permanece durante una hora aproximadamente. Sin embargo, al pasar el efecto sobreviene una sensación de cansancio, apatía y angustia, por lo que el individuo necesita de una nueva dosis de la droga, para volver a sentirse "bien". Claro que esto depende de la forma en que el organismo de cada individuo reacciona ante un estímulo (De la Garza y Vega, 1983).

2.3.4. Anfetaminas.

Estas drogas son comúnmente de uso médico; no obstante se ha hecho un mal empleo de ellas. Se trata de estimulantes del sistema nervioso central, que producen un estado de alerta y de actividad en el sujeto que las emplea. El uso de estos estimulantes se descubrió en 1930, siendo los primeros casos de uso toxicómano al final de la segunda guerra mundial. Actualmente estos productos son utilizados como una forma de mitigar el apetito, es decir, se usan como anoréxicos (De la Garza y Vega, 1983).

El uso de las anfetaminas está relacionado con algunos problemas; por ejemplo, existen casos de suicidio debido al consumo de éstas. Es decir, después de la ingestión de la droga y pasado el efecto de la dosis, el individuo presenta un cambio de comportamiento: va de la euforia a la manifestación de un estado depresivo. El individuo sumergido en esta depresión puede cometer actos suicidas. Claro que mucho tiene que ver la personalidad del sujeto así como las circunstancias ambientales de su entorno social (P.G.R., 1993).

Por otra parte de acuerdo al ENA (Tapia-Conyer y cols, 1990) encontraron que en la población urbana entre 12 y 65 años consumen anfetaminas y otros estimulantes en un .65% siendo más bajo el consumo de analgésicos y narcóticos con un .14% y por último los sedantes con un .10%. En la mujer se encontró un mayor consumo de esta droga, hay. 81% de mujeres que lo consumen y en los hombres es un .65%. Podemos observar que se incremento más en la mujer que en el hombre.

Dentro de los diversos efectos que trae consigo el uso de la sustancia se encuentran:

Efectos inmediatos:

1. Conducta irritable y agresiva.
2. Estado de ánimo eufórico.
3. Daños como resequedad bucal, náuseas, insomnio (De la Garza, 1983).
4. El individuo se encuentra en un estado de confusión mental (P.G.R., 1993).
5. Manifestación de agudeza mental y energía (Flowers, 1990)³².

Efectos mediatos:

6. Presenta un cambio en su conducta pudiendo ocasionar un estado depresivo, paranoia, alucinaciones, un estado psicótico, etc.
7. Provocar daños en el sistema cardiovascular, arritmias, fallas respiratorias (De la Garza, 1983).

Por otra parte este estimulante se ingiere o se inyecta.

2.3.5. Tranquilizantes.

Son sustancias que se encargan de deprimir la actividad del sistema nervioso central. Tienen por objeto calmar la ansiedad bajo su efecto en el organismo, produciendo sueño. Podemos establecer tres categorías entre las cuales encontramos las siguientes:

- a) Barbitúricos, por ejemplo: Nembutal, Seconal y Amital.
- b) No Barbitúricos, por ejemplo: Ecuamil, Placidel y Metacualona.
- c) Benzodiazepinas, por ejemplo: Librium, Valium y Ativan (De la Garza y Vega, 1983).

³² Citado en Suplemento viva mejor (1990:29).

El primer contacto que se tiene con el uso de tranquilizantes podría ser por prescripción médica, aunque cabe mencionar que en ciertas ocasiones el sujeto llega a utilizarlos por recomendación de algún familiar o un amigo (Cruz y Del Campo, 1994)³³. El uso de esta sustancia está asociado con problemas que posiblemente tienen que ver con el suicidio y/o muerte por sobredosis de tranquilizantes o con combinación de sustancias (es decir, después de utilizar una droga estimulante, por ejemplo la marihuana, el sujeto puede recurrir a la administración de tranquilizantes, con el fin de contrarrestar el efecto de excitación que produce dicho estimulante y volver a efectuar lo mismo, es una especie de círculo vicioso, un ir y venir, una especie de sube y baja, que en ocasiones puede provocar la muerte) (De la Garza y Vega, 1983).

Ahora bien de acuerdo con una información del Centro de Integración Juvenil a nivel nacional, en México en el año de 1991, entre los pacientes que recurrieron a este lugar para recibir atención en cuanto al uso de drogas, se encontró que un 3.9% de éstos consumía tranquilizantes como droga principal. Esto es solo un dato de los pacientes que el centro recibe, pero ¿qué hay de los efectos que produce el consumo de estas sustancias en el individuo? éstos son los siguientes:

Efectos inmediatos:

1. Visión doble de las cosas que observa.
2. Confusión mental, por la sensación de somnolencia producida por el uso de la sustancia.
3. Pupilas dilatadas, es decir el individuo puede presentar una apariencia de estar observando fijamente, como si estuviese como un zombi.
4. Disminución de reflejos precisamente por el cansancio producido (P.G.R., 1993).

Efectos mediatos:

5. Trastornos de la personalidad y del carácter.
6. Disminución de los latidos del corazón.
7. Muerte por depresión respiratoria (P.G.R., 1993).
8. Pérdida de peso.
9. Dolor de cabeza (De la Garza, 1983).

³³ Citado en Tapia-Conyer (1994:277).

2.3.6. Inhalables.

Los inhalables son solventes industriales y de uso doméstico, entre los cuales podemos encontrar: aerosoles, pintura, pegamento, thinner, gasolina, tintura de zapatos, acetonas, etc (De la Garza y Vega, 1983). Los primeros estudios que se realizaron por casos de intoxicación en E.U. fueron los efectuados en la década de los 40s., los cuales fueron efectuados por Clinger y Johson en el año de 1951; en México, uno de los estudios efectuados fue en el año de 1975 (Tapia-Conyer, 1994). Este tipo de problemas como lo es la inhalación de solventes se observa comúnmente en niños y adolescentes, siendo algunas de las posibles causas de intoxicación: la relación que existe entre problemas como la migración del campo a las grandes ciudades, la marginación, la falta de oportunidades de trabajo, el subempleo, la vagancia, el desamparo de los padres hacia los hijos, entre otros. Sin embargo, existen otras circunstancias para verse envuelto en este tipo de problemas como lo son la inhalación de solventes, ya que muchas veces el tipo de trabajo que desempeñan llega en ocasiones a que involuntariamente el individuo adquiera el hábito de las drogas; por ejemplo, el trabajar en una fábrica de zapatos donde el sujeto está expuesto al contacto directo con ciertos productos tóxicos, si no se tienen las medidas de seguridad adecuadas y al individuo se le facilita hacer un mal uso de esos productos puede existir posibilidades de drogadicción. Así como este tipo de trabajo pueden existir muchos más en los que el individuo se encuentra expuesto a ello. Por otra parte, este tipo de productos están al alcance de la mano y del bolsillo, hasta de las clases más desposeídas, que son quienes comúnmente recurren a dichas sustancias por su bajo costo. Por lo que respecta a el control de la venta de estos productos, es imposible llevar un control estricto puesto que existen muchos comercios en donde el producto es vendido a cualquier persona sin solicitar una identificación, verificar que no sea menor de edad, etc. También existen lugares en donde si solicitan ciertos requisitos para vender sus productos a través de un convenio con el gobierno del Estado de Nuevo León, con el fin de prevenir hasta cierto punto el problema de los inhalables (Tapia-Conyer, 1994).

A través del SISVEA, en el año de 1990 se detectó por medio del SEMEFO (Sistema Médico Forense) en el D.F. el porcentaje de individuos fallecidos que utilizaron solventes fue de 4.5%; de éstos el 10% eran casos de suicidio, el 14% de los casos de muerte súbita y el 9.3% correspondía a muerte accidental, accidentes laborales, en la vía pública y en el hogar (Tapia-Conyer, 1994).

Ahora bien, qué hay de los efectos que produce el uso de estas sustancias:

Efectos inmediatos:

1. Alucinaciones.
2. Pánico y/o euforia.
3. Pérdida de Inhibiciones (P.G.R., 1993).
4. Pérdida del sentido de la realidad.

5. Dolor de cabeza, vómito.
6. Irritabilidad.
7. Ansiedad.
8. Depresión (L. Cruz y Del Campo)³⁴.

Efectos mediatos:

9. Deterioro del aprendizaje.
10. Falta de memoria.
11. Daños en la nariz, faringe, pulmones, entre otros.
12. Estados psicóticos.
13. Enfermedades relacionadas con la producción de células sanguíneas originando problemas como la leucemia.
14. Deterioro de la capacidad auditiva (P.G.R., 1993).

Como hemos visto hasta aquí, éstos son solo algunos datos acerca del tipo de drogas que contemplaremos en nuestro estudio, por lo cual consideré importante establecer algunos aspectos generales referente a cada una de ellas.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

³⁴ Citado en Tapia- Conyer (1994: 274).

ASPECTOS TEORICOS DE LA PROBLEMÁTICA

3. PERFIL DEL ADOLESCENTE ADICTO A LAS DROGAS

3.1. La adolescencia como etapa de vulnerabilidad hacia las drogas.

La importancia del estudio va dirigido hacia los adolescentes como población más propensa a dicho fenómeno, por lo cual daremos una breve descripción de esta etapa en relación con las drogas.

El período de la adolescencia conlleva una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales para el individuo. Precisamente por estos cambios es que trataremos de entender a la adolescencia como un "...período crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una nueva dirección de su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad propia" (Krauskopf, 1983). Es precisamente en la búsqueda de su identidad como ser humano en donde el individuo está tratando de formarse una autoimagen de lo que es actualmente y cómo se verá en un futuro, preguntándose ¿Qué haré?, ¿Cómo seré?, ¿Cómo me verá en la edad adulta? etc.

En general se supone que el adolescente ha llegado a esta etapa con una serie de valores que han sido fomentados en la familia; sin embargo, al buscar su propia identidad, va a formarse una escala propia de valores luchando con aquellos que le ha transmitido su familia, los que él considera adecuados o inadecuados y la presión de una sociedad en constante cambio. De esta lucha va a tratar de hacer una discriminación de ellos para formarse unos propios. Pero además de tener la angustia propia de este período con los cambios normales de dicha etapa, tiene otras presiones como lo son: el "...encajar con un grupo de congéneres, complacer a los padres mientras se sienten desgarrados por sus deseos de separarse de ellos y los problemas sociales..." (Stamper, 1993).

Además, una de las características de esta etapa es el hecho de que al adolescente se le hacen fáciles todas las cosas, se siente hasta cierto punto como algo invulnerable, al que no le puede ocurrir nada. Su curiosidad por experimentar con las drogas hace que vaya dando los pasos hacia su propia destrucción, sin tomar en cuenta las repercusiones que le ocasiona (Barun, 1991).

Sabemos que no es solo la curiosidad del adolescente lo que hace que recurra a las drogas, si bien éste puede ser solo un factor que pudiera estar asociado al consumo de drogas por parte del joven. Otro de los factores que pueden estar asociados a este consumo es el grupo de amigos que tiene el joven. Para él no es suficiente convivir solo con la familia, sino que va buscando esa independencia del núcleo familiar y trata de satisfacer otras necesidades como lo es la aceptación, el compañerismo, sus gustos, sus preferencias, etc. los cuales va a satisfacer en un su grupo de amigos (grupo de pares). Esto es un proceso normal y hasta cierto punto saludable. Sin embargo, cuando el joven toma como modelo a un grupo de compañeros los cuales dentro de sus normas y reglas de grupo incluyen el uso de drogas. pudiera ser que en un

momento el joven tuviera que integrar para sí mismo y como parte del grupo esta regla a fin de ser aceptado de otra manera sería rechazado (Stamper, 1993).

Otro factor que sería importante señalar es la influencia que pudiera tener el consumismo en los jóvenes a través de los medios masivos de comunicación, los cuales producen mensajes dobles o contradictorios. Por ejemplo, podemos observar que en la televisión se transmiten comerciales en cuanto al consumo de las bebidas alcohólicas; es decir, se proyecta la imagen de una bebida la cual puede ser cerveza, vino, whisky, etc, e inmediatamente el mensaje que se transmite es la relación con algunas otras situaciones como lo es el dinero, las mujeres, la personalidad, un estado de placer y bienestar. Esto puede provocar en algunos jóvenes un ideal o prototipo de personalidad que en determinado momento puede intentar imitar, ya que esta etapa de la adolescencia tiene entre sus características la de seguir un modelo ideal. También sabemos que en esta etapa el individuo busca llamar la atención y estos mensajes se le presentan atractivos.

Hablando de este mismo ejemplo, no solo se presentan las imágenes en el televisor, sino que con letras pequeñas se dice "el abuso perjudica la salud". Esto resultaría contradictorio puesto que al momento de proyectar una imagen en donde la relacionamos con una serie de situaciones de bienestar o placer, luego decimos que nos puede dañar si lo hacemos en exceso. De tal manera que el joven estaría un tanto confuso ante tal mensaje. Esto es solo un ejemplo, lo mismo podríamos decir en cuanto al uso del tabaco, y otro tipo de artículos que hasta cierto punto intentan enajenar al consumidor y a su vez manejar confusión en los mensajes.

3.2. Factores que influyen en el adolescente para que utilice drogas.

Es difícil determinar con exactitud por qué los adolescentes usan drogas y cómo inician su consumo. Ya habíamos mencionado de manera general que existe una serie de factores que se interrelacionan dando como resultado que el individuo consuma drogas. Estos factores pueden ser de orden individual tomando en cuenta el aspecto biológico y psicológico, de orden familiar y de orden social.

Sin embargo, no existe una teoría exacta que nos mencione cada uno de los motivos reales que conducen al individuo al consumo de drogas. Por ello, sería conveniente conocer más de cerca lo que piensan y sienten aquellos adolescentes que han llegado a caer en este problema. Sería conveniente conocer primeramente lo que ellos manifiestan como motivos por los cuales recurrieron a las drogas y más aún, todos aquellos motivos latentes. ¿Qué queremos decir con ello?, que el adolescente puede enlistar una serie de situaciones pasadas, presentes y futuras en relación con su problema de adicción, pero que detrás de estos factores existen otros que quizás sean los principales y que él no se da cuenta de ello (Mussacchio, Ortiz., Pelicier y cols. 1992).

3.2.1. Factores individuales

Como podemos observar, los factores pueden ser diversos, ya sea latentes o manifiestos; enseguida trataremos de establecer un acercamiento de los posibles factores que están

relacionados con el consumo de drogas, principalmente en esta etapa que comprende la adolescencia.

Por lo que respecta a los factores individuales que pudieran originar el uso de drogas estableceremos dos vertientes: la primera corresponde al aspecto psíquico del individuo, el cual comprende toda una serie de características que tienen que ver con su personalidad. La otra vertiente se refiere al aspecto físico, el cual involucra ciertas características o sintomatología que origina cambios en el organismo del individuo (C.I.J. s/fa).

Abordaremos primeramente el aspecto psíquico de la personalidad del individuo. En esta etapa de la adolescencia, se originan cambios su personalidad, los cuales son normales; es decir, el muchacho pasa por un proceso en donde trata de encontrar su propia identidad. En esta búsqueda, los cambios se presentan. De tal manera que al enfrentarse ante la posibilidad de consumir drogas para enfrentar estos cambios es cuando empezaría los problemas. Algunos de estos factores son los siguientes:

1. La satisfacción de la curiosidad.- Existen individuos que aún y conociendo las implicaciones que lleva consigo el uso de drogas recurren a ellas con la finalidad de conocer “por ellos mismos” qué sensaciones produce en el organismo. En cierto modo sería una especie de “experimentación”, en donde tratan de conocer esas sensaciones de las cuales les han hablado y formarse un concepto propio de la utilización de la drogas. Sin embargo, hay individuos que a través precisamente de esa curiosidad van introduciéndose poco a poco a ese mundo ficticio que es la drogadicción (De la Garza y Vega, 1983).

2. El aburrimiento.- Existen momentos por los que quizás algunos de nosotros hemos pasado, en donde nada nos entretiene y entramos en un estado emocional que provoca una sensación de aburrimiento ante toda aquella actividad que efectuamos. Ahora bien, en la adolescencia ocurren también estos estados emocionales, pero cuando éstos se intensifican día con día y el individuo no logra en que entretenerse, podrían las drogas ser una alternativa más de entretenimiento y distracción. Quizás esto sea porque los individuos seguramente no encuentran alguna otra motivación más productiva en que ocupar su tiempo y sean las drogas la que le procuren estados más placenteros (Coleman, 1989). A este respecto William Burroughs, en su libro Yonqui, menciona: “Te haces adicto a los narcóticos porque no tienes motivaciones fuertes en ninguna otra dirección...”

Por otra parte el joven puede encontrar una serie de opciones en que ocupar su tiempo libre, como actividades culturales, recreativas, deportivas, etc., las cuales pudieran ser una mejor alternativas para mantenerse ocupado y no recurrir al uso de drogas. Estas actividades le proporcionarían un mejor desarrollo de su cuerpo y de su mente.

3. La depresión y la angustia.- Estos estados emocionales se encuentran presentes en mayor o menor medida en algunos individuos y se manifiestan por diversos motivos. Por ejemplo un muchacho puede sentirse angustiado porque su novia lo dejó, y sentir que no puede seguir adelante sin ella; otros ejemplos serían el sentirse feo físicamente y pensar que nadie lo quiere, por haber reprobado un examen, etc. Estos motivos pudieran ser una simpleza para el adulto;

sin embargo, para el muchacho significan mucho más que eso y para él son demasiado importantes. De tal modo que pudiera recurrir a las drogas para tratar de evadir estas dificultades, olvidarse momentáneamente de ellas, sentirse más seguro etc. (De la Garza y Vega, 1983).

4. La inseguridad.- Existen personas que tienen inseguridad en ellas mismas y que incluso la reflejan en sus actividades. Estas personas cuentan con una baja autoestima y se consideran incapaces de hacer algunas cosas; no logran identificar sus capacidades o quizás las minimizan y por otro lado identifican más defectos que virtudes. No tienen la suficiente confianza en sí mismos, de tal manera que a través del uso de drogas tratan de conseguir esa seguridad para realizar sus actividades con mayor confianza. La cuestión es que sin la droga no pueden hacer nada por ellos mismos ni darse el valor que tienen como personas (C.I.J. s/fa).

5. Deseo de expresar independencia.- En la adolescencia el muchacho comienza a tratar de formarse una concepción de sí mismo, que en ocasiones lo pone en un dilema entre si es un niño todavía o bien pudiera considerársele como un adulto. Lo que queremos decir con ello es que a veces pudiera tener el deseo de jugar como un niño de 9 años o bien en otras sentirse un adulto capaz de tomar decisiones razonables, asumiendo toda responsabilidad que esto implica. Este tipo de actitud es normal. Por otra parte cuando el muchacho intenta dar una imagen de independencia a través del uso de drogas, pudiendo argumentar que ya tiene suficiente edad para consumir bebidas alcohólicas, fumar o bien utilizar cualquier sustancia tóxica, esto se torna problemático. El no toma en cuenta las implicaciones que ésto conlleva, quizás simplemente trata de demostrar a sus padres y a sí mismo que ya es un adulto, el cual puede controlar, por ejemplo, su manera de beber o el uso de cualquier otra sustancia. Piensa que no podrá ocasionarle ningún daño si la toma de vez en cuando. Pero, la realidad es diferente, puesto que así es como comienzan algunos adictos a introducirse a ese ambiente, creyendo que pueden controlar la situación y es la droga quien pudiera llegar a tomar el mayor partido en este juego (De la Garza y Vega, 1983). Pudiéramos decir que en México es común que el inicio del uso de alcohol en la adolescencia (y del tabaco) sea percibido como “un rito de iniciación a la adultez”. Por ejemplo, los padres de familia pueden establecer como una costumbre que a determinada edad el hijo tiene permiso de beber alcohol, fumar, llegar a horas más tarde de lo acostumbrado, etc ; y con ello dan la pauta para que este se perciba como un adulto.

6. La tolerancia a la frustración.- Cuando uno se propone ciertas metas y no se pueden cumplir por una u otra razón, se buscan alternativas para resolver una situación determinada, la cual sería una forma de actuar más saludable que el quedarse lamentando un fracaso. Por ejemplo: si reprobó un examen de medio término de un curso X, lo que podría hacer es buscar alternativas a fin de que en el próximo examen yo apruebe, por lo tanto pudiera ser que yo buscara a alguien quien me asesorara en las dudas que tenga en clase, dedicar más horas de estudio, poner más atención en la clase, participar más etc., cuando una persona no tiene tolerancia a la frustración puede buscar caminos que no son muy adecuados; tomando el mismo ejemplo del examen reprobado, quizás el individuo no le de importancia, se quiera salir de estudiar, culpe a otros de su desempeño etc.

En el caso de las drogas, hay personas que poseen un nivel bajo de tolerancia a la frustración en donde las drogas pueden ser una alternativa de escape ante esa situación que no pudieron afrontar. Es decir, tratarán de olvidarse de lo ocurrido o bien sentirse más reconfortados usando la droga. Esto pudiera ser hasta cierto punto una conducta agresiva principalmente ante ellos mismos, porque fracasaron al no lograr su objetivo y por otro lado sería una forma de enfrentar a la sociedad como él posiblemente lo puede hacer drogándose (C.I.J. s/fb).

7. La influencia de amigos.- El joven a esta edad frecuenta amistades que comparten sus gustos, aficiones, distracciones, ideas, etc. Los amigos vienen a ser algo importante para él, ya que se comprenden mutuamente. Además, podríamos decir que el muchacho, al estar con sus amigos, adquiere la sensación de pertenecer a un grupo; y no solo eso, sino también el ser aceptado por otros (De la Garza y Vega, 1983). Sin embargo, hay grupo de amigos que tienen como hábito el consumir drogas y a su vez influenciar a otros para que lo hagan. Siendo así, el muchacho tratará de que lo acepten haciendo lo que el grupo le pide y de esta forma no ser rechazado. A veces, el formar parte de estos grupos no solo conlleva ese hábito de uso de drogas sino también toda una serie de características que lo hacen afin al grupo, como por ejemplo: una manera de vestir, de hablar, el uso de símbolos o signos, etc.

8. Inseguridad sobre su sexualidad.- El individuo, a través de los cambios corporales internos y externos empieza a madurar físicamente; no obstante, psicológicamente no siempre se encuentra totalmente preparado. Para algunos individuos resulta importante probarse a sí mismos y probarle a los demás que son capaces de conseguir una satisfacción sexual placentera. En ocasiones, esta satisfacción no se logra por diversos motivos que quizás tienen que ver con factores psicológicos de los cuales no entraremos en detalle. Ante tal situación el individuo trata en ocasiones de buscar a través de las drogas la satisfacción sexual, quizás por las supuestas características afrodisiacas que se le han adjudicado a las drogas. Lo que se consigue con el uso de ciertos estimulantes como el alcohol, marihuana, cocaína etc., es que “disminuyen las inhibiciones normales o que se intensifiquen las sensaciones de placer” (Coleman, 1989). El individuo, al utilizar la droga con este fin, no se da cuenta que está provocándose así mismo un problema posterior de adicción el cual le puede resultar difícil de enfrentar.

9. La tensión.- El individuo actualmente está expuesto a una serie de cambios dentro de nuestra sociedad como lo es la tecnología, los medios de comunicación, el ritmo de trabajo, etc. Asimismo, existen diversos problemas a los que se puede enfrentar dados estos cambios, por lo cual es importante que trate de adaptarse a un determinado modo de vivir. Sin embargo, nuestro organismo no es una máquina a la cual se le puede programar para que responda a un ritmo de vida diferente. Es necesario adaptarse poco a poco; el problema puede surgir cuando una persona empieza a tener dificultades orgánicas, como por ejemplo: padecimientos gastrointestinales, cansancio, pérdida de peso o aumento, temblores, dolores musculares, etc.; todos ellos propios quizás de enfermedades psicosomáticas, dada la tensión en la cual se desarrolla su vida. Pueden existir ciertos padecimientos como: ansiedad, nerviosismo, insomnio, etc. Todas estas enfermedades coaccionan que el individuo recurra al uso de alguna sustancia como tranquilizantes, anfetaminas, alcohol, entre otros. Esto quizá con el fin de calmar ciertas aflicciones (Coleman, 1989). Este consumo suele ser en ocasiones contraproducente, puesto que algunas personas que recurren al médico para tratar su padecimiento probablemente no

siguen al pie de la letra la prescripción indicada y abusan del medicamento; otros, por el contrario simplemente se autorecetan o siguen las sugerencias de amigos o familiares sobre el uso de cierto medicamento, porque a ellos les había dado resultado en enfermedades padecidas similares a las de él. Muchas veces no se le da importancia a éste tipo de situaciones y al final puede ocurrir que nos encontramos, por ejemplo, ante el deceso de un individuo por sobredosis de alguna sustancia.

3.2.2. Factores familiares.

Hasta ahora hemos señalado solo algunos de los factores individuales que pueden ocasionar la posible adicción a las drogas. Enseguida trataremos otro tipo de factores como son los de tipo familiar que posiblemente originan la adicción del adolescente.

1. Problemas familiares.- El hablar acerca de este aspecto sería muy amplio, por lo que en este rubro trataremos de generalizar sobre él, buscando mostrar un panorama que nos proporcione elementos centrales para su comprensión. Los problemas familiares con frecuencia se traducen en desavenencias y conflictos entre la pareja, aunque no siempre son entre ellos sino que a veces estos conflictos son solo con los hijos. Estos problemas pueden tomar distintas manifestaciones, como por ejemplo: económicos, de comunicación, personalidad, promiscuidad, hacinamiento, entre otros. Al momento de presentarse alguno de estos problemas, pudiera ocurrir que uno o más miembros de la familia canalizase sus inquietudes hacia la posible adicción a las drogas, esto con el fin de tratar de olvidar lo que le inquieta, buscando con ello momentos "más" placenteros que los que vive en el hogar (Llanes, 1982 b).

2. Presencia o antecedentes de adicciones en algún miembro de la familia.- A este respecto puede ocurrir que en la familia, los hijos desde la etapa de la niñez observen ciertos hábitos de los padres u otros familiares, los cuales se van quedando grabados en la memoria del niño y que a veces contradice los consejos que los padres pudieran dar al hijo, ya que éstos han visto lo contrario a través del ejemplo que le dan los padres. Para entenderlo mejor daremos un ejemplo: el hijo puede observar que su papa y/o su mama fuman y toman cerveza, que en la casa cuentan con un botiquín repleto de medicamentos para cualquier tipo de molestias, sea dolor de cabeza, estomago, dolor de muelas, insomnio, etc., y que además pueden autorecetarse cuando lo deseen. Con este modelo el niño va creciendo y va formándose un patrón de identificación con lo que los padres hacen (ya que el niño aprende por imitación). Ahora bien, al llegar a la adolescencia (o a veces antes), algunos individuos probablemente tratarán de imitar lo que les han enseñado y más que nada lo que han visto en cuanto a las conductas de los padres o de hermanos mayores. Por otro lado, cuando el muchacho empieza a fumar y a tomar bebidas alcohólicas, los padres probablemente no se pondrán tan alarmados puesto que éstas son sustancias legales y hasta cierto punto socializables. Sin embargo, cuando se dan cuenta que el jovencito tiene el hábito de fumar marihuana, de inhalar solventes, de utilizar cocaína, etc. es cuando les provoca mayor inquietud esta situación; aunque hay otros padres de familia que ni siquiera advierten la situación de la farmacodependencia de sus hijos. También se da el caso de familias en donde tanto los padres como algunos hijos mayores, tienen la tendencia a drogarse y que al incorporarse un miembro más de la familia a esa habituación representa probablemente para ellos una ganancia más ya que se estaría aceptando esta

“norma” familiar. Por el contrario, otras familias podrían ver esta situación como una enfermedad que se estaría propagando como una especie de contagio si varios miembros de la familia adquieren dicha habituación (Llanes, 1982b).

Es importante tomar en cuenta los mensajes que transmitimos en la casa, y no hablo solamente de los mensajes verbales, sino más bien de los mensajes transmitidos a través del comportamiento, que son los que tienen mayor impacto (Stamper, 1993). Por último, cabe mencionar que no todos los hijos de padres alcohólicos o drogadictos son farmacodependientes; esto depende mucho de diversos factores, como lo hemos estado mencionando.

3. Carencia de afecto y comprensión en la familia.- Tanto en familias de clase social favorecida como desfavorecida podrían manifestarse esta situación de carencia afectiva. En familias que tienen una posición económica más favorecida, los padres procuraran darle a los hijos todas las comodidades posibles y se la pasan trabajando, con el fin de generar cada vez más dinero para darles las comodidades que desea la familia; por ejemplo: estudiar en las mejores escuelas, asistir a sitios lujosos, vestir las mejores marcas de ropas, etc. Sin embargo, olvidan darles el afecto, el amor y una verdadera comunicación a sus hijos creyendo que eso no es necesario. Existen casos de farmacodependientes en donde los muchachos “han vivido con su familia, sin especiales rupturas y en un clima afectivo aparentemente normal” (Valleur, Debourg y Matysiak, 1988)., lo que posiblemente ocurre es que los padres creen que de haberle ofrecido un hogar estable y comodidades es más que suficiente. Sin embargo, se dan cuenta de que posiblemente exista una carencia afectiva entre la relación que han llevado padres e hijos.

Por otro lado, existen hogares que cuentan con características diferentes, en donde las condiciones económicas se encuentran desfavorecidas, se tiene muchos hijos, los conflictos familiares son más fuertes, etc. Probablemente por estas características, el individuo recurra a las drogas, porque se han olvidado de darle afecto, ya que se encuentran centrados en toda una serie de situaciones problematizantes, sin tomar en cuenta la necesidad de amor y afecto que tienen cada ser humano (Valleur, Debourg y Matysiak, 1988). Cabe mencionar que “es esta incomunicación la que conduce a la droga y no a la farmacodependencia del adolescente la que conduce a la ruptura de las relaciones familiares” (Llanes, 1982b).

4. Ausencia de los padres.- La carencia tanto física como emocional de los padres condiciona posiblemente al joven hacia el consumo de drogas. Esta ausencia puede ser por razones de divorcio, separación, viudez, abandono, pérdida de patria potestad o custodia, etc. Empero, se dan situaciones en los que ambos padres están presentes físicamente pero emocionalmente no lo están. Esto pudiera ser porque no les ponen atención a sus hijos, no les interesa lo que hacen, porque son personas egocentristas, etc.; en realidad puede haber un sin fin de motivos para esta ausencia. Estas dos condiciones de ausencia (tanto física como emocional) pueden ocasionar en el individuo un desequilibrio en donde la droga surge como una posible salida. Para Valleur y sus colaboradores son más los casos farmacodependencia de familias disociadas monoparentales.....que entre la población media. Claro que para afirmar esto habría que estudiarse más detenidamente esta situación en la actualidad (Valleur, Debourg y Matysiak, 1988).

5. **Dinámica familiar.**- Dentro de cada núcleo familiar existe una forma en como se desarrollan las funciones, las reglas, la autoridad, los límites, etc. Cuando éstos no se encuentran bien establecidos, aceptados y ejecutados, pueden surgir situaciones familiares que conducen a que la conducta del joven se desvíe posiblemente por este tipo de dinámica y ambiente familiar, encontrando mayores satisfacciones en el consumo de drogas (P.G.R., 1993).

Cabe aclarar que este punto será abordado más ampliamente en un capítulo posterior sobre la familia, en donde se hablaremos precisamente de estos elementos que componen la dinámica familiar. Hasta aquí hemos establecido algunos factores muy generales sobre este punto; ahora pasaremos a tratar el tercer y último factor que es el factor social.

3.2.3. Factores Sociales.

La farmacodependencia es un problema tanto social como de salud pública, cuyo origen implica la interrelación de una serie de variables socioeconómicas, culturales, individuales, familiares, entre otras. Estas se presentan en menor o mayor magnitud de acuerdo a las características del contexto social en el que vivimos; estas a su vez se modifican a través del tiempo, como del desarrollo de la sociedad. Ahora bien, ¿qué entendemos por factor social? para efectos de nuestro estudio serían "...aquellos que nos permiten contextualizar históricamente la naturaleza y manifestación del fenómeno para poder definir acciones viables que prevengan o ataquen de raíz su aparición" (C.I.J. s/fa).

Para tratar de entender esta definición daremos un ejemplo: En E.U. entre la década de los 60s y 70s existió una rebelión masiva en contra del gobierno por la situación que imperaba en ese entonces como lo fue la guerra de vietnam. Al parecer, esta rebelión pretendía lograr la paz, razón por lo cual se efectuaban manifestaciones en contra de las disposiciones gubernamentales. De tal modo que los jóvenes manifestaban su desacuerdo no solo con este tipo de protestas, sino también a través de conductas específicas como: desertión escolar, vagancia, consumo de drogas, entre otras. Esto es simplemente un ejemplo en un tiempo y un espacio, así como este caso, pudieron haberse presentado situaciones similares o diferentes en otros lugares del mundo, en donde posiblemente son un factor que probablemente propicia el fenómeno de la farmacodependencia.

Enseguida enunciaremos algunos posibles factores que dan la pauta para la aparición de la farmacodependencia, entre ellos encontramos los siguientes:

I. **La moda.**- Así como existen tendencias como el hecho de adquirir cierto tipo de ropa, manejar algún tipo de vehículo, utilizar cierto tipo de accesorios, etc., también existe la tendencia al uso de ciertas sustancias que van de acuerdo quizás al estrato socioeconómico, a la preferencia por una determinada droga, al tipo de lugares que se frecuentan, etc. Por ejemplo: en E.U. la cocaína estaba de moda entre la población joven que se dedicaba a algunos negocios importantes, en donde la droga vendría a ser lo que en un tiempo fue la moda de almorzar con un martini mientras trataba cierto tipo de negocios. En México, las clases sociales más desposeídas tienen la tendencia a utilizar cierto tipo de solventes, los cuales son inhalados, esto

lo efectúan en grupos o individualmente, principalmente niños y adolescentes. Por otra parte, el uso de tranquilizantes es un poco más común en las mujeres con la finalidad probablemente de utilizarlas para calmar los nervios, así como también el uso de anfetaminas son utilizadas con el objetivo de bajar de peso, para practicar con mayor energía un deporte, etc. (Coleman, 1989)

Este tipo de tendencias tiene mucho que ver en el contexto sociocultural y económico al cual se pertenece y varía desde cada país, cada estado, cada ciudad, cada municipio e incluso cada comunidad.

2. Situación económica.- Este punto tiene que ver no sólo con la situación económica del individuo y de la familia, sino también con la situación que impera en un país en un determinada época. Este factor tiene un influencia en el individuo, ya que algunas personas no consiguen adaptarse a su situación económica y ante las presiones en las cuales se encuentran como lo pueden ser mantener una familia, gastos médicos, desempleo, gastos escolares, pagos de servicios públicos, etc., pueden recurrir a la droga, probablemente para tratar de evadir todas estas dificultades. Podríamos incluso decir que el nivel de ingreso en el que se encuentre la persona podría determinar el tipo de droga a consumir, dado su poder adquisitivo, sin importar hasta cierto punto las consecuencias que esto conlleve a pesar de su situación económica y a su vez la forma en que la consumirá, en donde, y cuando (Dela Garza y Vega, 1983). Por el contrario, existen personas que tienen un nivel socioeconómico elevado y que sin embargo se ven envueltos en este problema en donde quizás su poder adquisitivo se vea deteriorado sin darse cuenta de las repercusiones que lleva consigo.

3. Desempleo.- Hay momentos en que la sociedad pasa por situaciones graves de desempleo, por diversos motivos, los cuales pudieran provocar en el individuo angustia, frustración, temor, depresión, etc., que lo orillarían en determinado momento hacia el consumo de las drogas para tratar de mitigar su condición emocional y sentirse, aunque sea momentáneamente, un poco más reconfortado aparentemente. El individuo entra en un estado quizás de pasividad y conformismo ya que es incapaz de adaptarse a su situación y buscar posibles alternativas, por lo cual le puede parecer más cómodo refugiarse en las drogas (C.I.J. s/fa).

4. Disponibilidad de drogas, y narcotráfico.- En algunos sitios más que en otros, podemos observar que predominan tanto los grupos de drogadictos, como las personas que se dedican a vender droga. Esto puede suceder tanto en comunidades carenciadas como en la colonia Garza Nieto, Independencia, Topo Chico, entre otras del area Metropolitana de Monterrey N.L., en la cuales encontramos individuos que son adictos a las drogas, así como individuos que se dedican a comprar y vender droga a personas que son adictas. Por ejemplo quizás existe una mayor incidencia de el uso de inhalables en comunidades de escasos recursos, dado lo barato y accesible de la droga en comparación con el uso de cocaína, que pudiera encontrarse quizás con mayor demanda en lugares que cuentan con mejores recursos económicos, aunque de una manera más discreta o disfrazada. Incluso podemos decir que existen lugares exclusivos para esta clase social en donde se vende y compra droga. En las reuniones sociales pueden tener una variedad de droga para que los invitados la disfruten, etc. Además podemos intuir de manera general que quizás estas personas adictas saben en donde localizar al vendedor. En sí, en ambas situaciones podemos encontrar este problema de disponibilidad de las drogas. El individuo,

teniendo estas alternativas para su consumo, puede ser posible presa de esta situación por el lugar en donde vive o de los lugares que frecuenta. También es importante mencionar que existen cierto tipo de sustancias como los tranquilizantes y las anfetaminas que son utilizadas por lo individuos sin que las autoridades correspondientes tengan un control adecuado de este tipo de hechos.

En lo que respecta al narcotráfico, consideramos que es una situación muy compleja, por lo cual no entraremos en detalles al respecto. Solamente consideramos necesario mencionarlo como un posible factor que interviene en este fenómeno, ya que en la sociedad existe una serie de intereses individuales, económicos, políticos y sociales relacionados con el narcotráfico y que en determinado momento involucran a diversas personas desde los individuos de clases sociales desposeídas hasta aquellos de clases sociales más favorecidas. En general las personas que se encuentran relacionadas con el narcotráfico pueden dedicarse probablemente a la producción, venta, distribución o consumo de la droga, ya que es muy amplio su campo en cuanto a este fenómeno (P.G.R., 1993).

5. Los medios masivos de comunicación.- Al hablar de medios masivos de comunicación nos referimos específicamente al radio, publicaciones oficiales, prensa, televisión y cine. Estos medios de comunicación, además de informar, en ocasiones deforman los mensajes transmitidos o bien tratan de convencer a la gente de lo que es «correcto» aparentemente. Por lo que respecta a su relación con el fenómeno de la drogadicción, los medios de comunicación pueden ser un arma de dos filos, ya que puede ser de utilidad o bien propiciar ciertas dificultades; quizá fomenten el consumo de alcohol y tabaco. Por ejemplo, la televisión transmite comerciales con el fin de que la gente consuma un determinado producto (alcohol) lo cual puede provocar una especie de enajenación a través de las imágenes y frases que se dicen en dicho comercial. Por otra parte, las publicaciones oficiales de alguna institución en particular puede a veces transgredir la información publicada. Por ejemplo en 1985 en Gran Bretaña en el Mail on Sunday, publicaron en un manual para médicos patrocinado por los laboratorios Beecham, el Dr. John Fry afirmaba que “Aunque es indeseable que los adolescentes abusen de los disolventes puede ser mejor eso que el tabaco o el alcohol, si es que han de hacer una u otra cosa” (Coleman, 1989). Con este tipo de mensajes se podría quizás atraer directa o indirectamente a las personas al consumo de sustancias adictivas.

6. Insuficientes servicios de seguridad pública.- La policía está al servicio de la seguridad social, a través de una serie de funciones del cuerpo policiaco. Sin embargo, este servicio con frecuencia es insuficiente para llegar a todas las comunidades y en ocasiones es deficiente, fomentando probablemente la aparición del fenómeno. Lo que queremos decir, en primer lugar, es que en el estado de Nuevo León no existen los suficientes elementos policiacos en relación al número de habitantes del Estado, por lo cual resulta difícil controlar el problema del narcotráfico. En segundo lugar existen algunos policías que son corruptos; por mencionar un ejemplo, hay policías que se dejan sobornar por muchachos drogadictos quienes a través de una cantidad de dinero dejan que sigan cometiendo actos ilícitos, o simplemente llegan a determinados acuerdos que favorecen tanto a ellos como a los muchachos (P.G.R., 1993).

7. Otro tipo de factores que posiblemente influyen en este tipo de problemática pudiera ser la insuficiencia de servicios públicos y de salud, falta de opciones deportivas, la migración y la marginalidad, el hacinamiento, la prostitución, la delincuencia, entre otros (P.G.R., 1993).

Hasta aquí solo hemos mencionado algunos posibles factores; sin embargo, éstos varían mucho de una sociedad a otra, al momento de aparecer como una posible causa del fenómeno. Por otra parte, no hay que olvidar que tanto los factores individuales, familiares y sociales se encuentran interrelacionados.

3.3. Aproximaciones sobre el perfil del farmacodependiente.

El individuo que utiliza drogas posee ciertas características muy peculiares, tanto de apariencia física, como psicológicas y sociales, las cuales se hacen presentes en mayor o menor medida en las personas. Además de estas características, debemos señalar la importancia que tienen los efectos producidos por la utilización de sustancias tóxicas empleadas solas o combinadas. Estas sustancias pueden ser por ejemplo la cocaína, la marihuana, los inhalables, las anfetaminas, el alcohol, los tranquilizantes, entre otras. Asimismo, los efectos que producen en cada individuo pueden ser diversos y posiblemente contribuyan a potencializar ciertas características de las que señalamos en un principio que pudieran estar presentes en algún grado o bien que en determinado momento surgieran como parte de la conducta del individuo farmacodependiente. Para explicar un poco mejor este aspecto daremos un ejemplo: supongamos que un individuo que normalmente presenta una conducta agresiva como ser conflictivo, ser majadero, golpear objetos, etc., al momento de utilizar una droga estimulante como lo es la marihuana, posiblemente vaya a potencializar ese tipo de conducta, configurándose en el una mayor manifestación de esta conducta u otras más. Es necesario mencionar que al momento de administrarse una droga pueden presentarse inmediatamente ciertos cambios específicos en la persona, diferentes a los que comúnmente tiene y de los que hablaremos más adelante, aunque existen otros que se presentan a largo plazo. Lo esencial es tratar de tomar en cuenta estos indicadores como una forma de señal de alerta ante la presencia de un individuo con problemas de drogadicción y más aun en la etapa de la adolescencia, ya que el individuo presenta cambios constantes propios de la etapa que pudieran confundirse con aquellos que se manifiestan a través del uso de drogas.

Por lo pronto enunciaremos a continuación algunas posibles características generales que presentan los adolescentes usuarios de drogas, iniciando con las que tienen que ver con el aspecto psicológico del individuo:

1. Inmadurez.- Se trata de individuos que poseen gran dificultad para resolver situaciones conflictivas, por lo que presentan conductas infantiles al momento de actuar, como por ejemplo: llanto, miedo, coraje, enojo, etc. Esto tiene que ver con la situación por la cual está pasando. Un adolescente con un estado de inmadurez excesivo puede tomar la decisión de utilizar drogas ya sea por un capricho, por uno enojo, por sentirse solo, por incomprensión, entre otras. Se trata quizás de una conducta inmadura, ya que el hecho de utilizar una droga por una situación particular no lo conduce a remediar lo sucedido.

2. **Dependencia.**- Este tipo de individuos tienen la tendencia a que otros les digan lo que tienen que hacer o dejar de hacer, ya que ellos no se consideran capaces de tomar una decisión y sentirse seguros de lo que quieren. No pueden decidir por ellos mismos, ni tomar la iniciativa; tienen que congraciarse con los demás, es decir, “hacerlo para quedar bien con el grupo”. Por ejemplo, si a un muchacho con estas características otra persona le insistiera en que utilizara drogas posiblemente lo haría dada su actitud dependiente y además de ser una persona a la cual se le puede convencer fácilmente.

3. **Baja tolerancia a la frustración.**- El individuo farmacodependiente no es capaz de adaptarse a situaciones que no se pudieron llevar a cabo como él quisiera que hubiese sido, por lo cual esto le produce un estado de malestar que no puede sobrellevar como otras personas diferentes a él, las cuales poseen un mayor nivel de tolerancia a la frustración. De tal manera que pudiera recurrir a las drogas como una manera de no sentirse tan frustrado (C.I.J. s/fb)

4. **Cambio en la conducta habitual.**- Un individuo farmacodependiente presenta cambios que pueden ir de un extremo a otro; por ejemplo, un muchacho que era disciplinado, atento, cumplido en cualquier tipo de relación social (escuela, trabajo, amigos, familia, etc) se pudiera volver desinteresado, indisciplinado, ineficiente, etc., dada la utilización de drogas.

5. **Presencia de estados de ánimo inestables.**- Sobre este punto nos referimos al hecho de que en la adolescencia existen ciertos cambios en el estado de ánimo, los cuales podríamos decir que son “normales”, ya sea que el individuo se encuentre por momentos triste, por otros esté contento, y quizás el día de mañana se encuentre enojado; pero esta situación se vuelve cotidiana al ser observada por otras personas (padres, hermanos, tíos, abuelos, etc) que conviven más con él. Sin embargo, cuando el muchacho incorpora el uso de drogas, estos cambios pudieran intensificarse aun más o bien presentar un estado de ánimo diferente del que acostumbra tener; por ejemplo, el individuo se puede encontrar deprimido, quiere estar solo, o bien el lado opuesto, muy alegre y querer estar rodeado de sus amigos (CONADIC, 1992).

En cuanto a las características sociales, tienen que ver con el entorno en el cual se desenvuelve el adolescente fuera del núcleo familiar, entre ellas se encuentran:

1. **Rechazo de amigos.**- Cuando el individuo utiliza drogas podemos advertir que los antiguos amigos a los cuales frecuentaba no son los mismos; ahora frecuenta a otro círculo de amistades que muchas de las veces no tienen muy buena reputación o se ve influenciado por éstos a hacer cosas que no quiere; por ejemplo: pertenecer a pandillas, ser delincuente, estar relacionado con el tráfico de drogas, etc.

2. **Participación en actos antisociales.**- El adolescente puede incurrir o formar parte de situaciones que a través del uso de drogas llega a cometer como: robos, suicidios, perturbación en la vía pública y/o lugares públicos, etc.

3. **Gastos desproporcionados.**- Es importante conocer qué tipo de gastos tiene un adolescente, con la finalidad de saber la cantidad de dinero que será necesario proporcionarle, ya que cuando éste comienza a tener gastos de más, los cuales no son justificados por él, sería importante

ponerse alerta ante tal situación, ya que el individuo pudiera estar utilizando ese dinero para comprar la droga (CONADIC, 1992).

Por lo que respecta a las características orgánicas del farmacodependiente, se trata más que nada de síntomas visibles que presentan este tipo de individuos y que nos muestran un indicio sobre la posible administración de drogas.

Orgánicas:

1. Presencia de vómito y mareos
2. Pérdida de peso y apetito
3. Sudores continuos
4. Temblores en las manos
5. Ojos enrojecidos y pupilas dilatadas
6. Manifestación de visiones y/o escuchar voces o sonidos
7. Presencia de insomnio o el permanecer dormido por mucho tiempo (C.I.J. s/fc).

3.3.1. Características sociodemográficas y uso de sustancias.

Como vemos, éstas son solo algunas características muy generales que nos dan una aproximación para conocer como se pudiera identificar a un individuo que utiliza drogas, sin olvidar las recomendaciones que hicimos en un párrafo anterior. No obstante, existen otro tipo de características que tienen que ver con cuestiones sociodemográficas y sobre el tipo de sustancias. Para ilustrar de una mejor manera este aspecto, daremos a conocer algunos resultados sobre una investigación realizada por Centros de Integración Juvenil A.C. a nivel nacional sobre aquellos pacientes de primer ingreso atendidos en el año de 1990. La investigación se efectuó en 47 centros locales de la República Mexicana con una muestra de 4,597 pacientes, Enseguida hablaremos de estos resultados.

Se encontró que es más común el uso de drogas en individuos del sexo masculino (91.5%) que en individuos de sexo femenino (7.5%). El estado civil de estas personas tuvo un predominio en aquellos con una condición de solteros (68.8%) y la de casado (15.0%), seguido de aquellos en unión libre (5.9%), separado o divorciado (2.6%), viudo (0.2%) y por último un 7.6% para aquellos de los cuales no se obtuvo información alguna.

Ahora bien, en lo que respecta al grado de estudios de los pacientes, se reportó un predominio en aquellos que tenían secundaria incompleta (7.7%), secundaria completa (5.6%), primaria completa (5.5%) y primaria incompleta (4.3%), seguidos de preparatoria incompleta o equivalente (3.0%), preparatoria completa o equivalente (1.9%), estudios superiores (1.4%). Cabe mencionar que en el 70.6% de los casos los pacientes no proporcionaron información al respecto. Por lo que respecta al tipo de ocupación desempeñada, se obtuvieron los siguientes datos: Predomino de aquellos que no tienen ningún oficio (7.1%), estudiantes y empleados de oficina (4.3%), seguidos de oficios (2.9%), subempleados (2.0%); a la categoría de obreros y los que cuentan con un negocio propio le correspondió 2.0 y 1.7% respectivamente; la categoría de aquellos que se dedican al hogar fue de (0.8%), los profesionistas (0.3%) y por

último los agricultores (0.1%). Por último cabe señalar que el 74.8% de los pacientes no proporcionaron información sobre este rubro (C.I.J., 1992b).

Se observó que los estratos socioeconómicos a los cuales pertenecían los pacientes eran principalmente los estratos medio bajo en un 22.7% y bajo en un 29.2 %; el estrato medio alto presento un porcentaje de 23.3% y el estrato alto un porcentaje de 0.8%, por último cabe considerar que el 45.0% de los datos no presentaba información sobre este rubro. Podemos observar que predominan más aquellos de estratos socioeconómicos, bajos probablemente porque se trata de una institución de servicio al público y no privada, por lo cual es característico que su demanda sea más por este tipo de pacientes que otros (C.I.J., 1992b).

Otro aspecto interesante que se abordó en el estudio fue en relación con el uso de sustancias, por lo cual se detectó que la edad de inicio en el consumo de drogas de dichos pacientes a nivel global tuvo un rango de edad con un alto porcentaje en las edades de 15 a 19 años (40.1%), de 10 a 14 años (34.0%) y por último aquellos con edades entre los 20 a 24 años (6.5%). También se detectó que la droga de inicio más común fue la marihuana (44.4% de los casos), seguida por los inhalables (31.8%) y el alcohol (11.5%). Por lo que respecta al grado de farmacodependencia, predominaron los de tipo funcional (40.4%), disfuncional (17.5%), seguido del ocasional (14.2%), exfarmacodependiente (0.6%) y por último los que no contaban con ninguna información eran 20.0% (C.I.J., 1992b).

Por otra parte existen otros indicadores como el tipo de lugar que acostumbran frecuentar (principalmente los adolescentes). Estos lugares pueden ser:

1. La vía pública, como los cruceros de avenidas, por las calles, en las vías de el tren etc.
2. Lugares escondidos y de difícil acceso, como callejones, lugares escondidos, esquinas con poca iluminación, terrenos baldíos, casas deshabitadas, etc.
3. En la escuela en horas de descanso, en el patio de la institución, en los sanitarios del plantel, a la hora de la salida, etc.
4. En el domicilio del farmacodependiente, ya sea en un lugar en donde él puede encontrarse solo dentro de la casa.
5. Existen otro tipo de sitios en donde, por el tipo de ambiente que se da, son propicios para el uso de drogas, como por ejemplo: bares, centros nocturnos, fiestas particulares entre otros. Claro que no todos los sitios como estos se propaga el uso de drogas; hay lugares en donde no se efectúa y está prohibido; sin embargo, es difícil de detectar (C.I.J., 1992a.).

4. LA FAMILIA DEL FARMACODEPENDIENTE

4.1. Conceptos generales sobre familia.

Antes de hablar acerca de la dinámica familiar que se presenta específicamente en individuos que enfrentan problemas con el uso de drogas, sería importante mencionar algunos conceptos generales sobre la familia para tener un marco de referencia de donde partir y de esta manera ubicarnos más fácilmente en el fenómeno a estudiar.

El hombre es un ser social por naturaleza, por lo cual es necesario e indispensable para su desarrollo psicosocial que sea capaz de entablar todo tipo de relaciones sociales. Ahora bien, el primer contacto que el individuo establece es con la familia, ya que es el primer grupo con el que tiene relaciones y de ahí enfrenta posteriormente el mundo exterior, depositando en éste lo que ha aprendido en su núcleo familiar. Si bien es cierto que el individuo posee ciertas características que son instintivas en él desde el momento de nacer, como por ejemplo: cuando el bebé tiende a succionar con su boca por la necesidad de comer, el llorar porque siente frío, etc. son algunos respuestas biológicas e individuales. Sin embargo, el aprendizaje para el control de estos instintos y de muchos otros es transmitido principalmente por su familia de origen y después por otros individuos que se encuentran fuera de ésta. Por lo ello podríamos decir que aquel individuo que pretenda vivir solo y no tener ningún contacto social, posiblemente se podría convertir en un individuo desintegrado como ser humano (Ackerman, 1974).

Por otra parte, la familia es tan antigua como lo es la especie humana, ha sufrido modificaciones a través del tiempo, del lugar y de las condiciones socioculturales de cada pueblo. En ella no hay nada fijo e inmutable a excepción de que siempre esta presente en nosotros de una u otra forma (Ackerman, 1974). Pero entonces, ¿qué podríamos decir que es la familia?. Existen diversas definiciones al respecto que han establecido tanto sociólogos como antropólogos, médicos, psicólogos, psiquiatras etc.; sin embargo, trataremos de dar dos definiciones que se acerquen un poco más al fenómeno que queremos estudiar y lo que representa para nosotros el término.

La familia es:

Un grupo social más o menos permanente, que tiene su origen en el matrimonio (no necesariamente monogámico), compuesto por personas emparentadas entre sí (tanto por consanguinidad como por afinidad), que viven en una misma unidad residencial (aunque puede haber ciertas excepciones), que tiene una organización que comprende una atribución de estatus-roles para cada uno de sus miembros, que cumplen funciones sociales e individuales bien definidas... (Ribeiro, 1997).

Para fines prácticos, ésta es una definición que se aproxima al término que abordaremos en nuestro estudio. No obstante, sería necesario mencionar algunos otros elementos que serían de utilidad para ampliar esta definición en donde la familia comprende:

un grupo primario formado por padre(s) e hijo(s) y eventualmente otros parientes, unidos entre sí por lazos múltiples y variados, que se apoyan y ayudan de manera recíproca y que cumplen diversas funciones en beneficio mutuo y de la sociedad (Ribeiro, 1997).

Una vez que hemos establecido lo que es para nosotros el término familia, cabría mencionar que ésta pasa por un ciclo que comprende varias etapas como: el nacer, crecer, reproducirse y morir. También es un sistema de tipo abierto que se comunica con otros sistemas, como el biológico, el psicológico y el social. Dentro del sistema familiar existen una intercomunicación con diversos sub-sistemas los cuales comprenden:

1. El sub-sistema marital (la pareja).
2. El sub-sistema padres e hijos.
3. El sub-sistema hermanos.

Sin olvidar que existen otros miembros en la familia que pudieran formar parte de alguno de o de otros sub-sistemas, como por ejemplo: tíos, abuelos, primos, nietos, amigos, vecinos, etc., los cuales pudieran vivir bajo el mismo techo por diversas razones (Estrada, 1982). Bajo estas condiciones, en la familia se da una serie de relaciones que pueden favorecer o dañar el sistema familiar, dependiendo de la forma en que aparecen y de la manera en que se establecen tales relaciones familiares a través del ciclo vital de la misma. Además de esto, es necesario poner atención en la forma en que interactúan los diversos sub-sistemas que mencionamos anteriormente.

La familia tiene como objetivo la satisfacción de necesidades de cada uno de sus miembros y el cumplimiento de sus expectativas, tanto individuales como de grupo, a través de las diversas etapas por las que pasa. La tarea fundamental de ésta es la socialización del individuo y el desarrollo óptimo del mismo desde el punto de vista psicológico, biológico y social, a fin de lograr adaptarse al medio en el cual se desenvuelve (Tocaven, 1976).

Una vez que hemos aclarado cual es el objetivo y la tarea principal a desempeñar por parte de este grupo, es importante mencionar las diversas funciones que tiene que efectuar:

1. La procreación, que consiste en perpetuar la especie.
2. La protección y seguridad, tanto física como emocional, de cada uno de sus miembros, es decir, se ocupa de salvaguardar tanto el aspecto de salud físico como mental (Tocaven, 1976).
3. La provisión de ciertas necesidades materiales, como lo es una casa, abrigo, sustento económico, etc.
4. La educación de sus integrantes con el objeto de desarrollar la capacidad del individuo, su intelecto, su creatividad, etc. Y poder hacerle frente a la vida preparado en estos aspectos.
5. La socialización a través de la convivencia con este primer grupo que es la familia y luego con otros grupos externos a ésta, tratando de lograr la adaptabilidad del individuo al medio externo.

6. El moldeamiento de roles sexuales con el fin de lograr configurar una identidad primeramente como familia y posteriormente una identidad individual que conlleve a un proceso de maduración y realización sexual.

7. El establecimiento de relaciones afectivas y de amor en la familia a través de la unión de ésta (Ackerman, 1974).

Estas son algunas de las principales funciones que consideramos importante mencionar para darnos una idea del funcionamiento ideal que debería de tener la familia; sin embargo, sabemos que no siempre es así ya que éstas pueden darse en mayor o menor medida, o simplemente no efectuarse por diversas razones en las cuales no nos detendremos a desarrollar. En este apartado pretendíamos proporcionar algunos elementos muy generales para enfocar nuestra atención principalmente lo que configura a la familia y más que nada las funciones que debe de llevar a cabo. En el siguiente apartado hablaremos de lo que se da al interior de la familia, a través de la dinámica que existe entre los sub-sistemas familiares, qué elementos componen esa dinámica familiar y en qué consisten, para posteriormente introducirnos al ambiente familiar de el individuo adicto a las drogas.

4.2. El sistema familiar y su dinámica.

Cada familia posee características propias que la diferencian de otras familias. Además, como grupo social primario, establece una dinámica específica que viene a dar un tipo de estructura familiar.

Cabe señalar que, además de establecerse una dinámica específica en el núcleo familiar, no hay que olvidar que ésta es un sistema en el cual sus miembros están en constante acción y reacción ante diversas situaciones. De tal manera es necesario distinguir entre dos tipos de sistemas familiares: el sistema abierto y el sistema cerrado; éstos poseen características específicas de acuerdo a la influencia de factores externos.

En el sistema abierto se identifica el tipo de autoridad bien definido, el cual está basado en el respeto a cada uno de sus integrantes. Por lo que respecta a la comunicación y a las reglas del grupo, se encuentran establecidas de una forma humanitaria, abierta y actual. Por el contrario, el sistema cerrado se caracteriza por la existencia de subordinación por parte de los integrantes del grupo familiar hacia la figura de autoridad, no tienen posibilidad de cuestionar las ordenes establecidas; además, la comunicación y las normas son poco claras y siempre con un matiz de sometimiento (Meave, 1994). Podríamos decir que de acuerdo a la influencia de ciertos factores externos (sociales, culturales, geográficos, económicos, etc), los cuales podrían afectar y quizás ser consecuencia de una determinada configuración del tipo de sistema familiar con el cual nos encontremos. Así como también podríamos identificar ciertas características inherentes a un tipo de sistema familiar de las cuales ya hablamos.

Por otra parte, hacia el interior del grupo se dan tres tipos de subsistemas los cuales son:

- a) Subsistema marital o conyugal.- Es el formado por la relación que se establece entre la pareja de esposos.
- b) Subsistema paterno filial.- Consiste en la relación que se establece entre padres e hijos.
- c) Subsistema fraterno o fraternal.- Esta constituido por la relación que se da entre hermanos.

Estos tres tipos de subsistemas van a manifestarse de forma distinta y de acuerdo al tipo de sistema (abierto o cerrado), además de establecer una interrelación unos con otros y creando a la vez una dinámica familiar específica (Meave, 1994).

Cuando hablamos de dinámica familiar queremos entender la forma en la cual se están relacionando los diferentes elementos del sistema familiar entre sí. Los elementos a los que nos referimos son: el tipo de autoridad que se ejerce, los roles que desempeña cada miembro del grupo, la forma de comunicación que se establece en las relaciones familiares, etc. También es necesario identificar qué tanto están unidos o separados y si los miembros del grupo familiar promueven tal unión o separación. Por otra parte, los integrantes del grupo familiar quizás pueden crear, a través de la forma en que se manifiesta la dinámica, una familia con condiciones sanas o enfermas, tanto física como mentalmente; por lo cual iniciaremos hablando de algunos elementos que integran la dinámica y posteriormente los relacionaremos con el ambiente que se vive en una familia con individuos adolescentes con problemas de farmacodependencia.

Entre los elementos que consideramos importante destacar dentro de la dinámica familiar se encuentran los siguientes:

- a) Comunicación.
- b) Autoridad.
- c) Reglas o normas.
- d) Roles.

a) La comunicación .-Es un proceso en el cual intervienen tres componentes: el emisor, el receptor y el mensaje enviado. A través de este proceso el individuo transmite ideas, pensamientos, actitudes, sentimientos, etc., a todas aquellas personas con las cuales interactúa (Quintanar, s/f)³⁶.

De acuerdo a la forma en que el mensaje es expresado, la comunicación puede ser:

- a) Verbal.- En este proceso empleamos la palabra para transmitir el mensaje, el cual va del emisor al receptor.
- b) No verbal.- Se refiere a todas aquellas actitudes y conductas corporales que son observables en el receptor y que indirectamente son manifestadas por él; éstas son identificadas por el emisor (Meave, 1994).

Por otra parte, la comunicación es uno de los elementos principales que intervienen en la dinámica familiar, ya que continuamente transmitimos mensajes; además, es necesario prestar

³⁶ Citado en Hernández, Martínez y Vazqu ez (s/f:106).

atención respecto a la concordancia de nuestras palabras con nuestras actitudes, a fin de que sea bien entendida y no crear dobles mensajes que creen posiblemente confusión. Por ejemplo: el padre observa en el hijo una actitud de enojo, ante lo cual le pregunta: ¿Por qué estás molesto? y el hijo le responde, no estoy molesto; sin embargo la actitud que el hijo demuestra refleja totalmente lo contrario, por lo cual a través de estas barreras se tiende a confundir lo que realmente se quiere transmitir.

Una característica importante en la comunicación humana es el matiz afectivo, el cual a veces complica más el proceso de comunicación. En situaciones en donde la familia se encuentra en estados de tensión críticos, los mensajes pudieran ser oscuros e indirectos, por ejemplo: cuando alguien de la familia se ha quedado sin empleo; quizás en ese momento el individuo no logre expresar adecuadamente sus ideas reales; sin embargo, cuando vuelve la calma y pasa la angustia se aclararían las cosas, de esta manera se transmitiría de forma directa lo que se pretende llevar a cabo, lo que siente, sus expectativas, etc. (Calderón, 1995).

b) La autoridad.- En todas las familia pueden existir o no una forma determinada del ejercicio de la autoridad, es decir una manera de dirigir y manejar las situaciones familiares de los miembros que la componen. La autoridad puede manifestarse a través de tres formas distintas:

a) Autoridad rígida.- Ella es ejercida de manera estricta y en ocasiones puede causar fricciones entre quien la ejerce y quien la recibe, formándose probablemente relaciones familiares conflictivas e incluso asfixiantes.

b) Autoridad flexible.- Se observa mayor disposición para efectuar cambios y ajustes de acuerdo al crecimiento de los hijos y/o el ciclo de vida familiar, procurando mantener una relación más armoniosa y madura a fin de fortalecer el desarrollo individual de sus miembros.

c) Autoridad sin límites.- Esta forma de autoridad esta caracterizada por una inconsistencia en sus disposiciones y además es permisiva. Por lo que respecta a su ejercicio, se manifiesta variable y sin control.

Es importante aclarar que hay familias en las cuales no existe autoridad alguna, es decir, nadie asume sus ejercicio, cada quien actúa como cree conveniente y no existe castigo o censura por los actos efectuados (Meave, 1994).

c) Las reglas.- Cabe señalar que el tipo de autoridad que se ejerce implica a su vez la disposición de ciertas reglas o normas a través de las cuales se establecen las relaciones familiares. Las reglas son una serie de expectativas de la forma en que deben conducirse los miembros de la familia; es decir, qué aspectos son permitidos y cuáles no; además, indican qué tipo de consecuencias conlleva el acatarlas y el desobedecerlas. Distinguiremos entre dos tipos de reglas:

a) Las expresas.- Consisten en disposiciones sencillas y triviales, las cuales pueden ser discutidas abiertamente e incluso modificadas por los miembros de la familia; por ejemplo: es

una regla el evitar tener encendidos dos aparatos eléctricos (radio y televisión) cuando no es necesario.

b) **Las tácitas.**- Son aquellas que llegan a ser aceptadas pero no se reconocen ni se discuten abiertamente; por ejemplo, una regla pudiera ser, no hay que levantar el tono de voz cuando se esta llamando la atención a alguien de la familia; sin embargo, el individuo afectado puede adoptar otra actitud, permaneciendo molesto pero a la vez aceptando la situación y no levantar el tono de voz (W. Richardson, 1993).

Las reglas pueden presentar las mismas características del tipo de autoridad ejercida (de la cual hablamos en párrafos anteriores); en ocasiones las reglas son útiles para mantener el equilibrio familiar, pero en otras ocasiones son injustas y hasta pueden perjudicar dicho equilibrio por la forma de manifestarse (Meave, 1994).

d) **Los roles** .- Se trata de otro elemento interesante que se manifiesta en el grupo familiar, estos consisten en la asignación de funciones y tareas a desempeñar por cada integrante del grupo.

Existen dos tipos generales de roles a desempeñar:

a) **Papeles tradicionales.**- Son aquellos que el medio social-cultural ha asignado al individuo de acuerdo al lugar que ocupa en la familia. El cual puede ser: de padre, madre, hijo(a), abuelo(a), etc. según sea la situación; por ejemplo, el padre puede tener la función de proveedor económico, mientras que la madre puede asumir la función del cuidado y crianza de los hijos.

b) **Papeles idiosincráticos.**- Estos constituyen la contraparte de los primeros; se caracterizan por ser desviaciones de los primeros. Además han sido asignados por la misma familia en relación con los problemas propios y a su actitud. Por ejemplo, algunas veces encontramos familias en las cuales sus miembros llevan consigo ciertas etiquetas impuestas por el mismo grupo familiar, entre las cuales encontramos aquellos individuos considerados como: el débil, el enfermo, el rebelde, la oveja negra, entre otros. En general podríamos decir que estas etiquetas son impuestas por algunos miembros de la familia y a su vez asumida por otros (Meave, 1994).

Además, dentro de este juego de roles o papeles a desempeñar puede presentarse una dinámica de subfuncionamiento o sobrefuncionamiento de roles. Al hablar de subfuncionamiento queremos entender a aquel individuo que permite que otros hagan las cosas que le corresponden a él, porque se considera incapaz de hacerlo y a su vez adopta una postura de "yo no puedo". El sobrefuncionamiento hace referencia a aquel individuo que se considera más capaz, responsable y maduro para llevar a efecto las cosas (W. Richardson, 1993).

En una relación familiar con condiciones negativas, existe por lo general un subfuncionamiento y un sobrefuncionamiento, que incluso a veces es permitido por quien lleva la etiqueta sobrefuncional, por ejemplo: la madre de familia asume trabajar para ayudar al gasto familiar y a la vez hacerse cargo de todo lo que involucran los quehaceres domésticos y no permite que le ayuden a efectuarlos; sin embargo, se queja de que nadie colabora con ella.

Por otra parte, en condiciones positivas, también se da esta doble funcionalidad; sin embargo, la diferencia estriba (tomando el ejemplo anterior) en que llegará un momento en que la madre adopte una postura más aligerada en cuanto al trabajo, permitiendo en determinado momento que otro miembro de la familia colabore con ella haciéndose éste cargo de otras funciones. Cabe aclarar que esta situación es discutida entre los miembros del grupo a fin de llegar a un acuerdo y a su vez aceptarla.

4.3 Familia y drogadicción.

Ya hemos mencionado en otros capítulos que los primeros años del hombre constituyen la base para definir el tipo de personalidad de cada individuo. Es por ello que consideramos importante el papel que juegan los padres en el desarrollo de cada una de las etapas por las que pasan sus hijos (Solchany, 1979). En el caso de la adolescencia, que es el punto que nos ocupa, cada individuo tiene definida una personalidad, la cual a su vez posiblemente se ve influenciada por el tipo de ambiente en el cual se ha desarrollado y que percibe actualmente.

A su vez, cuando en la familia aparece el fenómeno de la drogadicción en uno o varios de sus miembros, cabría detenernos a pensar y además advertir ciertas deficiencias en algunos de los principales elementos que configuran la dinámica familiar, así como también algunas condiciones en la forma en que se hace presente la dinámica familiar; sobre todo aquella dinámica que establecen y que concierne a los padres o tutores del adolescente, los cuales en determinado momento podrían generar dicho problema.

Veamos ahora un poco más despacio como se manifiestan ciertas deficiencias en los elementos de la dinámica familiar.

1) Comunicación.- Existen hogares en los cuales se generan mensajes contradictorios. Una de las múltiples situaciones que se podrían percibir es que existiera la tendencia, ya sea a través de alguno o algunos miembros de la familia, al consumo de sustancias que producen adicción como: psicofármacos, alcohol, café, etc. Estas, al ser administradas por la persona, posiblemente pretenda con ello calmar las angustias, ansiedades, inhibiciones, etc. Sin embargo, estos individuos no puede ver en otros su propia conducta, ya que la consideran reprobable aunque en ellos no sea así; es como si quisieran decir a través de una frase: <haz lo que yo digo pero no lo que yo hago>. Es precisamente a través de este ejemplo donde se observa esta duplicidad en el mensaje. Con este tipo de comportamiento se va construyendo una proyección hacia el resto de la familia, una especie de modelo donde el pensar y controlar los impulsos no existe, por lo cual el utilizar estas sustancias u otras más podría sustituir el pensar (Kalina y Chimera, 1988). Podríamos decir que a través de este modelo se genera una posibilidad en el adolescente con un comportamiento preadictivo, que al unirse al uso de sustancias tóxicas pasa a una categoría adictiva.

También es importante mencionar que el adolescente es capaz de identificar el tipo de comunicación que se establece en su familia, detectando a través de la comunicación verbal o no verbal características tales como: la indiferencia hacia los mensajes transmitidos, dobles

mensajes, agresión, carencia afectiva entre otras. Con ello, el joven introyecta un tipo de dinámica familiar de acuerdo a estas características antes mencionadas; sin embargo, pudiera ser que el resto de los miembros de la familia tuvieran una imagen diferente de esta dinámica familiar.

2) Autoridad, reglas y normas.- Primeramente hablaremos de la autoridad, este fenómeno, como ya dijimos, se divide en tres tipos de autoridad: rígida, flexible y sin límite. Tomando como base estas categorías, lo ideal sería que en los hogares se estableciera un punto intermedio con el cual se maneje la vida familiar. Sin embargo, no en todos los casos ocurre. Cuando nos encontramos que un joven presenta problemas de drogadicción, posiblemente se detecte más a menudo o bien ser más frecuente la manifestación de este problema con respecto al tipo de dirección familiar, la cual pudiera ser una estructura rígida o bien sin límites; incluso quizás se diera el caso de que en la familia hubiera ausencia de autoridad.

Cuando el adolescente forma parte de una familia con autoridad rígida, pueden presentarse las siguientes características:

- a) No toman decisiones propias los miembros depositarios de la autoridad.
- b) Las decisiones por parte de quien ejerce la autoridad suelen ser impositivas.
- c) Se fomenta la inseguridad en el individuo que recibe dicha autoridad.
- d) Aparición de agresión física o verbal por parte de quien ejerce la autoridad (COESPO, 1994).

Ahora bien, existe el lado opuesto al anterior, en donde predomina un ambiente familiar en el cual el adolescente hace y deshace a su antojo; es capaz de manejar la autoridad que aparentemente se le impone infringiendo ciertas reglas e incluso cambiándolas. Por otro lado, los que ejercen la autoridad no ponen límites a dichas situaciones, aceptándolas. Este tipo de ambiente favorece que se genere en el adolescente una decisión por consumir drogas, ya que podría sentirse seguro de que así como se infringen ciertas reglas se le podría pasar por alto este hecho o simplemente no darse cuenta de ello. Lo mismo podría suceder, y aún más, cuando no existe autoridad alguna, ya que cada individuo se maneja a su antojo y conveniencia y con mayor razón no tendría que darle cuentas a nadie de su conducta; podríamos decir que el adolescente funge como juez y víctima propios (COESPO, 1994).

Cabe considerar que la autoridad puede ser ejercida por diversas personas de la familia entre ellos podemos considerar a los padres, tutores, hermanos, tíos, abuelos, o algún otro miembro.

Podríamos decir que en base a la autoridad que se ejerce en el hogar, se establecen otros elementos como las reglas y las normas las cuales serán transmitidas a los miembros de la familia. Es decir cuando el adolescente ha identificado éstos elementos y además los acepta y acata, podríamos decir que sería más difícil que el adolescente incurriera en el uso de drogas. Sin embargo, a veces las reglas no son razonables o son impuestas de acuerdo con una modalidad rígida, permisiva o simplemente no existen. De la misma manera como suele ocurrir con el tipo de autoridad; por lo tanto podríamos decir que el adolescente tiene mayores

posibilidades de cometer actos antisociales, dado un mal establecimiento o confusión de normas, lo cual configura una dinámica específica (Rosenthal y Monther, 1977).

Generalmente existe la posibilidad de que el tipo de reglas sean impuestas por quien ejerce la autoridad, aunque suele suceder que en ocasiones existe confusión. Por ejemplo, cuando quien ejerce la autoridad es el padre, imponiendo él las reglas y por otro lado tenemos a una madre que suele intervenir, permitiendo que se infrinjan ciertas reglas, pudiera generarse confusión, ya que no se delimita claramente lo que está bien o mal. Cabe aclarar que no siempre son los padres quienes imponen las reglas, sino que también suelen ser otros familiares a quienes se les ha dado la función de decidir respecto a la elección e imposición de reglas.

3) **Roles.**- Como ya mencionamos anteriormente, los roles son papeles que desempeña cada miembro de la familia de acuerdo a una idiosincracia cultural. Podríamos decir que el adolescente adicto a las drogas a veces asume el papel del chivo expiatorio. Este tipo de papel suele presentarse cuando varios miembros de la familia intentan tomar como carnada a un integrante de la misma a fin de manejarlo de acuerdo a sus intereses; ya que ante la presencia de diversos problemas familiares como: conflictos entre los padres, separación o divorcio de estos, situaciones de infidelidad por parte de alguno de los padres, etc., pudiera ser una canal de salida para tales dificultades. Ante tal situación, el joven puede presentarse como el miembro emergente de la familia que trata de trasladar los conflictos presentes a fin de mantener unida a la familia con la manifestación de un problema como es la drogadicción y de esta forma tratar de canalizar la atención exclusivamente al fenómeno de la adicción.

Existen otras situaciones familiares que pudieran estar relacionadas con el fenómeno de la drogadicción. Tal es el caso de la posibilidad de antecedentes de uso de drogas en algún miembro de la familia, provocando que el adolescente busque imitar dicha conducta. Por ejemplo, el adolescente puede observar en su padre que, después de un día de gran trabajo, este manifiesta necesitar de un trago de cerveza para poder relajarse y sentirse mejor. Por otro lado, quizás la madre recurre a tranquilizantes para tratar de dormir, o cada vez que le duele algo va por un medicamento. De tal manera, a veces no nos percatamos de lo que los hijos escuchan y observan lo cual van internalizando y llegado el momento pudiera tratar de hacer lo mismo que han aprendido. Quizás sería importante que los padres traten de evitar la palabra "necesito" (refiriéndonos a toda acción de satisfacer cierta necesidad con la administración de un medicamento no prescrito) y a su vez tratar de dar una respuesta efectiva cuando los hijos llegan a preguntar por qué sus padres fuman, beben alcohol, hacen uso de medicamentos, etc., con el fin de disipar las dudas o contradicciones presentes en ellos por la observación de la conducta de sus padres (Barun, 1991).

Se ha establecido, con base a un estudio familiar publicado por el Instituto Pacífico para la Investigación y Evaluación: los hijos están más propensos a las drogas si sus padres:

- fuman cigarros.
- abusan de alcohol o son alcohólicos.
- consumen drogas ilícitas
- utilizan fármacos

- comunican una actitud ambivalente o positiva hacia las drogas (Stamper, 1993).

Algunos adolescentes pueden sentir que son culpables de la presencia de alcoholismo o drogadicción, principalmente en sus padres o algún otro miembro de la familia. Quizás estos jóvenes tengan dicho pensamiento ya que en ocasiones pudieron requerir de la atención de sus padres, y en lugar de ayudarles les respondieron a través de reproches, indiferencia, haciéndoles sentir que fueron la causa de sus propias dificultades, etc. Por otro lado, existen individuos que, al vivir en un ambiente familiar con dicho problema, probablemente busquen imitarlo o bien se prometen no tener una familia como la suya o no llegar a ser como estas personas en la edad adulta (Stamper, 1993).

Otra de las situaciones que se presenta en el hogar es la ausencia de uno de los padres biológicos o de ambos lo cual podría ser por diversos motivos como: abandono de los padres, divorcio y/o separación, fallecimiento, etc.

El abandono de uno de los dos padres biológicos del adolescente puede presentarse por varias razones, entre las cuales encontramos:

- Problemas económicos que pueden orillar a los padres a dejarlo a cargo de otra familia ya que el sustento económico no es suficiente para satisfacer las necesidades del hijo.
- Falta de madurez y responsabilidad de los padres, en donde posiblemente no parecen aceptar que es de ellos la responsabilidad del cuidado de los hijos y se les hace sencillo dejarlos a cargo de abuelos, tíos, primos, o algún otro familiar.
- Infidelidad por parte de alguno de los padres en donde dicha situación ocasiona la posibilidad de que dejen el hogar.
- El hecho de ser madre soltera quizás ocasione que la mujer, ante las presiones por las cuales se ve envuelta, decida abandonar a su hijo ya sea con un familiar o cualquier otra persona; en el caso de los padres que conciben a los hijos fuera del matrimonio existe la posibilidad de que decidieran no hacerse cargo de sus hijos, ya sea no reconociéndolos legalmente, afirmando que no son hijos de ellos, haciendo caso omiso de la situación, etc.

Estos son solo algunos de los diversos motivos por los cuales se da esta condición de ausencia, la cual, si se hace presente en los primeros años de vida del niño, podría traerle posiblemente problemas emocionales en un futuro. Esto sumado, al tipo de personalidad, la forma de establecer interrelaciones e incluso el tipo de ambiente en el que se desarrolla; probablemente indujeran al individuo a recurrir al uso de drogas (De la Garza, Mendiola y Rábago, 1977). En este sentido cuando el niño va creciendo con la falta de una de las dos figuras objétales (madre y/o padre), quizás vaya a crear cierta patología y una determinada personalidad, predisponiendo a la falta de un Yo maduro en la adolescencia. Como ya hemos mencionado, en la adolescencia se intensifica esa búsqueda de identidad, generándose probablemente en el joven una serie de cuestionamientos con respecto a la ausencia de los padres biológicos. Además, si sumamos a esto que hay hogares en donde los jóvenes han estado a cargo de tutores los cuales suplen los

roles paternos o maternos según sea el caso, la situación se torna más compleja y confusa para el adolescente. El uso de drogas podría calmar esa angustia momentáneamente con respecto a esa serie de preguntas que el individuo tiene acerca de sus padres y los motivos que tuvieron para estar ausentes, o quizás la droga le sea útil para no ver esa realidad (Kalina y Chimera, 1988).

Cuando la ausencia de los padres es por divorcio o separación, el fenómeno de la drogadicción suele presentarse como un síntoma de otros problemas, en donde el individuo trata de distraer la atención de los cónyuges hacia él con el propósito de mantenerlos unidos. Lo que posiblemente ocurre con el joven es la falta de capacidad de entender y diferenciar entre los problemas que suceden entre sus padres y la relación que se establece entre ellos y él. Algunos padres piensan que el problema no es de ellos sino de los hijos, manifestando haberles dado a estos últimos: afecto, comunicación, sustento económico, casa, abrigo, etc., por lo cual no se explican por qué sus hijos ha recurrido a las drogas. Aunque los padres estén pasando por una situación conyugal difícil, no siempre son capaces de ver objetivamente, por lo cual posiblemente el hijo sea una solución para canalizar los conflictos conyugales a través del problema de la drogadicción y a su vez una forma de mantener unidos a los padres. Por otra parte, a veces se presenta otro tipo de problemas en los miembros de la familia que son emisarios de las dificultades conyugales, como por ejemplo: enfermedades, problemas de conducta, agresividad, etc. También existen algunos problemas trágicos en donde el adicto llega a morir por una sobredosis de droga, cumpliendo quizás con su objetivo de mantener unidos a los padres aunque sea momentáneamente por el dolor y la pérdida. Sin embargo, a veces ocurre que otro miembro de la familia presenta de nuevo el fenómeno de drogadicción, convirtiéndose esto en un círculo vicioso (Duncan, Todd y cols., 1978).

Otro aspecto a considerar es respecto a la pérdida por fallecimiento de alguno de los dos progenitores. Todos nos hemos enfrentado a la muerte de alguien querido, pero pasado el tiempo generalmente nos sobreponemos a dicha situación; no obstante, hay personas que no logran adaptarse a ello; se sienten agobiadas por la muerte de ese ser y tratan de buscar, posiblemente a través del uso de drogas, algo reconfortante aunque sea momentáneamente. A veces se sienten culpables de la muerte de su progenitor, otras creen que no les respondieron adecuadamente y se la pasan lamentándose, no logrando llenar ese vacío y soledad que perturba su vida (Stamper, 1993).

Por otra parte, a veces las drogas permiten al adolescente huir de los problemas familiares entre los cuales podríamos citar algunos como: discusiones, pleitos, falta de respeto entre los miembros de la familia, etc. Ante tales situaciones puede presentar una serie de sentimientos internos como aflicción, dolor, enojo, miedo, etc.; pero éstos a veces no los puede manifestar abiertamente en la familia, ya que el ambiente no es favorable. Quizás fuera de casa, en la calle, con amigos o en la casa de alguna otra persona siempre se sienta más tranquilo que en su propio hogar. Incluso el joven puede establecer una relación con el consumo de drogas creándole posiblemente una mayor satisfacción que no encuentra en casa. Sin embargo, el adolescente debe tratar de asumir y dar una solución o alternativas de respuesta a los problemas, ya que las drogas no son la solución y a veces podrían generar mayores conflictos (Barun, 1992).

Otro de los puntos importantes dentro de este fenómeno de la drogadicción es respecto a la negación del problema. Existen ocasiones en las que el adolescente niega tener problemas con el consumo de algún tipo de drogas, pasando por alto cualquier suceso relacionado con esto. Por ejemplo, cuando el adolescente tiene dificultades con su manera de beber y tiene un accidente por andar ebrio, puede argumentar que fue solo un descuido por lo cual tuvo el accidente, además que no llegó a causar daños a terceros, etc., pero no manifiesta que hubiese sido por presentar una condición inadecuada dada su embriaguez. Esto es solo un ejemplo. Sin embargo, pueden observar esta condición de negación no solo a través del consumo de alcohol sino también de cualquier otra droga. Por otra parte, el problema probablemente podría agudizarse aún más cuando los padres se niegan a ver la situación o porque es común ver entre otros miembros de la familia problemas en cuanto al consumo de drogas (Stamper, 1993)

Hemos visto solo algunas circunstancias que se pueden presentar en el medio familiar, aunque cabe aclarar que cada ambiente familiar posee sus propias características de tal manera que podrían variar el tipo de factores familiares en torno al fenómeno de la drogadicción.

4.4. Aproximaciones acerca de la familia del farmacodependiente.

Ante las características más sobresalientes de las familias de los farmacodependientes están:

1. La presencia del fenómeno de la drogadicción es vivido en las familias como un síntoma de posibles y diversos problemas familiares. Cuando un individuo presenta este problema, quizás sea con la finalidad inconsciente de la estabilización familiar, con miras a distraer la atención de conflictos subyacentes.

2. Se presentan conflictos en los diferentes subsistemas: conyugal, paterno filial, filial entre otros. En ellos se establecen alianzas, triangulaciones, expulsiones o coaliciones, generando las diversas conductas desfavorables que propician la farmacodependencia.

3. Comunicación defectuosa o confusa, con tendencia a transmitir mensajes verbales o no verbales de una manera contradictoria, creando inseguridad e impotencia en sus miembros. Por ejemplo, los padres le dicen al hijo: "no digas majaderías" y después, al cabo de unos minutos, los padres empiezan a decir malas palabras ante un enojo o cualquier otra situación, quedando como mensaje: "Tu no puedes decir malas palabras pero yo sí".

4. Las familias tienden a carecer de recursos potenciales para obtener y controlar el crecimiento y desarrollo propio de los miembros de la familia; acentuándose aún más en el período de la adolescencia, por los cambios específicos que este período conlleva (Elizondo, 1993).

5. Existe una mayor involucración de uno de los padres con el farmacodependiente y el otro permanece distante o ausente.

6. La personalidad de los padres puede presentar las siguientes características: Por lo que respecta a la madre, podemos decir que puede ser dominante o pasiva. Cuando presenta una personalidad dominante estamos hablando de una persona que tiende a llevar una autoridad

rígida, presenta una conducta agresiva y neurótica ante las situaciones que se le presentan y es inmadura. Cuando la madre es pasiva, por el contrario, estaríamos hablando de una persona que es sobreprotectora con sus hijos, tiende a ser indulgente y sumisa con la familia; además, presenta ciertas conductas específicas como: manipulación, sentirse víctima de las situaciones, inseguridad, etc; con el fin de utilizarlas como pretexto para no hacerle frente a los problemas reales.

Por lo que respecta al padre, éste puede presentar estas dos tendencias: dominante o pasivo. El padre dominante es aquel que dirige el hogar de manera rígida y autoritaria, aunque le cuesta trabajo involucrarse con la familia. Es decir, él establece las reglas pero poco sabe de las necesidades e intereses reales; pone una barrera en la cual él solo determina lo que se va a hacer y no permite cuestionamientos; existe la tendencia a usar drogas y ser ejemplo del modelo paterno en el hijo para proseguir con dicha tendencia. De hecho esta afirmación se relaciona con un estudio efectuado por O. Hawks (1969)³⁷, en el cual encontró que de 74 familias de adictos, en el 21% de los casos se trataba de padres con problemas de ingestión alcohólica. En otro estudio efectuado por S. Haastrup (1972)³⁸ observó que en 187 familias de adictos destacaba este mismo hecho de ingestión alcohólica. Algunos padres emplean el maltrato físico y emocional hacia los miembros de la familia. El padre pasivo, por el contrario, suele ser distante con los hijos, ocupándose solo de lo que él hace y no se involucra en la toma de decisiones; en ocasiones suele estar ausente física o emocionalmente con respecto a la familia.

7. Falta de atención por parte de los padres hacia los hijos durante la infancia de éstos, ya que le restaban importancia hacia las metas, objetivos, gustos etc. de alguno de sus hijos o de todos; creando posteriormente que al llegar a la adolescencia éstos quisieran llamar la atención que no se les dio en el momento adecuado y oportuno, refugiándose en las drogas como una forma de rebelión o agresión hacia los padres.

8. Presencia de un bajo nivel de consciencia de enfermedad por parte de la familia, disculpando al individuo farmacodependiente, dados los impulsos antisociales de la misma (C.I.J. s/f b). ®

9. Tendencia a un ambiente familiar en el cual no se promueve el intercambio afectivo, es decir no se dan caricias, ni se permite expresar verbalmente sentimientos (Cardeña y Vernet, 1985).

10. Padres incapaces de establecer límites o reglas fijas para dirigir la familia.

11. Dificultad por parte de los padres para llegar a un acuerdo en cuanto a la dirección de la disciplina.

12. La existencia de problemas conyugales, ya sea por situaciones de personalidad, cuestiones económicas, situaciones de separación o divorcio, situaciones de infidelidad o adulterio, etc.

³⁷ Citado en Cardeña y Vernet (1985:55).

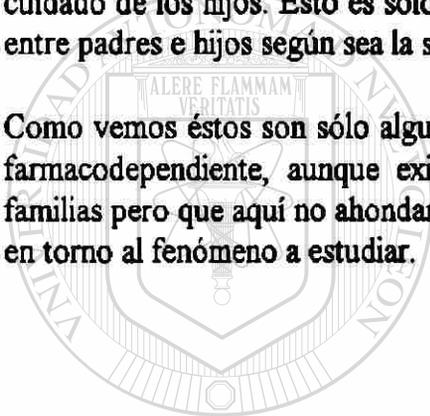
³⁸ IBID: 57.

13. **Tendencia a dejar la crianza de los hijos a cargo o bajo la tutela de otros familiares u otras personas por diversos motivos: abandono, fallecimiento, carencia económica para el sostenimiento de éstos, etc.**

14. **Antecedentes de uso de alcohol y/o drogas en alguno de los padres y/o cualquier otro miembro de la familia, tomándolo como modelo o ejemplo familiar.**

15. **Cambio de roles familiares, en donde la madre tiende a suplir el rol del padre o viceversa, de los que conocemos como tradicionales. Estos pueden ser por diversos motivos internos o externos al núcleo familiar, que incluso pueden ser verbalizados o no entre sus miembros. También se puede establecer una trastocación de los roles desempeñados entre padres e hijos, ya sea que en ocasiones estos últimos pudieran asumir el rol de padre o madre por diversas circunstancias. Por ejemplo: Si la madre se ocupa de hacer los quehaceres domésticos y el padre de llevar a casa el sustento económico, al efectuarse un cambio pudiera ser que la madre fuera a trabajar fuera del hogar y dejar encargada a la hija mayor los quehaceres domésticos y el cuidado de los hijos. Esto es solo un ejemplo; se pueden dar una variedad de cambios de roles entre padres e hijos según sea la situación.**

Como vemos éstos son sólo algunos de los indicadores que nos dan un perfil de la familia del farmacodependiente, aunque existe una serie de características que se manifiestan en las familias pero que aquí no ahondaremos. Simplemente tratamos de mostrar un panorama general en torno al fenómeno a estudiar.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

5. METODOLOGIA

El estudio se llevó a cabo en una institución dedicada a la prevención, tratamiento, investigación y rehabilitación de la farmacodependencia. Principalmente por dos motivos: el primero porque se tenía la facilidad de trabajar con población adolescente adicta a las drogas que acudía a la institución, que de otro modo sería difícil de hacerlo en una población abierta; y el segundo por haber laborado en esa institución durante 3 años. Para efectuar dicho estudio se solicitó previamente a la directora de C.I.J. A.C. Monterrey, Lic. María del Socorro Isaac Briones, su autorización y colaboración para llevar a cabo la investigación en dicho centro. Primeramente se obtuvo una entrevista con ella y se le explicó lo que se pretendía hacer; ella estuvo dispuesta a facilitar el acceso a la institución dentro de ciertos límites institucionales (revisión de expedientes dentro del centro).

5.1. Selección.

Una vez que conseguimos la aprobación para trabajar en los C.I.J., iniciamos con el trabajo de revisar primeramente el contenido de los expedientes. Antes que nada, cabe aclarar que en la institución se manejan varias entrevistas para conformar la fase de diagnóstico del paciente; estos son: Entrevista inicial, historia clínica, estudio social, examen físico neurológico y pruebas psicométricas en caso de que se requieran. Para fines prácticos, optamos por tomar en cuenta 3 cuestionarios que conformarían la fase diagnóstica del paciente los cuales son por orden de realización:

1. Entrevista Inicial. La cual consiste en una primera entrevista a todo paciente que llega al centro en donde se registran principalmente sus datos generales, identificación familiar, motivo de consulta, patrón de consumo, observaciones en cuanto a las características del paciente y solicitud de tratamiento. Anexamos una copia de la entrevista al final de este trabajo.

2. Historia clínica. Se refiere a la historia del paciente tomando en cuenta la historia del padecimiento actual, la historia personal, la actitud frente al entrevistador, los complementos diagnósticos y el plan terapéutico.

3. Estudio social. Es una última entrevista para complementar la fase diagnóstica del paciente y consiste en el registro de datos generales del paciente, la vivienda y distribución familiar (es decir cómo están distribuidos los miembros de una familia de acuerdo al espacio habitacional con el que cuentan respecto al número de cuartos) el diagnóstico social, plan social y tratamiento.

Cabe mencionar que las dos primeras fases son realizadas por un psicólogo y la tercera por una trabajadora social.

Posterior a ello, revisamos 20 expedientes con el propósito de tener una visión general de cada una de las preguntas y respuestas dadas a estos formatos, para sondear cuáles datos podrían ser de utilidad de acuerdo con los objetivos planteados. Se pudo observar en esta revisión que cada terapeuta tenía un criterio específico y un parámetro determinado, diferente al de los otros

terapeutas, lo cual complicaba la utilización directa de ciertos indicadores, ya que no sería realmente válido captar en una determinada pregunta ciertas respuestas, ya que no habría uniformidad.

Por tal motivo decidimos tomar como base todo el contenido de estas tres entrevistas en el expediente y procedimos a formular una serie de preguntas en base a los objetivos propuestos, estableciendo los indicadores de interés que al momento de revisar el expediente se podrían sustraer los elementos adecuados y necesarios para dar respuesta a esas preguntas.

5.2. Selección (información de utilidad).

A continuación es importante mencionar qué datos fueron de utilidad, para el estudio, principalmente de los formatos seleccionados del expediente clínico del paciente.

1. **Entrevista inicial.**- Es la primera información que se obtiene de los pacientes en su primer contacto con el Centro de Integración Juvenil. En ella se tomaron en cuenta los datos generales del paciente como edad, sexo, estado civil, escolaridad y domicilio habitual del paciente.

Después, tomamos otra información referente al tipo de sustancias utilizadas (drogas), así como el momento en que inició consumiendo drogas y la edad que tenía. Posteriormente, la valoración diagnóstica-hipotética del terapeuta en base a las características familiares del paciente y la estructura familiar (filiograma).

2. **Historia clínica.**- Este tipo de entrevista tiene la característica de ser aplicada al paciente tratando de obtener información referente a su problema (drogas) desde su punto de vista, así como su opinión respecto a algunos factores familiares en torno él.

La información que se consideró pertinente tomar en cuenta fue la descripción breve del problema del paciente en torno al problema de drogas y algunas dificultades relacionadas con su familia. El conocimiento de las posibles circunstancias por las cuales inició su consumo y cómo fue evolucionando su situación hasta la fecha. Otro aspecto considerado fueron los antecedentes personales del paciente y de la estructura familiar en torno a él.

Tomamos en cuenta la opinión del paciente en cuanto a las posibles causas o motivos de su adicción, a su dinámica familiar y a los conflictos más relevantes. Por último, en esta entrevista tomamos en cuenta el diagnóstico psicodinámico interpretado por el terapeuta en relación con esta historia clínica.

3. **Estudio Social.**- Esta entrevista consistía principalmente ejemplo en sondear algunos datos socioeconómicos del paciente y podía ser aplicada al paciente mismo o a algún familiar, principalmente a sus padres o tutores. La información que fue de utilidad consistió principalmente en tomar un cuadro de datos sociodemográficos del paciente como de sus padres o tutores; el parentesco en relación con el paciente, la edad, el sexo, el estado civil, la escolaridad y el tipo de ocupación, de los tres.

Otra información importante es referente al diagnóstico interpretativo de la trabajadora social en torno al aspecto socio-familiar y económico del paciente.

Después de revisar estas entrevistas, y haber seleccionado la información más adecuada para la utilidad del estudio, el siguiente paso fue precisar qué número de expedientes se revisarían, puesto que se trataría de una investigación en donde se revisarían años anteriores y actuales. Del tal manera procedimos a seleccionar todos aquellos expedientes en donde estuvieran registrados pacientes entre 12 a 20 años de edad y con un expediente clínico completo (que incluyera las tres fases del diagnóstico). Esta relación se obtuvo del diario de control de pacientes, el diario de estudio social y la revisión de expedientes, a fin de corroborar que tuvieran el expediente completo. Además de esto, consideramos conveniente tomar en cuenta algunos casos que fueran representativos (cualitativamente) y de esta manera fueran de utilidad a fin de complementar el análisis e interpretación de los datos en algunas situaciones en particular.

5.3. Muestra.

De un total de 189 expedientes que comprende de 1985 a 1995 (a excepción del año de 1989 que no se localizó en la institución probablemente por extravío), seleccionamos solo 127. El motivo por el que nos remontamos hasta 1985 fue principalmente porque al momento de establecer criterios como la edad del paciente y contemplar las tres fases de diagnóstico, observamos que muchos pacientes no cumplían con dichos requisitos, por lo cual el número de casos seleccionados se iba reduciendo en cada año. Por otra parte, cabe mencionar que en el período de 1985 a 1987 existió un tipo de expediente clínico que varía en cuanto al formato: en lugar de ser entrevista inicial se llama hoja de recepción; otro detalle es que tanto la hoja de recepción como la historia clínica y el estudio social varían en cuanto a la formulación de preguntas y estructura de formato. Sin embargo, los contenidos centrales en cuanto a criterios a tomar en cuenta son los mismos que los del período de 1988 a 1995, por lo cual decidimos que eran válidos para ser utilizados en nuestro estudio.

5.4 Elaboración de la Cédula.

Cabe señalar que a la vez que se iban seleccionando los expedientes, iniciamos con el trabajo de la formulación de la cédula que serviría para concentrar los datos del expediente una vez leída e interpretada la información para adecuarla a nuestra entrevista. Asimismo, tuvimos algunas entrevistas informales con psicólogos y trabajadoras sociales del Centro de Integración Juvenil (C.I.J.) para clarificar un poco más el tipo de indicadores a utilizar en el diseño de la entrevista de acuerdo con su experiencia.

Ahora bien, dicha información se recopiló de ambas personas (paciente y padres) por diversos motivos. Explicaremos cada una de las fases de la entrevista para ver por qué se tomó como base esta información en cada caso.

Al momento de la aplicación de la entrevista inicial, algunos pacientes acudían acompañados por alguien más, por lo cual si les permitían que sus padres o tutores estuviesen presentes en la entrevista, esta se aplicaría. Por otro lado, había ocasiones en que el terapeuta consideraba

conveniente, de acuerdo a su criterio, que estuvieran o no presentes los padres o tutores del paciente. Se dió el caso en donde solamente acudieron a la entrevista los padres o tutores de la persona afectada, por lo cual se aplicaba la entrevista a ellos. Algunos de los argumentos por los que no asistía la persona involucrada eran: problemas de horario, rehusarse a asistir a tratamiento, por no aceptar tener problemas de drogadicción, entre otras. De tal manera que la información proporcionada y obtenida fue del paciente y/o de los padres en lo que respecta a esta fase.

La fase de historia clínica se aplicaba al paciente exclusivamente, aunque existía la posibilidad de tener entrevistas con los familiares a fin de complementar mejor el diagnóstico, según lo considerase el terapeuta.

Por lo que respecta al estudio social, se aplicó al paciente y/o a sus padres según la sugerencia del psicólogo, el cual valoraba previamente a quien era más conveniente entrevistar, con la finalidad de obtener una información lo más completa posible y elaborar mejor el diagnóstico, ya que existía información que en ocasiones la podían facilitar mejor los padres que el paciente mismo.

5.5. Definición de variables.

Pasaremos ahora a la descripción de las variables que utilizamos en la cédula. Primeramente, nos interesó conocer el perfil sociodemográfico del paciente y de sus padres o tutores. Para ello tomamos las siguientes variables como: edad, sexo, escolaridad, ocupación y estado civil. Cabe mencionar que en el caso de que no estuvieran los padres biológicos del paciente, se tomarían los datos generales de sus tutores (tíos, padrastros o abuelos). Dado que en tales circunstancias representaban para el paciente una figura paterna y/o materna. Es importante mencionar que los motivos por lo cuales los padres biológicos no se consideraron, fueron por: divorcio, separación, abandono, viudez y fallecimiento de alguno o de ambos padres.

Para medir la variable referente al estrato socioeconómico al que pertenecía el paciente, se tomó como criterio la clasificación que hace el INEGI de acuerdo a los AGEBS (áreas geoestadísticas básicas). Para ello, utilizamos el nombre de la colonia en donde residía el paciente al momento de la entrevista y buscábamos su ubicación en la clasificación de los AGEBS.

Por otra parte, no se pudo considerar la información referente al ingreso familiar, ya que al momento de hacer esta pregunta en ocasiones no respondían los entrevistados debido a un desconocimiento de los ingresos familiares, o simplemente proporcionaban una información aproximada. Además, es preciso mencionar la falta de comparabilidad de esta variable por el período tan largo de tiempo (1985-1995). Dadas estas circunstancias, no se consideró conveniente tomar el ingreso.

La variable para identificar la ausencia del padre o tutor se formuló a través de dos indicadores; el primero es ¿Existe ausencia del padre o tutor?. Y sus alternativas serían:

- 1) Sí.
- 2) No.

El segundo indicador ¿Cual es el motivo de la ausencia del padre o tutor?. Siendo sus alternativas de respuesta:

- 1) Divorcio.
- 2) Separación.
- 3) Abandono.
- 4) Problemas legales.
- 5) Fallecimiento.
- 6) Por ser el paciente hijo natural.
- 7) Viudez.
- 8) no se aplica (Padre presente).
- 9) Otros.

Cabe señalar que lo mismo se hizo para identificar la ausencia de la madre o tutora en lo que se refiere a estos indicadores.

Ahora bien, para estas variables relacionadas con la ausencia de los padres o tutores, es importante mencionar que se puede tratar de la ausencia del padre o la madre biológicos o bien de los tutores de este. Puesto que mencionamos en un apartado anterior la razón por la cual nos ocuparemos de los tutores.

Cabe mencionar que establecimos una diferencia en cuanto al indicador de divorcio, separación y abandono. Esta diferencia consistió en que el divorcio se trataba de una cuestión legal en donde se firma un convenio, mientras que la separación simplemente establece un acuerdo entre la pareja y no existe un procedimiento legal de disolución de matrimonio; y por último, el abandono hace alusión a la decisión tomada ya sea el padre o la madre sin tomar en cuenta la opinión del otro y no dejar en claro su situación.

En lo que se refiere al indicador de "problemas legales"; consistía en cualquier situación en donde se haya procedido legalmente y en donde el padre o la madre se encontraran recluidos en alguna dependencia judicial.

En lo que respecta al indicador de "hijo natural", se refiere a la existencia de un padre o madre los cuales no contrajeron matrimonio, pero concibieron un hijo, de tal manera que la ausencia de uno de los dos puede deberse precisamente a el rechazo o no reconocimiento del hijo.

En la variable referente a las drogas que consume el paciente, incluimos información respecto a los diversos tipos de sustancias utilizadas, así como la edad de inicio de cada una de ellas. Los indicadores fueron los siguientes:

- 1) Marihuana.
- 2) Alcohol.
- 3) Anfetaminas.
- 4) Tranquilizantes.
- 5) Cocaína.
- 6) Inhalables.

En este rubro se construyó un cuadro en donde se mencionaba cada una de estas sustancias y se representaba a través de : 1) Si usaba actualmente la droga, 2) Si la uso antes pero ahora no y, por último, 3) Si nunca la había utilizado. También se estableció la edad exacta en la cual fue utilizada o era utilizada la sustancia para cada una de ellas, en dado caso de que no hubiera usado la sustancia se colocaba el número 88) para aquellos casos en los cuales nunca se utilizó la sustancia o no se poseía información y por último el 99) para los casos en los cuales no contestó el paciente.

Para detectar el grado de drogadicción del paciente, se establecieron los siguientes criterios de acuerdo a la clasificación de C.I.J.:

- 1) Tipo I Experimental.
- 2) Tipo II Ocasional.
- 3) Tipo III Funcional.
- 4) Tipo IV Disfuncional.
- 5) Tipo V Exfarmacodependiente. Los cuales ya fueron definidos en el marco teórico.

El indicador ¿A qué atribuye el consumo de drogas? fue de utilidad para conocer los diversos motivos por los cuales el adolescente atendido en C.I.J., recurrió a las drogas. Las alternativas de respuesta que se establecieron fueron las siguientes:

- 1) Por curiosidad
- 2) Por influencia de amigos
- 3) Problemas familiares
- 4) Desempleo
- 5) Por distracción.
- 6) Para sentirse bien.
- 7) Por soledad.
- 8) Otros (Ausencia del padre, muerte de algún familiar y el tipo de trabajo).

Es necesario especificar que se construyó un cuadro donde se mencionaban cada uno de estos motivos y se seleccionaría de acuerdo al los siguientes números: 1) Si existía el motivo, 2) Cuando no se presenta ninguna de esas situaciones 8) No se aplica cuando no había información y por último 9) No contestó, es decir cuando el paciente en ocasiones permanecía callado cuando se le preguntaba al respecto.

Para la variable "tipo de familia" por cuestiones prácticas se establecieron diversas categorías que trataremos de operacionalizar.

1) **Biparental.**- Es cuando se encuentran presentes los padres biológicos, tutores o padres adoptivos del paciente y sus hermanos o medios hermanos. También en este rubro incluimos a la pareja del paciente en los casos en que el paciente hubiese contraído matrimonio, o estuviese viviendo en unión libre (no se considera si es nuclear o compuesta).

2) **Monoparental.**- Es cuando esta presente solo el padre o la madre del paciente y sus hermanos. O en su defecto el tutor o tutora del paciente.

3) **Reconstituida.**- Se trata de aquellas familias en donde ha existido situaciones de viudez, divorcio y/o, separación por, lo cual uno de los padres se vuelve a casar y forma otra familia. También se incluyen los casos en donde el paciente pasa a formar parte de otra familia por diversos motivos como: abandono, cesión de patria potestad o custodia a otros familiares. Es necesario aclarar que en los tres tipos de familias pueden formar parte de ella tíos, primos, abuelos, etc., que por diversas razones se encuentran viviendo con la familia nuclear del paciente (padres, hermanos y/o pareja).

4) **Unidad de coresidencia no familiar.**- Este tipo de estructura doméstica hace referencia el hecho de que un miembro de la familia (paciente) vive fuera de su hogar, ya sea en una casa de asistencia, en la calle, con otros familiares, amigos, etc.

La finalidad de utilizar esta variable fue para conocer cómo está constituida la familia, en cuanto a su estructura y obtener información referente a la figura paterna o materna del paciente. Cabe mencionar que se tomó en cuenta el familiograma que realizó el psicólogo que aplicó la entrevista para así tener más clara la constitución familiar.

Para la variable sobre la existencia de drogas en la familia se planteó el siguiente indicador: ¿Existen antecedentes de drogadicción en la familia?, siendo sus alternativas de respuesta:

1) Sí.

2) No.

Otro de los indicadores para medir esta variable fue ¿Quiénes tiene antecedentes de haber utilizado por lo menos alguna vez una o varias drogas?. Siendo sus alternativas de respuesta:

1) Padre.

2) Madre.

3) Hermanos (as).

4) Parientes (Tíos(as), primo (as)).

5) Padrastro.

6) Madrastra.

7) Abuelo (a).

8) Tutores (tíos o abuelos).

Con esta interrogante se pretendió conocer si algún miembro de la familia en donde habitaba el paciente utilizó una o varias sustancias que causaran adicción. Incluso se tomó en cuenta si

había alguien en la familia que hubiera tenido relación con el paciente en cuanto a parentesco y que no estuviera viviendo en el domicilio de este en el momento de la entrevista por algún motivo pero que hubiera utilizado drogas. Para esta información se utilizó el número 1) para identificar los que sí tenían antecedentes, el 2) Para los que no tenían antecedentes, y por último el número 8) Para aquellos casos en que no se aplicaba por no poseer información.

Otro de los indicadores a plantear una vez que el indicador anterior fue afirmativo fue ¿Existen problemas en su hogar?. Teniendo como indicador:

- 1) Sí.
- 2) No.

Otra de las preguntas a plantear una vez que la pregunta anterior fue afirmativa fue ¿Qué tipo de problemas se presentan en la familia?

- 1) Falta de atención de los padres o tutores.
- 2) Discusiones familiares.
- 3) Problemas económicos familiares.
- 4) Problemas conyugales.
- 5) Discusiones entre el paciente y su pareja.
- 6) Cambio de roles familiares.
- 7) Tipo de autoridad.
- 8) Ausencia de autoridad.
- 9) Comunicación deficiente.
- 10) Tipo de reglas.
- 11) Ausencia de reglas.
- 12) Enfermedades en la familia.
- 13) Otras (Fallecimiento de algún miembro de la familia y expulsión del paciente de su hogar).

Estas características fueron definidas en el marco teórico, pero para una mayor clarificación de las mismas y como una forma de operacionalizarlas se definieron cada una de ellas como sigue:

En lo que respecta a la falta de atención de los padres o tutores se refirió precisamente al desinterés de los padres en cualquier asunto relacionado con la familia y principalmente con el paciente.

La existencia de discusiones familiares hizo alusión a alguna situación que desencadenaba diversos problemas o conflictos familiares por parte de los padres o cualquier otro miembro de la familia. El tipo de discusiones podrían ser aquellas que tuvieran que ver con el tipo de autoridad, reglas, normas, comunicación, etc., en donde uno varios miembros de la familia estuvieran en desacuerdo y además fuera expresado de manera verbal o a través de ciertas conductas, originando quizás posibles discusiones al respecto.

En lo que respecta a los problemas económicos, se refería a la situación familiar en cuanto a sus ingresos y egresos que provocara cualquier discusión por dicho motivo en cualquiera de los miembros de la familia.

Entre los problemas conyugales se consideraron las discusiones entre los padres o tutores del paciente. Estas discusiones hacen referencia a aspectos de la personalidad de ambos y falta de adaptación entre ellos. También incluimos aquellos aspectos en donde, dada la personalidad de cualquiera de los dos cónyuges, genera posiblemente dificultades, tanto dentro del medio ambiente familiar y su dinámica, como fuera de éste.

Las discusiones entre el paciente y su pareja, se referían a situaciones conflictivas por diversos motivos entre ellos como pareja. Cabe mencionar que hablamos no solo de aquellos pacientes que están casados legalmente, sino también de aquellos que se encuentran viviendo en unión libre.

Por lo que respecta al cambio de roles familiares, fueron considerados cualquier cambio de las funciones efectuadas por el padre y la madre, así como las funciones de los hijos. Es decir, cuando alguien de la familia no cumple ciertas funciones, por ende los roles se cambian en el núcleo familiar. Sin embargo, cabe mencionar que los hijos, a través de la educación que les dan sus padres, van configurando un determinado tipo de rol a desempeñar, por lo cual son tomados en cuenta para la descripción de esta variable; además, cabe mencionar que al momento de existir un cambio de rol (tradicional) en algún miembro de la familia, se modifican directa o indirectamente el resto de los papeles a desempeñar por los demás integrantes.

En lo que se refiere al tipo de autoridad, hacemos referencia a si existen dificultades por la forma en que se manejan las decisiones en la familia, quién las lleva a cabo y cómo son establecidas para el resto de la familia. Ahora bien, también puede darse el caso de que no exista autoridad, ya que cada uno de los miembros de la familia actúa o deja de actuar de acuerdo a su conveniencia sin que nadie establezca ciertos límites.

La existencia de una comunicación deficiente hace referencia más que nada al tipo de comunicación que se establece en la familia en donde los miembros de ésta tienen una sensación de malestar, dadas las condiciones en las que entablan esta comunicación; ya sea verbal o a través de actitudes.

Al hacer referencia al tipo de reglas que existen en la familia, tratamos de enfocarnos a todo aquello que tiene que ver con las normas en el hogar y que en determinado momento el paciente quizás las identifique como una forma de problemática de acuerdo a cómo son establecidos. Incluso puede darse el caso muy particular de que no existan normas en el hogar y cada quien imponga las suyas de la manera en que mejor le convenga y de acuerdo a su propia conveniencia.

La aparición de enfermedades en el hogar hace alusión a cualquier tipo de enfermedad que moviliza la dinámica familiar del paciente y que suele resultar problematizante para el individuo, ya que pueden existir diversas presiones, dadas las condiciones en que se manifieste la

enfermedad. Esta puede ser propia del paciente o de cualquier miembro de la familia. Por último, cabe mencionar que se construyó un cuadro en donde se menciona cada una de estas situaciones y se especifica con un 1) Si se tiene el problema, 2) No cuando no existe el problema.

Para la variable respecto a la presencia de o no de autoridad en la familia, se planteó la siguiente pregunta: ¿Quién asume la autoridad en el hogar?. Teniendo como indicadores:

- 1) Padre.
- 2) Madre.
- 3) Ambos padres
- 4) Tutor.
- 5) Tutora.
- 6) Ambos tutores.
- 7) Hermanos.
- 8) Paciente.
- 9) Pareja del paciente.
- 10) Ausencia de autoridad.
- 11) Otros (Tio(a), abuelo(a).
- 88) No se aplica.

Para clarificar esta variable consideramos la autoridad como la asunción de toma de decisiones y la imposición de derechos y obligaciones de los miembros de la familia. Por lo cual se toman estos indicadores para identificar quién asume la autoridad en el hogar y ver qué relación guardan respecto al paciente. Por otra parte, puede darse el caso de que no exista presencia de autoridad cuando no se presentan las condiciones antes mencionadas para toda la familia y cada quien actúa con libertad con respecto a lo que hace y deja de hacer dentro y fuera de la familia.

Ahora bien, cabe señalar que se construyó un cuadro donde se mencionó cada uno de estos indicadores y se describiría a través de número 1) Si alguno de los miembros de la familia tenía la autoridad, 2) El hecho de no asumir nadie la autoridad en la familia y por último el número 88) para aquellas situaciones en donde no se aplicaría puesto que no había información.

Para la pregunta sobre ¿Qué tipo de autoridad se establece en el hogar?. Se describieron los siguientes indicadores:

- 1) Rígida.
- 2) Flexible.
- 3) Sin límites.
- 8) No se aplica.

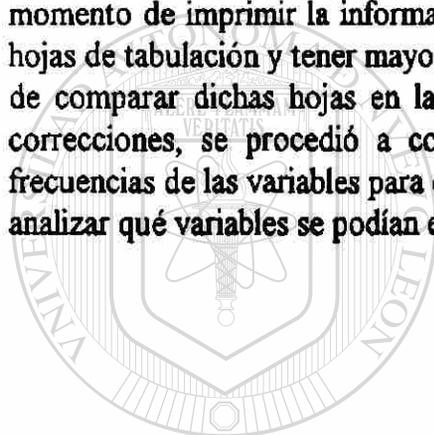
Conviene mencionar que estos conceptos referente a la variable de autoridad fueron manejados en el marco teórico por lo cual daremos solo una breve descripción de lo que queremos decir con respecto a estas alternativas de respuesta. A este respecto se tomo en cuenta la forma en que se establecía la toma de decisiones en el hogar, y de esta manera se ubico en una categoría

determinada según el caso. Para aquellos casos en los cuales no se poseía información o había ausencia de autoridad, se maneja la categoría “no se aplica”.

5.6. Procedimiento para la captura de datos.

Una vez que se tuvo lista la cédula, se procedió a efectuar la revisión de expedientes previamente seleccionados (127), con el fin de tabular la información en base a los indicadores de la cédula. Cabe señalar que se elaboró una codificación en base a nuestras variables de estudio y los datos fueron recopilados en unas hojas que se construyeron con los datos de codificación para cada variable. El trabajo de tabulación de los datos en estas hojas se llevó un tiempo de 10 días; este trabajo se llevó a cabo en el C.I.J. A.C. Monterrey, ya que los expedientes tenían que revisarse en dicha institución por disposiciones de la dirección.

Al término de esta tarea, se procedió a capturar los datos en el editor MSDOS, para posteriormente convertir los datos al SPSS. Se optó por el MSDOS con el fin de corroborar al momento de imprimir la información de este editor, con la información capturada en nuestras hojas de tabulación y tener mayor seguridad que los datos se habían capturado bien al momento de comparar dichas hojas en la impresión del editor. Una vez hecho esto y efectuando las correcciones, se procedió a convertir dichos datos al SPSS y obtener la distribución de frecuencias de las variables para darnos una idea de la forma en la cual se distribuían los datos y analizar qué variables se podían estudiar más a fondo a través de los estadísticos.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

6. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

En este apartado hablaremos sobre los resultados obtenidos de este estudio, tratando de dar una visión global de la información, a fin de dar a conocer los aspectos más sobresalientes y relevantes. Asimismo consideramos que la información que aquí se plasme no solo será de utilidad para la población en general, sino también para las instituciones inmersas en este tipo de fenómeno, y toda aquella persona que tenga un interés particular en conocer los diferentes elementos que intervienen en la aparición de la drogadicción.

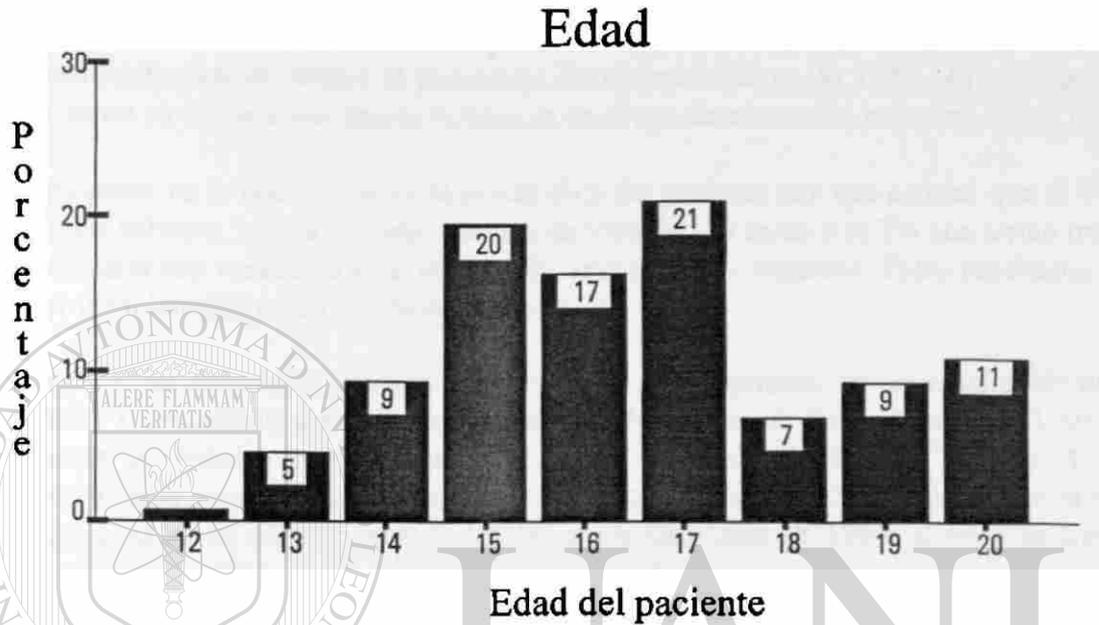
6.1. Características sociodemográficas del paciente.

Antes que nada cabe aclarar que se consideraron una serie de variables dentro de este rubro. Por lo cual iniciaremos describiendo aquellos resultados más sobresalientes con respecto al rango de edad del paciente establecido previamente en nuestro estudio, el cual comprende a aquellos individuos de 12 a 20 años que llegan a solicitar atención y permanecen en tratamiento. Pudimos observar que predomina un mayor porcentaje entre las personas cuyas edades se encuentran entre los 15 a los 17 años, los cuales suman un 57.5%. Además nos dimos cuenta que en el intervalo de edad que comprende entre los 12 y 14 años se encuentra un porcentaje menor siendo este de 14.9%. Para aquellos que contaban con una edad mayor a 17 años hasta los 20 le correspondió un 27.4%. Podemos confirmar de acuerdo a estos datos, que hay menos pacientes ubicados en este intervalo de edad en comparación con el intervalo de 15 a 17 años y el de 18 a 20 años. Cabe considerar que, como ya mencionamos, nuestro estudio restringió de antemano el tipo de población a la cual se iba a investigar. Sin embargo, tomando en cuenta un estudio efectuado por Centros de Integración Juvenil a nivel Nacional (C.I.J., 1992b) podemos comparar nuestros resultados en cuanto a la edad en la cual el paciente llega a solicitar tratamiento. Este estudio nos revela precisamente que existe un mayor porcentaje el cual es: 39.7% para aquellas personas cuya edad esta entre los 15 y 19 años y entre los 20 y 24 años un 24.6% (véase gráfica No. 1).

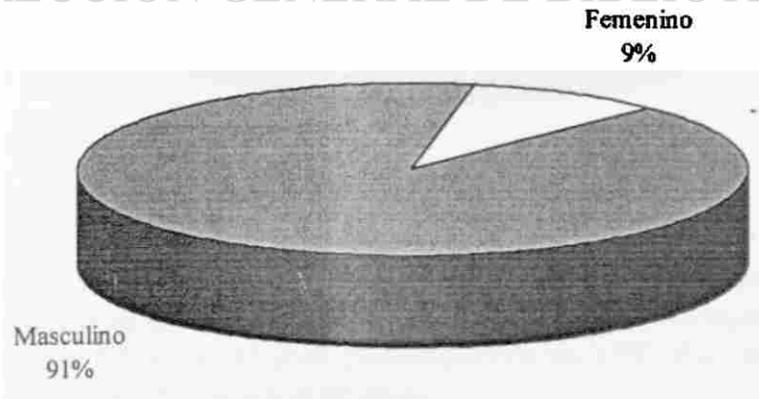
Por otro lado, tomamos en cuenta los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Adicciones 1988 (C.I.J., 1994) la cual nos indica que más de 75 de cada 100 adictos a drogas son personas cuyas edades fluctúan entre los 12 y los 34 años; este rango de edad es considerado como una población joven. A este respecto podríamos decir que el grupo de edad en nuestro estudio que es sobresaliente podríamos incluirlo en parte dentro de este marco de referencia.

En cuanto al género del paciente que acude al Centro de Integración Juvenil, es sobresaliente que existe un mayor porcentaje de individuos de sexo masculino que utilizan drogas, siendo este de un 91% en cambio los individuos de sexo femenino que utilizan drogas es de tan solo 9% (véase gráfica No. 2).

Gráfica No. 1
Edad del paciente



Gráfica No. 2
Sexo del paciente



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Con ello podríamos decir que hay una mayor incidencia por parte de los hombres que por parte de las mujeres, hacia el consumo de drogas. Quizás esta tendencia tenga que ver con la idiosincrasia mexicana, en donde el hombre pudiera tener más libertades que la mujer. Y que de alguna manera ésto influya en la conducta de las personas.

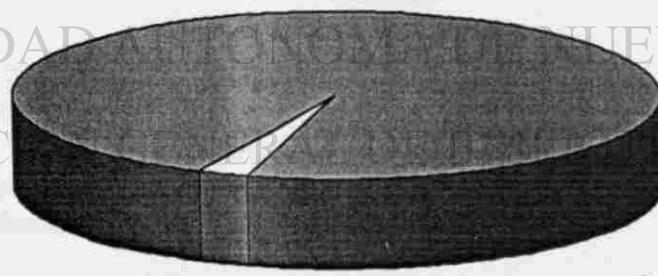
De hecho, a nivel nacional también podemos observar esta tendencia hacia el consumo de drogas, tomando en cuenta un dato obtenido por la Encuesta Nacional de Adicciones (1988)³⁷ se observa que el 7.6% esta constituido por hombres (1,306,00 personas) que alguna vez en su vida han hecho uso de drogas el porcentaje de mujeres que es de 2.2% (407,000 personas), refleja como ya dijimos una mayor incidencia en el uso de sustancias por parte de los hombres.

Por otra parte, en lo que concierne al estado civil del paciente hay que señalar que el 98% son individuos solteros, lo cual correspondería a un total de 124 casos y el 2% que serían tres casos comprendería una condición civil de: casado, unión libre y separado. Estos resultados tienen que ver posiblemente con lo joven de la población.

Este aspecto es observable también en otros lugares; por ejemplo, en un estudio efectuado en un Centro Comunitario dependiente del Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de México y específicamente de la delegación de Tlalpan³⁸ el cual tiene por objetivo brindar atención a personas entre los 7 a los 25 años de edad y que tengan problemas de drogadicción, se observó que de los 50 casos atendidos en 1984, el 94% se trataba de personas solteras, 4% casados y 2% se trataba de madres solteras.

Gráfica No. 3
Estado civil

Soltero
98%



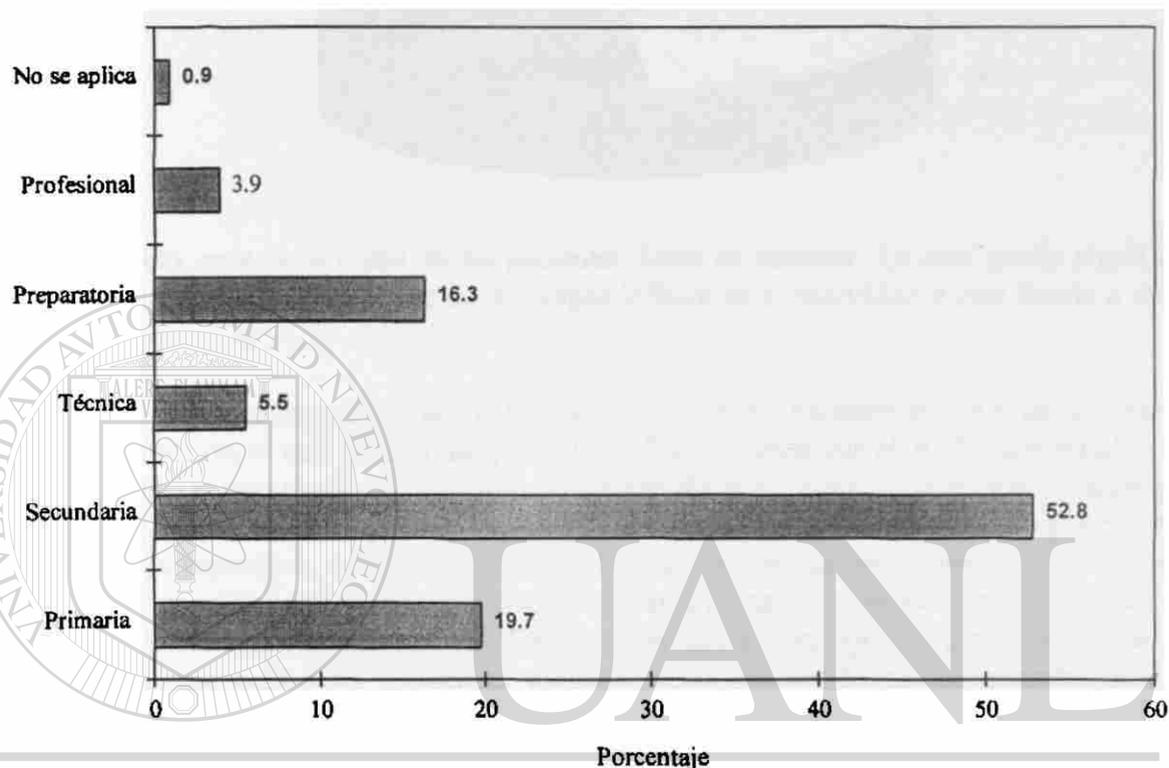
Otros
2%

En cuanto al nivel de instrucción del paciente podemos señalar que los niveles escolares predominantes son: secundaria con 52.8%, primaria con 19.7%, y la preparatoria con 17.3%. Sin embargo los niveles escolares que respresentan un menor porcentaje lo podem encontrar en el nivel técnico con 5.5% y en el nivel profesional con un 3.9%. Por otro lado existió un caso en donde no se obtuvo información al respecto.

³⁷ IBID: 9.

³⁸ Citado en CEPAJUF (1985: 10).

Gráfica No. 4
Escolaridad del paciente

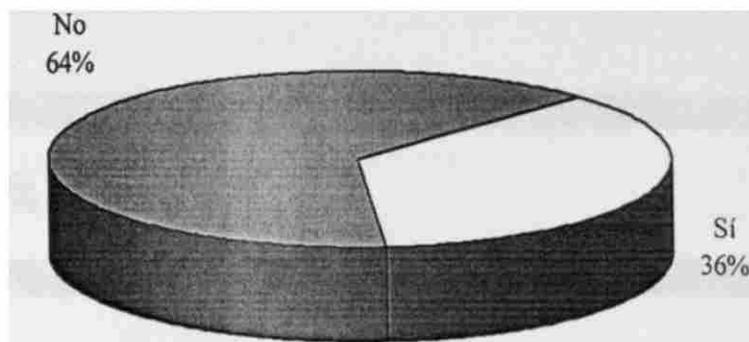


Estos resultados nos dan a entender que existe un bajo nivel académico entre esta población usuaria a drogas, en donde quizás tenga que ver con la corta edad de los pacientes en estudio. Si comparamos estos resultados con otros estudios, resulta hasta cierto punto similar esta afirmación.; por ejemplo, en el estudio del Centro Comunitario de Tlalpan (ya mencionado), el 70% de los casos no alcanzan el nivel de secundaria.

Además, en un estudio efectuado por Centros de Integración Juvenil A.C., con pacientes atendidos entre 1970 y 1988 (C.I.J., 1992a), el mayor porcentaje de individuos se concentró en el nivel de primaria y secundaria el cual iba de un 58% a un 79.4%.

Como ya mencionamos el nivel de instrucción es bajo e incluso podemos relacionarlo con el hecho de que el paciente estudie o no lo cual nos dio por resultado que el 64% son individuos que no estudian contra un 36% de individuo que si estudian.

Gráfica No. 5
El paciente estudia

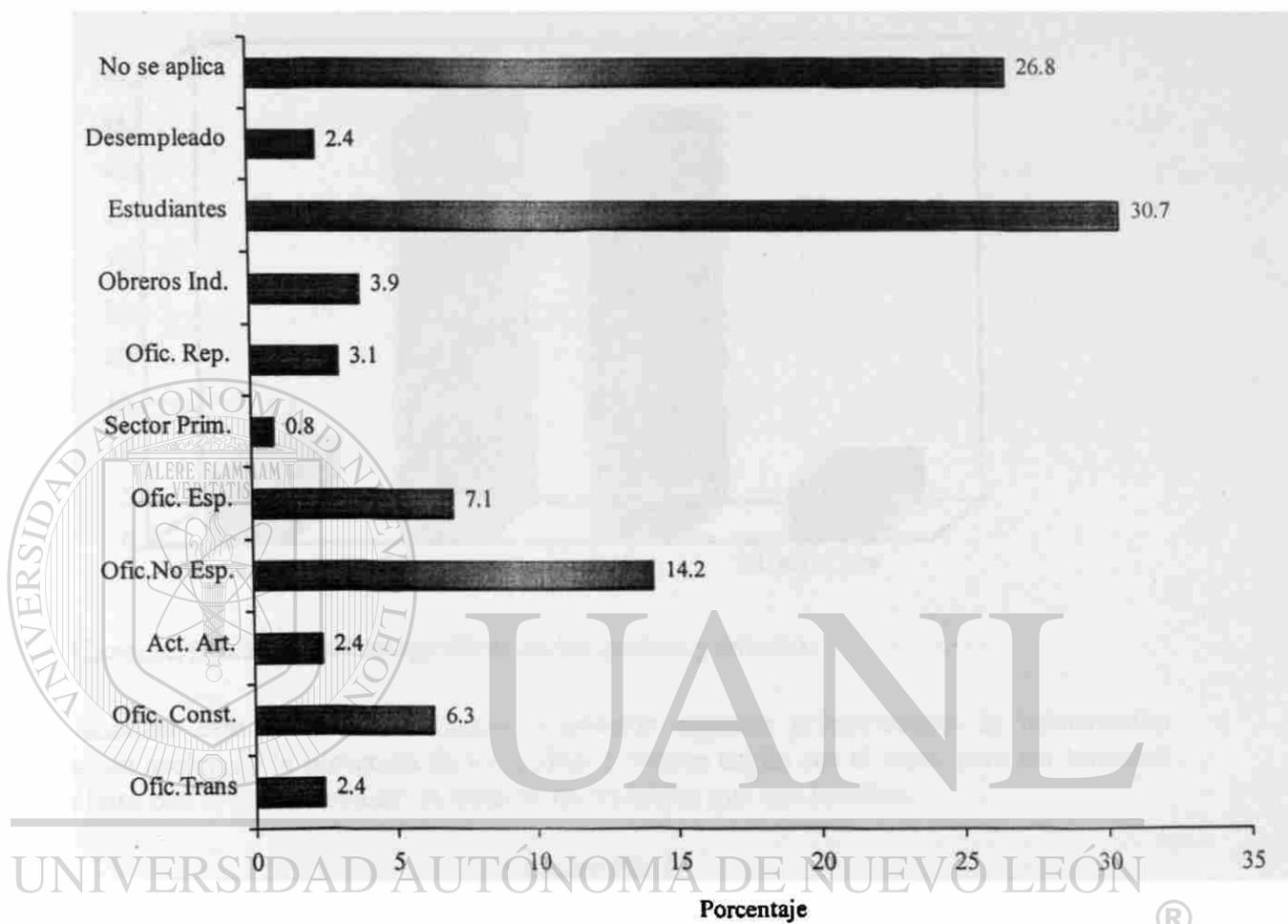


A este respecto, más de la mitad de los pacientes dejan de estudiar. Lo cual puede significar que el hecho de iniciar en el consumo de drogas influye en el individuo y este tiende a dejar sus estudios.

No obstante, podemos desprender que el tipo de ocupación del paciente podría ir de acuerdo al nivel de instrucción, el cuál ya dijimos que es bajo. Encontramos que el 30.7% son estudiantes comparado con el otro resultado de si el paciente estudia o no, aquellos que mencionaron que si fue un 36.2%, por lo cual cabría aclarar que el 5.5% faltante en este rubro es porque cuentan con un trabajo específico, además de estudiar. Un dato sobresaliente es que el 21.3% de los pacientes se encuentran ubicados en oficios no especializados y especializados del sector comercio o servicios. Por último, el 26.8% de los casos corresponde a personas que no efectúan ninguna ocupación e incluso algunos casos en donde no se contaba con la información al respecto (véase gráfica No. 6).

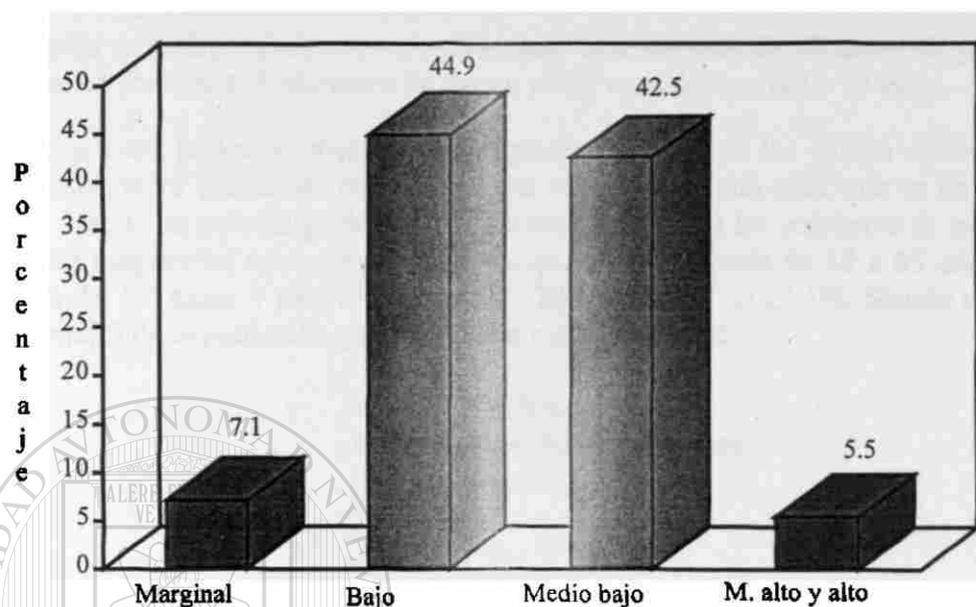
Por otro lado, observamos que existe un predominio de pacientes pertenecientes al estrato socioeconómico bajo y medio bajo, los cuales suman un 87.4% de los casos. Quizás este dato se relacione con el tipo de población que acude a los Centros de Integración Juvenil, ya que por no tener los recursos económicos suficientes se les facilita acercarse a este tipo de dependencias institucionales, en comparación con otro tipo de clases sociales que quizás tengan más alternativas para elegir en donde atenderse; cuando presentan problemas con el consumo de drogas. Tan es así que en el estrato social medio alto y alto suman tan solo un 5.5% de los casos (véase gráfica No. 7).

Gráfica No.6
Ocupación del paciente



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Gráfica No. 7
Estrato socioeconómico del paciente



6.2. Características sociodemográficas de los padres y tutores.

Para analizar este rubro consideramos importante exponer primeramente la información pertinente acerca de la presencia de los padres o tutores según sea el caso, para ser tomados como base con el fin de analizar el resto de las variables que nos interesa.

Cuadro No. 1
Presencia del padre o tutor
(N=127)

Datos	Padre	Tutor	Ninguno	Sin Información	Total
Total	63.0%	16.5%	16.5%	3.9%	99.9%

En el cuadro No.1 podemos observar que en el 63% de los casos el paciente cuenta con la presencia del padre, en el resto de los casos (33%) el padre esta ausente, siendo la mitad de éstos los que cuentan con tutor. Por otra parte, existe un 3.9% de casos que no se localizó información sobre este rubro.

Cuadro No. 2
Presencia de la madre o tutora
(N=127)

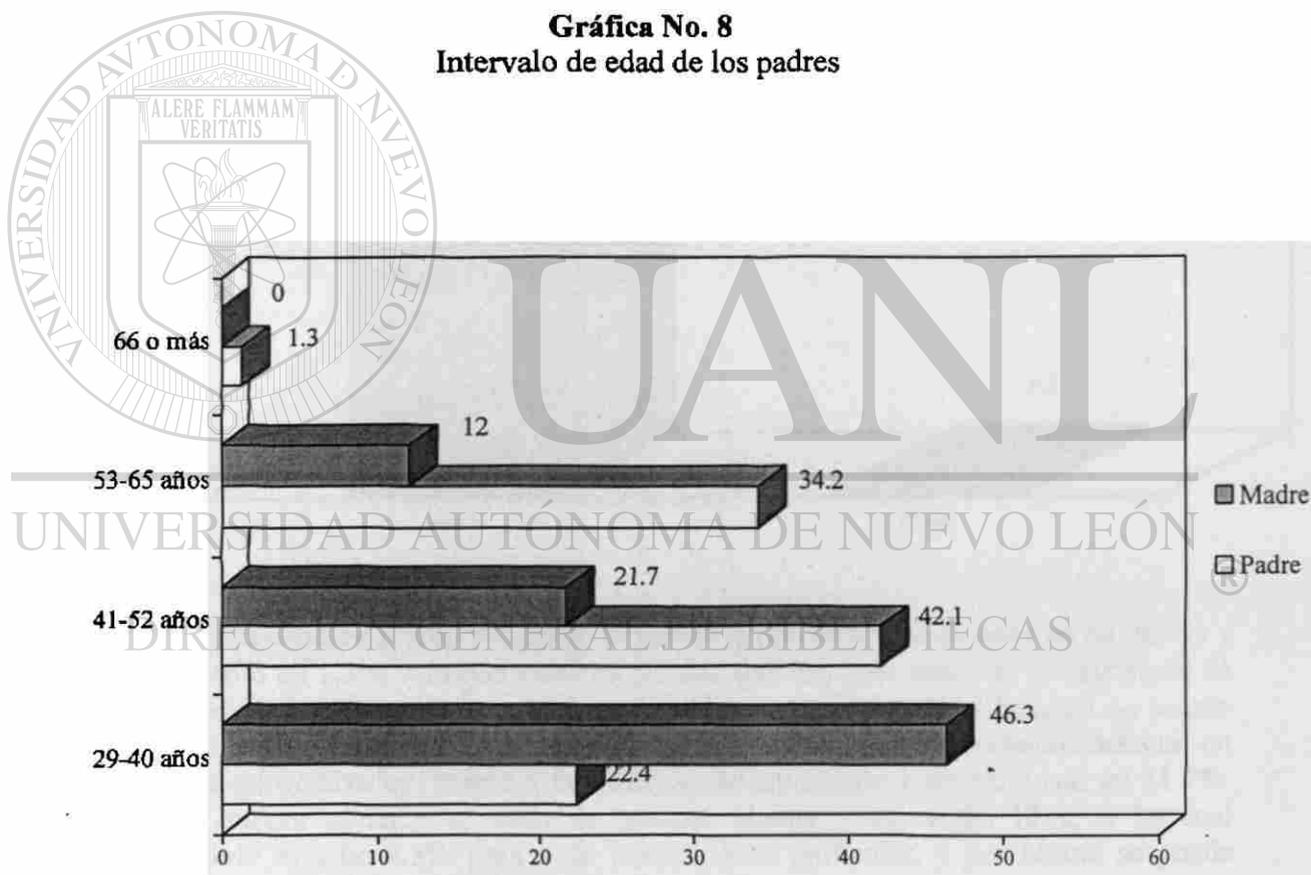
Datos	Madre	Tutora	Ninguna	Sin información	Total
Total	87.4	8.7%	3.1	.78	99.9%

En el cuadro No. 2 destaca el hecho de que en un 87.4% de los casos la madre del paciente se encuentra presente, siendo mínimo el porcentaje de madres ausentes, el cual corresponde a un 11.1%, de los cuales el 8.7% el paciente cuenta con tutora y el 3.1% no. Cabe señalar que sólo en un 78% no contaba con información al respecto.

Partiendo de dichos cuadros y tomando como base un total de 80 casos de padres y 111 de madres presentes. Trataremos de dar un perfil sociodemográfico de estos.

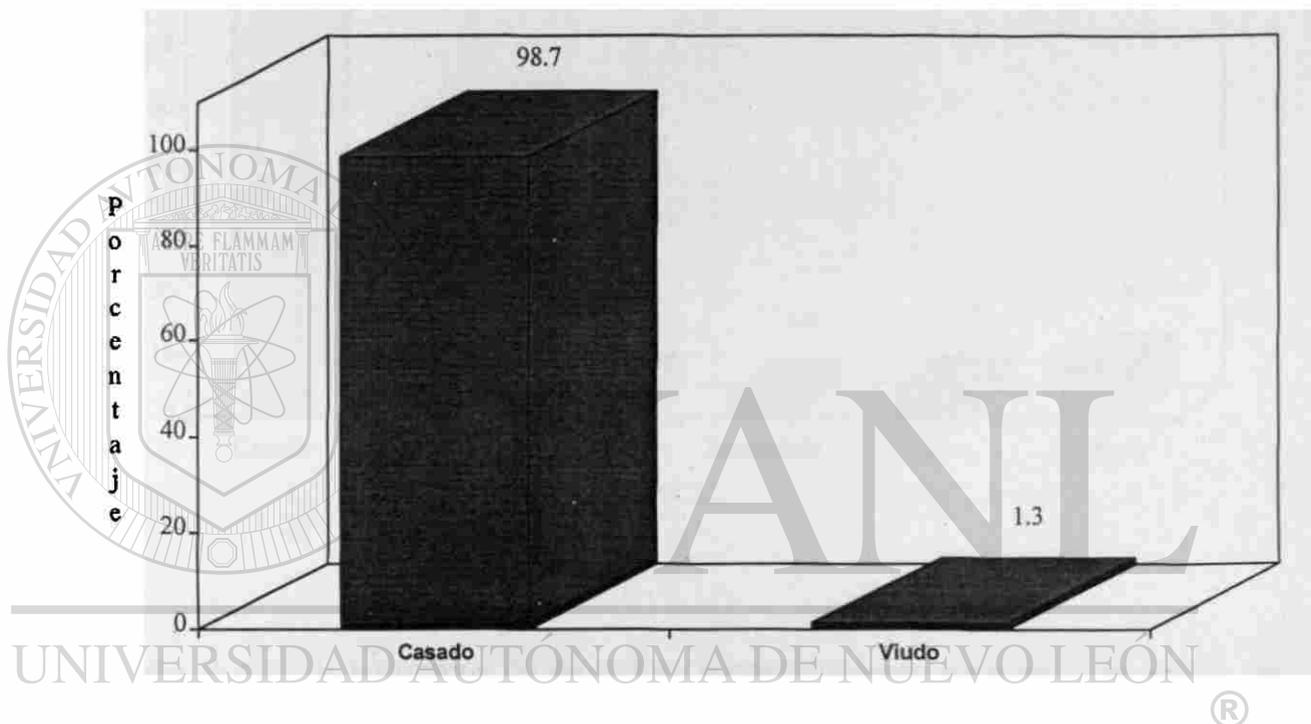
Primeramente, podemos observar que respecto a la edad de los padres encontramos que existe un mayor porcentaje de personas que cuentan con una edad que va de los 41 a 52 años, siendo su porcentaje de 42.1%. Sin embargo, hacia los extremos de este intervalo hay una proporción más o menos alta, ya que en el intervalo de 53 a 65 años existe un 39.2% de los casos y para el intervalo de 29 a 40 es de un 22.4%. Siendo mínimos los porcentajes de la población que cuenta con más de 66 años.

Gráfica No. 8
Intervalo de edad de los padres



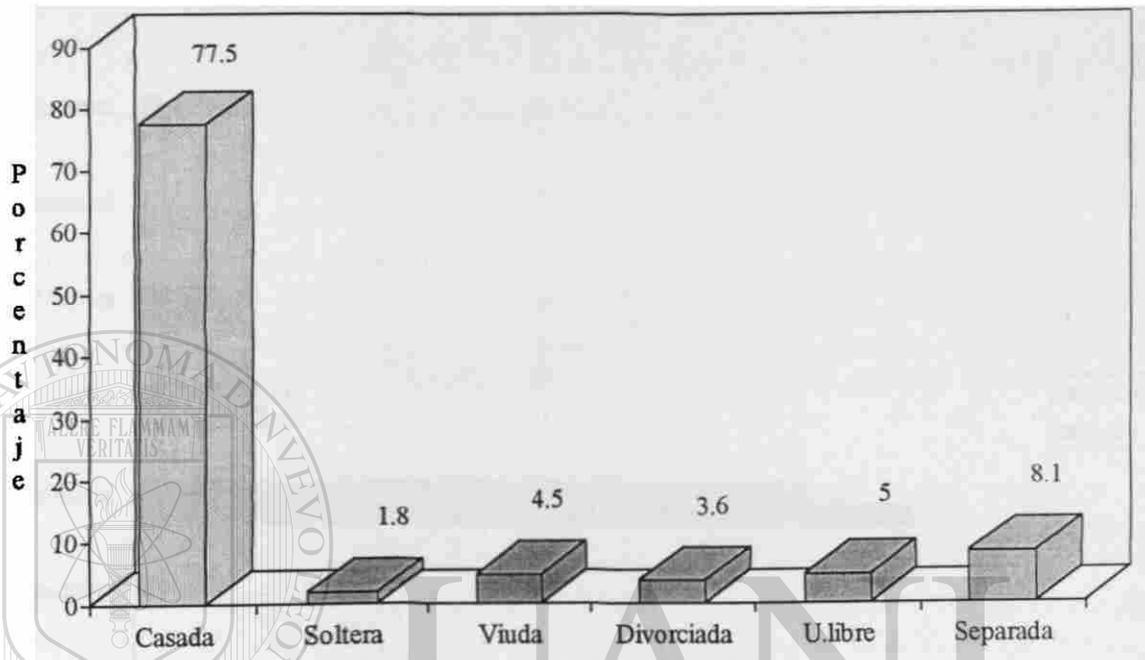
En cuanto a la edad de las madres de los pacientes, podemos observar que hay un predominio entre aquellas personas que tienen entre 29 y 40 años, ya que el porcentaje es de 46.3%. Cabe mencionar que aquellas personas que tienen entre 41 y 52 años presentan un porcentaje significativo de 21.7%. Sin embargo, en el intervalo de edad entre 53 y 65 años observamos que el porcentaje empieza a disminuir, el cual corresponde a un 12%.

Gráfica No. 9
Estado civil del padre



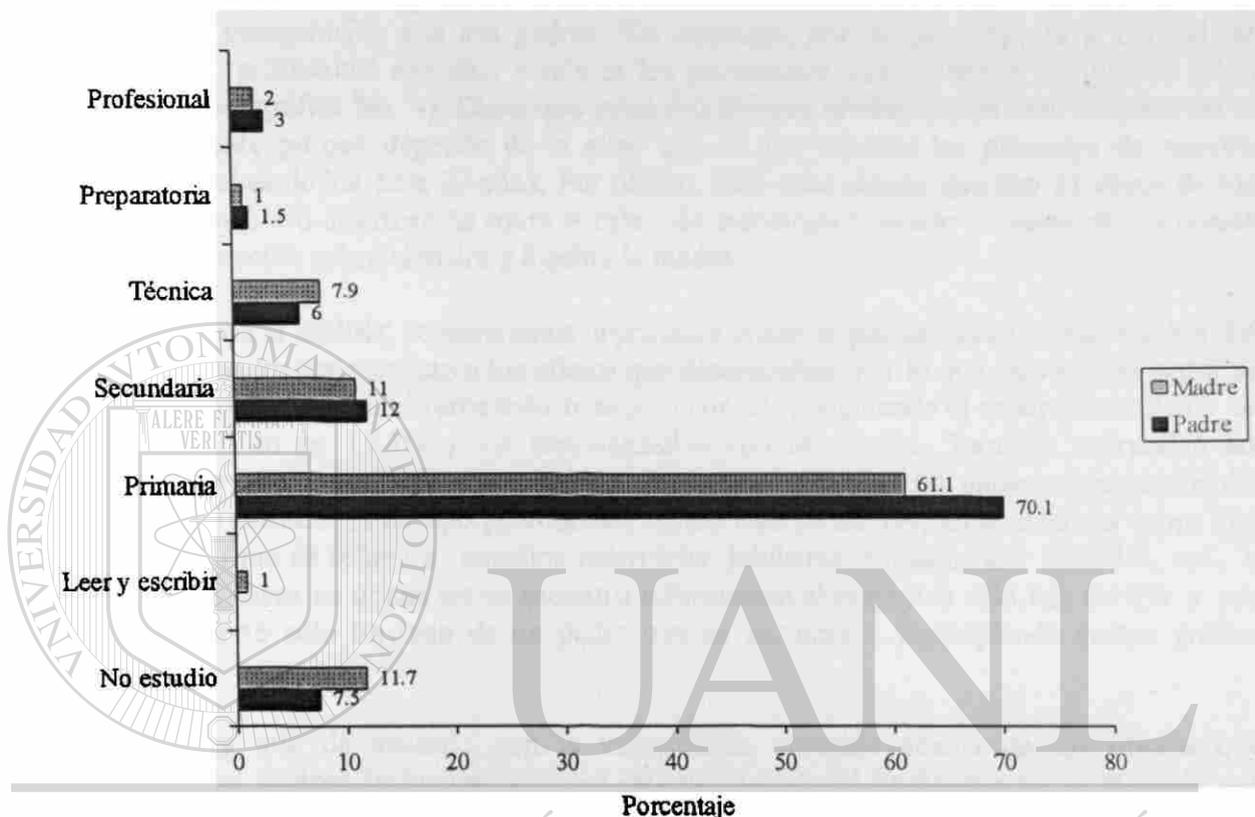
En cuanto a la condición civil del padre es mayor el porcentaje de casados en un 98.7% y viudos tan solo en 1.3%. Aunque cabe mencionar que hay más casos de la existencia de madres presentes que de padres, sin embargo existe una mayor diversificación en cuanto a la condición civil de las madres de familia. Observando los datos podemos detectar un porcentaje significativo en cuanto a la situación de separación y divorcio con un 11.7%. Siendo de menor alcance el caso de madres viudas y en unión libre, a lo cual correspondería solo un 4.5% para cada condición en particular, y por último se puede observar solo un 1.8% de madres solteras.

Gráfica No. 10
Estado civil de la madre



En cuanto al nivel de instrucción de los padres, encontramos que predomina, en ambos, un grado de escolaridad de nivel primaria. Ya que los padres presentan un porcentaje de 70.1% y la madre un porcentaje de 61.1% para dicho nivel. También destaca el hecho que en el nivel de instrucción secundaria los porcentajes que se observan son muy similares en ambos, ya que el padre presenta un porcentaje de 12% y la madre un porcentaje de 11%. Siendo los de menor nivel de instrucción la preparatoria cuyo porcentaje para ambos es de 1% y por último el nivel profesional, que para el caso del padre es de 3% y para el de la madre un-2%.

Gráfica No. 11
Escolaridad de los padres



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Como podemos observar, de acuerdo a estos datos, los padres de familia de los pacientes en estudio poseen características muy homogéneas en cuanto a este rubro. Si comparamos la información obtenida con un estudio realizado en Monterrey N.L.,¹ el cual pretendía analizar algunas características tanto de individuos adictos como de sus familias (28 familias). Este estudio se efectuó en algunas comunidades marginadas durante el año de 1975, encontrándose que el nivel de instrucción de ambos padres, era solamente de educación primaria en un 70%.

Nos pareció interesante este dato ya que los pacientes que C.I.J. A.C. atiende en su mayoría pertenecen a estratos socioeconómicos medios bajos y bajos. Y la información que obtuvimos de dicho estudio fue de comunidades económicamente desfavorecidas; aunque la población estudiada no sea totalmente igual a la nuestra. Sin embargo posee ciertas características en

¹ Citado en: De la Garza, Mendiola y Rábago (1977:84).

cuanto a nivel socioeconómico que hasta cierto punto puede servirnos de referencia para tomarlo en cuenta.

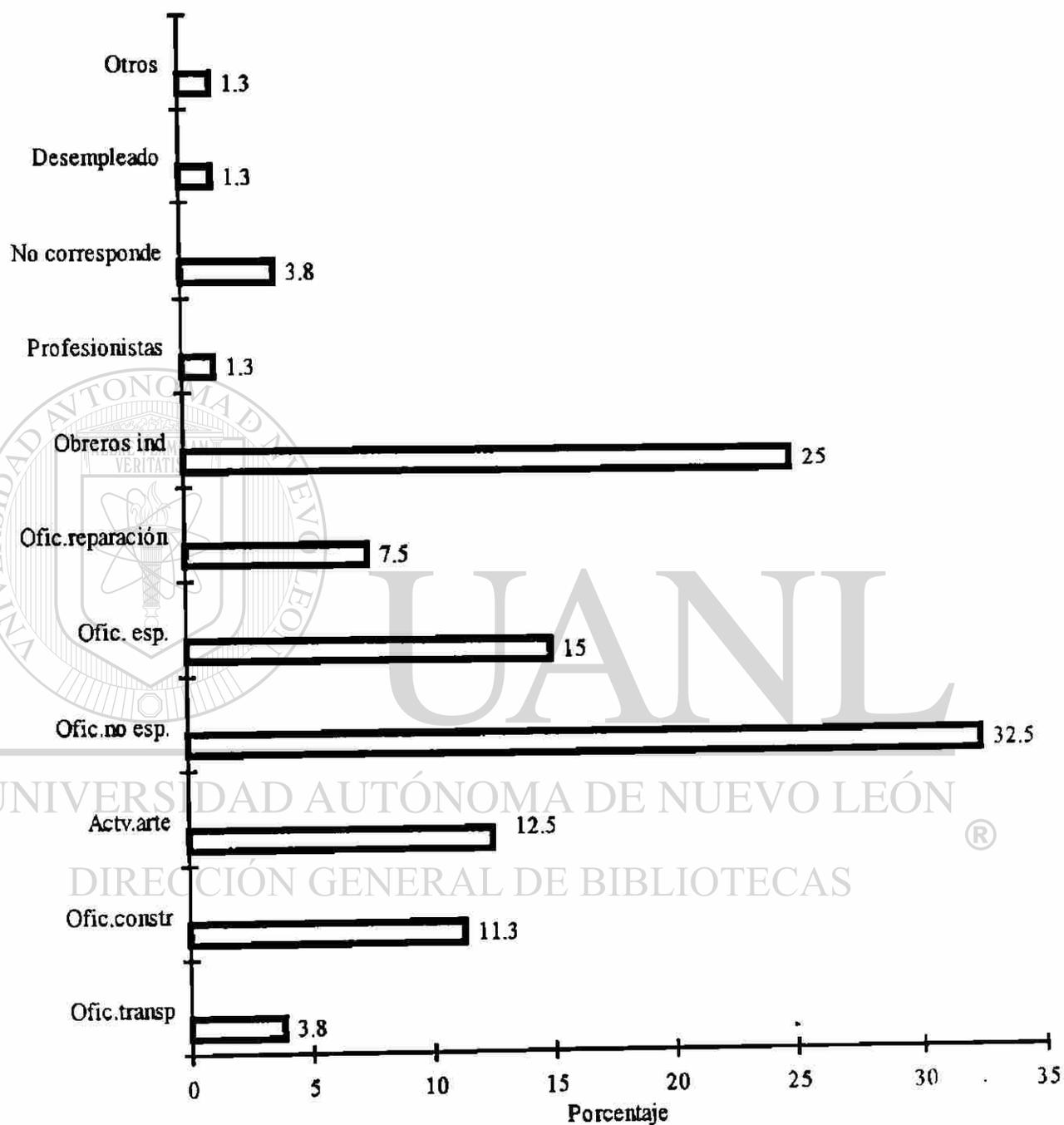
Por otro lado, comparando la educación de los padres con la del paciente, encontramos que es solo un mínimo de diferencia en cuanto al nivel de instrucción. Ya que los pacientes alcanzan un nivel un poco más alto que el de los padres; es decir, más pacientes llegan a cursar la secundaria en comparación con sus padres. Sin embargo, por lo que respecta a al nivel de preparatoria y, profesional son muy similares los porcentajes que presentan los padres y los pacientes (Véase gráfica No. 4). Claro que estos dos últimos niveles quizás sean mínimos en el caso del paciente porque depende de la edad con la que cuentan los pacientes de nuestra muestra, la cual es de los 12 a 20 años. Por último, solo cabe aclarar que hay 21 casos de los cuales no se encontró información sobre el rubro de escolaridad, siendo 13 casos en los cuales no había información sobre el padre y 8 sobre la madre.

Continuando con el análisis, consideramos importante observar por separado la información del padre y de la madre con respecto a los oficios que desempeñan. Por lo que respecta, al padre se distingue un predominio de obreros industriales con un 25%, siguiendo el de aquellos oficios no especializados con un 17.5% y los especializados con un 15.0%. También sobresalen las actividades de tipo artesanal con un 13%. Cabe señalar que hay un mínimo porcentaje del desempeño de actividades de tipo profesional, siendo éste de un 1%; en el caso del rubro "no corresponde" (que se refiere a aquellos individuos: jubilados, pensionados, inválidos, etc., o simplemente a casos en donde no se encontró información al respecto) sólo hay un 4%, y por último se detectó sólo un caso de un padre que se encontraba desempleado (véase gráfica No.12).

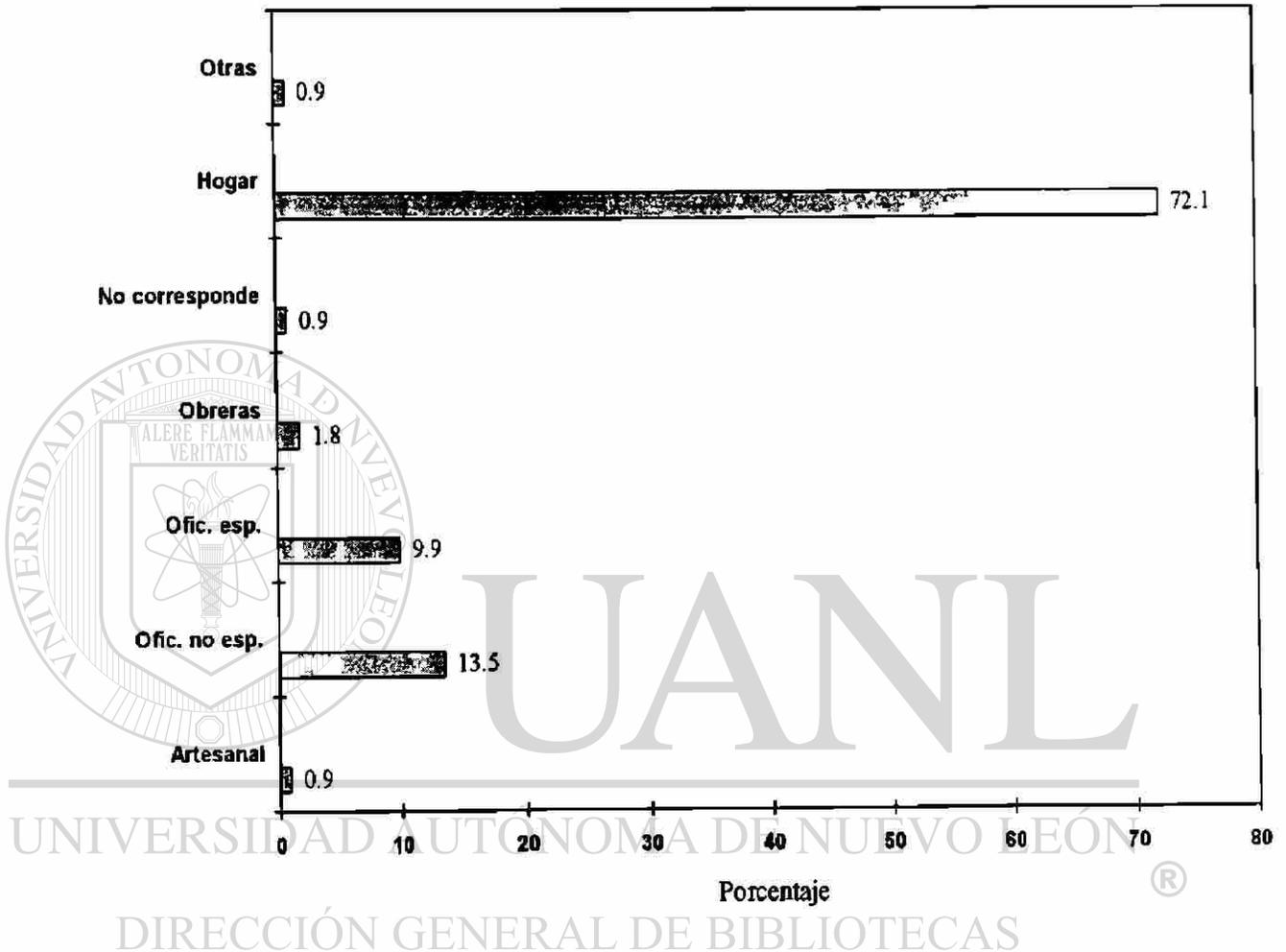
Veamos ahora que de acuerdo con la información obtenida acerca de los oficios que desempeñan las madres de los pacientes en estudio, destaca el hecho que en su mayoría son personas que se dedican a las labores del hogar en un 72.1%. Asimismo, el desempeño de oficios especializados es de 13.5% y el de no especializados es de un 9.9%. Por último, encontramos que es mínimo el porcentaje de casos de madres que desempeñan actividades de tipo artesanal o bien son obreras industriales, siendo éste de tan sólo un 2.6% (véase gráfica No. 13).

De acuerdo a estos resultados observamos que existe la tendencia a que la mayoría de las madres de familia se dediquen al hogar. Esto resulta interesante, ya que al estar la madre de familia dedicada a esta actividad las posibilidades de que los hijos se vuelvan farmacodependientes pudieran ser mínimas. Sin embargo el hecho de que la madre este presente físicamente, no significa que este dispuesta a atender adecuadamente a la familia y por lo tanto el adolescente quizás pretenda hacer uso de drogas.

Gráfica No. 12
Ocupación del padre



Gráfica No. 13
Ocupación de la madre

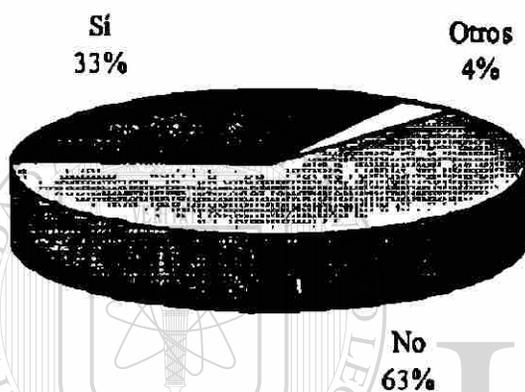


6.2.1. Padres biológicos y/o padres sustitutos.

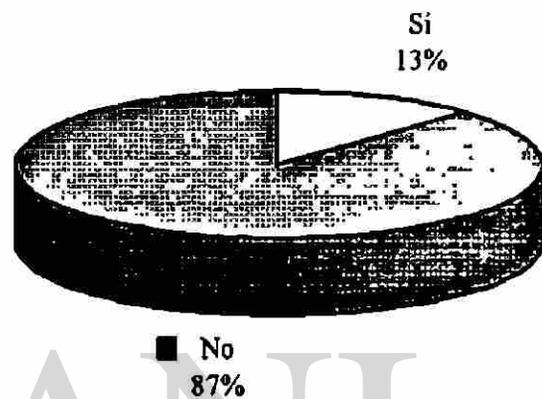
Como ya habíamos mencionado en el marco teórico consideramos importante conocer algunas características de los padres biológicos o en su defecto algunas características de los tutores de los pacientes. Siguiendo esta idea, primeramente nos interesó conocer por qué motivo los padres biológicos se encontraban ausentes. Observando los datos y tomando como base el cuadro No.1 y 2, encontramos que el 48.8% de los casos reportaban ausencia de los padres, siendo mayor la del padre, ya que se detectó un 33% y una menor ausencia en el caso de la madre, ya que sólo fue de 11.8%. Cabe señalar que en el rubro de otros, nos referimos a los casos de los cuales no se obtuvo información en lo concerniente al padre; con respecto a la madre, fue tan sólo un caso. Con ello queremos hacer énfasis que es casi la mitad del total de nuestros casos los cuales presentan ausencia de padres biológicos.

Asimismo, habría que enfatizar que es la figura paterna la que tiende a ausentarse. Tomando en cuenta este hecho, valdría la pena reflexionar en la importancia que reviste el papel que desempeña el padre dentro del núcleo familiar y las repercusiones que lleva consigo dicho acto, que pudiera ser entre otros que el hijo tuviera problemas de farmacodependencia

Gráfica No. 14
Ausencia del padre



Gráfica No. 15
Ausencia de la madre

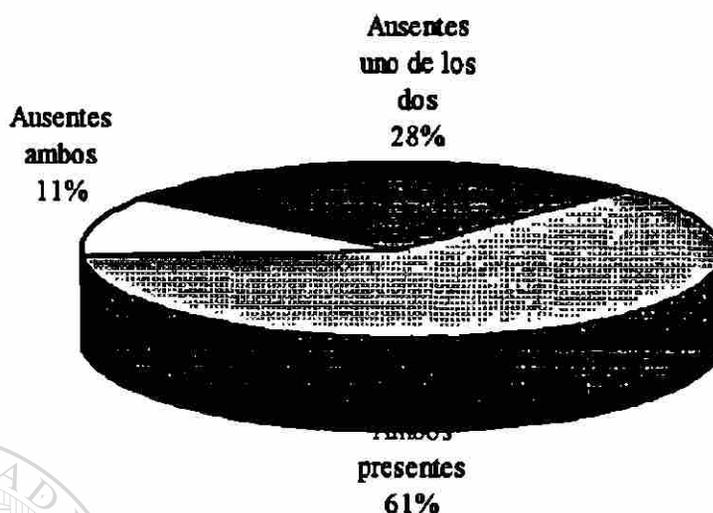


En este mismo orden de ideas, identificamos un dato importante, que tiene que ver con la ausencia de ambos padres el cual es de 11% y un 61% que no están ausentes y el 28 % alguno de los dos está presente (véase gráfica No. 16).

De acuerdo con la información obtenida sobre el porcentaje de casos que reportan ausencia de padres, creímos conveniente observar cuáles eran los motivos por los que los padres biológicos no estaban presentes. Uno de los motivos, y el que hasta cierto punto tiene un mayor predominio, es el abandono, el cual representa el 66.7% por lo que concierne a la madre y el 25% al padre (véase gráfica No. 17). Ejemplificando esta situación, tenemos el caso de un paciente de 17 años de edad quien vive en las vías de Ferrocarril en la Cd. de Monterrey, el cual manifestó que desde los 13 años fue expulsado de su casa, sin saber a ciencia cierta los motivos reales de esta expulsión. Simplemente sus padres lo echaron de su casa y le prohibieron hasta pasar cerca de la vivienda en la cual habitan.

La situación de divorcio y separación de los padres es otro de los motivos que también llevan cierto peso, ya que en el 42.5% de estos casos, principalmente el padre es quien se aleja del hogar por estos motivos, siendo la madre la que por el contrario permanece presente, estableciéndose una especie de diada entre madre e hijo. Así por ejemplo, en uno de los casos existía la ausencia del padre biológico, ya que los padres se estaban separando; el padre se cambió de domicilio mientras se daba el proceso de divorcio. Este siempre ha permanecido periférico a la familia, manteniendo una ausencia física y afectiva, asumiendo solamente el rol

Gráfica No. 16
Ausencia de ambos padres

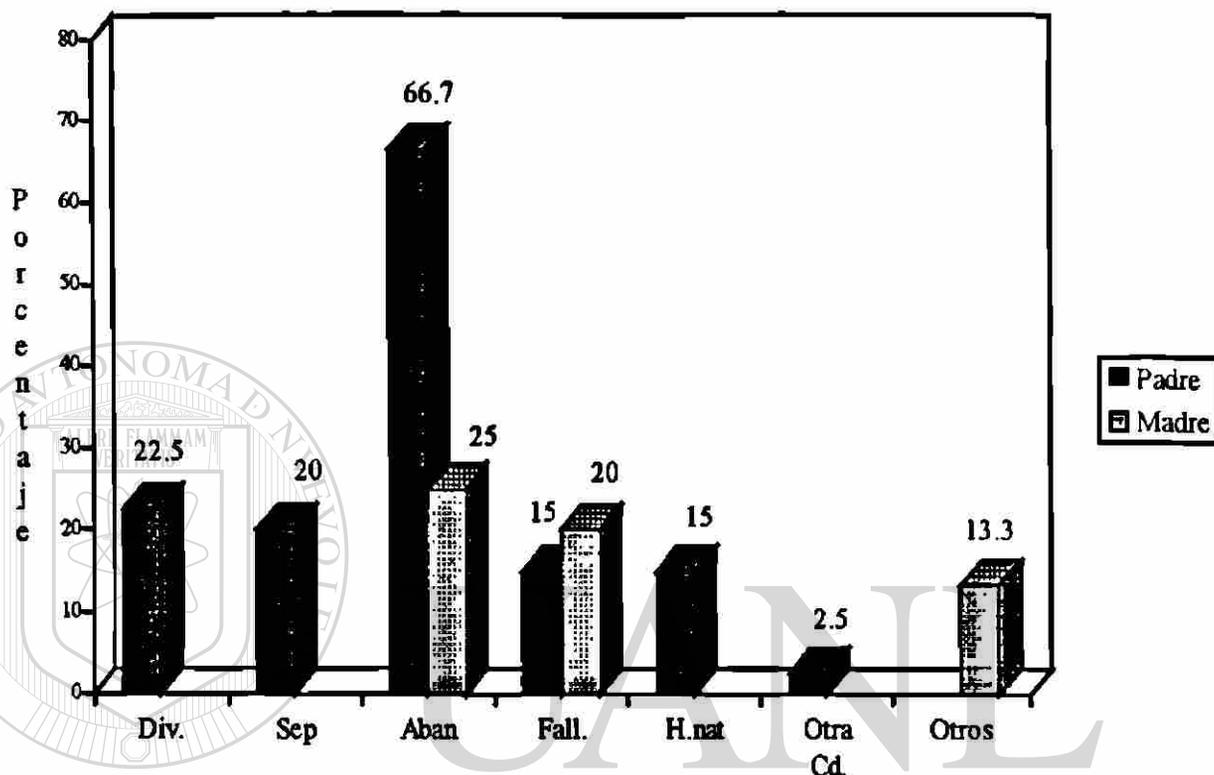


Por otro lado, las situaciones en donde alguno de los progenitores fallece también resultan significativas, al igual que los casos en donde el padre se encuentra ausente, porque el paciente identificado es hijo natural, mostrando ambas situaciones un porcentaje de 15% en cada uno de estos motivos. Un ejemplo de ello es el caso de un paciente de 17 años, quien manifestó que la relación entre los padres del paciente fue llevada a cabo a través de la unión libre; sin embargo estos se separaron. Al cabo de un tiempo, el paciente intentó acercarse a su padre, pero éste falleció debido a un paro cardíaco; a partir de entonces el paciente empezó a consumir drogas, al mismo tiempo que la madre de este decidió dejarlo a vivir con la abuela materna, ya que no pudo controlar su problema adictivo.

Otro caso es el de un paciente de 13 años de edad el cual mencionó ser hijo natural. En cuanto a la relación familiar, manifestó que su padre no vive con ellos y solo les envía dinero para el sustento económico. La madre del paciente, después de un tiempo de haber nacido éste, se ve obligada a casarse, con otra persona dejando a cargo de la abuela materna al paciente. Actualmente la abuela considera necesario que el paciente vaya a vivir de nuevo con su madre; sin embargo la madre lo rechaza porque puede tener dificultades con su actual esposo. La autoridad en la casa es rígida y ejercida principalmente por la abuela, siendo esta misma agresiva y golpeadora.

Por último, cabe aclarar que en ocho casos no se tenía información al respecto, siendo siete casos los que correspondían al padre y sólo uno a la madre.

Gráfica No. 17
Motivo de ausencia de los padres



Hasta aquí hemos tratado de analizar ciertos aspectos en torno a los padres biológicos, ahora bien, ya habíamos mencionado que existe una gran cantidad de casos en los cuales el paciente no cuenta con la presencia de los padres biológicos pero que están presentes padres sustitutos, los cuales tienen alguna relación de parentesco con respecto al paciente. Por lo que respecta a los padres sustitutos, predominan aquellos casos donde el padrastro es quien ejerce la tutoría, ésto en un 58%, seguido de la presencia del abuelo con un 21% y después los casos en los que el tío asume ese papel en un 16%. Por último tenemos aquellos casos que presentan un mínimo porcentaje, en donde otros parientes son tutores. Cabe aclarar que solo dos casos no presentan información sobre este rubro.

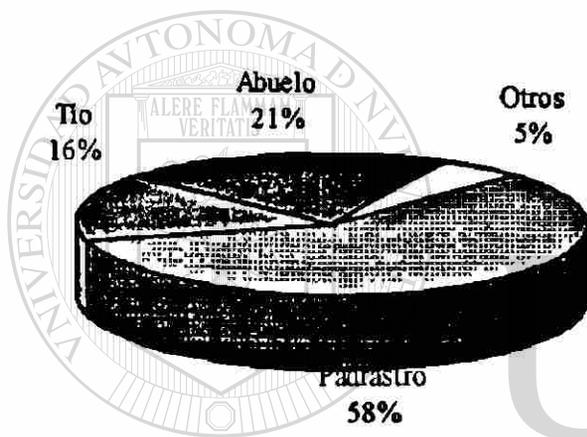
Por lo que respecta a los casos en donde no está presente la madre, tenemos que existe un mayor predominio de la presencia de abuelas que fungen como tutoras, siendo éstas un 60%, seguido de las tías con un 20% y un mínimo porcentaje de 10% en donde la tutoría es ejercida por la madrastra y otro 10% por la hermana del paciente.

Cabría resaltar el hecho de que al comparar la información de los tutores podemos observar que hay más casos en donde el padrastro ejerce la tutoría que en el caso de madrastras. Quizás esto

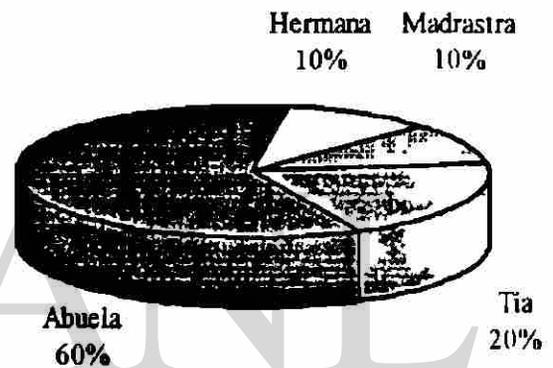
se deba a que hay menos padres presentes que madres. Además, el hecho de que los padres vuelven a contraer matrimonio o se unen libremente a una pareja. Por otro lado, observamos que la abuela ejerce en mayor porcentaje dicha tutoría.

Analizando este punto, en general nos damos cuenta que la figura materna tiende a sobresalir más que la paterna, ya que en su mayoría se establece la diada abuela-paciente o madre-paciente.

Gráfica No. 18
Parentesco del tutor



Gráfica No. 19
Parentesco de la tutora



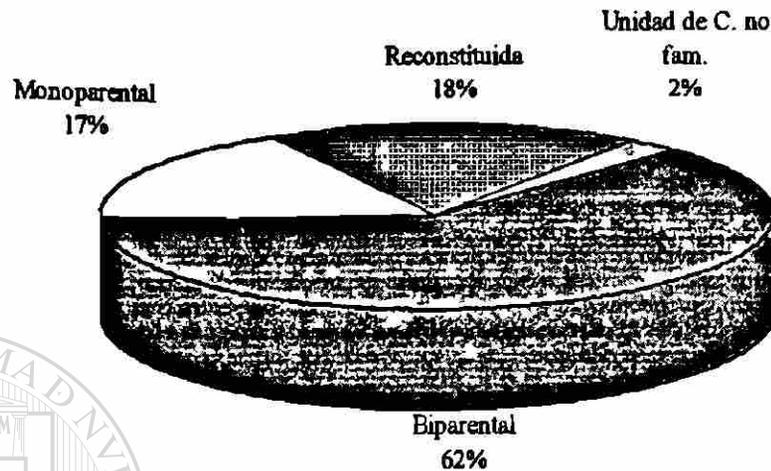
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

6.2.2. Estructura familiar.

Como hemos mencionado, existen diversos tipos de familia y diversas formas de como conceptualizamos a la familia. Centrándonos en nuestros datos, pudimos detectar que hay un predominio de pacientes que pertenecen a una familia biparental, en donde ambos se encuentran presentes, representando el 62% del total. Enseguida, están aquellos casos en donde el paciente pertenece a familias reconstituidas (en un 18%) y nos estamos refiriendo a situaciones en donde alguno de los padres biológicos o ambos no se encuentra y tomó su lugar un tutor. Después, tenemos los casos de hogares monoparentales, en los cuales solo uno de los padres se encuentra presente, representando estos el 17%. Por último los casos que tienen un menor peso son aquellos en donde el paciente no vive con la familia, sino más bien en una unidad de coresidencia no familiar, debido a múltiples razones, siendo el porcentaje de tan sólo 2% (véase gráfica No.20).

Gráfica No. 20
Tipo de familia



Pasaremos ahora a analizar algunos indicadores que consideramos importantes y que se hacen presentes en la dinámica familiar

Cuadro No. 3
Estructura familiar y tipo de autoridad.
 (%)

Estructura	Tipo de autoridad			Total
	Rígida	Flexible	Sin límites	
Biparental	30.1	23.3	46.6	73
Monoparental	30.8	7.7	61.5	13
Reconstituida	26.3	42.1	31.6	19
Total	31	26	48	105

Tomamos en cuenta una población de 105 casos, ya que en 22 casos no se poseía información o bien había ausencia de autoridad, por lo cual no se tomaron en cuenta. Observamos que con una V de Cramer's de .16 y un grado de significación de .23, aceptamos la hipótesis nula de que no existe relación significativa entre la estructura familiar del paciente y el tipo de autoridad ejercida en la familia. Sin embargo, analizando tanto el aspecto teórico como los resultados, tenemos que según Barun, en familias en donde es más propicio que se manifieste el problema de drogadicción es en aquellas en donde la autoridad y disciplina es indulgente o demasiado estricta, en comparación con aquellas familias en donde se es flexible y hasta cierto punto se subraya un control de la misma (Barun, 1991:76). De hecho, es observable hasta cierto punto tal reflexión, ya que podemos decir que existe una tendencia en familias con una estructura monoparental en donde la autoridad que se ejerce es sin límites en un 61.5%. También las

familias con un tipo de estructura biparental ejercen en un 46.6% una autoridad sin límites. Por último, las familias con una estructura reconstituida tienen una autoridad flexible en un 42.1%.

También es importante destacar que las familias con una estructura de tipo biparental tienden a mantener un mayor porcentaje en el manejo de la autoridad tendiente a aplicarse hacia los extremos, ya sea siendo rígidas en un 30.1% de los casos o bien sin límites en un 46.6%. Incluso los hogares monoparentales presentan dicha tendencia, aunque aumentando significativamente en el tipo de autoridad sin límites, siendo el porcentaje de 61.1%.

Cuadro No. 4

Identificación de quien posee la autoridad en la familia y el tipo de autoridad que se ejerce (%) N

Asume la autoridad	Tipo de autoridad			Total
	Rígida	Flexible	Sin límites	
Padre	58.3	16.7	25.0	24
Madre	21.7	26.1	52.2	46
Ambos	0	35.3	64.7	17
Tutor - Tutora	44.4	22.2	33.3	9
Hermanos-Paciente	33.3	33.3	33.3	9
Total	31	27	47	105

Consideramos solo 105 casos de los 127 de nuestra población total, ya que 22 de éstos no reportaban información al respecto o bien había ausencia de autoridad. Tomando como valor una V de Cramer's de .30 y un grado de significancia de .01, aceptamos la hipótesis de investigación en donde, si existe una relación significativa entre quién asume la autoridad en la familia y el tipo de autoridad ejercido en la misma.

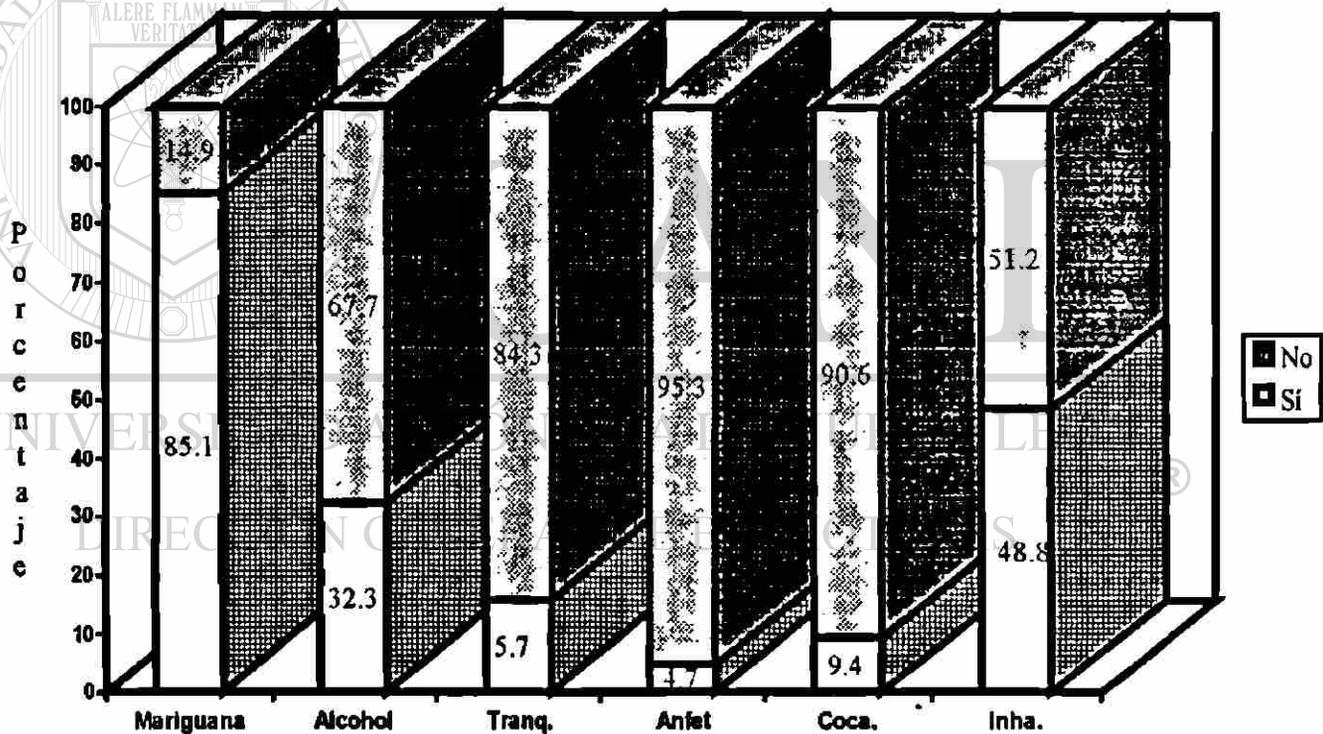
Podemos decir que cuando el padre de familia asume la autoridad, ésta es rígida en un 58.3%. En cambio, cuando la autoridad es ejercida por ambos (padre y madre) ésta tiende a ser sin límites. Ahora bien, si la madre ejerce la autoridad, ésta se presenta en un 52.2% sin límites. Por otro lado cuando los tutores ejercen la autoridad esta suele ser rígida en un 44.4%. Un dato interesante que podemos observar es que cuando los hermanos o el paciente asumen la autoridad ésta permanece igual en un 33.3% como rígida, flexible y sin límites.

Cabe resaltar que cuando ambos padres ejercen la autoridad esta tiende a ser sin límites en más de la mitad de los casos (64.7%) o bien flexible en menos de la mitad (35.3%). Nos dimos cuenta en este análisis que el tipo de autoridad difiere según quien la ejerce, por lo que posiblemente sea necesario considerar una congruencia entre los padres de familia cuando el joven necesita cierta orientación en cuanto a su conducta, de tal modo que el ejercicio de la autoridad sea percibido primeramente por los padres a través de un acuerdo sobre la disciplina, reglas, normas, etc; con respecto a determinadas situaciones que competen a la familia, para de que el mismo joven pueda ver con claridad no solo en el ejercicio de esta autoridad, sino también en la comunicación entre sus padres y/o tutores, o quien asuma la autoridad familiar (Barun, 1991).

6.3. Uso de drogas en el paciente.

Consideramos importante analizar qué tipo de drogas se consumen con mayor frecuencia entre los adolescentes que son atendidos por los Centros de Integración Juvenil A.C. de Monterrey. Para ello creímos conveniente tomar en cuenta estudios realizados por esta institución, a fin de que nos diera un panorama del fenómeno y contrastarlo con los resultados de nuestro estudio. De tal manera que mencionaremos algunos de ellos. Por ejemplo, en un estudio efectuado a través de la revisión de expedientes que comprendían el periodo de 1976 a 1982, siendo la muestra de 100 individuos, C.I.J. encontró que la droga que más se consumía eran los inhalables (36.8%), seguida de la marihuana (27.8%) y en tercer lugar el alcohol (11.3) (Clarac,1990:148).

Gráfica No. 21
Consumo por sustancia



En otro estudio realizado por la misma institución, pero con pacientes atendidos en 1990 en 47 centros locales de la república, cuya muestra era de 4,597 pacientes, se encontró que la sustancia de mayor consumo era la marihuana en un 44.4%, seguido de los inhalables en un 31.8% por el alcohol en un 11.5% (C.I.J., 1992a).

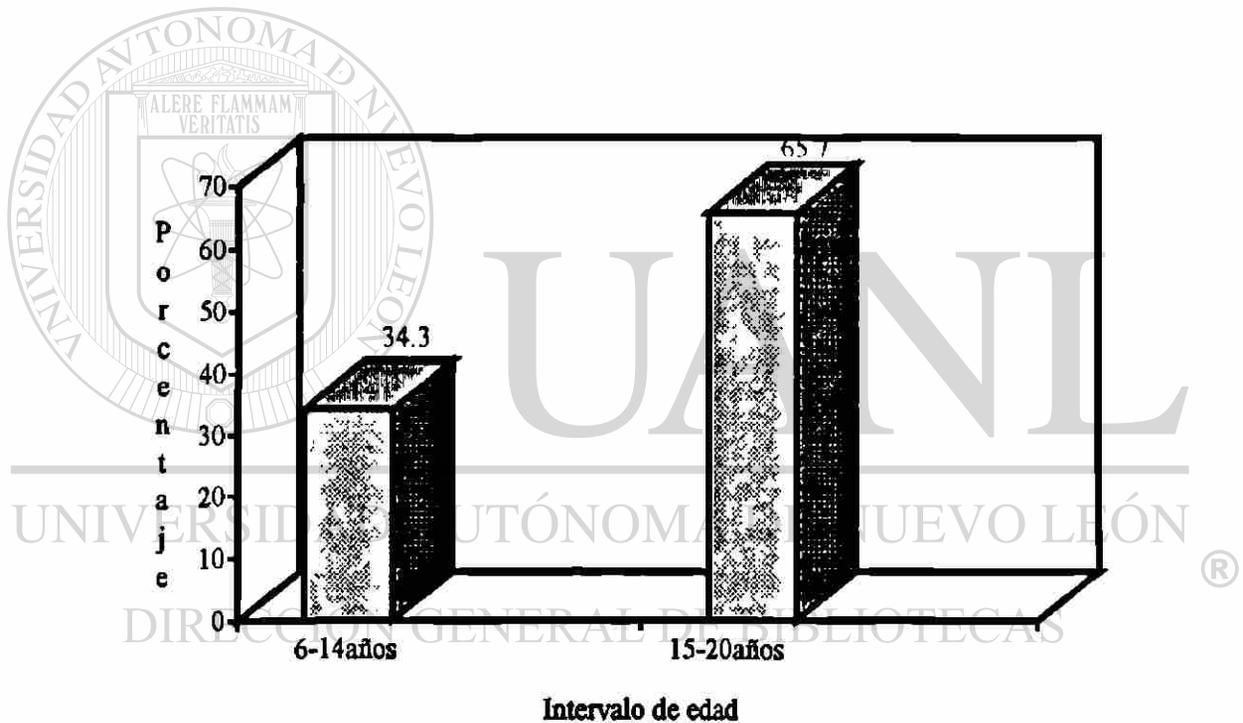
En una investigación más reciente a nivel local, se efectuó una revisión de expedientes que comprendían el periodo de 1990-1993, siendo la población en estudio de 324 pacientes. La sustancia que más se consumía era la marihuana con un porcentaje de 47.5, seguido de los inhalables con un 33% (C.I.J., 1995a).

Observando estos resultados, encontramos similitudes con respecto a nuestro estudio, ya que en él identificamos que la sustancia que más se consume es la marihuana en un 85.1% de los casos; el segundo lugar lo ocupan los inhalables con un 48.8% y el tercer lugar el alcohol con un 32.5%. Estos resultados tomando como base el 100% para cada uno de las sustancias.

Cabe mencionar que hay pacientes que han utilizado diversas drogas; éstos los consideramos poliusuarios de las mismas, por lo cual se pudo haber elevado el porcentaje en cuanto al consumo de la sustancia, dados estos casos.

Quisiéramos ahora explicar cómo se comporta la variable referente al consumo de cada una de las sustancias, tomando en cuenta la edad del paciente por intervalos.

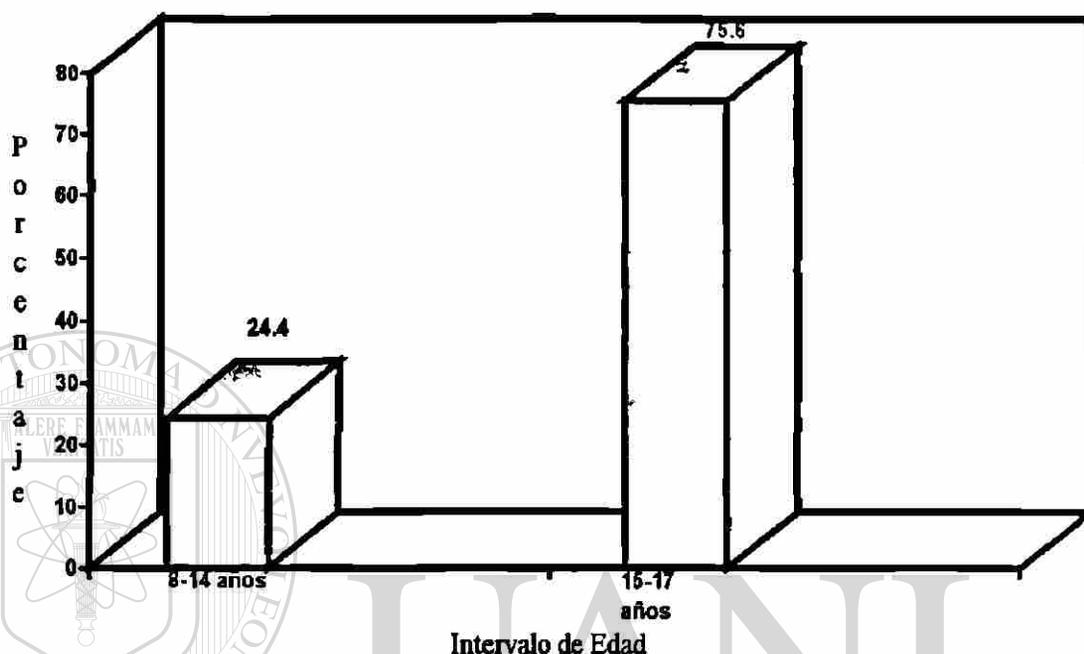
Gráfica No. 22
Consumo de marihuana



En esta gráfica podemos observar que en el intervalo de edad entre 6 y 14 años hay un 34.3% de individuos adictos a la marihuana. Sin embargo se observa un mayor porcentaje en el intervalo que comprende entre los 15 y 20 años de edad siendo el porcentaje de 65.7%.

Observando los datos de la gráfica No. 23 nos damos cuenta que predomina en mayor medida el consumo de alcohol, en el intervalo de edad entre 15 y 20 años, siendo su porcentaje de 76.6%. Y en el intervalo de edad entre 8 y 14 años el porcentaje disminuye considerablemente, siendo éste de tan solo 24.4%.

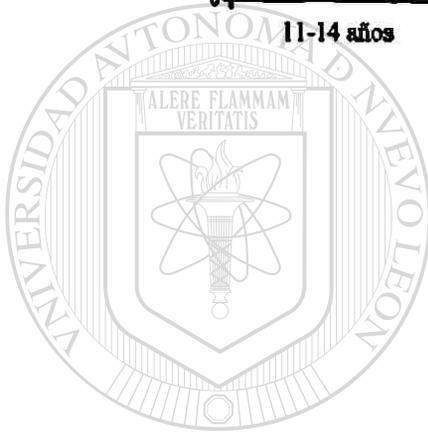
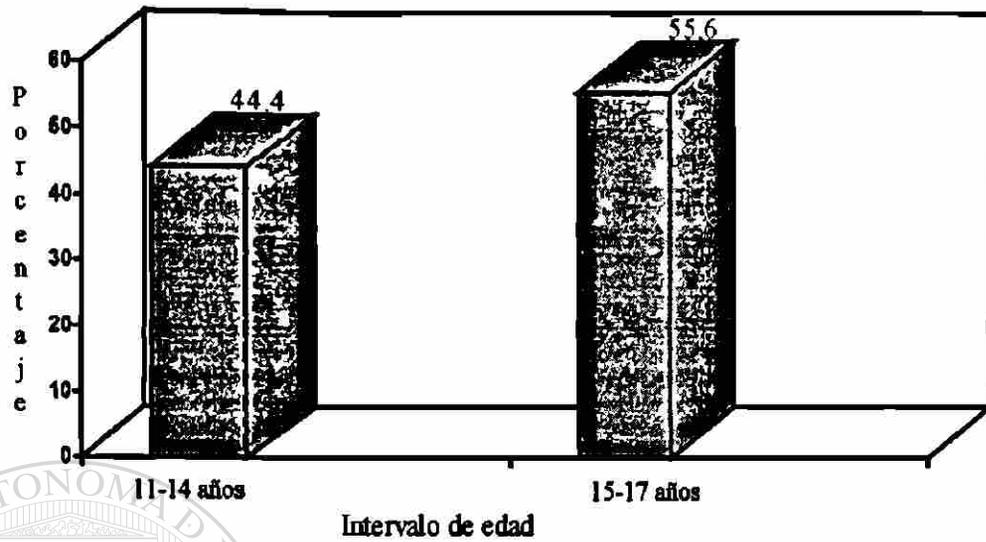
Gráfica No. 23
Consumo de alcohol



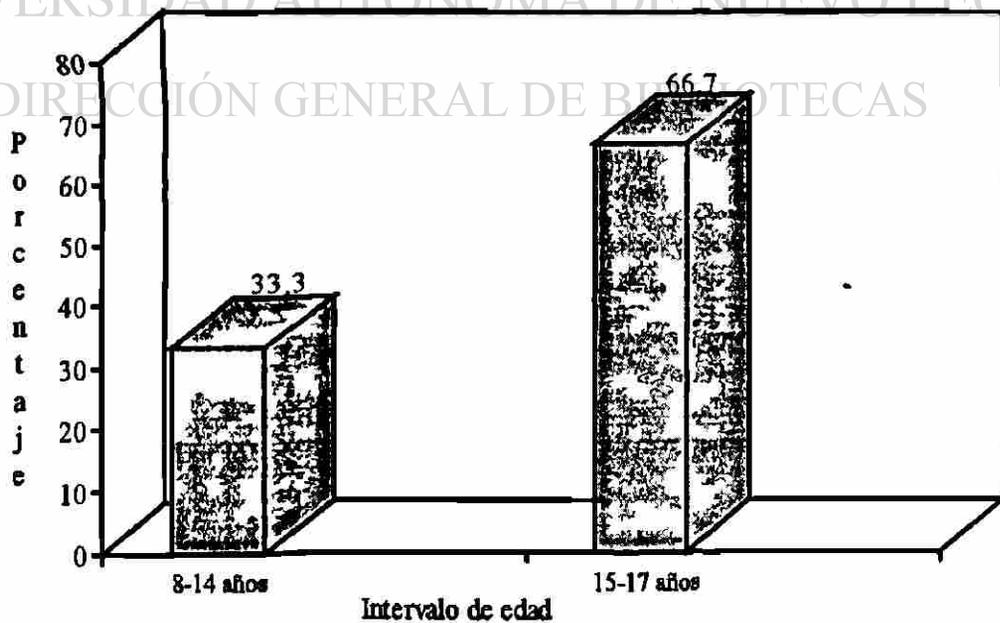
En la siguiente gráfica sobre el consumo de tranquilizantes, podemos observar que existe una tendencia mayor al consumo de éstos, principalmente en aquella población cuyo intervalo de edad comprende entre los 15 y los 17 años, siendo éste de 55.6%. Sin embargo, en el intervalo de edad que comprende entre los 11 y 14 años, observamos que menos de la mitad de los individuos consumen tranquilizantes, siendo el porcentaje de tan solo 44.4%.

Al analizar los datos de la gráfica No. 25 nos dimos cuenta que el consumo de anfetaminas predomina en aquellos individuos cuyo rango de edad comprende entre los 15 y 17 años, siendo el porcentaje de 66.7%. Por otro lado aquellos individuos cuyo rango de edad esta entre los 8 y 14 años tiende a presentar un porcentaje de 33.3%.

Gráfica No. 24
Consumo de tranquilizantes



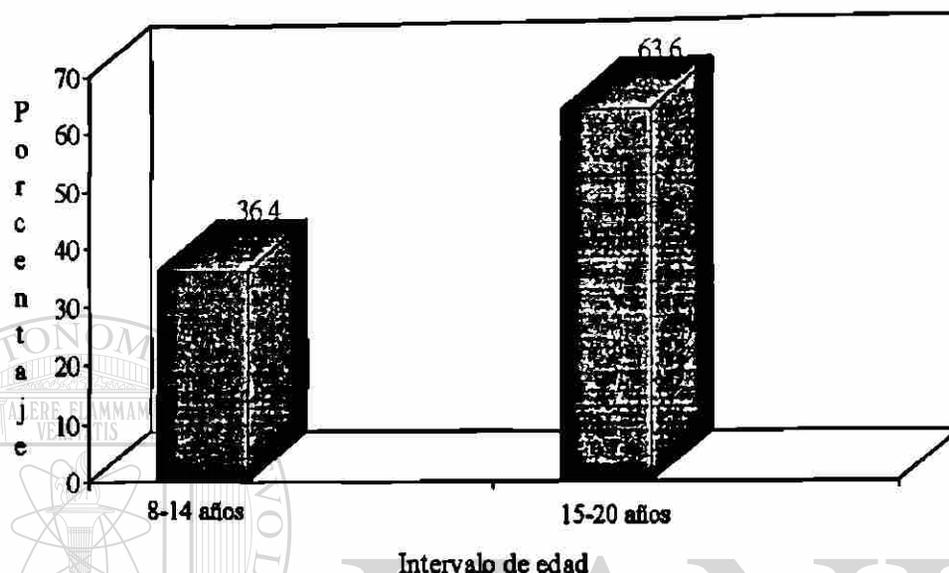
Gráfica No. 25
Consumo de anfetaminas



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

Gráfica No. 26
Consumo de cocaína



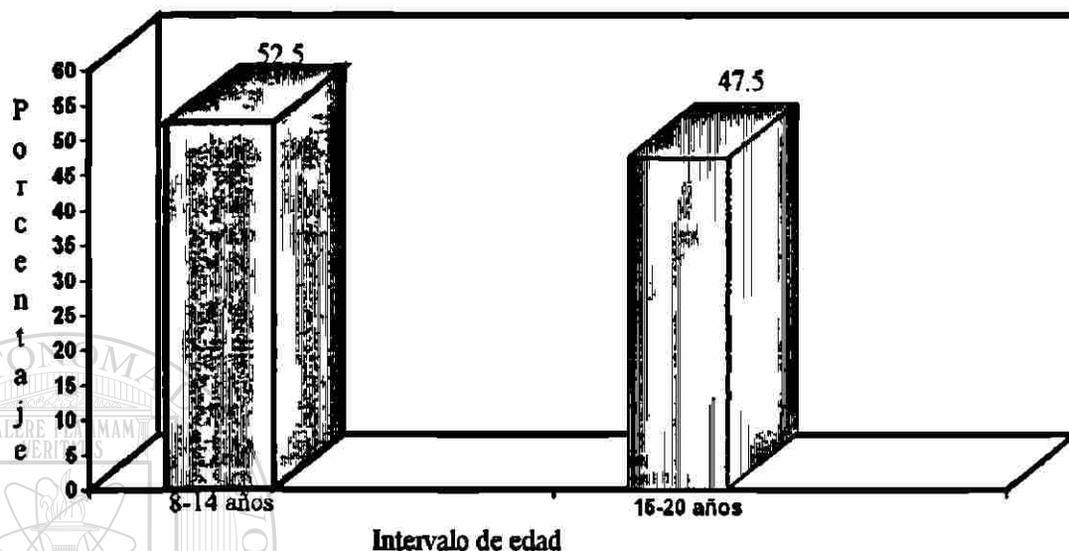
Por lo que respecta al consumo de cocaína tenemos que en el intervalo que comprende entre los 8 y 14 años se encuentra un mínimo porcentaje de tan solo 36.4%. Sin embargo, en el intervalo entre 15 y 20, años más de la mitad de los usuarios se encuentran en este rango (63.6%).

En cuanto al consumo de los inhalables, encontramos que hay una mayor tendencia entre aquellos jóvenes cuyas edades comprenden entre los 8 y los 14 años, siendo el porcentaje de 52.5%. No obstante, podemos observar que no es tanta la diferencia con respecto al otro intervalo cuyas edades comprende entre los 15 y 20 años, siendo el porcentaje de 47.5% (véase gráfica No.27).

Por último, de todo lo observado, queremos resaltar el hecho de que, en el caso de algunas sustancias como la marihuana, el alcohol, los tranquilizantes, las anfetaminas y la cocaína, encontramos una similitud en cuanto a las edades de los pacientes; más de la mitad de los usuarios se encuentran ubicados en el intervalo de edad entre 15 y 20 años. Sin embargo, resalta el hecho que en el consumo de inhalables más de la mitad de la población son menores de 15 años. Quizás esto tenga relación con el tipo de jóvenes que acuden a los Centros de Integración Juvenil, los cuales vienen en comunidades de estrato social medio bajo y marginal en su mayoría; además de esto, se trata de una droga que se puede adquirir muy fácilmente. Probablemente también tenga que ver el hecho de que a muy temprana edad se utiliza esta sustancia, sobre todo si vive en comunidades de escasos recursos o aledañas a éstas por el tipo de influencia ambiental en el que se vive, más aún si existen problemas relacionados

con grupos de farmacodependientes, que como ya mencionamos en el marco teórico, tienen su influencia como parte de los factores externos de dicho fenómeno.

Gráfica No. 27
Consumo de inhalables

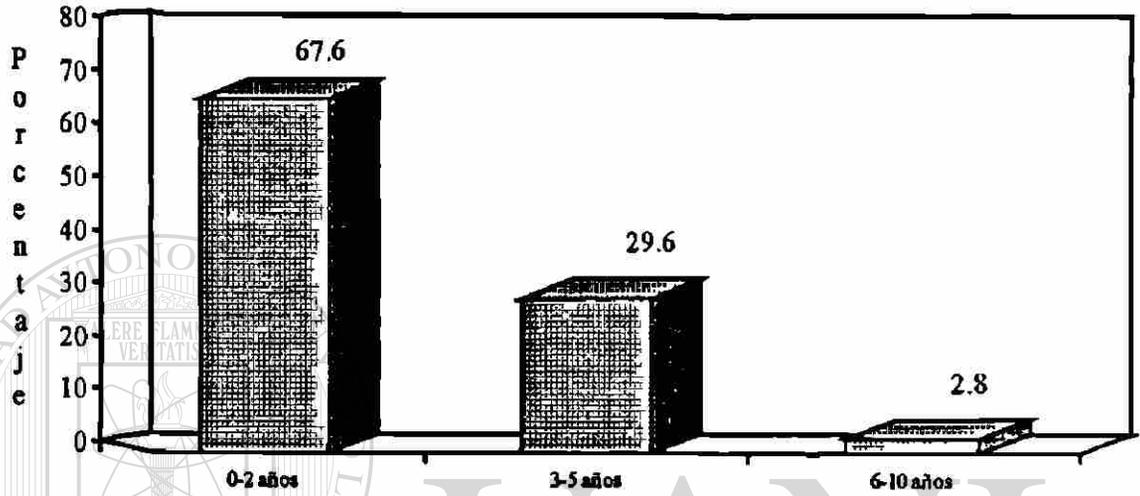


En este mismo orden de ideas, nos pareció conveniente revisar un estudio elaborado por los Centros de Integración Juvenil a nivel nacional (C.I.J., 1992a). En este estudio se encontró que, de un total de 4,597 usuarios, se identificó que el consumo de sustancias se distribuía de la siguiente manera: el 40.1% pertenecían al rango de edad entre 15 y 19 años y de 10 a 14 años el porcentaje era de 34%, siendo de menor alcance los de 20 a 24 años con tan solo 6.5%. Por lo cual podemos decir que comparando, nuestros resultados con este estudio, observamos que se mantiene un mayor porcentaje en cuanto al consumo de sustancias, que corresponden al intervalo de edad que esta entre 15 y 20 años.

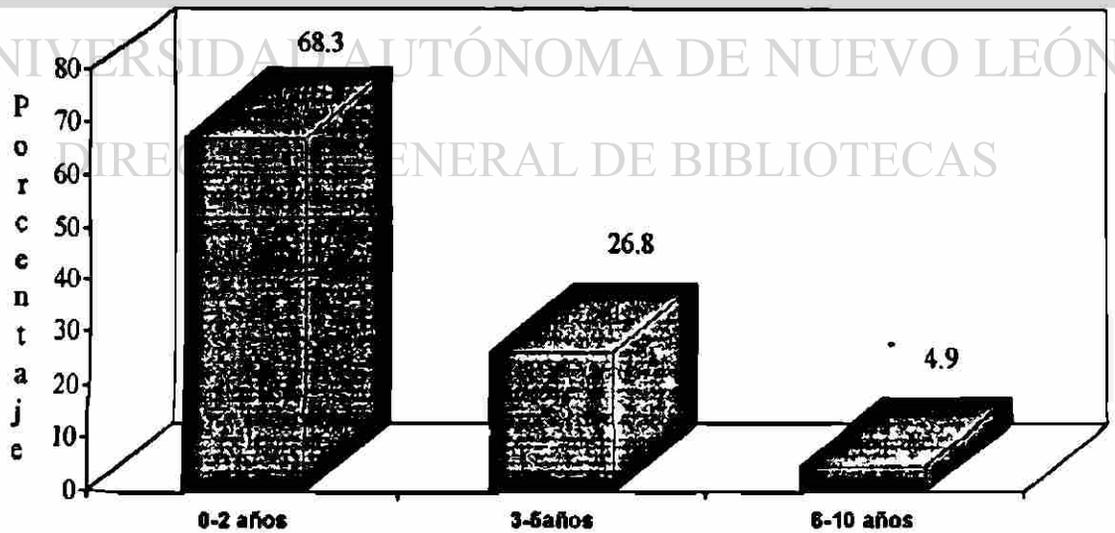
Otro aspecto que consideramos muy interesante, a parte de los ya mencionados, es analizar en qué forma se comportan los datos que corresponden a la edad actual del paciente (al momento de la entrevista) y el período de tiempo en que ha consumido una determinada sustancia. Para ello creímos conveniente observar estos datos de tal manera que se identificara el tiempo de consumo por cada una de las sustancias que explicamos en nuestro estudio. Cabe aclarar que en cada caso se tomo en cuenta el porcentaje de individuos que consumen la sustancia.

En la gráfica No. 28 observamos un predominio en el tiempo de consumo de la sustancia en aquellos individuos que tienen menos de 3 años de utilizarla. Y un menor porcentaje en individuos que la han consumido por más de 6 años, siendo este de tan solo 2.8%. Esto parece tener relación con lo joven de la población en estudio.

Gráfica No. 28
Tiempo de consumo de la marihuana

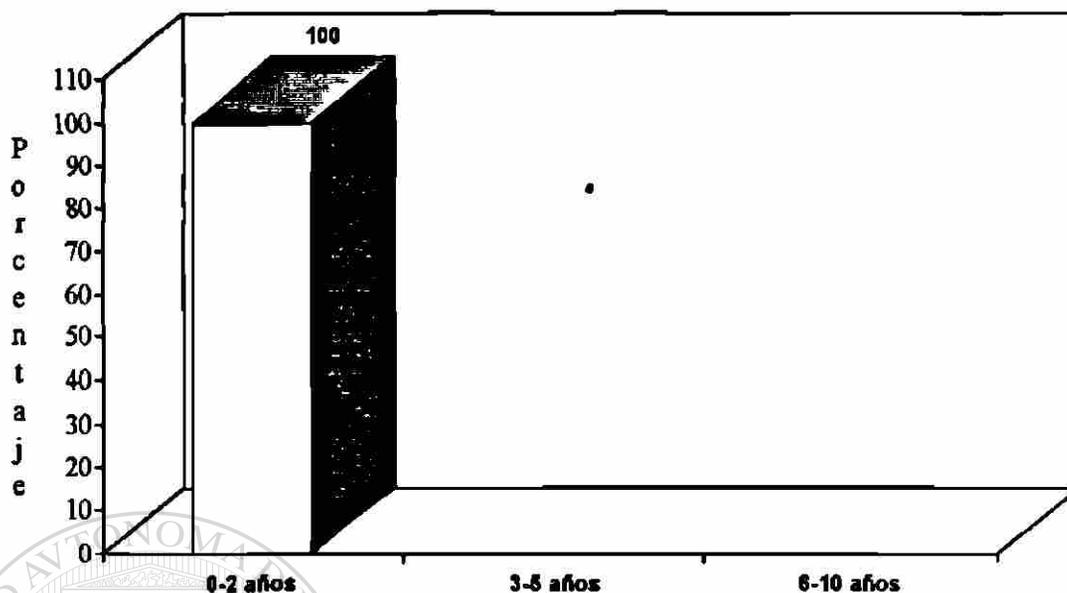


Gráfica No. 29
Tiempo de consumo de alcohol



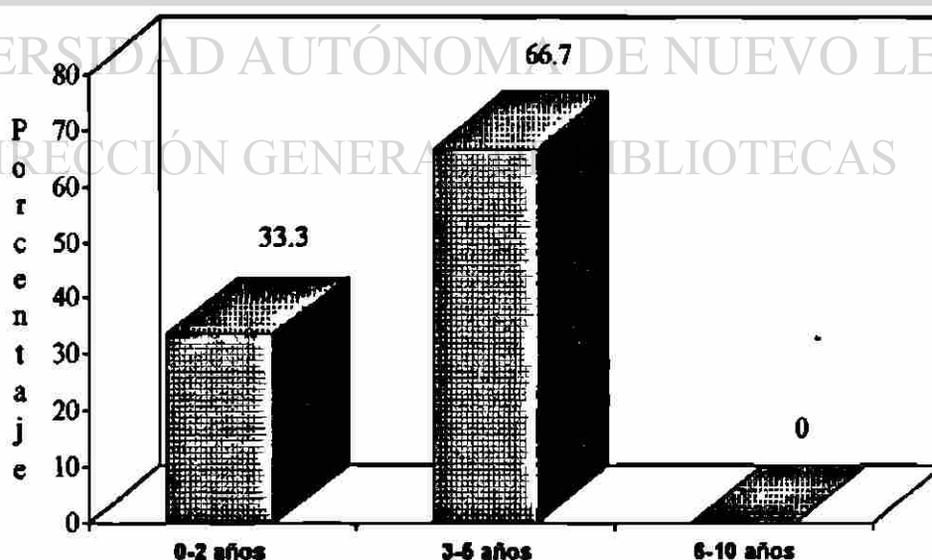
En cuanto al tiempo de consumo del alcohol encontramos que más de la mitad de los individuos lo han consumido (68.3%) por menos de 3 años. También nos damos cuenta que aquellos que han consumido dicha sustancia por más de 3 años es menos de la mitad (31.7%) de la población usuaria.

Gráfica No. 30
Tiempo de consumo de tranquilizantes



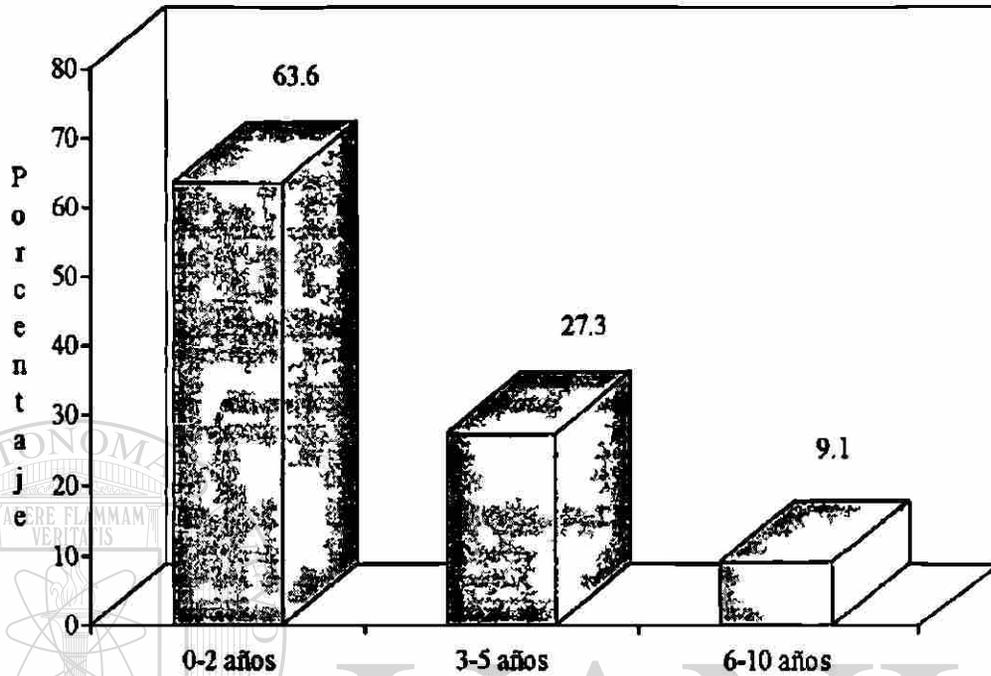
En esta gráfica podemos observar que el 100% de los casos se concentran en este período de tiempo. Esto se explica porque tan solo 18 pacientes han consumido inhalables por menos de tres años, posiblemente porque es una población joven e inician el consumo en una edad muy corta.

Gráfica No. 31
Tiempo de consumo de anfetaminas.



Podemos observar que en cuanto al tiempo de consumo de las anfetaminas, representa un mayor porcentaje el periodo de tiempo que comprende entre 3 y 5 años, representando 66.7% y disminuyendo entre aquellos que han consumido la sustancia por menos de 2 años siendo el porcentaje de tan solo 33.3%.

Gráfica No. 32
Tiempo de consumo de la cocaína

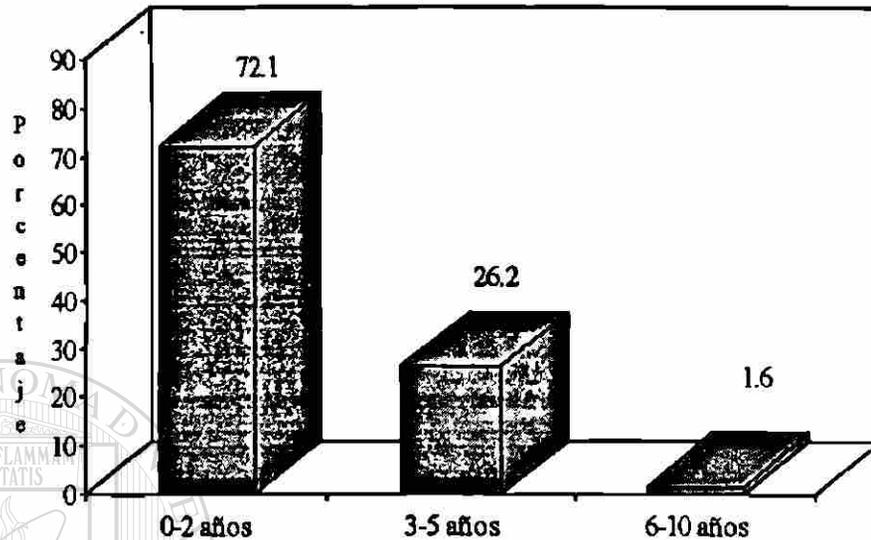


Por lo que respecta al tiempo de consumo de la cocaína, encontramos que el período de tiempo que comprende entre 0 y 2 años presenta un mayor porcentaje (63.6%), tendiendo a disminuir en aquellos individuos que consumen la sustancia por más de 3 años.

Por último en gráfica No. 33 sobre el tiempo de consumo de inhalables, encontramos que el 72.1% de la población tiende a utilizarla por menos de 3 años, siendo menor en los casos en los cuales la utilizan por más de tres años lo cual suma un porcentaje de 27.8%.

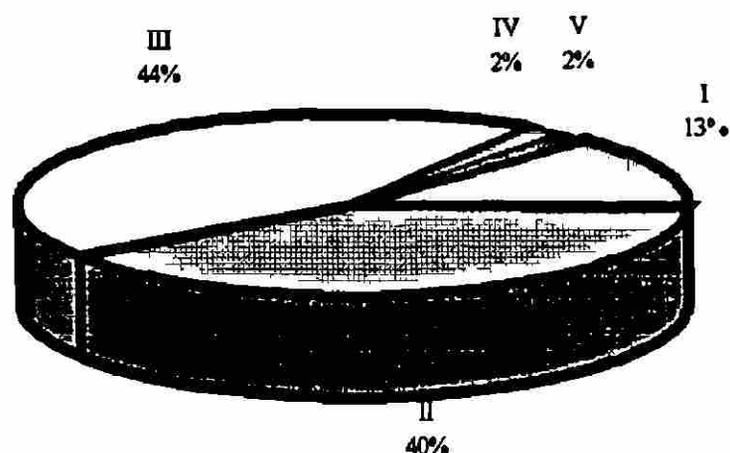
En conclusión podemos decir al respecto, que de las gráficas mostradas, vemos que hay una mayor tendencia a utilizar la sustancias en un período de menos de tres años. Además, en los casos en donde el período de consumo es entre 3 y 5 años, el porcentaje tiende a mantenerse aproximadamente en un 30%, a excepción del consumo de anfetaminas, que representa mas de la mitad de la población (66.7%). Por último, cabría señalar que es muy poco el porcentaje de individuos que han consumido la sustancia entre 6 y 10 años, ya que el porcentaje no aumenta de 5%, e incluso en algunas de las sustancias no se presenta este período de consumo. Esto esta relacionado con el hecho de que es una población joven la que llega al centro y específicamente la de nuestro estudio (12 a 20 años). Comparando nuestra información con un estudio efectuado por los Centros de Integración Juvenil a nivel nacional encontraron que en una muestra de 4,597 usuarios, el lapso promedio entre el momento de inicio en el consumo de drogas y el ingreso al Centro es de menos de un año a cinco años (C.I.J. 1992a). Como vemos, es muy similar a nuestros resultados.

Gráfica No. 33
Tiempo de consumo de los inhalables



En lo que concierne al grado de drogadicción del paciente y según nuestros datos, existe un mayor porcentaje de pacientes que se ubican el grado III, es decir son individuos que utilizan drogas para poder llevar a cabo sus actividades normales y seguir funcionando, ya que sin ellas no podrían hacerlo. Estos individuos representan el 44% de la población. También hay individuos que se ubican en el grado II de farmcodependencia, siendo aquellos individuos que utilizan la droga solo en ciertas ocasiones o porque lo amerita el momento, representando éstos el 40% de los casos. Por otro lado tenemos que aquellos individuos que representan el 13% de la población son aquellos que se ubican en el grado I es decir son los que experimentan con las drogas y que solo en alguna ocasión la han probado para satisfacer su curiosidad, por la influencia de amigos, etc. Por último, los que tienen un mínimo porcentaje son aquellos que pertenecen al grado IV y V los cuales suman el 4% de los casos y nos referimos en cuanto al primero a aquellos individuos que se encuentran en un estado en donde no son capaces de valerse por sí mismos, en donde sus capacidades se ha deteriorado casi completamente y requieren del uso continuo y prolongado de la sustancia adictiva. En cuanto al segundo, son los casos de individuos exfarmcodependientes y que han vuelto a reincidir. Por otra parte existieron cuatro casos de los cuales no se registró información sobre este punto.

Gráfica No. 34
Grado de drogadicción.



Considerando este punto acerca de el grado de farmacodependencia, es necesario mencionar que a través de diversas investigaciones se ha detectado el nivel de farmacodependencia en el que se encuentran los pacientes. Por ejemplo, en un estudio realizado por Paule Clarac y Fernando Wagner (investigadores de C.I.J a nivel nacional), se encontraron a través de la revisión de 100 casos que se eligieron entre los 11 Centros Locales de la Cd. De Mexico, durante el año de 1987 que en el 52% de los casos el paciente pertenecía al grado funcional y el 21% al disfuncional (Clarac, 1990).

Es importante destacar que en un estudio efectuado por C.I.J. A.C. Monterrey, en el cual se revisaron los expedientes de 324 pacientes atendidos durante 1990 a 1993, resaltó el hecho de que el 63.3% de los casos establecían un diagnóstico en el cual el paciente era ubicado en el grado III y IV es decir funcional y disfuncional (C.I.J., 1995a).

Comparando esta información con nuestro estudio podemos darnos cuenta que menos de la mitad de nuestros casos pertenecen al grado funcional, siendo el de mayor prevalencia el de tipo ocasional.

Cuadro No. 5

Antecedentes de uso de drogas en algún miembro e la familia y el grado de drogadicción del paciente.

Antecedentes	Grado de drogadicción del paciente			Total
	Experimental	Ocasional	Funcional y disfuncional	
Si	10.6	31.9	57.4	47
No	14.5	44.7	40.8	76
Total	16	49	58	123

En este cuadro tomamos un total de 123 casos ya que en 4 de éstos no obtuvimos información sobre éstos aspectos a considerar. Tomando en cuenta un valor de V Cramer's de .16 y un grado de significancia de .19, aceptamos la hipótesis nula de que no existe relación entre antecedentes de uso de drogas en la familia y grado de drogadicción del paciente. Sin embargo, podemos notar, a manera descriptiva, que en los casos que dijeron que sí utilizaban drogas, mas de la mitad de los pacientes (57.4%) corresponden al grado funcional y disfuncional. En cambio, de los casos que no presentan antecedentes de drogas, observamos que los pacientes que pertenecen a estas familias, se ubican en su mayoría (44.7%) en el grado ocasional. También observamos que en el grado experimental y ocasional más de la mitad (59.2%) de los individuos mencionaron que no había antecedentes de uso de drogas.

Pasando a otro punto, resulta interesante conocer no solo el grado en el cual el paciente se ubica en torno al fenómeno de la farmacodependencia sino también cuáles son los motivos que lo orillan a tal situación. Según diversos autores existen una serie de factores que propician el uso de drogas; según Fidel de la Garza y Amado Vega estos pudieran ser:

la satisfacción de la curiosidad, adquirir la sensación de pertenecer a un grupo y de ser aceptado por otro, expresar independencia y a veces hostilidad, obtener experiencias placenteras... adquirir un estado superior de conocimiento o de creatividad, conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad, el grupo de amigos, problemas familiares.... (Garza y Vega, 1983:15)

Para Vernon Coleman un individuo se vuelve adicto por: "el tipo de personalidad, la tensión, la publicidad, los médicos, la moda, la sexualidad, la información..." (Coleman, 1988:127).

Cuadro No. 6

Estrato socioeconómico al que pertenece el paciente y grado de drogadicción

Estrato	Grado de drogadicción			Total
	(%)	N		
Marginal y bajo	14.3	50.8	34.9	63
Medio bajo	13.2	28.3	58.5	53
Medio alto y alto	0	28.6	71.4	7
Total	16	49	58	123

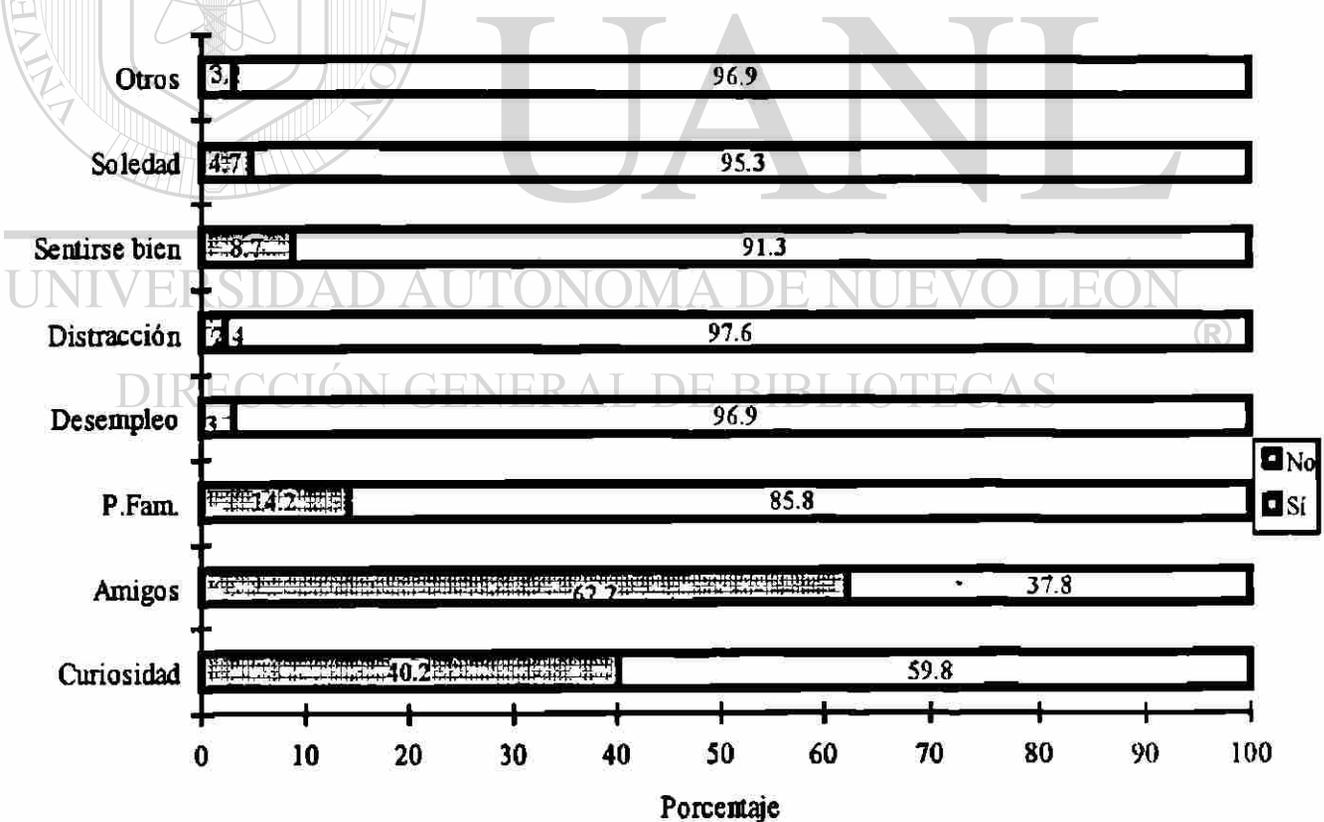
Es interesante observar la relación que se establece entre el estrato socioeconómico al que pertenece el paciente y el grado de drogadicción del mismo. Con un V de Cramer's de .19 y un grado de significancia de .05, aceptamos la hipótesis de investigación de que sí existe relación significativa entre el estrato socioeconómico del paciente y el grado de drogadicción del mismo. Es necesario aclarar que se tomaron en cuenta solo 123 casos ya que 4 de estos no poseían información al respecto.

En este cuadro observamos que los pacientes que acuden a esta institución tienden a ubicarse en su mayoría en el grado funcional y disfuncional. Como vemos los individuos pertenecientes al estrato socioeconómico medio alto y alto en un 71.4% son individuos que presentan tendencia a ser clasificados en el grado funcional y disfuncional con respecto al consumo de drogas. Las personas que tienen un estrato socioeconómico medio bajo en un 58° son clasificados en este mismo rubro. Por otro lado existe un poco de diferencia en los individuos de estrato socioeconómico marginal y bajo ya que la mayoría de la población se ubica en el grado ocasional en un 50.8% y en el grado funcional y disfuncional en un 34.9%.

Sin embargo cabe resaltar el hecho que en el estrato marginal y bajo es mayor el porcentaje de individuos que son clasificados en el grado experimental y ocasional, ya que representan mas de la mitad de la población (65.1). En comparación con el estrato medio alto y alto cuya tendencia es mayor como ya mencionamos, en el grado funcional y disfuncional.

En otro orden de ideas y por lo que respecta a nuestro estudio, pudimos darnos cuenta desde la percepción del paciente cuáles son los motivos a los cuales él atribuye su consumo de drogas. Antes que nada cabe aclarar que los porcentajes que vamos a mostrar son con respecto al 100% para cada situación en particular.

Gráfica No. 35
Motivos de consumo

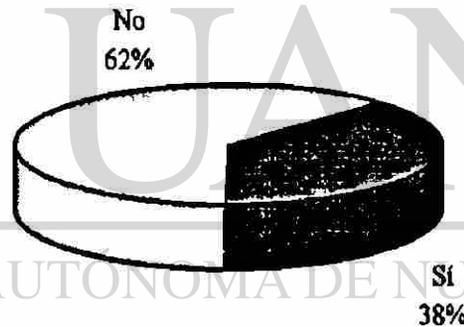


Encontramos que en su mayoría el (62.2%) atribuye en el consumo a la influencia de los amigos, seguido de aquellos individuos que lo hacen por curiosidad en un 40.2%, en tercer lugar tenemos lo que piensan que es debido a problemas familiares siendo un 14.2% y por último aquellos individuos que lo hacen para sentirse bien, éstos en un 8.7%. Los casos que presentaron menos del 5% son los algunos motivos como: la soledad, el no tener empleo, por distracción y otros.

6.4. Drogas y familia

Es importante mencionar que a través del ejemplo que dan los padres aprenden los hijos, el hecho de que el niño observe a uno de sus padres utilizando alguna droga quizás podría fomentar el hábito en él , por lo cual es necesario tratar de explicarle a los hijos si acaso en la familia se llegaron a topa con una situación de este tipo, el porque algunas personas hacen uso de sustancias legales o ilegales (Barun, 1992). En nuestra investigación nos dimos cuenta que el 38% de los casos registraban haber existido antecedentes de uso de alguna droga en la familia y el 62% reportaba que no.

Gráfica No. 36
Antecedentes de uso de drogas en la familia



Tomando como base que el 38% de los casos tenía antecedentes de drogas tratamos de observar que miembros de la familia tenían dichos antecedentes.

Cuadro No. 7
Estructura familiar del paciente y antecedentes de uso de drogas en la familia.
(%) N

Estructura	Antecedentes de uso de drogas en la familia		Total
	Sí (%)	No (%)	
Biparental	41.8	58.2	79
Monoparental	18.2	81.8	22
Reconstituida	47.8	52.2	23
Total	48	76	124

En este cuadro destaca el hecho que en la mayoría de los casos (76) la familia no tiene antecedentes de uso de drogas, sin embargo casi la mitad de los casos (48) si tienen antecedentes de uso de drogas. Cabe señalar que se tomaron en cuenta 124 casos ya que tres de éstos no contaban con información al respecto. Tomando en cuenta los casos en donde sí existen antecedentes de uso de sustancias, se detecta en estos un predominio en pacientes que tienen una estructura familiar reconstituida siendo el porcentaje de 47.8%. Casi parecido es en el caso de los pacientes con una estructura de tipo biparental siendo el porcentaje de 41.8%. De tal manera que aceptamos la hipótesis de investigación en donde existe una relación significativa entre la estructura familiar del paciente y sus antecedentes de uso de drogas en la familia. Tomando como base un valor de V de Cramer's de .20 y un grado de significancia de .08. No obstante cabe resaltar que en los hogares monoparentales el 81.8% de los casos no tienen antecedentes de uso de drogas. Esto quizás se deba a que hay más hogares monoparentales representados por mujeres que por hombres; lo que hasta cierto punto pudiera explicarse el fenómeno ya que existe la tendencia a que los varones consumen drogas en comparación con las mujeres. De hecho como lo mencionamos en el marco teórico, según la encuesta nacional de adicciones de 1993: encontró que hay 8 hombres adictos por cada mujer.

Cuadro No. 8

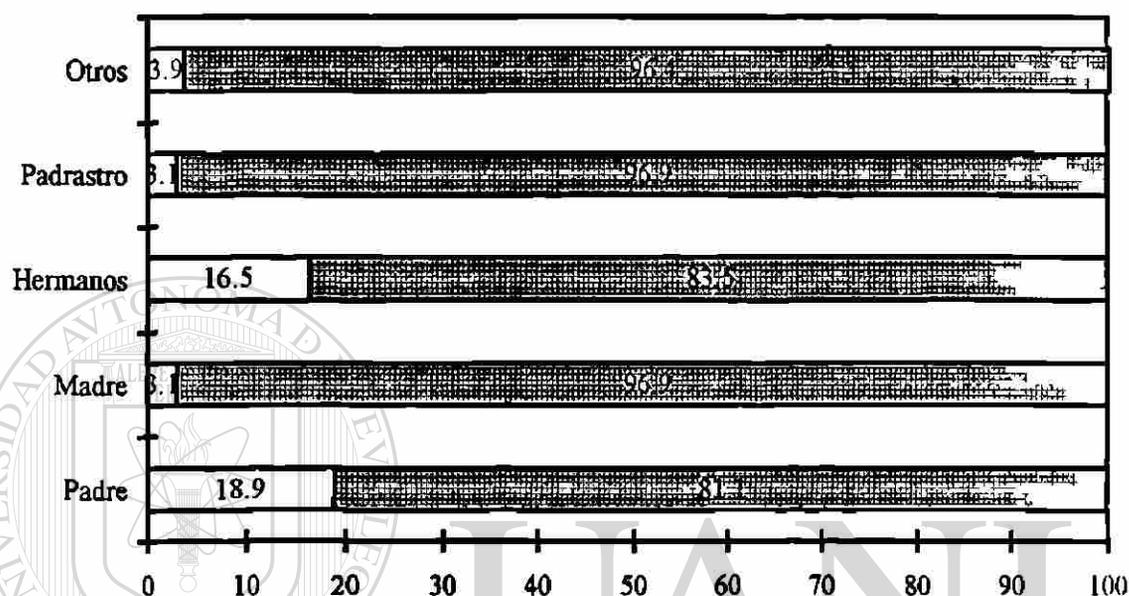
Estructura familiar y grado de drogadicción del paciente.
(%)

Estructura	Grado de drogadicción del paciente			N
	Experimental	Ocasional	Funcional y disfuncional	
Biparental	14.3	42.9	42.9	77
Monoparental	9.5	42.9	47.6	21
Reconstituida	13.6	27.3	59.1	22
Total	16	48	56	120

Por lo que respecta a este cuadro y tomando en cuenta que el valor de V Cramer's el cual fué de .09 así como un grado de significancia de .67, aceptamos la hipótesis nula de que no existe relación significativa entre el tipo de estructura familiar y el grado de drogadicción del paciente. De tal manera que solo describiremos algunos datos más sobresalientes de esta relación tomando en cuenta que el total de casos son 120 ya que siete de estos no presentan información al respecto. Destaca el hecho que de acuerdo a la estructura familiar del paciente la mayoría se ubica en el grado III y IV que corresponde al tipo funcional y disfuncional. Se puede ver que los pacientes con una estructura familiar reconstituida en más de la mitad de los casos (59.1%) se trata de individuos cuyo grado de drogadicción es funcional y disfuncional. Cuando la estructura familiar del paciente es monoparental tienden en casi la mitad de los casos (47.6%) a pertenecer a este mismo grupo. Por último los individuos con una estructura familiar biparental presentan tanto para el tipo ocasional como funcional y disfuncional en un mismo porcentaje (42.9%) de los casos. Además de esto encontramos que en familias cuya estructura es de tipo biparental, existe un mayor porcentaje de individuos con un grado experimental y ocasional siendo éste de 57.2%; tendiendo a disminuir en los otros tipos de estructura con respecto a esta categoría.

Además de estas reflexiones, consideramos importante analizar como se comportan los datos en relación con la variable, en la cual identifica que miembros de la familia tienen antecedentes de uso de drogas. De tal manera que tomando en cuenta el 100% para cada situación en particular, encontramos que el 19% de los casos se trataba del padre biológico, seguido de los hermanos del paciente con un 16%.

Gráfica No. 37
Miembros de la familia que tienen antecedentes de uso de drogas



De acuerdo con esta información pareciera que se sigue un modelo en la familia en donde el individuo llega a introyectar la imagen de los padres de acuerdo con el ejemplo que éstos dan, el cual es reproducido por otros miembros de la familia. Cabe mencionar que quizás, en algunos individuos que crecen en un hogar en donde existe el antecedente de uso de drogas tratan de no ser como estos modelos de su infancia; sin embargo muchos otros lo repiten (Stamper, 1993). Por otro lado encontramos que existen otros familiares que también tienen antecedentes de uso de drogas pero en menor porcentaje, entre ellos se encuentran la madre y el padrastro en un 3.1% cada uno y en el caso de otros parientes están el 3.9%.

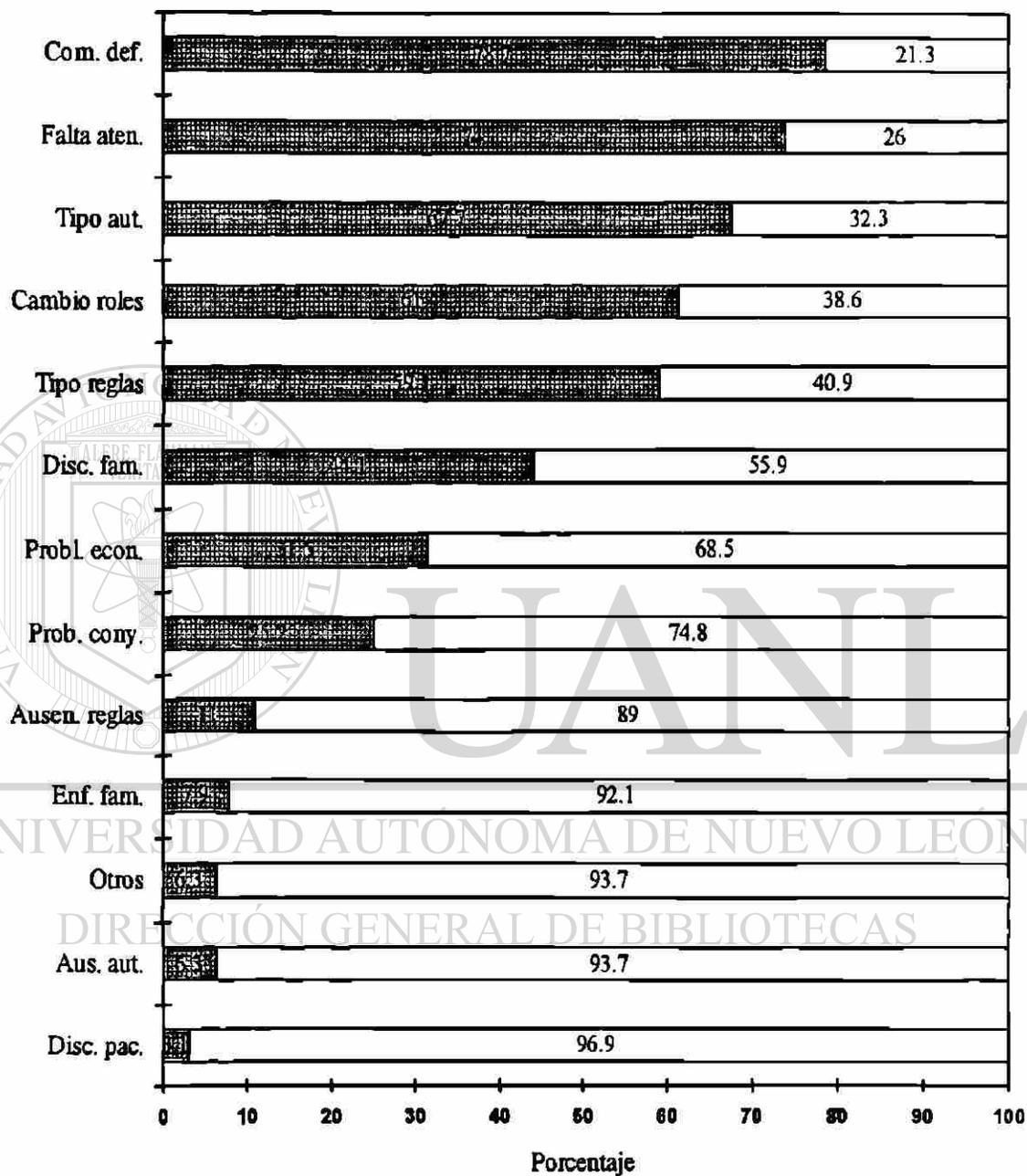
Como podemos ver la figura paterna es importante ya que aun y estando presentes los padres biológicos, la conducta de éstos orilla a los hijos a hacer uso de sustancias. Además, este modelo se puede transmitir por parte de los hijos y volverse un círculo de reproducción

Así por ejemplo en un caso se identificó que en la familia del paciente pasan por una situación de separación de los padres, en donde el padre era alcohólico y la madre acostumbraba a utilizar pastillas (anfetaminas) con la finalidad de adelgazar. En esta familia existían dos hermanas que eran adictas a la marihuana y a las anfetaminas.

En otro orden de ideas dentro del núcleo familiar nos topamos con situaciones problematizantes que repercuten en los integrantes de la misma, que como ya hemos dicho

estos problemas pueden ser los factores que propicien en el adolescente el síntoma de la farmacodependencia.

Gráfica No. 38
Presencia de problemas familiares



Tomando en cuenta el 100% para cada caso en particular identificamos que los problemas más sobresalientes y de mayor peso son aquéllos que tienen que ver con una comunicación deficiente; esto se observa en un 78%. Un caso es el de un paciente con 20 años de edad, el cual menciona que existe poca comunicación en la familia ya que cada quien se dedica a realizar sus actividades personales sin informar al otro lo que va a hacer, al igual que nadie se interesa por los demás. No demuestran sus sentimientos ni afectos entre ellos. El padre se caracteriza por ser pasivo y poco comunicativo; la madre, por el contrario, es dominante y agresiva entre ambos existen problemas conyugales. El paciente considera tener dificultades para demostrar sus afectos hacia los demás.

También es sobresaliente que la falta de atención de los padres hacia los hijos predomina en un 74%. Por ejemplo, en uno de los casos en donde no existe autoridad por parte de los padres del paciente, ya que el padre es alcohólico y la madre padece de enfermedades nerviosas. El paciente es quien se encarga, de trabajar para sostener a la familia, ya que tiene otras tres hermanas las cuales, tiene que llevar a la escuela y hacerse cargo de ellas, el poco tiempo que permanece en la casa. Según él, sus padres no se ocupan de la familia y esto le preocupa al paciente ya que principalmente sus hermanas no reciben la atención adecuada además de que a veces ni siquiera se ocupan de darles de comer.

Otro dato interesante es con respecto a las situaciones en donde existen problemas según el tipo de autoridad ejercido en la familia, que como mencionamos en el marco teórico pudiera ser rígida, flexible y sin límites siendo ésta de un 67.7%. En uno de los expedientes encontramos que: el paciente de 20 años de edad manifiesta que la actitud de su madre es muy consecuente y sobreprotectora y la del padre es fría, distante. Además, el padre es quien establece la autoridad en la familia, siendo ésta rígida; a lo cual el paciente dice sentir temor de su padre por este tipo de conducta que asume. Por otra parte, el paciente se considera a sí mismo como un individuo incapaz de entablar relaciones con personas mucho mayores que él.

Por otro lado el cambio de roles en la familia ocupa el 61.4% de los casos. Es decir esto se manifiesta, cuando existe un cambio de los roles tradicionales, y los miembros de la familia al parecer no se adaptaban a ellos. Cabe señalar, que en ocasiones se dan estos cambios y la familia los acepta siempre y cuando queda claro para todos los miembros, los motivos por los cuales se efectuará dicho movimiento, y que va de acuerdo a las necesidades de la familia. En el caso de este tipo de familias pareciera que la comunicación no se da adecuadamente y simplemente con la actuación de los integrantes de la misma se producen estos cambios. Ejemplificando "...paciente con 15 años de edad el cual menciona que sus padres se separaron cuando él tenía 4 años. A partir de entonces él y su madre se fueron a vivir con la abuela materna, la madre se dedica a trabajar para dar el sustento económico a la familia, sin embargo no se hace cargo de otro tipo de deberes y responsabilidades; por otro lado tenemos que la abuela y la tía asumen la autoridad en la familia en especial esta última. El paciente menciona sentirse asediado por las mujeres, esto quizá por la falta de una figura paterna, tiene dificultad para relacionarse con los demás incluso menciona que él en ocasiones vende productos de belleza para ayudar económicamente..."

En quinto lugar observamos que las discusiones entre los miembros de la familia se hacen presentes en un 44% de los casos. Ejemplificando "...el paciente comenta que su padre lo dejó a

cargo de la abuela paterna ya que su madre murió, durante un buen tiempo a partir del fallecimiento de la madre del paciente, él se volvió un irresponsable tanto en su casa como en su trabajo. Pasado el tiempo el padre del paciente intenta reconstruir de nuevo su familia, volviéndose a casar y trata de incorporar al paciente a su nueva familia, sin embargo, se originan una serie de discusiones familiares continuas, que tienen que ver con el proceso de acoplamiento ante una nueva forma de vivir para todos, a partir de la integración de un individuo ajeno a ésta (paciente indentificado); para el paciente este cambio en su vida le resulta algo difícil además que expresa tenerle mucho odio a su padre por haberlo dejado cuando más lo necesitaba, y de calificarlo con atributos que lo devalúan...”

En sexto lugar otro de los problemas que sobresalen casi en el mismo porcentaje, (entre 25% y 31%) son los problemas de tipo conyugal (entre padres o tutores) y la cuestión económica familiar. Ejemplificando “...familia que se caracteriza por lo superficial de sus relaciones, por un lado entre los padres los cuales presentan una diferencia de edad de 12 años y por otro lado existe una separación emocional en cuanto a la relación conyugal se refiere. Además, existen problemas económicos ya que el padre proporciona una mínima cantidad de dinero para el sustento económico. El paciente advierte que sus padres están lejanos y ausentes no solo con ellos mismos sino hacia la familia, tiene una imagen deteriorada y débil de la misma...”

En general es sobresaliente, que la deficiencia en la comunicación se refleja en una deficiencia en otros indicadores, entre los cuales encontramos: la falta de atención de los padres hacia los hijos, el cambio de roles familiares, el tipo de autoridad y reglas, así como las discusiones familiares entre otros. Del mismo modo queremos enfatizar que el tipo de mensajes que se dan dentro del núcleo familiar pueden ser verbales o no, y van cargados de actitudes por parte de quien emite y de quien recibe el mensaje, además de proyectar una manera de dirigir y corregir a sus miembros según el papel que desempeñen.

Por otro lado encontramos que hay otro tipo de situaciones familiares que ocupan porcentajes menores a las situaciones anteriores, entre ellos encontramos que la ausencia de reglas, de autoridad, las enfermedades en la familia, las discusiones entre el paciente y su pareja y otros problemas son menos del 12% de los casos.

Cuadro No. 9
Estructura familiar y presencia de problemas en el hogar.
(%)

Estructura	Existen problemas		Total
	Sí	No	
Biparental	77.2	22.8	79
Monoparental	59.1	40.9	22
Reconstituida	52.2	47.8	23
Total	86	38	124

En este cuadro podemos observar según la percepción del paciente que en 86 casos sí existen problemas en el hogar, en cambio 38 pacientes mencionan que no; esto de un total de 124 ya que tres casos no reportaban información. Es sobresaliente el hecho de que en las familias de

estructura biparental el 77.2% de estas presentan problemas en el hogar. Además más de la mitad (59.1%) de las familias monoparentales presentan dificultades familiares y en tercer lugar las familias reconstituidas en un 52.2%. Un dato sobresaliente es el hecho de que en los casos en donde sí existe n problemas familiares, nos dimos cuenta que la estructura familiar que presenta menor porcentaje es la familia reconstituida siendo este de 52.2% y por ende la que mayor porcentaje no presenta problemas en el hogar cuyo valor es 47.8%. Tal vez esto tenga su relación con el hecho de que en aquellas familias en donde existió un divorcio o separación; estas parejas al volver a rehacer su vida , fueron más cautelosas posiblemente al tratar de no repetir la misma experiencia de fracaso.

Además de esto y analizando el cuadro quizás muchos de nosotros tenemos la idea que en aquellas familias en donde solo existe un progenitor o donde se dan situaciones de divorcio o simplemente en donde el hijo esta al cuidado de algún tutor, etc; es donde se dan mayores problemas familiares que en hogares de tipo biparental en donde aparentemente se trata de hogares estables. Sin embargo, según los resultados y coincidiendo con Valleurg y sus colaboradores: "existe un gran número de individuos adictos en familias disociadas"; que en nuestro caso podríamos trasladarlo a familias de tipo biparental representando estas el 77.2% (Valleurg, Debourg y Matysiak, 1988:108). De hecho las dificultades existentes entre el joven y su familia desempeñan un papel muy importante en la génesis de los problemas relacionados con las drogas; es ahí precisamente donde se derrumba ese mito de que una familia unida es una familia sin problemas (Valleurg, Debourg y Matysiak, 1988). Por último concluimos, que tomando un valor de V de Cramer's de .23 y un grado de significación de .03, aceptamos la hipótesis de investigación de que si existe relación significativa entre el tipo de estructura familiar y la presencia de problemas en el hogar.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En cuanto a las variables sociodemográficas se observó que la mayoría de los pacientes que ingresan a Centros de Integración Juvenil A.C. Monterrey son de sexo masculino, solteros y con edades en su mayoría entre los 15 a los 17 años.

La mitad de esta población se caracteriza por tener un nivel de instrucción que corresponde a la secundaria, de tal manera que esta variable se relaciona con la edad de la población con la cual trabajamos (12-20 años), la cual es una población joven. Sin embargo, cabe resaltar que menos de la mitad de la población estudia y el 42% tiene alguna ocupación específica, la cual se concentra tanto en oficios especializados como no especializados del sector servicios; y hay un 26% que no estudia ni trabaja.

Por lo que respecta a las características sociodemográficas de los padres y/o tutores del paciente, encontramos que en más de la mitad de los casos los padres biológicos están presentes, aunque en los casos en los que alguno de ellos no está, se observa un predominio de la ausencia del padre con respecto a la de la madre. Incluso en aquellos pacientes que tienen tutores, predomina la ausencia del tutor con respecto a la tutora. Si bien es cierto que en la mayoría de los casos están presentes los padres biológicos, es necesario resaltar el hecho de que entre aquellos individuos que no cuentan con la presencia de sus padres biológicos, existe un mayor porcentaje cuando alguno de los dos está ausente, en comparación con aquellos en donde están ausentes ambos. Quizá esta información nos sugiera que la ausencia de la figura paterna pueda ser una causa del fenómeno estudiado, aunque hay que aclarar que sería específicamente en dicha población. Además podemos observar una involucración mucho mayor por parte de la madre que del padre, involucración que en determinado momento pudiera ser favorable o desfavorable para el paciente, según el caso.

Por otro lado detectamos que en el intervalo de edad entre 29 y 40 años se concentran la mayoría de las madres de los pacientes, mientras que los padres, se concentran en un intervalo un poco más arriba, que comprende edades entre 41-52 años. También destaca el hecho de que los padres están casados en su mayoría, aunque hay situaciones en donde se encuentran en una condición civil de divorciados, separados o en unión libre, pero es mínimo este porcentaje y se presenta tan sólo en el caso de la madre. Sin embargo nos da a entender que estos elementos tienen importancia en la situación familiar que rodea al paciente y dar la pauta para pensar que intervienen directa o indirectamente en el adolescente para que utilice drogas; y más aún cuando no puede adaptarse a tales hechos. Aunque cabe aclarar que en esta investigación tuvimos como limitante algunas cuestiones de temporalidad con respecto a la información obtenida, por ejemplo, si detectamos un caso en donde los padres del paciente estuviesen divorciados, no podíamos obtener el dato si el divorcio fue una de las causas de que el paciente utilizara drogas o bien las utilizó antes de dicho suceso.

En otro orden de ideas, los padres tienen un nivel de instrucción que se ubica principalmente en el nivel de primaria para ambos; aunque en el tipo de ocupación difieren, ya que el padre tiene como actividad principal el dedicarse al oficio de obrero industrial; la madre se dedica

al hogar en la mayoría de los casos. Aunque este último dato nos pone a pensar sobre qué tan pertinente será que esté presente físicamente la madre si moralmente se pudiera encontrar ausente y favorecer de este modo a la aparición de dicho fenómeno.

De aquellos pacientes en donde se identificó que los padres biológicos estaban ausentes, determinamos que algunos de los principales motivos son: el abandono y el divorcio en el caso del padre; y en el caso de la madre es el abandono y por fallecimiento. Como podemos observar sobresale la condición de abandono, lo cual nos sugiere que al pasar por este tipo de situación el adolescente se puede enfrentar a algunas dificultades quizás por la carencia de una verdadera relación objetal, más aún si ésta se presentó en los primeros años de vida.

Otro aspecto interesante es que de aquellos individuos que cuentan con tutores, sobresale que el tipo de parentesco con respecto al paciente es, para el caso del tutor, de padrastro en más de la mitad de los casos; y en el caso de la tutora, más de la mitad tienen una relación de parentesco de abuela. Esto quizás se relacione con el hecho de que la madre del paciente se vuelve a casar, permaneciendo ella al lado del paciente y el padrastro de éste funge como tutor. Por el contrario cuando la madre está ausente existe una mayor tendencia a que la abuela materna funja como tutora, quizás como una forma de asegurar el establecimiento de dicha figura. Por lo cual podríamos decir que existe la tendencia a establecerse una diada madre e hijo, que una diada entre padre e hijo.

Observamos que en la mayoría de los casos, el tipo de estructura familiar que tienen los pacientes es biparental, seguida de la reconstituida y la monoparental, presentándose en menor nivel aquellos casos en donde el paciente vive en una unidad de correidencia no familiar. En este mismo orden de ideas sobresale el hecho que en la estructura familiar de este tipo, se ejerce predominantemente una autoridad sin límites, siendo en la estructura reconstituida un ejercicio de ésta un poco más flexible. Esta información nos induce a pensar que al tratarse de una familia reconstituida, hubiera más posibilidades de mantener una autoridad más flexible, quizás porque los elementos principales de la estructura biparental no se encuentran y esto a su vez modificó de alguna manera la dinámica familiar.

Por otro lado se identificó qué miembros de la familia asumen el ejercicio de la autoridad y el tipo de autoridad ejercida, siendo en su gran mayoría el padre con un tipo de autoridad rígida, aunque cuando la madre o ambos ejercen la autoridad ésta es principalmente sin límites. Esto nos invita a pensar que el establecimiento de la autoridad que tiende a manejarse hacia los extremos, manifestándose de manera rígida o sin límites, quizás provocaría que los adolescentes tuvieran la tendencia por experimentar con el uso de drogas.

Respecto al consumo de estas sustancias, se observa que las tres primeras drogas de mayor consumo son: la marihuana, los inhalables y el alcohol. Siendo el intervalo de edad de mayor consumo para la marihuana y el alcohol entre 15 y 20 años; sin embargo, en el consumo de inhalables se incrementa el consumo en el intervalo de edad entre 8 y 14 años. Estos datos coinciden notablemente con otros estudios efectuados por Centros de Integración Juvenil tanto a nivel nacional como local, en donde las drogas de mayor consumo por los pacientes son la marihuana, el alcohol y los inhalables. Ahora bien, el hecho de que haya una mayor

tendencia al uso de inhalables en la población joven puede deberse a que dichas sustancias se encuentran al alcance de cualquier bolsillo, puesto que resulta una droga barata y fácil de adquirir; más aún si se trata de jóvenes de una clase social baja en donde es más común ver este hecho; además de no existir un verdadero control de las ventas de ciertos solventes industriales. La marihuana y el alcohol es más común que se consuma en una población mayor a los 15 años porque resulta un poco más cara; el hecho de cumplir la mayoría de edad otorga ciertos atributos a algunos individuos que los hace sentir con más derechos para hacer uso de la droga, el ambiente en que se desenvuelve el joven como las fiestas, el grupo de amigos, etc.; aunado a estas características podríamos decir que el ejemplo que la familia da, es un instrumento muy importante que los hijos usarán cuando consideren que es el momento adecuado para sacar a flote lo que sus padres también hacen.

En este sentido, el tiempo de consumo de las tres principales drogas, con respecto a la edad actual del paciente (de acuerdo a la fecha de la entrevista), es de menos de tres años de consumo. De tal manera observamos en los pacientes, que la mayoría tiene un grado de drogadicción de tipo ocasional y funcional. Además de identificar que predominan aquellos pacientes que pertenecen al estrato socioeconómico marginal y al bajo, siendo en su gran mayoría de un grado de drogadicción tipo II (ocasional). Sin embargo, en el estrato medio alto y alto, tiende a mantener en más de la mitad de los casos en el tipo III y IV (funcional y disfuncional).

Por otro lado, detectamos, según la percepción del paciente, que los principales motivos de consumo de drogas son: por influencia de amigos, por curiosidad y por problemas familiares. Cabe señalar que estos tres motivos se relacionan con los tres tipos de factores que mencionamos en el marco teórico: el individual, el social y el familiar; algunos van a presentarse en mayor medida que otros, lo que si es necesario dejar claro es que se establece una multicausalidad en la aparición de fenómeno.

Ahora bien, relacionando el uso de drogas con la dinámica familiar percibimos que la familia del paciente no tiene antecedentes de uso de drogas en más de la mitad de los casos. No obstante de aquellos casos en donde sí tienen antecedentes, los pacientes identificados tienen un grado funcional y disfuncional de drogadicción. Este hecho resulta importante tomar en cuenta puesto que el grado tres y cuatro de drogadicción resulta ser un poco más complicado de atender, y a su vez de rehabilitar por las repercusiones no solo psicológicas, sino también físicas. Cabe señalar que estas categorías se encuentran concentradas en un nivel socioeconómico medio alto y alto.

También nos percatamos que los miembros que tienen antecedentes de uso de drogas son principalmente, en orden de importancia: el padre, los hermanos y otros familiares. Esto nos sugiere que el papel que representa el padre de familia es importante para el desarrollo de los hijos, ya que viene a ser un modelo a seguir, aunque no siempre el hecho de que existan padres farmacodependientes signifique que los hijos también lo serán; mucho tiene que ver la forma en como se dan tales circunstancias y como son asimiladas por los hijos.

A su vez, encontramos que las familias que tienen antecedentes de uso de drogas tienen una estructura en su gran mayoría reconstituida; sin embargo, los que no tienen antecedentes en más de la mitad de los casos, su estructura familiar es de tipo biparental. Esto no significa que en las familias de estructura biparental no se presenten antecedentes de uso de drogas, ya que como mencionamos en párrafos anteriores nos vimos con la limitante respecto a la cuestión de temporalidad en cuanto a la información obtenida; de tal manera que si encontramos que una parte de la población con estructura familiar reconstituida tiene antecedentes de uso de drogas posiblemente en algunos casos, cuando la familia estaba estructurada como biparental, también presentaba dichos antecedentes.

Por otra parte cabe mencionar que el tipo de problemas familiares que más se presentan son: comunicación deficiente, falta de atención de los padres hacia los hijos, tipo de autoridad ejercida en el hogar, cambio de roles y tipo de reglas, en más de la mitad de los casos para cada situación en particular. Este aspecto nos sugiere que la forma en que establece la dinámica familiar entre los miembros, afecta de alguna manera en el individuo, principalmente si tomamos en cuenta estos aspectos antes mencionados y la forma en que es captado por los hijos. Quisiéramos puntualizar en la importancia que tiene que los padres de familia manejen una comunicación adecuada, el dar una verdadera atención a los hijos tomando en cuenta sus ideales, sus gustos, etc., por más mínimos que sean para que estos sientan apoyo de parte de sus padres. Es muy importante que las normas, reglas, toma de decisiones y el tipo de autoridad que se ejerce se pueda establecer de una manera más flexible y armónica tomando en cuenta a todos los miembros de la familia y que se traten de hacer ajustes cuando las situaciones lo requieran. Además es necesario dejar claro el tipo de papel que desempeñan los miembros del grupo familiar y que en determinado momento habrá que hacer algunos cambios cuando las situaciones así lo ameriten.

Por último, identificamos, que en los casos en donde se presentan problemas familiares la estructura es predominantemente de tipo biparental; mientras que donde hay menos problemas es en la de tipo reconstituida en su gran mayoría. Claro que esta información va de acuerdo con la forma en que la concibe el paciente.

Ahora quisiéramos mencionar algunas aproximaciones en cuanto al perfil del farmacodependiente de acuerdo a los resultados de nuestro estudio:

- Los pacientes que acuden a Centros de Integración Juvenil A.C. Monterrey (C.I.J), en su mayoría son hombres cuyo estrato socioeconómico tiende a ser bajo y medio bajo.
- La estructura familiar es predominantemente de tipo biparental en más de la mitad de los casos.
- Sobresale en mayor medida la ausencia del padre que de la madre, siendo algunos de los principales motivos de ausencia el abandono y el divorcio.

- Las sustancias que comúnmente consumen estos pacientes son: la marihuana, el alcohol y los inhalables. Prevalciendo el consumo del alcohol y la marihuana a partir de los 15 años en adelante, en comparación con los inhalables que es a partir de los 8 a los 14 años.
- Estos jóvenes mantienen un período de consumo de la sustancia que va de los 0 a los 3 años aproximadamente, esto puede explicarse ya que se trata de individuos relativamente jóvenes.
- El grado de drogadicción es predominantemente de tipo ocasional y funcional, lo que nos hace reflexionar qué tan conveniente sería poner atención a los síntomas que presenta el individuo, a fin de combatir dicho fenómeno.
- Es sobresaliente que desde la percepción del individuo farmacodependiente, considere que uno de los principales motivos de consumo de drogas sea el grupo de pares y su curiosidad por experimentar con las drogas. Dejando en un menor grado los problemas familiares, quizás esto se deba a una evasión de lo que realmente ocurre en la familia, ya que la farmacodependencia es el síntoma de una serie de dificultades que se dan en el hogar, además de lo que pudiera percibir en un momento dado el individuo.

Por otro lado tenemos también algunas aproximaciones en cuanto al perfil de la familia del farmacodependiente:

- La autoridad tiende a establecerse en una forma rígida o sin límites, aunque cabe aclarar que existe un mayor predominio en esta última.
- La autoridad generalmente la ejerce la madre de familia, asumiendo un rol comúnmente de tipo indulgente ya que no establece límites. Sin embargo cuando la autoridad es ejercida por el padre, ésta tiende a ser rígida y por último cuando ambos asumen el ejercicio de la autoridad vuelve a presentarse sin límites.
- No es sobresaliente que exista premorbidez en la familia como para considerar que es necesario que el adolescente utilice drogas. Pero en los casos en los que si hay antecedentes de uso de sustancias, el padre y los hermanos del paciente son los que tienden a presentar este tipo de situaciones.
- Los problemas más frecuentes en estas familias, son aquellos que tienen su relación fundamentalmente con el tipo de comunicación que se establece en la familia, trátase de padres biológicos o padres sustitutos, quienes se encargan posiblemente de la deficiencia en la misma y que repercute en otros indicadores familiares.
- La ausencia de la figura paterna y sus repercusiones en el hogar son visibles.

Una vez que hemos establecido algunas características en torno al perfil del farmacodependiente y su familia, valdría la pena mencionar algunas recomendaciones para Centros de Integración Juvenil A.C. Monterrey, con el objeto de hacer algunas aportaciones muy particulares en relación a este estudio:

- Sería pertinente unificar criterios en cuanto al tipo de formato que utilizan los terapeutas, con el fin de elaborar el diagnóstico del paciente, y además que pudiera contener toda la información necesaria y suficiente para indagar un poco más allá de lo que nos interesa en un primer momento con miras a efectuar estudios o investigaciones de mayor utilidad.
- De acuerdo con nuestros resultados encontramos que existe mayor conflicto en lo que respecta al rol del padre de familia, además de existir deficiencias en el área de comunicación, autoridad y reglas en el hogar. De tal manera que creemos conveniente que se pudieran incluir algunos temas preventivos dirigidos a padres de familia, los cuales contengan los indicadores antes mencionados a manera de fortalecer dichas áreas.
- Nos dimos cuenta que si el adolescente acostumbra a convivir con su grupo de amigos con los cuales utiliza drogas, y siendo éste uno de los motivos principales de su adicción. Quizás el C.I.J., pudiera llevar a cabo actividades recreativas, deportivas y culturales para esta población en las comunidades en donde habitan, y contribuir de alguna manera a canalizar estos desajustes hacia alternativas mucho mejores.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

BIBLIOGRAFIA

Ackerman Nathan, W.

(1974) *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*
Buenos Aires, Ediciones Horme.

Barun, Ken

(1991) *Cuando las drogas entran en su hogar*
México, Editorial Panorama S.A.

Benites, Fernando

(1973) *Los indios de México*
México, Editorial ERA S.A.

Boletín de circulación interna C.I.J.

(s/f a) *Manual de capacitación para el voluntariado.*

(s/f b) *Manual de capacitación para el voluntariado: farmacodependencia.*

(s/f c) *Material de circulación interna: Trípticos.*

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana

(1989) *Drogas*, Volumen 107, No. 6, Diciembre pág: 485.

Cardeña Gómez, David y Vernet Vera, Juan José

(1985) "*Familia y farmacodependencia una revisión bibliográfica*" en: C.I.J. A.C.

(Series técnicas) Vol. *Aproximaciones teóricas a la familia del farmacodependiente*
(1985), p.p.49-64.

Castillo Franco, Isaias

(1992b) *Estudio epidemiológico del consumo de drogas en pacientes atendidos en 1990,*
informe final

México, C.I.J. A.C. Dirección Médica Departamento de Investigación.

CEPAJUF

(1985) *La investigación y el trabajo social una alternativa.*

Monterrey, Nuevo León. Centro para la juventud y la familia.

C.I.J.

(1994) *Epidemiología del abuso de drogas en la república mexicana panorama comparativo con los Estados Unidos de América.* México. Centros de Integración Juvenil A.C.

C.I.J.

(1995a) *El consumo de drogas en el municipio de Monterrey N.L. Análisis de las condiciones y líneas de acción (1995-2000)*. Informe de investigación No. 96-32. Centros de Integración Juvenil A.C.

C.I.J.

(1995b) *Panorama epidemiológico del consumo de drogas en 1993 México y Estados Unidos*.
México.

Coleman, Vernon

(1989) *Adictos y adicciones*
México, Editorial Grijalbo.

Consejo Estatal de Población en Nuevo León

(1994) *La educación en la familia*
Monterrey Nuevo León.

CONADIC

(1992) *Las drogas y sus usuarios*
México. Secretaría de Salud.

Cruz Martín, del Campo L. Silvia

(1994) "*Farmacología de las sustancias psicoactivas*" en: Tapia (ed) (1994) p.p.270-281
México, Editorial el Manual Moderno.

Chavez de Sánchez, Ma. Isabel, Solís de Fuentes, Ana Alicia, Pacheco Santos, Gerardo y otros.

(1982) *Drogas y pobreza*
México, Editorial Trillas.

De la Garza, Fidel y Vega, Amado

(1983) *La juventud y las drogas: guía para jóvenes, padres y maestros*.
México, Editorial Trillas.

De la Garza G., Fidel, Mendiola H., Ivan y Rábago G., Salvador

(1977) *Adolescencia marginal e inhalables*
México, Editorial Trillas.

Elizondo Duran, Alma Delia

(1993) *Estructura familiar típica en pacientes farmacodependientes a marihuana e inhalables*
(Inédito) C.I.J.

Estrada Inda, Lauro

(1982) *El ciclo vital de la familia*
México, Editorial Servantes S.A.

Hernández Gutiérrez, Ma. Esther, Martínez Moreno, Ma. del Socorro y Vázquez, Benitez Monica

(1994) *Educación en población COESPO*
Monterrey, Nuevo León.

Kalina, Eduardo y E. Chimera, Javier

(1988) *Adolescencia y drogadicción*
Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

Kershenobich Stalnikowitz y Vargas Florencia

(1994) "Definición de los límites individuales de susceptibilidad ante el consumo de alcohol" en: Tapia(ed)(1994) p.p.81-105.
México, Editorial el Manual Moderno.

Krauskopf, Dina

(1983) "Adolescencia y educación sexual" en: *Prosuperación Familiar Neolonesa*(1987)
p.p. 67- 93
San José, Costa Rica, Editorial Universal

Llanes Briceño, Jorge

(1982a) *La sociedad ante las drogas*
México, Editorial Concepto S.A.
(1982b) *La juventud y las drogas*
México, Editorial Concepto S.A.

Meave Partida, Etna Ma. del Carmen

(1994) *La educación social para la familia*
México, Etme Ediciones

Moctezuma Barragán, Gonzalo

(1994) "Marco jurídico de las adicciones" en: Tapia (ed.) (1994) p.p. 85-105
México, Editorial el Manual Moderno

Mussacchio de Zan, Amelia, Ortiz Frágula, Alfredo, Pelicier, Y. y cols.

(1992) *Drogadicción*
Buenos Aires, Editorial Paidós

Peggy, Mann

(1990) "¿Así que usted no cree que la marihuana hace daño?" en: *Suplemento Viva Mejor*
(1990) p.p.12-15.

P.G.R.

(1993) *Manual de capacitación en materia de prevención a la farmacodependencia*
México, Procuraduría General de la República.

Prosuperación Familiar Neolonesa

(1987) *Guía básica de educación sexual para el maestro de secundaria*, Tomo II
México, Secretaría de Educación y Cultura.

Magie, Allan

(s/f) "El enemigo No.1" en: *Suplemento Viva Mejor* (s/f) p.p. 4-5.

Ramos Espinosa, Hilda Guadalupe

(1992a) *Seguimiento epidemiológico de pacientes de primer ingreso a tratamiento. 1970-1990* México, C.I.J. A.C. Dirección Médica Departamento de Investigación.

Ravelo, Patricia

(1988) *Nueva Antropología*
Volumen X Noviembre.

Ribeiro Ferreira, Manuel

(1997) *Hacia una política familiar*
(en preparación)

Rosenthal S., Mitchell y Monthner, Ira

(1977) *Drogas, padres e hijos*
México, Editorial Diana.

Sills L. David

(1974) *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales* Volumen 4
España, Editorial Multicolor S.A.

Solchany, Odile

(1979) *La formación de los padres de familia*
París, UNESCO.

Stamper, Laura

(1993) *Cuando las drogas entran en su hogar*
México Editorial Panorama S.A.

Stanton, M.D., Tood T y cols.

(1988) *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*
Buenos Aires, Editorial Gedisa.

Tapia-Conyer, Roberto

(1994) *Las adicciones dimensión impacto y perspectivas*
México, Editorial el Manual Moderno.

Tapia-Conyer, Roberto

(1994) “*Dimensión epidemiológica de las adicciones*” en: Tapia (ed) (1994) p.p 59-82
México, Editorial el Manual Moderno.

Tocaven García, Roberto

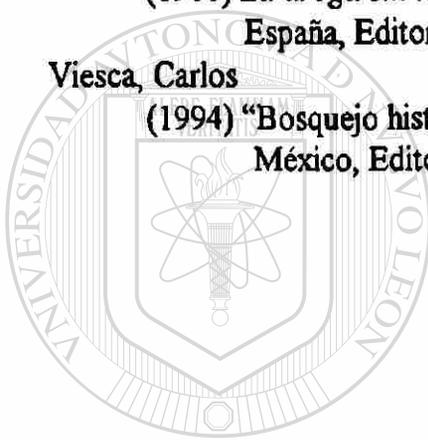
(1976) *Menores infractores*
México, Editorial Edicol.

Valleur Marc, Debourg, Alain y Matysiak ,Jean Claude

(1988) *La droga sin tapujos*
España, Editorial Salterrae.

Viesca, Carlos

(1994) “*Bosquejo histórico de las adicciones*” en: Tapia (de.) (1994), p.p. 1-24
México, Editorial el Manual Moderno.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



CEDULA

V.1 No. de cédula

Datos de Paciente

V.2. Edad:

- V.3. Sexo: 1) Masculino
 2) Femenino

- V.4. Estado Civil: 1) Soltero
 2) Casado
 3) Viudo
 4) Divorciado
 5) Unión Libre
 6) Separado

- V.5. Escolaridad: 1) No estudio
 2) Sabe leer y escribir
 3) Primaria Incompleta
 4) Primaria Completa
 5) Secundaria Incompleta
 6) Secundaria Completa
 7) Técnica Incompleta
 8) Técnica Completa
 9) Preparatoria Incompleta
 10) Preparatoria Completa
 11) Profesional Incompleta
 12) Profesional Completa
 13) Otros

V.6. ¿El paciente estudia actualmente?

- 1) Sí
2) No
8) No se aplica (sin información)

V.7. Ocupación:

- 1) **Oficios relacionados con el transporte:** trailers, mensajeros, taxistas, choferes de autobuses urbanos y foráneos.
2) **Oficios relacionados con la construcción:** albañil, ayudante de albañil, contratista, azulejero, yesero, pintor, impermeabilizador, etc.
3) **Actividades Artesanales:** herreros, alumineros, soldadores, torneros, fierreros, operadores de la pequeña industria del zapato, relojeros, carpinteros, ebanistas, panaderos, fabricantes de ductos y tubos de barra, sastres, alfareros, cantereros, pulidor, tapicero, tablajero, etc.

4) Oficios no especializados del o los servicios: vendedores dependientes de almacenes y cadenas comerciales, lavanderas, comerciantes en pequeño (instalados o ambulantes), empleados de gasolinera, barrenderas, mozos, empleados domésticos, cobradores, veladores, cajeras, cargadores, repartidor de productos, intendentes, lava coches, etc.

5) Oficios especializados del sector servicios: carteros, cocineras, trabajadores de pequeñas unidades de embazado, preparación de alimentos, barman, cantineros, meseros, electricistas, fotógrafos, músicos, maestros de primaria o secundaria, educadores, policías, personal de seguridad, auxiliares de contabilidad, telefonistas, enfermeros, peluqueros, plomeros, jardineros, trabajadores de viveros, secretarias, rotulistas, costureras, jardineros y empleados

6) Labores del sector primario campesino: actividades asociadas al cuidado o reproducción de la ganadería y mineras.

7) Oficios de reparación o recuperación: mecánica automotriz, enderezadores, yunqueros, pintores de automóviles, reparadores o instaladores de clima, electrodomésticos, etc.

8) Obreros industriales: operadores especializados de maquinaria o procesos industriales u otras actividades especializadas asociadas a la economía industrial.

9) Profesionistas

10) No corresponde o no se pose información:, inválidos, jubilados, pensionados, ancianos

11) Hogar

12) Estudiantes

13) Desempleado

14) Otras (ministro, pepenador)

88) No se aplica (No estudia ni trabaja).

V.8 ¿A que estrato socioeconómico pertenece el paciente?

1) Marginal

2) Bajo

3) Medio bajo

4) Medio Alto

5) Alto

Datos del Padre

V.9 ¿Existe ausencia del padre?

1) Si

2) No

V.10 Si la respuesta fue negativa, incorporar los siguientes datos:

Edad _____

888) No se aplica (El padre esta ausente)

V.11 Estado Civil: 1) Casado

2) Viudo

3) Unión Libre

4) Divorciado

5) Separado

8) No se aplica (Padre ausente)

- V.12 Escolaridad:
- 1) No estudio
 - 2) Sabe leer y escribir
 - 3) Primaria Incompleta
 - 4) Primaria Completa
 - 5) Secundaria Incompleta
 - 6) Secundaria Completa
 - 7) Técnica Incompleta
 - 8) Técnica Completa
 - 9) Preparatoria Incompleta
 - 10) Preparatoria Completa
 - 11) Profesional Incompleta
 - 12) Profesional Completa
 - 13) Otras
 - 88) No se aplica (Padre ausente)

V.13 Ocupación: (Ver V.7)

V.14 Si la respuesta fue afirmativa ¿Cuál es el motivo por el cual el padre esta ausente?

- 1) Divorcio
- 2) Separación
- 3) Abandono
- 4) Problemas legales
- 5) Fallecimiento
- 6) Por ser el paciente hijo natural
- 7) Otros (radica en otra ciudad)
- 8) No se aplica (padre presente)
- 9) Otros

V.15 ¿Actualmente el paciente cuenta con un tutor?

- 1) Sí
- 2) No.
- 8) No se aplica (padre presente)

Solamente para aquellos que cuentan con tutores:

Datos de Tutor (Padre):

V.16 Edad: _____

888) No se aplica (No tienen tutor)

- V.17 Estado Civil:
- 1) Casado
 - 2) Soltero
 - 3) Viudo
 - 4) Divorciado
 - 5) Unión Libre
 - 6) Separado

8) No se aplica (No tiene tutor))

- V.18 Escolaridad:
- 1) No estudió
 - 2) Sabe leer y escribir
 - 3) Primaria Incompleta
 - 4) Primaria Completa
 - 5) Secundaria Incompleta
 - 6) Secundaria Completa
 - 7) Técnica Incompleta
 - 8) Técnica Completa
 - 9) Preparatoria Incompleta
 - 10) Preparatoria Completa
 - 11) Profesional Incompleta
 - 12) Profesional Completa
 - 13) Otras
 - 88) No se aplica (No tiene tutor)

V.19 Ocupación: (Ver V.7)

V.20 ¿Qué parentesco tiene con el paciente el tutor?

- 1) Padrastro
- 2) Tío
- 3) Abuelo
- 4) Hermano
- 5) Primo
- 6) Otros (cuñado)
- 8) No se aplica (No tiene tutor)

Datos de la Madre:

V.21 ¿Existe ausencia de la madre?

- 1) Sí
- 2) No

Si la respuesta fue negativa incorporar los siguientes datos:

V.22 Edad: _____

888) No se aplica (Madre ausente)

- V.23 Estado Civil:
- 1) Casada
 - 2) Soltera
 - 3) Viuda
 - 4) Divorciada
 - 5) Unión libre
 - 6) Separada
 - 8) No se aplica (Madre ausente).

- V.24 Escolaridad:
- 1) No estudio
 - 2) Sabe leer y escribir
 - 3) Primaria Incompleta
 - 4) Primaria Completa
 - 5) Secundaria Incompleta
 - 6) Secundaria Completa
 - 7) Técnica Incompleta
 - 8) Técnica Completa
 - 9) Preparatoria Completa
 - 10) Preparatoria Incompleta
 - 11) Profesional Incompleta
 - 12) Profesional Completa
 - 13) Otra
 - 88) No se aplica (Madre ausente)

V.25 Ocupación: (Ver V.7)

V.26 Si la respuesta fue afirmativa ¿Cuál es el motivo por el cual la madre esta ausente?

- 1) Divorcio
- 2) Separación
- 3) Abandono
- 4) Problemas legales
- 5) Fallecimiento
- 6) Por ser el paciente hijo natural
- 7) Otros (radica en otra ciudad)
- 8) No se aplica (Madre presente)

V.27 ¿Actualmente el paciente cuenta con tutora?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No se aplica (Madre presente)

Datos de la tutora (Madre)

V.28 Edad: _____

888) No se aplica (No tiene tutora)

V.29 Estado Civil:

- 1) Casada
- 2) Soltera
- 3) Viuda
- 4) Divorciada
- 5) Unión Libre
- 6) Separada
- 8) No se aplica (No tiene tutora)

V.30 Escolaridad: 1) No estudio

- 2) Sabe leer y escribir
- 3) Primaria Incompleta
- 4) Primaria Completa
- 5) Secundaria Incompleta
- 6) Secundaria Completa
- 7) Técnica Incompleta
- 8) Técnica Completa
- 9) Preparatoria Incompleta
- 10) Preparatoria Completa
- 11) Profesional Incompleta
- 12) Profesional Completa
- 88) No se aplica (No tiene tutora)

V.31 Ocupación: (Ver V.7)

V.32 ¿Qué parentesco tiene con el paciente la tutora?

- 1) Madrastra
- 2) Tía
- 3) Abuela
- 4) Hermana
- 5) Prima
- 6) Otros
- 8) No se aplica (No tiene tutora)

Información sobre drogas

DROGAS	1 USA AHORA	2 USO ANTES	3 NUNCA	EDAD DE INICIO
V.33 MARIJUANA				V.39
V.34 ALCOHOL				V.40
V.35 TRANQUILIZANTES				V.41
V.36 ANFETAMINAS				V.42
V.37 COCAINA				V.43
V.38 INHALABLES				V.44

99) No contesto

88) No se aplica (no ha utilizado la sustancia, sin información)

V. 45 ¿Qué grado de drogadicción tiene el paciente?

- 1) Experimental
- 2) Ocasional
- 3) Funcional
- 4) Disfuncional
- 5) Exfarmacodependiente
- 8) No se aplica (Sin información)

¿ A qué atribuye el paciente su consumo de drogas?

MOTIVOS	1) SI	2)NO
V.46 Curiosidad		
V.47 Influencia de amigos		
V.48 Problemas familiares		
V.49 Desempleo		
V.50 Distracción		
V.51 Para sentirse bien		
V.52 Soledad		
V.53 Otros		

V.54 ¿Qué tipo de estructura familiar tiene el paciente?

- 1) Biparental
- 2) Monoparental
- 3) Reconstituida
- 4) Unidad de coresidencia no familiar.

V.55 ¿Existen antecedentes de uso de drogas en su familia?

- 1) Sí
- 2) No

Si la respuesta fue afirmativa ¿Qué miembros de la familia que viven en la casa tienen antecedentes de uso de drogas?

PARENTESCO	1)SI	2)NO	8)NO SE APLICA	9)NO CONTESTO
V.56 Papá				
V.57 Mamá				
V.58 Hermanos				
V.59 Parientes				
V.60 Padrastro				
V.61 Madrastra				
V.62 Abuelos				
V.63 Tutores (tíos o abuelos)				

Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿Qué tipo de problemas se presentan en su hogar?

PROBLEMATICA	1)SI	2)NO	8)NO SE APLICA
V.64 Falta de atención de padres o tutores			
V.65 Discusiones familiares			

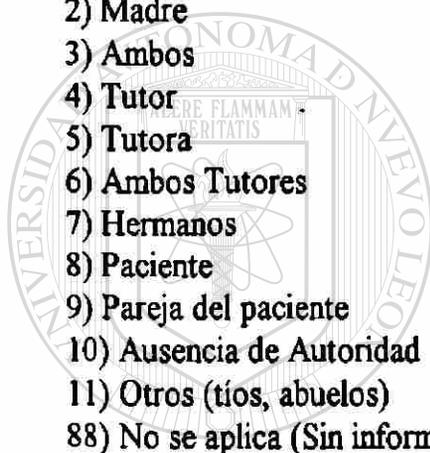
V.66 Problemas económicos familiares			
V.67 Problemas conyugales (entre padres o tutores)			
V.68 Discusiones entre el paciente y su pareja			
V.69 Cambio de roles familiares			
V.70 Tipo de autoridad			
V.71 Ausencia de autoridad			
V.72 Comunicación deficiente			
V.73 Tipo de reglas			
V.74 Ausencia de reglas			
V.75 Enfermedades en la familia			
V.76 Otras			

V.77 ¿Quién asume la autoridad en la familia?

- 1) Padre
- 2) Madre
- 3) Ambos
- 4) Tutor
- 5) Tutora
- 6) Ambos Tutores
- 7) Hermanos
- 8) Paciente
- 9) Pareja del paciente
- 10) Ausencia de Autoridad
- 11) Otros (tíos, abuelos)
- 88) No se aplica (Sin información)

V.78 ¿Qué tipo de autoridad se presenta en el hogar?

- 1) Rígida
- 2) Flexible
- 3) Sin límites
- 8) No se aplica (Sin información)



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

THE
MUSEUM OF
ART AND HISTORY
OF THE
CITY OF
NEW YORK

