



48
2el.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CONSUMO DE MARIJUANA Y RELACIONES
INTERPERSONALES EN FARMACODEPENDIENTES
EGRESADOS DE LA PROCURADURIA GENERAL
DE LA REPUBLICA

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

DIRECTOR DE TESIS: LIC. CELSO SERRA PADILLA

MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Un especial agradecimiento:

**A las autoridades de la Procuraduría
General de la República por
las facilidades prestadas para
la realización de este trabajo.**

**Al H. Jurado por el tiempo dedicado
a la revisión de este trabajo:**

Lic. Celso Serra Padilla
Mtro. Isaac Seligson Nisenbaum
Mtro. Horacio Quiroga Anaya
Lic. Blanca Elena Mancilla Gómez
Lic. Jorge Alvarez Martínez.

**A mi señora madre Guadalupe Celis
A mi señor padre Carlos Cano:
Por el apoyo incondicional que
me han brindado siempre.**

**A la familia García Villegas
y Paredes Villegas:
Por posibilitar la
realización de
este trabajo.**

G r a c i a s :

**Sr. Eduardo Salazar
Sr. Jorge Salazar
Sra. Monica Vargas
Lic. Patricia Vidal
Lic. Jorge Beltrán
y demás personas
que omití su nombre
pero me distinguen
con su amistad.**

**A mi hermano Carlos Cano.
En memoria de Carolina Cano
y Sra. Concepción Roque.
A Jaime Pérez Celis:
lo prometido es deuda.**

**A la Lic. Ma. Gabriela Luna Lara
y al Lic. Fabian Martínez Silva:
Por dedicarme su tiempo y
conocimientos cuando así
lo requerí.**

**A Salomé:
Por las valiosas observaciones y
sugerencias aportadas al
presente trabajo.**

**CONSUMO DE MARIGUANA Y RELACIONES
INTERPERSONALES EN FARMACODEPENDIENTES
EGRESADOS DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA
REPÚBLICA**

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I FAMILIA, PAREJA, AMIGOS	6
1.1 DEFINICIONES DE FAMILIA	6
1.2 GENERALIDADES SOBRE LA FAMILIA	9
1.2.1 Familia y Sociedad	9
1.2.2 Organización Familiar	11
1.2.3 Características y Funciones de la Familia	13
1.2.4 El Afecto en la Familia	17
1.2.5 Evolución Familiar	19
1.3 FAMILIA EN MÉXICO	21
1.4 FAMILIA CON PROBLEMAS DE FARMACODEPENDENCIA	25
1.5 PAREJA.....	32
1.5.1 Tareas de Pareja	33
1.5.2 Tipos de Pareja.....	34
1.6 AMIGOS, COMPAÑEROS DE TRABAJO	38

CAPÍTULO II CLASIFICACIÓN Y ESTUDIOS SOBRE DROGAS.....	41
2.1 CONSUMO DE DROGAS.....	41
2.2 DESCRIPCIÓN DE LAS DROGAS ILEGALES MÁS COMUNES.....	45
2.2.1 Anfetaminas	45
2.2.2 Cocaína	45
2.2.3 Marihuana	47
2.2.4 Lsd, Mescalina y Psilocibina	53
2.2.5 Barbitúricos	55
2.2.6 Tranquilizantes Menores	55
2.2.7 Opio, Morfina, Heroína y Codeína	56
2.2.8 Inhalables	58
2.3 ESTUDIOS PREVIOS	59
CAPÍTULO III MÉTODO	84
3.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	84
3.2 HIPÓTESIS	85
3.3 VARIABLES	87
Variables Dependientes	87
Variables Independientes	88
3.3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	88
Variable Dependiente	88
Variable Independiente	88
3.3.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	88
Variable Dependiente	88
Variable Independiente	89
3.4 POBLACIÓN	89
3.5 MUESTRA	89
3.6 ESCENARIO	90

3.7 TIPO DE ESTUDIO.....	90
3.8 DISEÑO.....	91
3.9 INSTRUMENTO.....	91
3.10 PROCEDIMIENTO	91
3.11 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO	92
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....	93
4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	93
4.2 ANÁLISIS INFERENCIAL.....	100
4.3 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	102
CAPÍTULO V DISCUSIÓN.....	109
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES.....	113
6.1 APORTACIONES.....	113
6.2 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	114
BIBLIOGRAFÍA	117
ANEXO I	121

RESUMEN

El presente estudio tuvo como finalidad investigar si existe una diferencia significativa entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de los sujetos que consumen dicha droga; egresados de la Procuraduría General de la República (P.G.R.), durante el periodo del 1 de Enero al 31 de Mayo de 1994; con el objeto de conocer las características generales de esta muestra y proponer alguna medida de rehabilitación.

Este estudio se realizó con el formato de entrevista que se aplica a los consumidores de drogas liberados en las oficinas de la P.G.R., los datos necesarios para esta investigación se recabaron de 250 consumidores de marihuana cuyas edades fluctuaron entre 18 y 33 años de edad, de sexo masculino.

El manejo estadístico de los resultados se llevó a cabo por medio del paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales SPSS/PC con un componente descriptivo de frecuencias y porcentajes, en el que se especificaron las características generales de nuestra muestra, como son: edad, sexo, estado civil, escolaridad, etc. Y un componente inferencial, Ji cuadrada, con el que se determinó si existe una diferencia significativa entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales.

Los resultados que se obtuvieron en esta investigación fue que no existe una diferencia significativa entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de los consumidores egresados de la P.G.R. Concluyendo que no existe una asociación entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de los consumidores.

INTRODUCCIÓN

En el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Mayo de 1994, 2,177 personas, fueron detenidas por cometer un ilícito de tipo federal, de las cuales 1,591 personas fueron detenidas por delitos contra la salud (en general todo acto relacionado con estupefacientes o con cualquier producto que los contenga), lo que representó el 73.08 por ciento y el resto por delitos diversos.

De los 1,591 detenidos por delitos contra la salud (c.l.s.), 1,444 fueron consumidores liberados, lo que representó un 90.76 por ciento con relación a los detenidos por c.l.s. y un 66.32 por ciento con relación al total de los detenidos.

De los 1,444 consumidores liberados, 818 consumían solo marihuana, lo que representó el 56.64 por ciento del total de consumidores liberados; marihuana e inhalables 152 consumidores con 10.52 por ciento, inhalables 119 consumidores con 8.24 por ciento, cocaína 103 consumidores con 7.13 por ciento; el 17.47 por ciento restante consumía otra droga o más de ellas (Departamento de Servicios Asistenciales. PGR, 1994).

Los consumidores liberados son sujetos que ingresaron a los separos de la Policía Judicial Federal y obtuvieron el beneficio de libertad que les es otorgado por las autoridades de la Procuraduría General de la República, según acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 16 de Diciembre de 1991; por medio del cual, el Procurador General de la República instruye a los Agentes del Ministerio Público Federal en relación a su proceder y a la atención que ha de brindarse a los adictos a estupefacientes y conductas con

poca peligrosidad. Por su parte, los consumidores liberados manifiestan que lo son de sustancias tóxicas y en el momento de su detención solo portaban una cantidad mínima para su consumo personal; expresando su disposición a ser canalizados a un centro (Centro de Integración Juvenil, Drogadictos Anónimos u Hospital Psiquiátrico) para su rehabilitación psicológica.

El consumo de las drogas, dependiendo del tipo de esta y la persona que las use, afecta al comportamiento del individuo teniendo una conducta que no concluye en el consumo, sino que se relaciona con otras conductas, con hábitos y hasta con sentimientos e ideas, lo que constituye un particular estilo de vida (Alvarado, 1994). La farmacodependencia es dinámica y no reduce su campo de acción a los límites del individuo, sino que penetra el área vital de su grupo familiar, así como del sistema en donde se encuentra; la comunidad (Cancrini, citado en Melero, 1994).

Los efectos del consumo de la marihuana varían de acuerdo con la cantidad empleada, el ambiente social y la personalidad del usuario. Por lo general, fumar marihuana constituye una actividad en grupo. El uso continuado produce además de un hábito difícil de romper estados crónicos de apatía y desinterés, con una disminución de la motivación, descuido de la higiene personal y deterioro en las relaciones personales y sociales (SS, 1992).

Las funciones mentales superiores que se ven afectadas son: la habilidad para comprender y mantener la atención, alteración de la memoria, decremento en la concentración, lentitud en el pensamiento, discurso y movimientos en general; todo esto provoca en el adicto

deterioro en alguno o la mayoría de sus sistemas: el familiar, por la ruptura de sus valores; el laboral o escolar, por la pérdida de sus facultades o simplemente por posponer o perder el interés de sus obligaciones (hay pérdida de conciencia de lo que es importante) y disminución en su productividad, lo que lo vuelve un individuo pasivo, aislado y contemplativo (Guzmán, 1994).

En el presente estudio se considera importante conocer las características generales de los consumidores liberados de la P.G.R., e investigar si existe una asociación entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de estos consumidores; porque como podemos observar, el consumo de marihuana representa la más alta prevalencia en la población de personas detenidas por delitos contra la salud, en comparación al consumo que se tiene de otras drogas; alcanzando una magnitud que la convierte en una problemática social que requiere soluciones. Es de interés particular abordar el problema desde la trascendencia que tienen las relaciones interpersonales, porque como se señala en la bibliografía (Alvarado, 1994; Cancrini, citado en Melero, 1994; Guzman, 1994 y SS, 1992) el acto de consumir marihuana no representa una conducta aislada, sino que tiene que ver con aspectos de la vida social del individuo.

Un estudio de esta naturaleza es importante ya que nos permite conocer cuáles son las características de esta población, de esta manera la información obtenida, podría ayudar para realizar propuestas de rehabilitación.

En el capítulo I se presenta los aspectos de la familia; definiciones, características y funciones, familia en México y familias

con problemas de farmacodependencia; pareja, tareas de pareja, tipos de pareja; y finalmente conceptos generales de amigos y compañeros de trabajo.

El capítulo II contempla algunas definiciones relacionadas con el tema de la farmacodependencia, descripción de las drogas y los estudios que se han realizado sobre ellas.

En el capítulo III se presentan los aspectos metodológicos de nuestro estudio, partiendo del planteamiento del problema ¿Existen diferencias significativas entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de los consumidores liberados egresados de la P.G.R.?

En el capítulo IV se describen los resultados obtenidos del análisis descriptivo como el inferencial para cada uno de los factores que comprenden el consumo de marihuana (tiempo, cantidad y frecuencia) y relaciones interpersonales (numero de amigos cercanos, relación con la pareja, relación con compañeros de trabajo); Así como la interpretación de los resultados.

El capítulo V comprende la discusión, en la cual se comentan los hallazgos de los resultados obtenidos.

El capítulo VI aborda las conclusiones a las que se llegaron, las limitaciones de este estudio y las sugerencias o recomendaciones pertinentes para estudios posteriores.

CAPÍTULO I FAMILIA, PAREJA, AMIGOS

1.1 DEFINICIONES DE FAMILIA

La familia sin duda es una variable, entre otras, de notable trascendencia, ya que esta ejerce en el individuo una influencia determinante la cual puede ser positiva o negativa, en esta investigación la ubicamos como un factor de riesgo o protector para el consumo o no de drogas; ya sean estas licitas o ilícitas.

Young Kimball (1974) define a la familia como "el grupo primario universal, además el más importante, no solo es primero en cuanto a su forma sino también en el tiempo, pues es el primer grupo del cual participa el niño y donde recibe su socialización fundamental (p.11).

Para Horton (1980) "la familia es una agrupación de parentesco que cría y educa a los niños nacidos en su seno y satisface otras necesidades humanas... la familia es un sistema de normas y procedimientos aceptados para la ejecución de ciertas tareas fundamentales para la sociedad" (p.154).

Respecto a la familia Szpilka, J. (citado en Melero, 1994) manifiesta que "la función socializadora de la familia es el universo simbólico en el que el niño interioriza las reglas y códigos constitutivos de lo humano... el niño adquiere en la vida familiar buena parte de las actitudes y habilidades que irán conformando su futuro adulto. El incierto desenlace de este proceso dará cuenta de los diversos destinos de la personalidad individual, incluyendo algunas formas de patología psíquica" (p. 154).

Para Vella (citado en Solé, P., 1989) la familia es un conjunto de personas que no son iguales ni intercambiables. Los status y los roles conexos no se pueden escoger; vienen dados y no se pueden cambiar. La insustituible autoridad del padre, se funda en el principio de normatividad ejemplar, esto es en demostrar a través del ejemplo, que las experiencias de la vida le han ligado a unas relaciones de significado, que a todas las distingue y las asume; según el principio de lo verdadero y de lo falso, de lo bueno y de lo malo. En este principio de ordenación de lo real a través del ejemplo -más que en las palabras- se apoya el niño, que es ignorante respecto a la verdad o falsedad y es inocente respecto a la bondad y a la maldad.

Nathan W. Ackerman (1974) nos dice lo siguiente de la familia:

La familia es en todos sentidos el producto de la evolución. Es unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera. Se caracteriza como un organismo. Se atribuye a la familia las cualidades de proceso viviente y unidad funcional. En cada generación, la configuración de la familia sufre cambios importantes con cada etapa de transición...los cambios adaptativos de la estructura familiar están determinados tanto por su organización interna como por su posición externa en la comunidad; por lo común se reconoce que la trama de las relaciones familiares puede estar influida en amplia variedad de formas, sea por un ambiente social amistoso, protector o por uno hostil y peligroso. La familia debe ajustarse desde dentro, a la amplia gama de vicisitudes que afectan las relaciones de cada uno de sus miembros a todos los otros. Bajo condiciones favorables, los sentimientos de amor y lealtad

prevalecen y se mantiene la armonía familiar. Bajo condiciones de tensión y conflicto excesivos, pueden surgir antagonismos y odios mutuos, amenazando la integridad familiar (p. 37,38).

Johnson , H. (1967) cita una definición de la familia que hace el Bureau of the Censos, "es un grupo de dos o más personas relacionadas por sangre, matrimonio o adopción, que residen juntas; todas estas personas son consideradas miembros de una familia" (p. 25).

Ackerman (1974) hace una revisión de Freud acerca de la familia y nos dice:

La teoría Freudiana centra la atención en el papel de la familia, en el moldeamiento de la personalidad y la salud mental del niño, pero da prioridad a los instintos innatos. Enfatiza el núcleo biológico del hombre y disminuye el papel de la sociedad. Freud concebía a la familia como el medio de disciplinar los instintos biológicamente fijos en el niño y para reforzar la represión de su descarga espontánea (p. 49).

Este autor encuentra que al esquema Freudiano le ha faltado subrayar el amor, como fuerza positiva en las relaciones familiares, para el estudio de la dinámica familiar; Ackerman se basa en los conceptos de identidad, que se refieren a los esfuerzos, expectativas y valores; y en la estabilidad del comportamiento que se refiere a la continuidad, control y a la capacidad de cambiar, aprender y lograr un desarrollo más amplio. Afirma que no hay una familia idealmente sana, solo hay familias predominantemente sanas y familias predominantemente enfermas; las familias enfermas son aquellas que

no cumplen con sus funciones familiares principales. Para Ackerman el incremento al estudio sobre la dinámica familiar es un hecho que demuestra la importancia de esta y su influencia hacia el individuo.

Para Realy (citado en Ortiz y Vélez 1986) "la familia es un sistema autoregulado, que se gobierna a sí mismo por medio de reglas constituidas lentamente con base a intentos y fracasos, es evidente que su orientación está normada por acuerdos implícitos y explícitos, acerca de las expectativas de la vida, inseparables de su momento histórico.

1.2 GENERALIDADES SOBRE LA FAMILIA

1.2.1 Familia y Sociedad

El individuo nace perteneciendo a una sociedad, la cual actúa desde la cultura, las creencias religiosas, la moral y la costumbre. en esta relación individuo-mundo circundante, la familia queda ubicada entre uno y otro. Esta posición determina sus funciones con respecto a los nuevos seres humanos. Creará nuevos individuos y los inscribirá en el orden social. La familia no pertenece únicamente a sus miembros, sino también y particularmente a la sociedad, que la sostiene a la vez que la posee; ya que la sociedad necesita para su existencia y mantenimiento del grupo humano llamado familia, legisla sobre ella y le concede derechos a cambio de funciones que sostengan su estructura, es decir la sociedad produce y cuida de la familia, la cual a su vez, producirá, cuidará, alimentará y educará a sujetos que, al formar núcleos familiares, sostengan y consoliden la organización social.

Al respecto Soifer (1979) manifiesta que la familia es célula, matriz y generadora de sociedad, pero al mismo tiempo recibe de esta dos elementos con los cuales construye su cultura e ideología. Para esta autora la cultura "es la manera en que las personas, familias, pueblos y sociedades enfrentan la realidad". Por otra parte define la realidad como "aquello que se percibe por los sentidos y por la mente y que es compartido por dos o más personas... la realidad comprende tanto a los objetos como a los hechos y a los sentimientos". La autora entiende por ideología de la familia sus aspiraciones, anhelos de obtener determinadas adquisiciones, ya sean materiales, objetos, bienes mueble o inmuebles; ventajas sociales ("status", fama o reconocimiento); valores morales o corporales; valores familiares (número de hijos, grado de relación con los parientes); hasta los valores derivados del conocimiento, de lo artístico, de lo deportivo, así como los caracterológicos (p. 22,23).

Así tenemos que tanto la cultura como la ideología de la familia pueden ser sanas o enfermas, según el grado de adecuación a la realidad.

Concebimos a la sociedad como un conjunto dinámico que está en continuo cambio y que sintetiza los aportes de las distintas familias, a las que ayuda a constituir e integrar.

Sin embargo el sujeto que no cumple o funciona con lo establecido por los cánones sociales, tendrá que sufrir un castigo el cual significa malestar, conflicto, segregación , sufrimiento, etc. Y para que el castigo sea efectivo siempre se ha de basar en la privación del amor, el aprecio y la aceptación

1.2.2 Organización Familiar

Según Youg K. (1974) las formas de organización familiar han variado con las formas de matrimonio y con las pautas más altas de la comunidad, en su mayor parte han sido patriarcales o matriarcales. En algunos casos, la esposa y madre es dominante; en otros persiste el control de tipo patriarcal. En otros muchos casos hay un orden casi democrático y se otorga a los niños mayor autoridad y responsabilidad a medida que crecen. La naturaleza de las relaciones personales en la familia resulta influida, por el sexo o por la edad, es inevitable un cierto grado de dominación por parte de los miembros mayores sobre los menores. El contacto padres-niños es esencialmente una relación de supra ordenación y sumisión, durante el periodo de entrenamiento básico, el niño debe inclinarse ante el superior conocimiento, habilidad y poder físico.

Johnson (1967) manifiesta que la estructura fundamental de la familia, en cualquier sociedad tiene características comunes que en una u otra forma se asemejan.

Cada sistema de parentesco diferencia entre parientes sanguíneos que técnicamente son llamados parientes consanguíneos y parientes por casamiento técnicamente llamados parientes políticos.

Por su parte Linton (citado en Leñero, 1983) distingue dos tipos de familias. La familia conyugal y la familia consanguínea; la primera está constituida por un grupo íntimo y fuertemente organizado en función de los lazos conyugales, de los cuales se derivan los descendientes inmediatos. La segunda la constituye un grupo más o

menos amplio en el que predominan las normas derivadas del parentesco consanguíneo.

Para Engels (citado en Fontanetto, 1982) en el patriarcado los hijos "son" de la madre, y esta relación se establece en virtud de su carácter biológico. Acerca del patriarcado (origen de la organización familiar que hoy conocemos) nos dice que todo, incluso los hijos y esposa, pertenecen al hombre.

Raquel Soifer (1979) considera que la cotidianeidad de la convivencia van formando ese sentimiento de pertenencia que se denomina familia. Agrega que aunque es muy común que el núcleo familiar se halle integrado por personas con relación de consanguinidad entre si, este no es un elemento privativo de la familia; ya que no considera el factor consanguíneo como determinante, por lo que, como resulta obvio, los esposos no lo tienen entre sí (con excepción del casamiento entre primos, que son casos de rara incidencia), además resulta frecuente encontrar a personas que reciben el apelativo de hijos, tíos o abuelos y que en realidad no lo son; sino que simplemente por causa de su interacción en el seno familiar, han llegado a adoptar la función correspondiente.

Moss y Moss (1978, citado en Ortiz, E., y Vélez, B., 1986). realizaron una tipología de la familia según un análisis estadístico, de acuerdo con su forma de comportamiento, estableciendo seis grupos:

- 1.- Orientado a la estructura
- 2.- Orientado a la independencia
- 3.- Orientado a la superación
- 4.- Orientación moral y religiosa

5.- Orientado a la expresión

6.- Orientado al conflicto

Encontraron que las familias numerosas, en un alto porcentaje (92%), tendían a orientarse al conflicto y a la moralidad, mientras que la orientación de las familias con pocos integrantes era hacia la estructura y expresividad. Por su parte en el grupo orientado al conflicto se presenta la interacción con la expresión abierta de ira y agresión, generalmente son relaciones frías y distantes, con poco interés en la familia en su totalidad o por cada uno de sus miembros.

1.2.3 Características y Funciones de la Familia

Barcal (citado en Melero,1994) plantea que se deben promover habilidades de comunicación y de supervisión en los padres, que hagan posible el establecimiento de límites claros que orienten el comportamiento de los hijos. Límites que el niño vaya asimilando progresivamente hasta sustituir el control exterior de la conducta por un control interno incorporado a sus actitudes y su repertorio conductual.

Apoyando la misma idea Melero (1994) considera que la familia es un escenario simbólico de la socialización, en donde se van troquelando los conocimientos, actitudes y hábitos del niño. Esta labor, inicialmente exclusiva de los padres y posteriormente compartida con la escuela y los medios de comunicación, resulta decisiva en la conformación del estilo de vida del niño, dada la gran moldeabilidad de estas edades y el ascendente de que aún gozan los padres...los padres actúan ante los hijos como modelo de las conductas que quieren que estos desarrollen. Y marcan los límites a los que deben

ajustarse tales conductas así como las consecuencias de su transgresión.

Sprott (1973) distingue tres aspectos de la vida familiar:

Primerio, son lazos de parentesco que revisten afectividad; el autor manifiesta que los lazos de parentesco han evolucionado enormemente ya que antiguamente existían mayores parentescos entre los miembros de una comunidad. Así tenemos por ejemplo que en los Estados Unidos la familia ha quedado reducida a los elementos nucleares; es decir madre, padre e hijos.

Segundo, relación entre los miembros de la familia; Sprott comenta que generalmente al unirse una pareja en matrimonio, el hombre es quien lleva el peso de la casa; es decir el padre ejerce un control mediante el dinero.

Tercero, las normas prevalecientes de disciplina; al respecto el autor comenta que "la vida familiar puede ser dividida en una diversidad de regiones; por ejemplo: los deberes de la atención de la casa de los hijos, de las actividades sociales y económicas, etc. están a cargo de la mujer; la vida familiar implica acción y decisión, en ciertas actividades el marido puede decidir y la mujer actuar y viceversa, o ambos pueden decidir y actuar" (p. 56).

Ackerman (1974) distingue dos funciones de la familia primera, asegura la supervivencia física y segunda, construye lo esencialmente humano del hombre.

Para este mismo autor los fines sociales que cumple la familia moderna son:

- Provisión del alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantiene la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
- Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.
- El moldeamiento de los roles sexuales, es lo que prepara el camino para maduración y realización sexual.
- La ejercitación para integrarse en los roles sociales y aceptar la responsabilidad social.
- El fenómeno del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Levi-Strauss (citado en Martínez, 1985) conceptualiza a la familia como un grupo social que posee tres características:

- 1.- Tiene su origen en el matrimonio.
- 2.- Está formada por el marido, la esposa y los hijos (as) nacidos del matrimonio aunque es concebible que otros parientes encuentren su lugar cerca del grupo nuclear.
- 3.- Los miembros de la familia están unidos por lazos legales, derechos y obligaciones económicas, religiosas y de otro tipo; una red precisa de derechos y prohibiciones legales, más una cantidad

variable y diversificada de sentimientos psicológicos tales como amor, afecto, respeto, temor, etc.

Linton, R. (citado en Martínez 1985) encontró que las funciones que cumple la familia y son admitidas universalmente, en términos generales son:

•Regulación de las funciones sexuales.- En cuanto a esta función se sabe, que tanto en épocas pasadas como en la actual, tiene efecto en muchos casos fuera del contexto familiar y frecuentemente de manera suplementaria a la limitación de la función familiar sexual, que establece la misma familia.

•Función económica.- Siendo la familia una unidad que busca asegurar el mantenimiento básico de los miembros, su función de consumo de necesidades materiales es sin embargo variable, pues queda desplazada muchas veces a otras unidades de servicio para el consumo básico. Pero lo que se modifica en el tiempo es la función productiva.

•Función reproductiva.- La función reproductiva también admite variaciones, aunque en un margen menor. Los hijos pueden generarse frecuentemente no tanto en función de las relaciones familiares básicas, sino también fuera de ellas. De cualquier modo, siempre se nota una necesaria y estrecha relación entre familia y procreación.

•Función educativa y socializadora.- El aspecto educativo se considera como una de las funciones familiares más importantes, pero igualmente admite variantes en cuanto a la forma de llevarse a cabo. Se trata más bien de la función socializadora de la familia, de su papel como canal mediante el cual los niños y los jóvenes se adaptan a la

vida social, asumiendo pautas básicas de la conducta social. La educación puede darse en un sentido positivo o negativo al que determinada sociedad o sector de la misma desea para sus miembros. Pero de una manera u otra, explícita o implícitamente la familia realiza esa función. El autor sostiene que "la unidad de la familia sigue siendo por ahora el mecanismo más efectivo para el cuidado y educación de los hijos, y estas funciones todavía le pertenecen en todas las sociedades" (p.23).

•Función afectiva.- La función de equilibrio emocional (o su inverso, si este no se logra) es natural de la familia por el hecho de ser un grupo primario de personas con relaciones muy próximas, al menos en su ámbito físico. La familia tiende a ser identificada como "el hogar", el lugar donde se produce calor afectivo, testigo de gozos y desilusiones de personas cercanas en su contacto interpersonal. Esta función ideal de la familia, no es siempre clara y menos aún positiva. La concepción afectiva a variado en la historia pero siempre ha sido una necesidad.

1.2.4 El Afecto en la Familia

Como se ha mencionado a lo largo de este apartado la familia ofrece la posibilidad de que se desarrolle el amor, la ternura, la comunicación, la comprensión entre los miembros familiares, etc.; elementos vitales para la vida y la salud del sujeto. Es por ello la necesidad de resaltar el factor de lo afectivo-emocional en la familia.

Para tener un mejor entendimiento de la familia no podemos limitarnos a revisar solo los aspectos teóricos, sociales, económicos o culturales, por que estaríamos limitando o tendríamos un

entendimiento parcial del factor familiar; y de hacerlo estaríamos pasando por alto los componentes afectivos que ligan las enredadas interrelaciones de los miembros de la familia.

Dentro de los sentimientos familiares, tenemos por un lado la comprensión, el amor, la ternura, etc., y por el otro, el odio, la envidia, los celos, etc.; es decir toda la gama de sentimientos desde la polaridad amor-odio.

Existen algunas situaciones que enfrenta la familia con dolor y conflicto, cuando no puede manejar ciertos compromisos, ciertas expectativas de que su otro amoroso o le pertenezca para siempre e inmutable o, en su defecto de que se modifique según el deseo de quien lo "posee", algunos de estos casos son muy comunes como por ejemplo: los padres que no permiten que su hijo crezca porque tienen miedo de ser abandonados o menos queridos, el padre que al nacer su hijo siente celos de la relación amorosa que mantiene su mujer con ese intruso que modifica la relación de pareja, el adolescente que debe pelear un espacio propio necesario para su evolución, en un ámbito familiar que le exige algunas actividades de adulto y que, sin embargo, no acepta sus decisiones porque aún lo considera un niño, cuando en realidad lo que sucede es que teme perderlo, el sujeto que, viviendo una situación de pareja, descubre que ya no quiere continuar compartiendo su vida con esa persona a la que dejó de amar y en consecuencia decide terminar su relación provocando la desconfianza de parientes y amigos, para quienes pasa a ser un perverso abandonador, mientras que su expareja queda encasillada en el rol de víctima desvalida.

Es importante recalcar que el sujeto al ser un ser social, necesita ser querido, apreciado, aceptado y reconocido por los demás miembros de su grupo para sentirse bien.

Es sabido gracias a las aportaciones de diversos investigadores que el sentirse amado es indispensable para la vida misma. Para ejemplificar esto Splitz observó una y otra vez en hospitales, un cuadro clínico al que denominó depresión anaclítica, la cual define el estado depresivo en que se sumerge un bebé, hasta alcanzar la muerte, cuando le falta el amor materno o sustituto, aún estando físicamente sano y con sus necesidades materiales satisfechas (Fontanetto, 1982, p. 35).

Para finalizar y retomando el aspecto que nos interesa para el objetivo de este estudio, debemos recordar que el sujeto farmacodependiente es un humano con defectos y virtudes y quizás con menos oportunidades que las personas que no son farmacodependientes, pero que al igual que todo, son personas que necesitan amor, comprensión, cariño, afecto, reconocimiento, etc. Lo cual es una tarea difícil de realizar, en primer lugar porque culturalmente esta sociedad no es muy dada a que sus miembros expresen abiertamente sus sentimientos (principalmente los hombres), y en segundo lugar porque nos es difícil amar o brindar cariño a una persona que por informaciones tendenciosas o amarillistas está ligada a asaltos , riñas, agresión, muerte, etc.

1.2.5 Evolución Familiar

En la dinámica familiar parece observarse un cambio de una generación a otra, este cambio es un tanto relativo ya que la siguiente

generación parece repetir las pautas aprendidas de la generación anterior, sin embargo, esto no significa una predeterminación histórica, porque cada familia es de naturaleza múltiple en cuanto a lugar, costumbres, hábitos y características psicosomáticas de sus miembros, por ello podemos decir que ninguna generación repite automáticamente formas de vida idénticas de la generación anterior (Leñero, 1983).

Según Leñero existe algo a lo que algunos autores han llamado "exigencias básicas" de la naturaleza humana, es decir un ciclo de vida común que se repite en cada generación, las cuales plantean necesidades de desarrollo biológico, psicológico y social que no podemos desconocer, sin predeterminar en una forma idéntica el comportamiento de una generación tras otra. Estas exigencias básicas se presentan en forma alternada, pero en momentos, de manera ambivalente y un tanto conflictiva. La persistencia esencial de la dinámica familiar se podría exteriorizar destacando tres aspectos:

Primer búsquedad de protección y seguridad frente a una tendencia de autonomía que brinda a su vez protección, la primera se basa en la inseguridad del ser humano después de abandonar el seno materno y a su necesidad vital de ser protegido ante un medio extraño y hostil mientras se es niño y adolescente inicial. La segunda responde a la necesidad de valerse por sí mismo y a la de actuar con sentido protector; es decir, el hombre requiere: Primero, ser cuidado por un grupo primario que lo introduce a la vida social y después, que haya un impulso para generar una unidad, que a su vez, sea protectora de la nueva generación. Más aún, existe una tercera etapa, en la que

llegando a la vejez, el individuo busca nuevamente seguridad, pero también reconocimiento a su acción anteriormente protectora.

Segundo, podríamos hablar del razonamiento entre el impulso imitativo y asimilativo, por un lado y el creativo e innovador, por el otro. En el desarrollo de la familia se encuentra para cada generación, la oportunidad de responder simultáneamente a estas dos tendencias: La familia de origen aporta un substrato de forma de vida; y cada persona recrea este substrato al crear su propia familia y esta a su vez sea un nuevo germen para las siguientes generaciones.

Tercero existen otros dos sentimientos, en cierto sentido opuestos en sí mismos. El sentimiento amoroso de permanencia en la seguridad afectiva, frente al impulso, en el que aparece lo erótico como uno de sus principales motores de movilidad. El primero representa la necesidad de ser amado, de ser cuidado afectivamente y de ser considerado como una persona digna; el segundo es más propio de la búsqueda amatoria, de la "conquista" y del placer sexual.

1.3 FAMILIA EN MÉXICO

Es importante tener presente que toda organización familiar tiene características diferentes de acuerdo con la cultura en que se desarrolla; y las premisas socioculturales que sostienen a la familia mexicana, difieren considerablemente, de las prevalecientes en otra cultura.

La familia mexicana tiene características propias, originadas principalmente por la cultura. La familia juega un papel muy importante en cada individuo. Se había dicho que el mexicano tenía un complejo de inferioridad, pero en realidad, simplemente es una actitud que

consiste en no saber valorar la importancia del individuo, ya que en México lo importante no es la persona sino la familia que este forme.

Otra característica importante de los mexicanos es que se sienten seguros como miembros de una familia pues en esta todos tienden a ayudarse entre si, lo relevante de la familia mexicana es que cada uno de sus miembros, está casi siempre dispuesto a ayudar a los demás miembros de la familia; y no el hecho de que la familia sea grande o pequeña. Esta actitud de ayuda a los miembros de su familia, así como muchas otras, se originan en la cultura, de la filosofía de la vida, de las formas de pensar acerca de nosotros y de los demás, acerca de como vivir mejor la vida, transmitida por nuestros antepasados.

Según nos indican los estudios realizados, los niños mexicanos tienen tendencias a obedecer mucho más a sus padres, a permanecer mucho más cerca de ellos, a ser más interdependientes con ellos y a tener una relación más afectiva con sus padres, que la que tienen niños de otras naciones. Así mismo se ha demostrado que mientras más baja es la clase social, la actitud de obediencia hacia el padre es más fuerte.

La familia de México esta constituida por una serie de obligaciones y compromisos fundamentados en una doble moral sexual del mexicano varón, situación que propicia un exceso en la presencia de la madre y una ausencia del padre (Santiago Ramírez citado en Ortiz, E., y Vélez, B., 1986).

Esto es observado con claridad por el Dr. Ramírez en sus reflexiones sobre la organización familiar en nuestro país, coincidiendo

con lo señalado por Samuel Ramos y Rogelio Díaz Guerrero. Este último afirma por su parte, que la estructura de la familia mexicana se fundamenta en dos proposiciones: la de la supremacía indiscutible del padre, en primer término, y el "necesario" autosacrificio de la madre. Como consecuencia la familia se cohesiona entorno a la figura materna, con las implicaciones éticas, sociales y culturales que hacen particular nuestro contexto nacional (Ramírez, S., citado en Ortiz, E., y Vélez, B., 1986).

Al respecto Díaz Guerrero (1967) nos indica, que en la familia mexicana, el abuso de la autoridad corre a cargo del padre, que aunque es afectuoso en algunos aspectos, antes que nada es un disciplinario. Además esta autoridad ejercida por parte del padre es irracional o a menudo injusta. Esto se debe al humor del padre, es decir, el padre puede castigar por alguna acción que anteriormente recompensó o apoyó.

Santiago Ramírez (1977) en *El mexicano, Psicología de sus motivaciones* señala que el mexicano desde su infancia tiene un apego especial a la madre, en una relación "simbiótica" en la que el niño acompaña a la madre en todas sus labores, su cercanía con la madre, se ve interrumpida cuando el hogar se ve ocupado por el hermano que ha de suplantarle en el pecho, en el rebozo y en la "cuna", pasa del mundo cálido del regazo, al hostil externo, de un ambiente en que es preciso luchar para subsistir. Una vez perdida la protección que la madre le daba, se encuentra totalmente desolado y a merced de todas las inclemencias del exterior; su escuela es la calle. La figura del padre brilla por su ausencia ya que es eventual y

transitoria. En el mundo en que vivimos, la figura del padre, primitivamente exterior, se va internalizando para posteriormente cobrar realidad en la autoridad, las instituciones sociales, etc. El niño mexicano aprende desde muy temprano las técnicas que le pueden ser útiles para burlar a ese padre violento, esporádico y arbitrario. Rápidamente se organizará en pandillas en las que el muchacho, en compañía de sus compañeros de edad, se dedicará a hostilizar a las figuras paternales de su ambiente. Es así como se inicia la psicopatía del mexicano, quien privado de las identificaciones masculinas fuertes, constantes y seguras, que otro niño de su edad debería tener se ve precisado a hacer alarde de ellas; surge así la necesidad de expresar que es muy "hombre".

La imagen de la madre es visualizada ambivalentemente; por un lado se le adora, tanto en lo particular, como en las formas de lenguaje y religiosidad; por otro se le hostiliza y odia a causa de dos hechos :

- 1) Se le acusa por no haber dado un padre fuerte
- 2) Por haber colocado al hijo en la terrible situación de pasar del paraíso del afecto, al infierno del abandono.

Por otro lado, la mujer se siente poseedora del niño, siendo el niño lo único que la compensa de la ausencia del esposo.

El autor señala que el abandono del padre coincide significativamente con el momento de la preñez de la esposa, la esposa es vividamente recordada como una madre en la relación marital, y en la preñez visualizada como el nacimiento del hermano menor. El hombre mexicano, siguiendo este patrón de conducta hace activamente en la edad adulta lo que sufrió pasivamente en la edad infantil; abandona de

adulto, reivindicando en su conducta el haber sido abandonado cuando niño.

Finalmente el autor señala tres tendencias dinámicas básicas de la familia mexicana encontradas en un estudio que el realizó:

- 1) Intensa relación madre-hijo
- 2) Escasa relación padre-hijo
- 3) Ruptura traumática de la relación madre-hijo ante el nacimiento del hermano menor.

1.4 FAMILIA CON PROBLEMAS DE FARMACODEPENDENCIA

La familia está en el horizonte de la mayor parte de cuantas miradas pretenden actuar preventiva o asistencialmente.

Se diseñan estrategias que tienen como finalidad intervenciones dirigidas a los padres, con el propósito de ayudarles a configurar una información, actitudes y un estilo de comportamiento que mejoren su competencia para una educación que promueva la autonomía de sus hijos y su capacidad de tomar decisiones importantes (Costa, M., 1987, citado en Melero, I., 1994).

Según Cancrini (citado en Melero, 1994) la familia adquiere pleno interés como escenario preventivo, ya que existe la evidencia clínica reiteradamente mostrada por los investigadores, respecto a la existencia de rasgos comunes en familias con "situaciones de toxicomanía".

A pesar de que la farmacodependencia es un problema parte de la historia, en las ultimas tres décadas se ha incrementado el interés en el estudio y la aplicación de tratamiento a las familias que presentan este problema.

La farmacodependencia es dinámica y no reduce su campo de acción a los límites del individuo, sino que penetra el área vital de su grupo familiar, así como del sistema en donde se encuentra; la comunidad.

Por otra parte, cabe hacer notar que, en una familia aparentemente equilibrada, pueden estar actuando frustraciones, conflictos y situaciones de displacer que quedan encubiertas por formas estereotipadas de orden y satisfacción aparentes. pero ocurre que un día estalla la crisis, emerge una situación evidente, como puede ser la farmacodependencia, y nadie sabe que es lo que estaba mal, que sucedió y porqué (Fontanetto, 1982, p. 37,38).

N. Seldin (citado en Cardeña, G. y Vernet V. 1982) en una revisión de trabajos con adictos, reportó: "alta incidencia de familias quebrantadas, ya sea por divorcio o una patente hostilidad entre los padres... la madre era vista como la figura dominante y ambivalente hacia su rol; era reportada como sobreindulgente y altamente interdependiente con los hijos adictos. El padre era descrito, generalmente como ausente a través de separación emocional o física. Los matrimonios de adictos repetían la dinámica de sus familias nucleares".

Al parecer la familia "necesita" al adicto, tanto o más que el adicto a la familia, ya que muchos tipos de familias problemáticas se concentran en los problemas de sus hijos para evitar, conflictos entre los padres u otros problemas familiares; de este modo tenemos que, como la familia necesita de ese apego, la amenaza del abandono del adicto puede causar pánico. En consecuencia, la presión para que no

se vaya es tan poderosa que la familia soporta (e incluso alienta) terribles indignidades, como robos, mentiras, y la vergüenza pública que el adicto genera, en vez de adoptar una posición firme. También tiende a protegerlo de agentes externos, parientes y otros sistemas sociales. En vez de aceptar la responsabilidad, los miembros de la familia suelen culpar a los sistemas externos tales como los amigos o el vecindario, por el problema del adicto. Si los padres realizan una acción efectiva como echarlo, frecuentemente se retractan, alentándolo abierta o encubiertamente a regresar. Es como si le dijeran: "soportamos cualquier cosa, pero no nos abandones". Así separarse de la familia resulta casi imposible para el adicto (Stanton, 1988).

Realy (citado en Ortiz, E., y Vélez, B., 1986) manifiesta que los familiares de personas farmacodependientes describen una vida fría y aburrida, con una comunicación basada en la crítica, la transmisión de culpas, regaños, correcciones y con padres incapaces de fijar límites para gobernar la conducta de sus hijos

Este mismo autor menciona algunas características que se reportan de la experiencia que ha dado el trabajo con familias de farmacodependientes:

- Dinámica Familiar

Se ha demostrado que la familia se agrupa a la figura femenina con una doble significación; por una parte la madre sobrevalorada y por la otra la abnegación de la misma.

Los familiares culpan a los "malos amigos".

El farmacodependiente ha sido siempre el "hijo problema" (mala conducta, bajo rendimiento escolar, inconstancia en los trabajos, problemas con la policía, etc.).

Por lo regular existe un "hijo modelo" (el que estudia, el que trabaja, el que obedece, el que no se droga, el que se preocupa por la familia, etc.).

Los padres enfatizan más las conductas negativas del farmacodependiente que las positivas ("es un bueno para nada").

Con frecuencia, los pacientes farmacodependientes asisten al tratamiento no por motivación propia, sino son inducidos por la actitud de los padres ("me amenazaron con correrme de la casa").

En muchos casos los padres dicen y hacen cosas tendientes a predisponer al hijo al fracaso ("nunca ha servido para nada", "solo sirve para causar problemas").

•Relaciones familiares

Los padres delegan la responsabilidad de todos los problemas en el hijo farmacodependiente.

Generalmente existe confusión de roles: solo la madre acude con el hijo para su rehabilitación y se observan normas contradictorias; las del padre son rígidas y las de la madre flexibles.

Existe un problema de adicción (regularmente alcoholismo, en otro miembro de la familia en el pasado y/o en el presente).

•Comunicación

Generalmente se encuentra una comunicación inadecuada o ausente.

Por lo general, los padres se enteran del problema de farmacodependencia, tiempo después de haberse iniciado este.

Consideran y tratan al hijo farmacodependiente como "vicioso", "vago", "rebelde", "irresponsable", etc.

Manifiestan "todo lo demás está bien, solo nos preocupa el vicio de este muchacho".

El muchacho farmacodependiente manifiesta que sus padres no lo comprenden.

Los miembros de la familia muestran dificultad para expresar sus sentimientos.

E. Kaufman y P. Kaufman (citado en Cardeña, G. y Vernet, V. 1982) con base a la observación de 78 familias de adictos mencionan entre otras cosas, que, en un numero significativo de los casos, ambos padres colaboraban para mantener al adicto en el infantilismo; los autores consideran que la desorganización familiar presente en las familias de farmacodependientes, era previa al uso de drogas y no producto de éste.

Edward y Paulina Kaufman mencionan los siguientes rasgos como los más comunes de las familias con un miembro farmacodependiente:

1. El farmacodependiente como portador del síntoma de la disfunción familiar.

2. El farmacodependiente ayuda a mantener la homeostasis familiar.

3. El farmacodependiente refuerza la tendencia de los padres a continuar controlándolo, aunque encuentra que esta práctica no es adecuada a sus necesidades.

4. El farmacodependiente encuentra un campo de batalla diferente, el cual permite continuar negando los problemas implícitos y explícitos de los padres.

5. Es común que los padres consuman alcohol y drogas en exceso y que este consumo -que se transmite directamente al farmacodependiente- provoque un comportamiento inadecuado en los padres.

6. El farmacodependiente forma alianzas con uno de los padres por separado.

7. Es común que la crisis generada por el miembro farmacodependiente resulte ser la única forma en que se reúne la familia para intentar solucionar algún problema o la única oportunidad para que la familia "muerta" pueda experimentar emociones.

Por otra parte Arias (1990) algunos rasgos característicos de los consumidores de drogas:

- Desequilibrio más o menos importante entre sus impulsos y sus defensas. Las personas se caracterizan por su inestabilidad y una oscilación crítica entre un bienestar (intenso e ideal) buscado y un malestar constantemente amenazante

- Incapacidad del Yo de la persona para postergar sus impulsos y ofrecerles satisfacciones alternativas más adecuadas a la realidad. Esto se vincula con lo que algunos autores denominan "debilidad

"yoica" que es propia de las llamadas "personalidades infantiles" con las que pueden vincularse a estas estructuras adictivas

• Alteraciones o perturbaciones en la autoestima con intensa rabia y agresividad encubierta y manifiesta. La persona no satisface su propio ideal del Yo y ello le produce una intensa sensación de desvalorización y de sentimientos de odio dirigidos hacia si mismo y las personas a quienes puede hacer responsable de su situación. Esta autoestima perturbada corresponde a lo que algunos autores denominan la carencia de un "proyecto de vida" adecuado. La dificultad para conformar un ideal de un Yo adulto y realista depende en parte de las condiciones familiares, de la que ya señalamos que se encuentran perturbadas y no posibilitan una salida con recursos más amplios y adaptativos, y en parte del mismo medio socioeconómico y cultural que no otorga lugar a los adolescentes o les impide desarrollar sus propias potencialidades.

• Intensos sentimientos de culpa que favorecen las actuaciones o pasajes al acto autoagresivo o de agresividad hacia el medio, los que al ser realizados refuerzan la sensación de culpa configurando una situación circular de la que le resulta muy difícil salir a un dependiente de las drogas.

• Predominancia del pensamiento o lógica "narcisista" o "lógica binaria del todo o nada". Estas personas no admiten y no reconocen los matices, las alternativas ni la espera. Es este modo de funcionamiento mental el que les presiona en dirección a pretender todo o nada, y ahora o nunca. Y es esta lógica lo que les favorece también sus actuaciones y pasajes al acto que, sabemos, son también

más propios del momento adolescente. Es a partir de esta configuración mental que se entienden las afirmaciones de los dependientes de drogas que están buscando el goce, como ideal, en las experiencias de placer supremo con algunas drogas, o buscan anular totalmente cualquier emergencia de dolor.

1.5 PAREJA

La importancia de revisar el aspecto familiar es poder conceptualizar y conocer sus características como son: su formación y su desarrollo o evolución en las distintas etapas, además de distinguir en qué ciclo o periodo se presentan alternadamente temporadas de salud o enfermedad.

La familia empieza sin lugar a dudas en la elección de pareja, el inicio de partida se da a través de desprenderse del hogar paterno, quizás este desprendimiento represente uno de los más dolorosos en su representación psíquica tanto para los padres como para los hijos (López s/a).

Estrada (1987) manifiesta que para el adolescente el salir en busca de un compañero fuera de su familia y tener que abandonar su hogar es un proceso doloroso, y de este hecho podemos deducir que constantemente se encuentran dos corrientes en pugna, una que va en favor del desprendimiento y de la vida; y otra que tiende a fijar, a detener o a regresar el proceso creativo a etapas anteriores.

Cada cónyuge de preferencia, deberá llegar a la unión marital con una identidad personal ya formada, aún cuando todavía sea incompleta.

1.5.1 Tareas de Pareja

Rhona Rappaport (citado en Flores, 1992) considera tres tareas fundamentales en la preparación interpersonal para la unión de la pareja:

1) Prepararse para asumir el rol de esposo(a): en este punto se evalúa el grado en que cada persona está preparada para asumir el nuevo rol de esposo(a) en el momento de casarse. Así mismo, tanto para el hombre como para la mujer la relación amorosa implica la perspectiva de vivir en estrecha relación física con otra persona. Los aspectos a los que se refiere este punto pueden categorizarse en dos apartados a) la capacidad de amar y b) capacidad de trabajo del individuo.

2) Desligarse: Alterar la forma de vínculo de las relaciones que compitan con la adhesión a la nueva relación conyugal, o la interfieren. Este conjunto de tareas tienen relación con los fenómenos interpersonales y las relaciones extrafamiliares (o de pareja), pero tiene su foco en los fenómenos de la relación. Un mal ajuste es el que produce un conflicto o una discordia incapacitante, prescindiendo de las semejanzas o divergencias anteriores.

3) Adaptar las pautas de gratificación de la vida preconyugal a las pautas de la nueva relación conyugal: Lo indispensable en esta tarea es saber si los individuos piensan que casarse significa realmente renunciar a gratificaciones. Es necesario averiguar qué cosa de su vida preconyugal es gratificante para ellos y si es probable que tales gratificaciones sean posibles en la vida conyugal o no, y en qué medida renuncian a ellas cuando se casan.

La estabilidad de esta unión dependerá de la medida en que la pareja realice el esfuerzo involucrado en las siguientes tareas:

- Establecimiento de identidad de pareja
- Elaborar ajuste sexual mutuamente satisfactorio
- Elaborar un acuerdo respecto del planteamiento familiar
- Establecer un sistema de comunicación satisfactorio para ambos
- Establecer una pauta mutuamente satisfactoria respecto a los parientes y amigos
- Acordar mutuamente la relación de trabajo
- Acordar mutuamente como se tomaran las decisiones
- Elaborar mutuamente planes para la boda, luna de miel y los primeros meses de matrimonio.

Estos puntos serán resueltos de diferentes maneras, habrá parejas que tomen decisiones de manera conjunta, otras lo harán sin comunicar sus decisiones, etc. Estos acuerdos dependen de la relación existente, así como de la historia individual de cada uno.

1.5.2 Tipos de Pareja

Sager (1980) plantea un modelo en el que existen siete modos principales de reaccionar ante el compañero, a los cuales denomina "perfiles de conducta". Cada uno de estos tipos de cónyuge representa una modalidad de relación con amplias características generales. La mayoría de las personas manifiestan rasgos correspondientes a diferentes perfiles, o pueden pasar de uno a otro. Los perfiles son los siguientes:

1) Cónyuge Igualitario.

Busca una relación basada en la igualdad en ambos esposos.

Espera que los dos tendrán los mismos derechos, privilegios y obligaciones, sin ninguna cláusula de doble norma, cubierta o encubierta. Cada uno respetara la individualidad del otro, incluyendo sus debilidades y faltas. Su independencia se manifiesta no de modo ofensivo, sino cooperativo, por lo general tiende a ser más activo que pasivo, capaz de mantener una intimidad estrecha y sostenida sin aferrarse al compañero, ni sumiso ni dominador, se compromete en la relación y espera que el otro también lo haga.

2) Cónyuge Romántico.

Se comporta como si quisiera y esperara que su compañero sea su "bien-amado del alma" y que juntos formen una sola identidad, como si fuera una persona incompleta que solo pudiera adquirir plenitud con su compañero. Como cree que solo puede ser feliz y funcionar en forma óptima relacionándose con otro romántico, se vuelve vulnerable cuando el cónyuge se niega a desempeñar ese papel, e insiste en tratar de hacer de él un romántico. Tiende a dar gran importancia a los símbolos sentimentales, posiblemente como un método para materializar su exclusividad reciproca y aferrarse a la pasión de los primeros tiempos o recuperarla (aniversarios, canciones, etc.). Es muy posesivo y dominante, aunque parezca sumiso. Muchas veces el amor puede no ser tan auténtico y verdadero como aparenta.

3) Cónyuge Parental.

El cónyuge parental domina al compañero velándolo y gobernado por él y lo infantiliza. fomenta la necesidad de crecimiento

e independencia del "niño" pero dentro de ciertos límites, pues su papel requiere que el compañero siga sintiéndose lo bastante inseguro como para dejarse "comprar" seducir o dominar; o bien, puede mostrarse riguroso y autoritario procurando que su esposo desempeñe el papel de hijo desobediente sometido a una servidumbre psicológica, su dinámica se basa, en que el cónyuge parental necesita apuntalar su sentido de adulterio, actuando como progenitor de un esposo infantil y obediente.

Subtipo del Cónyuge Salvador.

Forma una relación complementaria con un esposo deseoso de que lo salven, este subtipo de cónyuge es manipulado o necesita serlo y acepta a su pareja como a una persona a la que hay que salvar de una situación difícil. Los casos de salvación reciproca no son raros.

Subtipo del Cónyuge Deseoso de que lo Salven.

Es el complemento del cónyuge salvador. Se siente amenazado y abrumado por un mundo hostil que es incapaz de enfrentar por sí solo. A cambio ofrece a su salvador fidelidad y amor. Es dependiente, pasivo, se somete a la posesión de la pareja, aunque esto es variable.

4) Cónyuge Infantil.

Manifiesta predisposición a interactuar como un niño y reacciona con hostilidad si su compañero desea hacerlo. Busca que lo cuiden, lo protejan, corrijan y guíen, a cambio ofrece al cónyuge parental, el derecho a sentirse más adulto y necesario. Generalmente el cónyuge infantil se transforma en el verdadero dueño del poder, estos son capaces de explotar la situación amenazando con marcharse.

5) Cónyuge Racional.

Se niega a admitir que las emociones puedan influir en su conducta y trata de establecer una relación de pareja razonada, lógica y bien ordenada, delineando con claridad las obligaciones y responsabilidades mutuas. No es habitual que manifieste afecto o pasión de manera muy abierta aunque es capaz de amar profundamente y experimentar una sensación de doloroso vacío si se pierde al ser amado. Tiende ser fiel a la pareja y a procurar con diligencia el buen funcionamiento de la misma. Sin embargo, su aparente insensibilidad hacia los sentimientos y necesidades emocionales del compañero contribuye muchas veces a romper la armonía. Suele ser más dependiente de lo que parece.

6) Cónyuge Camarada

Por lo regular actúa para evitar la soledad. No espera recibir amor, pero si busca bondad y cuidado, creyéndose dispuesto a retribuirlos quizá con el agregado de una seguridad económica. Esencialmente busca un camarada con quien compartir su vida diaria, no aspira un amor romántico y acepta de buena gana las transacciones exigidas por la vida conyugal. Ve en la relación un acuerdo realista entre personas que ya no tienen ilusiones.

7) Cónyuge Paralelo

Quiere que el compañero respete su distanciamiento emocional y su independencia. Para él es fundamental manipular a la pareja de manera que ambos mantengan su distancia. Su relación se basa en el miedo a perder su integridad como individuos.

1.6 AMIGOS, COMPAÑEROS DE TRABAJO

La gama de factores más amplia son los de tipo social, dado que comprende al grupo generacional y a la comunidad a nivel local, nacional e internacional. En cada uno de ellos existen agentes desencadenantes o de mantenimiento del proceso.

Dentro de los factores de tipo social existen diversos elementos que presionan, inducen u orillan al individuo al individuo al consumo de drogas, García Liñán (1990) señala:

- las falsas expectativas promovidas por la sociedad, que generan frustraciones entre los que no pueden alcanzarlas.
- La pérdida de valores estables y la ambivalencia de los marcos sociales de referencia.
- La búsqueda del placer inmediato y la baja resistencia al dolor físico o a la frustración.
- La carencia, en especial en las grandes urbes, de redes de apoyo comunitario que permitan al individuo sentirse parte de un grupo que se interesa por él (p. 14,15).

Así mismo, el consumo inadecuado de sustancias tóxicas es mantenido por estructuras que no generan o promueven opciones que permitan al individuo canalizar sus deseos de experimentación hacia actividades beneficiosas para sí mismos o para su comunidad; o que le impiden expresar sus inquietudes y sus necesidades individuales. Esta carencia de alternativas hace difícil preservar los logros de la rehabilitación del consumidor de marihuana, al no encontrar medios de motivarlo a la integración productiva del grupo social (García, L., 1990).

Puede afirmarse que los patrones de evaluación respecto al consumo de sustancias cambian de acuerdo a la época y al lugar geográfico donde se presentan, puesto que una sociedad puede considerar a un mismo tipo de consumo socialmente adecuado o inadecuado según el momento histórico o el propósito del consumidor.

El fundamento de tal modificación radica en el significado o papel que desempeña la sustancia y su consumo dentro de la sociedad. Así por ejemplo, masticar coca puede ser aceptado socialmente debido a que las estructuras económicas exigen al individuo un mayor esfuerzo a sus posibilidades, que el estimulante le ayuda a soportar. Así mismo, la desinhibición que provoca el consumo de bebidas alcohólicas puede contribuir, en una sociedad que tiene una estructura de comportamiento muy estricta, a animar sus reuniones y permitir "escapes" que de otra forma no existirían. Pero ese mismo consumo podría ser considerado impropio cuando desajusta la estructura productiva, incrementando el ausentismo o los accidentes de trabajo.

Como agente precipitante y/o predisponente del consumo de la marihuana tenemos al grupo generacional que, en algunos casos, puede incitar a la persona a la experimentación o requerirle el consumo como medio para que ingrese o pertenezca en él.

Por otra parte Michell, S. (1977) en su libro drogas, padres e hijos, nos habla de las drogas en el ámbito laboral y dentro del cual hay que tomar en cuenta el desempleo. Ya en 1964, un economista que pronuncio un discurso ante la Academia Norteamericana de Artes y Ciencias, llegó casi a predecir lo que se avecinaba. No había una

preocupación por las drogas en sí, sino por el desempleo que se presentaría como resultado de una mayor automatización y consecuentemente el aumento enorme de las horas de ocio que acompañaban esta situación (p. 40).

Al parecer esta circunstancia está vigente en nuestros días, acompañada de otros factores que agravan la situación, como son: el aumento demográfico en grandes centros urbanos, el acelerado proceso de transformación (modernidad), desajustes económicos y una sociedad consumista. Aún las personas que han tenido la oportunidad de tener una mejor preparación, están sufriendo los estragos de la crisis por la que atraviesa el país, de tal suerte que no es muy difícil imaginar los momentos que está viviendo la gente que no ha tenido o no ha aprovechado las oportunidades, de este modo encontramos personas y también a los mismos jóvenes desempleados y no porque no busquen trabajo. Personas que se dan por vencidas o que aceptan trabajos eventuales o mal pagados. Este grupo de personas es vulnerable porque se sienten inútiles y faltos de madurez, porque a menudo se les impide que participen con la misma responsabilidad.

CAPÍTULO II CLASIFICACIÓN Y ESTUDIOS SOBRE DROGAS

2.1 CONSUMO DE DROGAS

La farmacodependencia es un problema que afecta a toda la sociedad. Para combatirla se requiere de toda la participación activa y consciente de aquellas personas que diariamente entran en contacto directo con este problema: los padres de familia, los maestros y especialistas en general.

La farmacodependencia constituye un fenómeno sumamente complejo, donde intervienen muchos factores sociales e individuales. Está determinada principalmente por tres factores; la droga misma y sus efectos; la persona consumidora de drogas, con todas sus características físicas y psicológicas; y el medio ambiente, es decir la sociedad en donde se produce el consumo de drogas, cabe mencionar que este consumo no respeta edades, sexo, clase social etc., lo mismo afecta a jóvenes que adultos, a pobres que a ricos. Cada grupo de edad y cada clase social tiende a consumir cierto tipo específico de drogas y la situación de abuso y los efectos son diferentes en cada ámbito.

Tratar el tema de la farmacodependencia, nos obliga a conocer diversos aspectos y términos que la rodean, de manera que nos permita tener una panorámica mas amplia o clara de su dinámica, de este modo citaremos algunos de los términos mas importantes.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) recomienda usar el termino de farmacodependencia en vez de otros nombres que han estado de "moda" como: toxicomanía, drogadicción y hábito. Y ofrece

la siguiente definición: "farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación" [Secretaría de Salud (SS), 1992, p.15].

En la definición se establece que es necesario que un ser vivo entre en contacto con un fármaco para que exista la farmacodependencia, esto nos lleva a citar otra definición, que es la más aceptada y también elaborada por la O.M.S., la de fármaco: "droga o fármaco es toda sustancia que introducida en el organismo puede modificar una o más de sus funciones" (SS, 1992, p.15).

Así mismo la definición de farmacodependencia afirma que esta consiste siempre en un estado psíquico especial y que en el caso de ciertas drogas, puede haber además un estado físico. Este estado especial se caracteriza por el hecho de que la conducta normal del individuo no puede reprimir el impulso de tomar el fármaco. Puede haber dos causas o tipos de motivaciones para tomas el fármaco: la dependencia física y/o la dependencia psicológica, en todas las ocasiones el fármaco se toma para experimentar sus efectos sobre la mente, además, ciertas drogas se emplean para evitar las molestias a veces muy graves, producidas por el hecho de dejar de tomarlas.

La dependencia física se define como: "un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga" (SS, 1992, p. 15).

Cuando existe dependencia física el organismo se acostumbra a la droga y la necesita para vivir. Entonces si bruscamente se deja de tomar la droga, ocurren trastornos fisiológicos, como alteraciones en la frecuencia cardiaca, en la presión arterial y en la respiración, sudación, vomito, delirios, convulsiones, perdida de la conciencia, etc. Las alteraciones pueden ser leves o graves, al grado que pueden llegar a provocar la muerte. Todos estos trastornos fisiológicos producidos al suspender bruscamente un fármaco, se conocen en conjunto como *síndrome de abstinencia* y este va a ser diferente según el tipo de droga.

La dependencia psíquica se define como: "dependencia psíquica o habituación es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica un grave peligro para el individuo" (SS, 1992, p. 16). En la dependencia psíquica no se producen trastornos fisiológicos al suspender bruscamente la droga. Sin embargo, el sujeto siente la necesidad irreprimible de tomarla. Este consumo compulsivo provoca alteraciones en la mente de la persona, que varían según el tipo de droga. De cualquier forma, las alteraciones mentales son lo suficientemente importantes como para poner en peligro al individuo.

Cualquiera de los dos tipos de dependencia a los que nos hemos referido pueden o no acompañarse de otro fenómeno llamado *tolerancia* el cual se define como: "la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar las dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud" (SS, 1992, p. 16). Cuando una persona consume una droga que provoca tolerancia,

tiene que tomar cada vez mayor cantidad de ella a fin de experimentar el mismo efecto. Esto es muy peligroso ya que la dosis puede llegar a aumentarse a tal grado que provoque una intoxicación.

Finalmente es necesario conocer la definición de *abuso* "abuso es el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual" (SS, 1992, p. 16). Para que se pueda hablar de abuso de una droga, es necesario que esta sustancia sea ilícita o bien, que no sea usada como parte de un tratamiento médico. Cabe aclararse que el consumo de la droga tiene que hacerse en cantidades excesivas, no importa si se utiliza de vez en cuando.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS ILEGALES MÁS COMUNES

		Anfetaminas		
Estimulantes		Cocaina		
I		Alucinógenos	Marijuana	
D	L		Lsd	
R	E		Mescalina	
O	G		Psilocibina	
G	A			
A	L	Barbitúricos		
S	E	Depresores	Tranquilizantes	
S			Estupefacientes	Opio
				Morfina
				Heroína
				Codeína
		Inhalables		

2.2 DESCRIPCIÓN DE LAS DROGAS ILEGALES MÁS COMUNES

2.2.1 Anfetaminas

Las anfetaminas pertenecen al grupo de los estimulantes del sistema nervioso, aceleran la actividad mental y producen estados de excitación, reducen el apetito y a veces se usan como medicamentos para tratar la obesidad y algunos casos de depresión mental menor.

Los productores autorizados fabrican las anfetaminas en forma de polvo blanco que es presentado como tabletas o cápsulas de tamaños, formas y colores muy diferentes. Algunos tipos de anfetaminas también se preparan para ser inyectadas. Las anfetaminas producidas ilegalmente en laboratorios clandestinos por lo común tienen la misma apariencia que las fabricadas legalmente.

Existen tres tipos de anfetaminas, con diferente aspecto.

1. Anfetamina, cuyo nombre comercial más conocido es Benzedrina, en tabletas o inyectable.

2. Dextroanfetamina, y su nombre comercial es Dexedrina, tabletas color naranja y forma de corazón.

3. Metilanfetamina, en tabletas y solución inyectable; su efecto sobre el sistema nervioso es más intenso que el de las otras dos anfetaminas (SS, 1992).

2.2.2 Cocaína

La cocaína es una droga estimulante que proviene de una planta cultivada en algunos países de América del Sur en la región de los andes, las hojas son masticadas por la población indígena, que así obtienen un ligero efecto estimulante y calma su hambre.

A partir de la hoja de coca se obtiene la cocaína, cuyas propiedades estimulantes son mucho más potentes que las hojas. Para extraer la cocaína, las hojas de coca son sometidas a un tratamiento de cal, con lo que se obtiene un polvo cristalino que después es tratado con un ácido.

La cocaína tiene el aspecto de un polvo esponjoso, blanco y sin olor. Su apariencia suele ser similar a la de la nieve, lo que explica el nombre popular que se le ha dado, es frecuente que la cocaína se adultere con bicarbonato de sodio o ácido bórico.

La cocaína puede usarse de dos maneras: inhalándola o inyectándola por la vena.

Muy pocas veces la cocaína se consume sola ya que la estimulación que produce es muy intensa, muchos de los usuarios la combinan con alguna droga depresora. En algunos países es frecuente hacer una mezcla inyectable de cocaína con heroína (speedball).

La cocaína crea una fuerte dependencia psicológica. Al dejar de usarla, el abusador puede sentirse deprimido y tener alucinaciones.

La cocaína produce también un grado considerable de tolerancia, lo que puede llevar a una sobredosis y por lo tanto a una intoxicación aguda.

En la actualidad existen una serie de derivados de la cocaína que por ser sustancias no "purificadas" presentan un riesgo más alto como posibles causantes de adicción debido a su acción más intensa, a que los efectos se presentan con más rapidez y a la necesidad de repetir las dosis con mayor frecuencia.

De los derivados anteriores los más importantes son la base libre y el crack; este último de mayor interés ya que se fuma, bajo costo y fácil acceso, su amplia extensión en muy corto tiempo, sobre todo en el mercado de los Estados Unidos y finalmente, por su alto potencial adictivo que en la actualidad está comprobado (SS, 1992).

2.2.3 Mariguana

La marihuana es una droga alucinógena que se puede presentar en diversas formas. Toda la marihuana se obtiene de una planta llamada *cannabis*, que tiene la variedades *sativa* e *indica*, también como *cáñamo indio* o simplemente cáñamo. Se le encuentra principalmente en África, India, Medio Oriente, Estados Unidos y muy especialmente en México.

Según la parte de la planta que se utilice, pueden obtenerse diversas preparaciones de la droga. La más común es la que conocemos propiamente con el nombre de marihuana. En ella, se utilizan las hojas de las plantas, separándolas de los tallos y las semillas; las hojas de color verde se cortan finamente.

Si se utiliza la resina de la planta, la preparación se conoce con el nombre de *hashish*. Esta resina es de color café y comúnmente se comprime en forma de bloques. El hashish es varias veces más potente que la marihuana.

Otra preparación consiste en un líquido aceitoso de color café oscuro que contiene una alta concentración del principio activo de la cannabis, llamado tetrahidrocannabinol o THC. Esta preparación es conocida como *aceite de marihuana* y a veces se añade a los cigarrillos de marihuana para darles mayor potencia, aunque existen

demuestra epidemiológicamente que la realidad es otra y que la marihuana no es usada por algún tipo especial de grupos.

En general, la marihuana provoca una incapacidad para tomar decisiones que requieren de un razonamiento claro. La persona que está bajo sus efectos acepta con facilidad la sugerencia de otras personas. No puede realizar correctamente las tareas que requieren de buenos reflejos y de una coordinación de ideas y movimientos. Por ello, resulta peligroso conducir un automóvil bajo los efectos de la droga (S. S. 1992).

La marihuana no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia, si puede crear una fuerte dependencia psicológica. La marihuana tampoco provoca tolerancia y los casos de sobredosis son extremadamente raros. Existen varios peligros en el abuso de la marihuana. Aun en dosis pequeñas pueden provocar reacciones inesperadas con estados emocionales incontrolables, las dosis elevadas pueden producir conducta impulsiva, ansiedad, alucinaciones, pánico e incluso dar lugar a reacciones psicóticas. La marihuana puede desencadenar enfermedades mentales latentes. El uso continuado produce además de un hábito difícil de romper estados crónicos de apatía y desinterés, con una disminución de la motivación, descuido de la higiene personal y deterioro en las relaciones personales y sociales (SS, 1992).

Por su parte Eduardo Kalina, (1990) proporciona una sintomatología de los consumidores de marihuana, citando datos del libro Marijuana Today, Revised Edition, publicado por The Mysin Institute Inc. for Adult Education, New York, U.S.A.:

- Confusión mental

- Trastornos de la concentración y la atención, razón por la cual presentan una marcada tendencia a los accidentes, choques automovilísticos, etc.

- Pérdida creciente de la motivación para hacer actividades de cualquier tipo.

- Dificultades para pensar, en especial en lo que respecta a la formación de conceptos y trastornos progresivos en la memoria reciente, hasta llegar a ser definitivos.

- Regresiones a etapas de desarrollo psíquico.

- Creciente actitud de susceptibilidad paranoide.

- Tendencias hacia el suicidio y otras expresiones autodestructivas (por ejemplo cortes en la piel, accidentes de trabajo, choques, etc.)

- Alteración de la capacidad del aprendizaje en los niños, los adolescentes y jóvenes adultos.

- Se presenta un efecto teratogenético, la tendencia a los abortos espontáneos, fetos de menor peso, partos prematuros, etc.

- Disminución en la producción de espermatozoides con alteraciones en su morfología, y puede afectar los ciclos menstruales y a la ovulación, especialmente a las mujeres jóvenes y en las adolescentes.

- En los niños recién nacidos de madres que fumaban marihuana, se encontraban temblores y dificultades visuales, así como también alteraciones en la capacidad de atención que denotan un

retraso maduracional en la capacidad visual: existen numerosos casos registrados con alteraciones teratológicas, etc.

• Irritación dañina para las vías respiratorias superiores, bronquios y carbono, acetaldehido, nitrosamina, fenoles, benzopireno, benzoantraceno, ácido cianhídrico, etc. Por lo tanto son comunes las rinitis, sinusitis, laringitis, faringitis, bronquitis (especialmente del tipo obstructivo), enfisemas y otras enfermedades precancerosas o directamente cáncer.

• Los fumadores crónicos presentan reducción en los dosajes del linfocito-T y de los fagocitos polimorfonucleares, razón por la cual se produce un déficit inmunitario del individuo.

• Trastornos cardiacos: taquicardias sinusales, angina de pecho, alteraciones electrocardiográficas en la onda P y aplanamiento o inversión de la onda T.

• Severa alteración en el estado dentario

Según Hernández, E. (1994) el consumo de marihuana puede producir un estado de falso sentido de la realidad, mismo que impulsa al sujeto a querer realizar muchas actividades y numerosos proyectos que viéndolos objetivamente, tienen escasas posibilidades de éxito. Las ideas surgen una tras de otra lo que induce a hablar sin parar a ponerse "rollero" (fuga de ideas), aparece tanto hiperestesia sensorial, los ruidos pueden adquirir resonancia intensa y los colores brillan y/o giran, como perturbación marca de la sensación espacio temporal que se expresa a través de la agnosis visual (se ven los objetos sin reconocerlos), pérdida de la tercera dimensión, las distancias se alargan, el tiempo pierde sentido, el mundo se ve como entre sueños,

hay confusión mental, ilusiones, despersonalización y hasta alucinaciones. Todo estos efectos corresponden a tres momentos del efecto total: primero, momento de la euforia; segundo, se hace presente un aumento en la excitación y la sugestibilidad, pueden existir ideas fijas y hasta convicciones delirantes; tercero efectos dislépticos (ilusiones y/o alucinaciones) antes de sentir el estado depresivo al término del efecto global, comúnmente llamado "bajón", antes de volver al estado de plena conciencia.

Guzmán (1994) manifiesta que es posible que la marihuana cause daños en algunos de los órganos del cuerpo humano, según éste autor los efectos no causan daños físicos severos. Sin embargo el área más afectada y de la cual no toma conciencia el consumidor de marihuana es en las funciones cerebrales superiores como: la alteración de la memoria, habilidad para comprender y mantener la atención, decremento en la concentración, lentitud en el pensamiento, discurso y movimientos en general; todo esto provoca en el adicto deterioro en alguna o la mayoría de sus áreas: la familiar por la falta de la ruptura de sus valores; la laboral o escolar por la pérdida de sus facultades o simplemente por posponer o perder el interés de sus obligaciones (hay perdida de conciencia de lo que es importante) y la disminución en su productividad, lo que lo vuelve un individuo pasivo, aislado y contemplativo.

En el área social, la mayoría de sus "amigos" son individuos que como él consumen drogas, y se unirá a ellos para juzgar a los "fresas".

En cuanto al terreno legal, el sujeto adicto tiene mayor probabilidad de cometer accidentes, pleitos y delitos por falta de conciencia de las consecuencias.

2.2.4 Lsd, Mescalina y Psilocibina

El LSD, la Mescalina y el peyote constituyen tres de las drogas alucinógenas más importantes.

Existe, además, una gran variedad de fármacos alucinógenos sintéticos, como DMT, DOM, DET, entre otros, conocidos así por las siglas de sus nombres químicos.

El LSD se deriva de un hongo llamado cornezuelo del centeno. Existen diversas preparaciones de LSD en el mercado ilícito. Comúnmente se prepara como un líquido sin color, sin olor y sin sabor. También se encuentra como polvo, en pequeñas píldoras blancas o de color, como tabletas o cápsulas. Las tabletas tienen a veces un color gris plateado y una forma ovalada. En suma el LSD se encuentra en muy variadas presentaciones, de diversas formas tamaños y colores.

Como las dosis que se emplean son sumamente pequeñas, los traficantes y los usuarios pueden transportar y ocultar la droga de las maneras más inauditas. Por lo común el LSD se toma por vía oral, pero también puede ser inyectado.

La mezcalina es un ingrediente activo obtenido de los capullos de un cactus llamado peyote. El peyote crece principalmente en México. Los capullos pueden masticarse, o bien ser molidos en forma de polvo. Este polvo se coloca en cápsulas para ser ingerido o se usa para fabricar un líquido de color café que se bebe. Los capullos tienen un fuerte sabor amargo. Durante siglos, el peyote ha sido usado en forma

ritual por grupos indigenas de México, de América Central y del sureste de Estados Unidos.

También existen preparaciones ilícitas de mezcalina purificada, en este caso se encuentra como un polvo blanco y cristalino que se coloca en cápsulas. Se fabrica además en ampolletas con líquido. Aunque usualmente es ingerida, también puede ser inyectada.

La psilocibina se obtiene de ciertos hongos que crecen en México y América Central. Al igual que la mezcalina, esta droga se ha utilizado durante siglos en ritos indigenas. La psilocibina también se consigue en el mercado ilícito en forma de polvo cristalino o como solución.

Estos alucinógenos producen una gran dependencia psíquica. No provocan dependencia física, pero si dan lugar a tolerancia, a veces con tal rapidez que después de 4 o 5 días de uso continuado, los usuarios tienen que aumentar la dosis.

En el caso específico del LSD, debe señalarse que una dosis no mayor que la punta de un alfiler basta para producir los efectos, estos efectos empiezan a presentarse de 30 a 45 minutos después de la ingestión y aumenta gradualmente hasta alcanzar su máximo efecto entre 4 y 5 horas y duran de 8 a 10 horas.

Es frecuente que las alucinaciones reaparezcan de manera espontánea días y hasta meses después de la última dosis.

Las personas que usan LSD son propensas a presumir de ello y hablar el argot asociado a él. Al LSD se le llama "ácido", la experiencia se denomina "viaje" y los efectos indeseables se conocen como "mal viaje" (SS, 1992).

2.2.5 Barbitúricos

Los barbitúricos pertenecen al grupo de medicamentos popularmente conocidos como "pastillas para dormir". Se trata de sustancias cuya acción principal es la de deprimir las funciones del Sistema Nervioso Central. Los barbitúricos se producen en forma sintética.

En la actualidad, debido a la existencia de una amplia gama de sedantes de otro tipo, el uso médico de los barbitúricos se ha restringido a ciertos tipos de ataques epilépticos en niños y como inductores de anestesia (pentobarbital), que se usa por vía parenteral, y otro de acción lenta utilizado como anticonvulsivante por vía oral o parenteral (fenobarbital) (SS, 1992).

2.2.6 Tranquilizantes Menores

Los tranquilizantes son drogas depresoras cuyo uso como medicamento se ha ido extendiendo. Grandes cantidades de tranquilizantes son prescritas al año por los médicos, en México su prescripción requiere receta médica. Se usan para calmar y reducir estados transitorios de ansiedad sin provocar sueño en el paciente. En ocasiones se utilizan también como relajantes musculares y como anticonvulsivos.

Existen varios tipos de tranquilizantes. Los de uso más común, y por lo tanto, los que dan lugar a farmacodependencia con mayor frecuencia, son: meprobamato, cuyo nombre comercial es Equanil; clorodiacepóxido, diazepam y una gran cantidad de derivados de estas benzodiazepinas. Estas drogas se presentan en tabletas y ampolletas. (SS, 1992).

2.2.7 Opio, Morfina, Heroína y Codeína

El opio, la morfina, la heroína y la codeína son las drogas analgésicas narcóticas más importantes del grupo conocido como estupefacientes. Los estupefacientes son poderosos depresores del sistema nervioso.

El opio se obtiene de la adormidera o amapola. La adormidera es una planta de una altura de 70 centímetros. Tiene una cabeza o cápsula de forma ovalada que cuando está madura es de un tamaño intermedio entre una nuez y una naranja. En el interior de la cápsula se encuentra, además de las semillas, una sustancia espesa de color blanco. Para extraerla se hace una incisión en la cápsula, la sustancia se recoge en vasijas donde se endurece y toma un color café oscuro. Esto es el opio crudo. Tiene un olor fuerte, parecido al del amoniaco, y un sabor amargo. Se envuelve en papel celofán para mantenerlo húmedo.

El opio preparado se obtiene del opio crudo mediante un proceso muy simple, se presenta de diversas formas y se fuma en pipas especiales y al quemarse desprende un olor muy característico. También puede ingerirse o inyectarse. Existen además preparaciones farmacéuticas de opio como la tintura alcanforada de opio, llamada paregórico, que antes se utilizaba como medicamento contra la diarrea.

La morfina se extrae del opio mediante un sencillo procedimiento químico; la morfina base que así se obtiene, se presenta como un polvo fino o en bloques; la morfina inyectada es de diez a veinte veces más potente que el opio ingerido. Si bien esta puede ser una de las

drogas más dañinas cuando se abusa de ella, es necesario señalar que constituye un medicamento muy útil cuando se usa en forma adecuada, pues la morfina es el analgésico más poderoso que se conoce. Sin embargo, como su uso provoca efectos indeseables y produce adicción, solo se le emplea para tratar dolores extremadamente intensos, resultantes de fracturas, quemaduras, intervenciones quirúrgicas, etc., así como para reducir el sufrimiento en las últimas fases de enfermedades fatales como el cáncer.

La heroína es un derivado de la morfina que se produce también mediante procedimientos químicos relativamente sencillos. Sus efectos son de cuatro a diez veces más poderosos que los de la morfina. En su forma pura, es un polvo blanco cristalino tan fino que al frotarse en la piel desaparece. Sin embargo cuando su fabricación es imperfecta, resulta de color amarillento, rosado o café y de consistencia áspera. Cuando la heroína llega al mercado ilícito generalmente se encuentra muy adulterada con azúcar, quinina u otras sustancias. Aunque puede ingerirse, lo más común es que se inhale después de calentarla o bien que se disuelva en agua y que se inyecte.

La codeína también se obtiene en su mayor parte de la morfina, su poder adictivo es mucho menor que el de las drogas anteriores y debe tomarse en grandes cantidades y durante mucho tiempo para causar dependencia. Puede ingerirse o inyectarse. se presenta en forma de polvo blanco o tabletas. Como medicamento, la codeína se emplea extensamente en forma de jarabes y tabletas para suprimir la

tos. También se usa para aliviar el dolor, aunque sus efectos analgésicos son diez veces menores que los de morfina.

Si bien el abuso de estas cuatro drogas es todavía raro en nuestro país, debe señalarse que la morfina y sobre todo la heroína empiezan ya a constituir una considerable amenaza de farmacodependencia en algunos estados del norte del país y en los estratos sociales altos del Distrito Federal (SS, 1992).

2.2.8 Inhalables

Los inhalables forman un grupo especial de depresores del sistema nervioso, constituido por una serie de sustancias químicas diversas, caracterizados todos por tratarse de gases, líquidos volátiles y aerosoles, que al ser inhalados y absorbidos por vía pulmonar, producen alteraciones de la conciencia, de la percepción, cognición volición y debido a la intoxicación primero y después al daño cerebral, son causa de problemas conductuales.

En general se trata de diversos productos volátiles de uso casero, comercial e industrial, tales como la gasolina y otros derivados del petróleo: pegamentos y adhesivos, pinturas, lacas y "thíneres" (líquidos volátiles utilizados para disolver pinturas, etc.); líquidos limpiadores y quita manchas. Ninguno de estos productos se considera en condiciones normales como una droga. Sin embargo si se toma en cuenta su capacidad para producir alteraciones cuantitativas y cualitativas de la conciencia, así como su efecto psicotrópico aunado a la conducta adictiva relacionada con su mal uso y abuso, es lógico incluirlos como elemento importante en las adicciones y considerarlos como drogas.

También son representativos de este grupo los siguientes productos: pegamento, gasolina, líquido de encendedores, thiner, éter, cloroformo, óxido nitroso, líquido de tintorería (tricloroetileno), benceno, xileno, tolueno y acetona.

Todas las sustancias son o contienen compuestos volátiles. Por ello, se consumen como drogas de abuso inhalándolas.

El pegamento, llamado también cemento, que se usa para unir partes de plástico y madera, contiene sustancias químicas volátiles. La forma de abuso consiste en colocar un poco del cemento en un pañuelo, en una bolsa de papel o de plástico, en una estopa o en un pedazo de tela. Se coloca entonces sobre la boca y la nariz y se inhala.

Es común que las otras sustancias se inhalen directamente del recipiente.

De este grupo de sustancias, las que tienen usos médicos son el éter, el cloroformo y el óxido nitroso, que se emplean como anestésicos.

Su abuso es frecuente en las llamadas "colonias perdidas", donde muchos niños las consumen en ocasiones para calmar el hambre. Sin embargo, también abusan de estas sustancias personas de clase media y alta, para satisfacer su curiosidad, para divertirse o como resultado de trastornos de la personalidad (SS, 1992).

2.3 ESTUDIOS PREVIOS

El presente apartado pretende complementar el conocimiento y comprender la dinámica del consumo de sustancias adictivas, en distintos sectores de la población y a través de su interpretación se

obtendrá una más clara aproximación a la situación relativa a la extensión, magnitud y consumo que tiene dicha población. Así mismo este apartado nos permitirá conocer de manera general la evolución que el fenómeno de la farmacodependencia ha tenido en México en los últimos años.

La investigación sobre el consumo de drogas en nuestro país no es nueva, aproximadamente hace más de dos décadas, diversas instituciones se han preocupado por desarrollar investigación en esta área, así como en los diversos factores asociados al fenómeno de la farmacodependencia. Se han clasificado los estudios de acuerdo al lugar en donde se encuentra la población, así tenemos estudios en escuelas, hogares, cárceles, instituciones de tratamiento y centros de trabajo, aunque para este análisis solo nos ocuparemos de las dos primeras ya que existen más estudios y nos permiten ver de una forma más clara la evolución de dicho fenómeno

Las líneas de investigación han tratado de establecer relación entre el consumo de drogas y diversos factores , como por ejemplo: la familia, la influencia de los amigos, actos antisociales, prevalencia del uso de drogas por género, edad de inicio en el consumo de drogas, etc. La información sobre la investigación del consumo de drogas es múltiple e inagotable.

Actualmente contamos con investigaciones que han encaminado sus esfuerzos a identificar la magnitud, distribución y naturaleza del problema de las adicciones, sin embargo, aún persisten controversias significativas al tratar de comparar sus resultados, ya que los objetivos,

el planteamiento y la metodología utilizados en ocasiones son distintos y los llevan a obtener conclusiones a veces contradictorias.

Desde 1975 la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, han venido realizando mediciones epidemiológicas de tipo transversal con muestras representativas de la población estudiantil de enseñanza media y media superior, para conocer cifras de prevalencia y los subgrupos de la población más afectados por el consumo de drogas (Secretaría de Educación Pública-Instituto Mexicano de Psiquiatría [SEP-IMP], 1993).

En 1975 se realizó una encuesta con estudiantes de primer ingreso al nivel profesional de la Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M.), a los cuáles se les sometió a un examen médico general y adicionalmente se les entrevistó para conocer su posible uso de drogas, el índice de consumo de drogas en general fue de 5.6 por ciento, siendo este el más bajo reportado comparado con el de los años subsecuentes, de lo cual se puede deducir que los estudiantes ocultaron información, creyendo que la entrevista era un requisito para ser aceptados en la U.N.A.M. (Sánchez-Huesca y cols, 1984).

La mayor parte de las encuestas en estudiantes, se han efectuado en el Distrito Federal y zona metropolitana, en 1976, 1978, 1980 y 1989; así como en muestras representativas del Colegio de Bachilleres 1985 y los Colegios de Ciencias y Humanidades 1987. En 1976 y en 1986 se levantaron muestras con cobertura nacional de poblaciones urbanas, cuyo muestreo fue regionalizado y estratificado por tipo de escuela. En 1978 se muestrearon los estudiantes del estado de Morelos y los de una zona suburbana de alto riesgo de la

Ciudad de México. En 1980 se levantó una muestra representativa de los estudiantes que en tal año asistían a la U.N.A.M (SEP-IMP, 1993).

En términos generales, las mediciones realizadas informaron que las drogas de mayor consumo entre los estudiantes son la marihuana, los inhalables y las anfetaminas. De 1976 a 1978, el consumo de marihuana aumentó de 1.6 por ciento a 4.6 por ciento, el de inhalables de 1.7 por ciento a 2.7 por ciento. A partir de 1978, los inhalables se convirtieron en las drogas de preferencia de los estudiantes, aún por arriba de la marihuana y las anfetaminas (SEP-IMP, 1993).

En 1973 se realizó un estudio piloto en los hogares del Distrito Federal, entre personas de 14 años y más. Con base en este estudio en 1975 se levantó una encuesta representativa de la población de 14 años y más del Distrito Federal. Con esta muestra se realizaron dos reportes: uno sobre el consumo de drogas de uso médico y otro sobre el consumo de uso no médico. Los resultados que arrojó esta encuesta en hogares, fue que el índice de consumo de drogas en general, para las drogas de uso no medico fue de 1.8 por ciento y para las drogas de uso médico de 87.0 por ciento. Este 87.0 por ciento muestra un claro predominio de consumo de drogas de uso médico entre la población de 14 años y más del Distrito Federal, pues su índice de consumo es 48 veces mayor que el de drogas ilícitas. Este elevado porcentaje puede verse favorecido por varias razones: a) son medicamentos utilizados en el tratamiento de algún mal orgánico o psicológico y algunos de fácil acceso, ya que pueden ser obtenidos sin

receta médica; b) su uso es inducido por la publicidad; c) en general no provocan rechazo social (Sánchez-Huesca y cols, 1984).

Se realizó un estudio longitudinal en hogares, en donde se aplicaron cuatro encuestas entre 1970 y 1980. En el año de 1970 la muestra incluyó a trabajadores de diversa índole, estudiantes de primaria a profesional y amas de casa. En las encuestas de 1974, 1976 y 1980 se compuso únicamente de estudiantes de nivel medio y superior y amas de casa. el índice de consumo de drogas en general fue: en 1970 6.9 por ciento, 1974 16.6 por ciento, 1976 23.3 por ciento y en 1980 12.5 por ciento (Sánchez-Huesca y cols, 1984).

En el estudio realizado en escuelas en 1978, se encontró que las zonas suburbanas podían ser consideradas de alto riesgo, debido a que el consumo de inhalables y marihuana, fue similar al reportado en el estudio realizado ese mismo año en todo el Distrito Federal y zona metropolitana, el perfil demográfico de el estudiante que había experimentado por lo menos alguna vez en la vida con los inhalables, era de jóvenes entre 14 y 15 años de edad, en su mayoría alumnos de escuelas situadas en zonas económicamente débiles y/o marginadas. Para 1980 la cifra de prevalencia no sufrió cambios significativos, detectándose un 4.4 por ciento de consumo, sin embargo el perfil demográfico de los estudiantes si había cambiado, aunque los hombres eran los que más consumían, el promedio de edad afectado se amplia hasta los 18 años, y a alumnos que asisten a escuelas ubicadas en todas las zonas socioeconómicas (SEP-IMP, 1993).

En 1981 los Centros de Integración Juvenil realizaron una encuesta en población estudiantil de enseñanza media, media superior

y universitaria, a través de muestras representativas de las escuelas que se encontraban en la zona de influencia de cada uno de los centros de tratamiento, tanto en aquellos situados en la Ciudad de México y zona metropolitana, como los que se encontraban en el interior de la república. Los resultados señalaron importantes variaciones en los índices de consumo, el porcentaje global de consumo de drogas en cada una de las muestras mostró un rango de 9.4 por ciento en la zona de influencia del Centro de Nogales a 22 por ciento en la zona de influencia de Centro de Tijuana, con una desviación significativa del consumo de cocaína en la zona de influencia Centro de Guadalajara, Jal. (C.I.J.). Estos resultados demuestran que si bien en 1976 no se encontraron diferencias regionales, en 1981 empiezan a haberlas (SEP-IMP, 1993).

En 1985 se realizó un estudio con estudiantes del Colegio de Bachilleres, en el Distrito Federal, los datos indicaron que las drogas de preferencia eran la marihuana, las anfetaminas, los inhalables y los tranquilizantes (SEP-IMP, 1993).

En 1986 se realizó la segunda medición nacional sobre el uso de drogas entre estudiantes de enseñanza media y media superior, que asistían a escuelas urbanas del país. El 12 por ciento de los estudiantes del país, reportó haber usado una o más drogas, sin incluir al alcohol y al tabaco, 10.2 por ciento eran usuarios leves, 1.4 por ciento moderados y 0.3 por ciento fuertes (SEP-IMP, 1993).

De 1976 a 1986 se percibió un incremento en el consumo de drogas a nivel nacional, se incrementó el uso de marihuana, inhalables, anfetaminas y cocaína. Las tendencias del cambio

mostraron variaciones a nivel regional, por ejemplo, hubo un ligero incremento en el consumo de tranquilizantes en la región sur y de heroína en la región norte (SEP-IMP, 1993).

La encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar realizada en 1991, se aplicó a estudiantes de enseñanza media y media superior de las entidades federativas del país, seleccionando una muestra de 61,779 alumnos de los cuales el 51.8 por ciento son de sexo masculino y el 48.2 por ciento del sexo femenino, obtenidos de los registros de la Secretaría de Educación Pública, del ciclo escolar 1991-1992 (SEP-IMP, 1993).

Los datos que proporciona la encuesta son los siguientes:

El 8.2 por ciento es decir, 5,065 estudiantes han consumido drogas alguna vez en su vida sin incluir alcohol y tabaco.

El 4.4 por ciento de la muestra manifestó haber consumido droga durante el último año, (2,718 alumnos).

El 2 por ciento respondió haber utilizado drogas el mes anterior a la encuesta, este porcentaje equivale a 1,235 usuarios activos de drogas.

De acuerdo al estudio las drogas de mayor abuso después del alcohol y el tabaco son: inhalables, anfetaminas, tranquilizantes y marihuana, las demás drogas presentan una frecuencia de consumo menor; sin embargo, cabe resaltar que 156 estudiantes (0.25 por ciento) de la muestra reportaron haber experimentado con "crack".

Los hombres consumen drogas en mayor proporción que las mujeres, estas últimas prefieren las drogas médicas a excepción de anfetaminas donde no se observó diferencia alguna.

Respecto a la edad de inicio, uno de los factores que se ha asociado significativamente con el uso y abuso de drogas, es la edad temprana; se ha observado que mientras más temprana es ésta, al consumo, mayor riesgo existe en consumir otras drogas.

El inicio de uso de drogas con fines de intoxicación antes de los 15 años, constituye un predictor consistente para su uso en la edad adulta, mientras que el inicio tardío predice una menor involucración con el consumo y una mayor probabilidad de suspenderlo.

Los resultados de esta encuesta muestran que la edad de inicio a las drogas predomina entre los 13 y los 16 años de edad.

TIPOS DE DROGAS MÁS CONSUMIDAS

Anfetaminas	Las más consumidas son Redotex, Diestet, y Asenix, entre los nombres populares se menciona con mayor frecuencia a las pastillas Roche o Roches
Tranquilizantes	Los mas utilizados fueron Valium, Diazepam y Librium
Inhalables	Thiner, resistol 5000, aerosoles y pegamentos como el UHU y el Duco
Alucinógenos	Los hongos y el peyote son los más consumidos; los alucinógenos sintéticos del tipo LSD y PCP fueron reportados en una proporción pequeña
Cocaína	Entre los tipos de consumo está: la cocaína en sus diferentes formas, Crack, Cocaína en polvo puro y en piedra

El lugar de obtención por primera vez en cuestión de alucinógenos y los inhalables fue en su propia casa o en la de otra persona, en segundo término mencionaron que en la escuela consiguieron inhalables. En el caso de la marihuana la mayoría de los

estudiantes la obtuvieron en la calle, en un parque, en fiestas, en una casa o en la escuela. En cuanto a la cocaína informaron que principalmente la obtuvieron en fiestas y la heroína en la calle , en parques, bares, cantinas y discotecas. Finalmente se observa que entre 10 y 14 de cada 100 estudiantes reportaron haber obtenido marihuana, inhalables o heroína en la escuela.

En cuanto a la percepción de riesgo, 5 de cada 100 estudiantes considera que no es peligroso el uso de la marihuana regularmente y 4 de cada 100 en la cocaína y la heroína. En general, el menor nivel de riesgo se asocia con el abuso de alcohol, poco más de 10 estudiantes de cada 100 consideran que tomar 5 o más copas por ocasión de consumo, una o dos veces por semana, no implica algún riesgo.

Así mismo, la mujer percibe mayor riesgo en el uso regular de cualquier tipo de drogas que los hombres.

En 1993 la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, realizaron la Encuesta sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar, 1993. Tendencias del consumo de sustancias psicoactivas en el Distrito Federal (SEP-IMP 1995).

La muestra se seleccionó con base a los registros de la Secretaría de Educación Pública, correspondientes a los años 1993-1994 de las escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México.

Se calculó una muestra de 340 grupos escolares con una media de 36 alumnos por grupo y una muestra estimada de 12,240 estudiantes, de la cual se seleccionaron 10,879 estudiantes.

A continuación se describen los resultados que sobresalen de esta investigación:

De los 10,879 estudiantes, el 48 por ciento son varones y el 50 por ciento mujeres, la mayoría de la muestra se ubica en los grupos más jóvenes: 56 por ciento tiene 14 años o menos y 90 por ciento de los estudiantes son menores de 18 años; en cuanto a escolaridad el 64 por ciento de la muestra se ubica en secundaria, el 28 por ciento en preparatoria y el 8 por ciento en escuelas técnicas. Cuatro de cada 100 estudiantes había dejado la escuela el año anterior a la encuesta y una proporción similar trabajo tiempo completo durante ese periodo.

•Prevalencia del consumo de drogas ilegales

Los estudiantes experimentan más frecuentemente con solventes inhalables (4.82 por ciento) que con otras sustancias, en segundo término se encuentra la marihuana con (3.58 por ciento), luego la cocaína (1.66 por ciento), los alucinógenos con (0.82 por ciento) y en menor proporción el crack con (0.65 por ciento).

Cuando se observa el consumo en el último mes la marihuana ocupa el primer sitio con (1.17 por ciento), seguida por los inhalables(1.05 por ciento).

La cocaína y los alucinógenos se asocian más con la experimentación que con su uso continuado; el (18 por ciento) de los estudiantes que reportaron haberlas consumido lo hicieron en mas de 5 ocasiones. El crack y la marihuana se asocian más al uso continuado (22 y 31 por ciento respectivamente), es decir, una proporción menor de estudiantes abandona su uso después de haber experimentado sus efectos una o dos veces.

Los índices de consumo muestran un marcado aumento conforme se incrementa la edad, por ejemplo, el (0.6 por ciento) de los menores de 13 años reportó haber tomado la marihuana, pero esto ocurrió en (13 por ciento) de los mayores de 18 años. El caso de la cocaína es similar con (0.31 por ciento y 6.8 por ciento respectivamente).

•Tendencias 1991-1993

En comparación con los índices reportados en 1991, se observa un incremento significativo en el número de usuarios actuales de cocaína y de alucinógenos, y una tendencia al incremento al consumo de marihuana no significativo; y otras sustancias investigadas no presentaron diferencias significativas.

•Variables asociadas al consumo

Con respecto a la percepción de las consecuencias de consumir drogas en la escuela, al preguntarles ¿qué hacia el maestro si llegaba intoxicado?, los alumnos respondieron: tratar de ayudarlo aconsejándolo (24 por ciento), llamar a sus padres (20 por ciento), la expulsión o enviarlo al departamento de orientación (12 por ciento), una proporción pequeña consideró que el maestro no hacia nada (2.56 por ciento), la delegación Tláhuac destaca en este aspecto ya que el (8 por ciento) dio esta respuesta.

En general la tolerancia social hacia el consumo es baja, pues menos del dos por ciento de los estudiantes del Distrito Federal contestó que sus compañeros verían bien si usara , aunque fuera por una o dos veces sustancias ilegales; más de las dos terceras partes de

los estudiantes entrevistados respondieron que sería una conducta mal vista.

Existen variaciones interesantes en el nivel de tolerancia social en las diferentes delegaciones, Xochimilco y Tláhuac destacan por tener una mayor aceptación hacia la experimentación con marihuana, inhalables y cocaína.

Referente a la percepción de riesgo asociado con el consumo, más de una tercera parte de los estudiantes considero muy peligroso experimentar con sustancias 1 ó 2 veces, y dos terceras partes, hacerlo regularmente, la percepción de riesgo que tuvieron las sustancias de menor a mayor fue: anfetaminas, marihuana inhalables, cocaína y heroína.

Relacionado al contacto con usuarios, Una proporción importante respondió tener amigos que usaban marihuana (21 por ciento), tranquilizantes (17 por ciento), inhalables (11 por ciento), cocaína (8 por ciento), anfetaminas (5 por ciento) y crack o heroína (4 por ciento).

Entre estos esfuerzos por investigar y conocer el fenómeno de las adicciones destaca en 1988 la realización de la primera Encuesta Nacional de Adicciones (E.N.A., 1988), por parte de la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (SEP-IMP, 1990).

Esta encuesta, permitió por primera ocasión conformar el panorama epidemiológico del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, tanto a nivel nacional como regional, contar con información sobre la frecuencia y distribución, así como los patrones de consumo y su vinculación con variables demográficas, que pudieran ser posibles

antecedentes o consecuentes y otras que contribuyeran a la identificación de factores de riesgo para el consumo de drogas. Dicha encuesta se aplicó a personas de zonas urbanas de las entidades federativas del país, en este estudio se considera a la población de 12 a 65 años de edad de donde se desprenden datos importantes, que son una aproximación al fenómeno del uso indebido de drogas, el cual ha tenido una tendencia a incrementarse en la última década. El total de entrevistas completas fue de 12,581 que proyectadas a nivel nacional representan a 36,012,100 individuos.

De esta encuesta, los resultados más relevantes son:

•El 4.8 por ciento de la población estudiada reportó haber consumido drogas alguna vez en su vida, este porcentaje proyectado a nivel nacional, equivaldría a 1,713,000 personas. De las cuales 1,306,000 son hombres y 404,000 son mujeres.

•El 2.1 por ciento de la población estudiada manifestó haber consumido drogas dentro del año anterior a la encuesta; 756,154 personas.

•El 0.9 por ciento respondió haber hecho uso de las drogas durante los treinta días anteriores al estudio, este porcentaje si se proyecta a nivel nacional, corresponderá a 324,108 personas, mismas que podrían considerarse como usuarios regulares de drogas.

•De acuerdo con la encuesta nacional de adicciones 1988, las drogas que son objeto de mayor abuso en nuestro país, después del alcohol y el tabaco, en orden decreciente de importancia son:

La marihuana

Los inhalables

Los tranquilizantes

Las anfetaminas (estimulantes)

La cocaína

Los depresores

•El porcentaje de consumidores alcanza cifras que van de 15 de cada mil habitantes masculinos entre los 12 y los 34 años de edad para el caso de la marihuana.

•Por grupos de edad y sexo, destaca que en el consumo de cuando menos una vez en la vida, los hombres prefieren marihuana e inhalables mientras que las mujeres prefieren drogas medicas. Se puede observar que los sujetos activos tanto hombres como mujeres se encuentran en los grupos de menor edad.

•Por lo que respecta a las edades de inicio en el consumo de droga, la marihuana, los inhalables, la cocaína y la heroína, es de los 12 a los 17 años; para las otras sustancias el mayor porcentaje de usuarios inició entre los 18 y los 25 años. Sobresalen con mayor porcentaje los amigos o conocidos para obtener la droga por primera vez, especialmente en el caso de la marihuana (84 por ciento), la cocaína (71 por ciento), la heroína (75 por ciento), los alucinógenos (68 por ciento), los sedantes (56 por ciento), los estimulantes (50 por ciento) y los inhalables (46 por ciento).

•En el caso concreto de tranquilizantes los familiares participan con; 42 por ciento. Los distribuidores resultan poco relevantes como primera fuente de obtención de drogas, la proporción más alta la registran los alucinógenos con; 10 por ciento.

•Los lugares de obtención varían según la droga. Así tenemos en forma decreciente la casa propia o de algún familiar o amigo y las calles o parques. La escuela fue mencionada de forma importante solo en el caso de la marihuana: 21 por ciento y los bares, cantinas y discotecas en el caso de la cocaína 7.2 por ciento.

•Así mismo las zonas geográficas (país, región o estado) donde se tuvo acceso a la droga por primera vez de acuerdo a lo manifestado por los encuestados fue para la cocaína, la heroína y otros derivados del opio; Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y la región noroccidental de México; y es en el Distrito Federal y la región centro y centro norte donde, con mayor frecuencia los usuarios encontraron disponible: analgésicos, narcóticos, tranquilizantes, anfetaminas, inhalables y marihuana.

CONSUMO MÁS RECENTE POR REGIÓN

Región	Estados que comprenden la Droga de mayor consumo región	
I Noroccidental	Baja California	Marihuana
	Baja California Sur	Cocaína
	Sonora	Estimulantes
	Sinaloa	Inhalables
		Alucinógenos
II Nororiental		Tranquilizantes
	Coahuila	Marihuana
	Chihuahua	Tranquilizantes
	Durango	Cocaína
	Nuevo León	Estimulantes
	San Luis Potosí	Heroína y derivados del opio
	Tamaulipas	Inhalables

III Centro Norte	Aguascalientes Colima Jalisco Nayarit Zacatecas	Marijuana Tranquilizantes Alucinógenos Cocaína Estimulantes Heroína y derivados del opio
IV Ciudad de México	Distrito Federal	Marijuana Inhalables Tranquilizantes Estimulantes Cocaína Depresores
V centro	Hidalgo Guanajuato Edo. de México Morelos Puebla Tlaxcala Querétaro	Marijuana Inhalables Estimulantes Tranquilizantes Analgésicos Narcóticos Depresores
VI Centro Sur	Guerrero Michoacán Oaxaca Veracruz	Marijuana Estimulantes Depresores Inhalables Tranquilizantes Analgésicos Narcóticos
VII Sur	Campeche Chiapas Quintana Roo Tabasco Yucatán	Marijuana Tranquilizantes Inhalables Estimulantes Depresores Cocaína

**RESULTADOS NACIONALES POR SUSTANCIA
PREVALENCIA**

Sustancia	Alguna vez en la vida %	Último año %	Último mes %
Analgésicos-narcóticos	0.14	0.09	0.80
Tranquilizantes	0.72	0.40	0.17
Sedantes	0.10	0.05	0.01
Otros-depresores	0.32	0.15	0.09
Estimulantes	0.65	0.18	0.09
Otros-estimulantes	0.09	0.03	0.02
Inhalables	0.76	0.26	0.05
Marijuana	2.99	1.21	0.54
Alucinógenos	0.26	0.12	0.02
Cocaína	0.33	0.18	0.14
Héroina y opio	0.11	0.05	0.00

El análisis generado a través de los resultados de este estudio permitió identificar zonas de alto riesgo para el consumo de las diferentes drogas, priorizando así la frontera norte de nuestro país y áreas metropolitanas. También se pudo reconocer aquellos grupos etáreos de mayor riesgo para el inicio en el consumo de sustancias adictivas.

En 1990, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología, instaló el primer Sistema de Vigilancia Epidemiológico de las Adicciones (SISVEA), el cual articula estrategias epidemiológicas que permiten conocer oportunamente las repercusiones del consumo de drogas, alimentando los programas de prevención y tratamiento.

A cinco años de la realización de la ENA-88, fue evidente que se requería de nueva información para actualizar el diagnóstico sobre el consumo de adictivos. De tal modo, en 1993 la Secretaría de salud se dio la tarea de realizar una segunda Encuesta Nacional de Adicciones [ENA 93] (S S., 1995).

El objetivo de esta segunda encuesta fue actualizar la magnitud del problema de las adicciones en México; su propósito, promover información para planear, evaluar y modificar los programas de prevención así como identificar problemas que ameriten nuevas investigaciones, además de conocer las tendencias en el consumo y las modificaciones de la magnitud de las adicciones a través del tiempo.

El estudio se basó en una encuesta de hogares aplicada a una muestra probabilística de individuos entre 12 y 65 años de edad, de ambos sexos residentes y permanentes de las áreas urbanas del país, el cual se dividió en 8 regiones con el fin de tener una mejor distribución geográfica.

Debido al riesgo que presentan los jóvenes menores de 18 años, la selección de la población bajo estudio se dividió en dos grandes grupos etáreos: De 12 a 18 años y de 19 a 65 años; sobremuestreando desde el diseño al grupo de adolescentes. El total de personas entrevistadas fue de 18,737 que al proyectarse representan a 42 millones de individuos.

De los resultados obtenidos de esta investigación sobresale:

Que el consumo de drogas ilegales "alguna vez en la vida" se estima en 3.9 por ciento lo que equivale a (1,589 ,716 individuos), que

han utilizado drogas ilegales al menos una vez en su vida. Se estima que casi un millón y medio (1,414,035) de hombres han consumido drogas alguna vez en su vida, mientras que sólo lo han hecho (175,681) mujeres.

La prevalencia de consumo durante el último año para drogas ilegales fue menor al 1 por ciento (0.7 por ciento) sin embargo, al expandir la muestra se puede observar que son 318, 913 individuos que han consumido en todo el país alguna droga ilegal durante el último año.

La prevalencia para uso en los últimos 30 días muestra que cerca de 200 mil (186,099) personas consumieron drogas ilegales (0.4 por ciento).

La distribución por edad muestra una proporción más elevada para el grupo de 26 a 34 años (6.1 por ciento); seguido por el de 19 a 25 años (4.7 por ciento); y el de 35 años y más (3.2 por ciento). Al considerar el comportamiento de los adolescentes, se estima que un 2 por ciento han consumido por lo menos algún tipo de droga ilegal, cifra que se traduce a (196,575 sujetos).

De los usuarios de drogas ilegales (1,589,716) según edad y sexo, se muestra que 12 de cada 100 son adolescentes; el (10.9 por ciento) son varones y el (1.5 por ciento) son mujeres. En general, la razón es de 8 hombres por cada mujer.

En relación al consumo de drogas ilegales y escolaridad, se muestran altos índices entre los niveles básicos de educación (33.5 por ciento en primaria y el 29 por ciento en secundaria). Sin embargo cabe señalar que más de una cuarta parte de los consumidores de

drogas ilegales ha alcanzado el bachillerato, y el (11 por ciento) el nivel profesional.

La distribución por estado civil muestra proporciones semejantes, tanto en solteros (42.7 por ciento) como en casados (43.8 por ciento).

El (81 por ciento) de los consumidores de drogas ilegales está empleado.

Las drogas ilegales que se estudiaron en la ENA-93 fueron:

Marijuana

Inhalables

Alucinógenos

Cocaína

Heroína/Opio.

Marijuana

La droga ilegal de mayor consumo fue la marihuana con una prevalencia de 3.3 por ciento "alguna vez en la vida", esto equivale a poco mas de un millón cuatrocientos individuos. Esto concuerda con información del (SISVEA) procedentes de los centros de tratamiento el país, en donde la marihuana es la droga por la que acuden mayor numero de consumidores, además de ser la sustancia con la que se inician en el consumo.

La distribución por edad en los consumidores de marihuana "alguna vez en la vida" predominan aquellos entre los 26 y 34 años de edad (30 por ciento), que equivalen a (n= 421,049 individuos).

Respecto a la edad de inicio, casi la mitad (48.5 por ciento) de los usuarios "alguna vez en la vida" comenzaron entre los 15 y los 18 años.

Al observar la edad actual de la población que refiere el uso de la marihuana "alguna vez en la vida".

•Accesibilidad y disponibilidad

De acuerdo a la ENA-93, se identifico que en su mayoría los usuarios de marihuana se iniciaron por curiosidad, entre los 15 y los 18 años, obteniéndola principalmente en la vía publica o en alguna casa y que por lo regular se la proporciono un "amigo".

Cocaína

La prevalencia nacional de usuarios de cocaína es de (0.5 por ciento) lo que representa a (235,540 individuos). ocupa junto con los inhalables el segundo sitio en el consumo de drogas ilegales en el país.

Prevalece su consumo principalmente en la zona norte del país, en los estados de Baja California y Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Chihuahua, Durango, Coahuila, Jalisco, Colima, Nayarit, Aguas calientes y Zacatecas en donde se encuentran Ciudades que han sido reportadas de alto riesgo para el consumo de esta sustancia, tal es el caso de Tijuana, Cd. Juárez, Nogales y Guadalajara. Las dos primeras con prevalecias de (0.7 a 1.1 por ciento)según lo reportado por la Encuesta Sobre el Consumo de Drogas en la Frontera Norte.

La edad de los usuarios "alguna vez en la vida" se distribuye principalmente entre los 19 y 34 años de edad (73 por ciento) lo que representa (172,023 sujetos).

Aunque en los adolescentes su uso es mucho menor, no deja de ser alarmante que 23,214 jóvenes entre los 12 y los 18 años han usado cocaína "alguna vez en la vida".

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El consumo de esta sustancia al igual que sucede en todas las drogas ilegales es mas frecuente en los varones.

Su edad de inicio es de 19 a 25 años de edad, es decir , a una edad mayor si se compara con los usuarios de marihuana. Esta situación es similar a lo reportado por Centros de Tratamiento, donde los usuarios que demandan atención reportaron iniciar el consumo a los 18 años. es decir, que esta droga sigue siendo principalmente una droga de adultos.

Debe considerarse, que el consumo de cocaína tiende a incrementarse en la población en general, aún cuando las prevalecías encontradas son bajas, esto debe ser tomado como una alerta a fin de no repetir los patrones de consumo de otros países.

•**Accesibilidad y disponibilidad**

Sigue su patrón similar al de los usuarios de marihuana, es decir, se inician por curiosidad, a través de un "amigo" que la proporciona por vez primera y los sitios donde la obtuvieron con mayor frecuencia son también la vía pública y alguna casa, resaltando además, que otro sitio señalado frecuentemente fue el trabajo.

Inhalables

Con una prevalencia nacional de (0.5 por ciento) equivalente a (212,479 sujetos) que han usado inhalables "alguna vez en la vida", sin embargo, a pesar de que ocupa con la cocaína el segundo sitio entre las drogas ilegales más utilizadas, estas siguen un patrón diferente.

Los inhaladores son en su mayoría jóvenes con una edad entre los 19 y los 25 años (38.1 por ciento) que equivale a (80,936 sujetos),

sin embargo, el (14.5 por ciento) de los usuarios de inhalables, son sujetos entre los 12 y los 18 años, lo que equivale a (30,751 menores).

Su edad e inicio se sitúa entre los 15 y los 18 años principalmente (54.9 por ciento) es decir, (114,730 sujetos), sin embargo el (21.4 por ciento) de los inhaladores, se iniciaron antes de los 14 años lo que equivale a (51,267 menores).

•Accesibilidad y disponibilidad

Respecto a la disponibilidad para el consumo de los inhalables nuevamente se inician por vez primera por curiosidad proporcionándolo un "amigo" en la vía pública o bien en alguna casa.

El indicador de accesibilidad y disponibilidad en el hogar, enfatiza el riesgo que tienen los adolescentes por la cercanía a estas drogas, las cuales como es sabido tienen importantes efectos en la salud, sobre todo si consideramos las edades de inicio tan tempranas y las consecuencias irreversibles en los individuos expuestos.

Alucinógenos, Heroína/opio

Para los alucinógenos el consumo encontrado fue de (0.3 por ciento) lo que representa cerca de 100,000 sujetos (92, 057) y para la heroína (0.1 por ciento) equivalente a 30 000 individuos en todo el país.

Respecto a los alucinógenos estas drogas tienen una mayor proporción en los grupos de mayor edad, la heroína, agrupó un (60 por ciento) de usuarios entre los 26 y 34 años.

La heroína y los alucinógenos no presentaron usuarios que iniciaran el consumo antes de los 11 años. En el caso de la heroína los usuarios iniciaron su consumo entre los 15 y los 18 años,

presentándose un mayor porcentaje entre los individuos de 19 a 23 años.

Si bien es cierto que los resultados sobre las prevalencias en nuestro país para el consumo de estas drogas son bajos, no debe perderse de vista que se trata de un estudio en hogares, y que los sujetos que se entrevistaron son parte de la población en general, y no de grupos denominados de alto riesgo.

CONSUMO MÁS RECENTE POR REGIÓN

Región	Estados que comprende la región	Prevalencia
I Noroccidental	Baja California	6.7 por ciento
	Baja California Sur	
	Sonora	
	Sinaloa	
II Norcentral	Coahuila	4.5 por ciento
	Chihuahua	
	Durango	
III Nororiental	Nuevo León	4.3 por ciento
	San Luis Potosí	
	Tamaulipas	
IV Occidental	Aguascalientes	5.5 por ciento
	Colima	
	Jalisco	
	Nayarit	
	Zacatecas	
V Zona Metropolitana	Distrito Federal	4.3 por ciento
	Jurisdicciones conurbadas	

VI Centro	Hidalgo Guanajuato Estado de México Morelos Puebla Tlaxcala Querétaro	3.1 por ciento
VII Centro Sur	Guerrero Michoacán Oaxaca Veracruz	2.9 por ciento
VIII Sur	Campeche Chiapas Quintana Roo Tabasco Yucatán	1.8 por ciento

La prevalencia nacional fue de 3.9

CAPÍTULO III MÉTODO

3.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El interés por realizar la presente investigación, reside en el hecho de que la farmacodependencia es una realidad que toma cada día niveles más alarmantes, a pesar de las medidas tomadas para evitar dicho fenómeno. La aportación de esta investigación sería principalmente, describir las características de esta población y ver si el consumo de marihuana se asocia con las relaciones interpersonales de los consumidores egresados de la P.G.R. Y si este es el caso proponer medidas de tratamiento y/o rehabilitación.

Se eligió la población masculina debido a que es la población con mayor incidencia y es la más representativa de los adictos liberados. En el periodo comprendido de Enero a Mayo de 1994, de los 1,444 adictos liberados, el 97.64 por ciento (1,410 adictos) fueron de sexo masculino y el 2.35 por ciento (34 adictos) corresponde al sexo femenino.

Para lograr el objetivo de esta investigación fue preciso responder a la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de los consumidores liberados egresados de la Procuraduría General de la República?.

3.2 HIPÓTESIS

Hipótesis nula 1:

No existen diferencias significativas entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de un grupo de consumidores de marihuana egresados de la Procuraduría General de la República.

Hipótesis alterna 1:

Si existen diferencias significativas entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de un grupo de consumidores de marihuana egresados de la Procuraduría General de la República.

Hipótesis nula 2:

No existen diferencias significativas entre el tiempo de consumo de marihuana y el numero de amigos "cercanos" que se tienen.

Hipótesis alterna 2:

Si existen diferencias significativas entre el tiempo de consumo de marihuana y el numero de amigos "cercanos" que se tienen.

Hipótesis nula 3:

No existen diferencias significativas entre la cantidad de marihuana que se consume y el numero de amigos "cercanos" que se tienen.

Hipótesis alterna 3:

Si existen diferencias significativas entre la cantidad de marihuana que se consume y el numero de amigos "cercanos" que se tienen.

Hipótesis nula 4:

No existen diferencias significativas entre la frecuencia de consumo de marihuana y el numero de amigos "cercanos" que se tienen.

Hipótesis alterna 4:

Si existen diferencias significativas entre la frecuencia de consumo de marihuana y el numero de amigos "cercanos" que se tienen.

Hipótesis nula 5:

No existen diferencias significativas entre el tiempo de consumo de marihuana y la relación con la pareja.

Hipótesis alterna 5:

Si existen diferencias significativas entre el tiempo de consumo de marihuana y la relación con la pareja.

Hipótesis nula 6:

No existen diferencias significativas entre la cantidad de marihuana que se consume y la relación con la pareja.

Hipótesis alterna 6:

Si existen diferencias significativas entre la cantidad de marihuana que se consume y la relación con la pareja.

Hipótesis nula 7:

No existen diferencias significativas entre la frecuencia de consumo de marihuana y la relación con la pareja.

Hipótesis alterna 7:

Si existen diferencias significativas entre la frecuencia de consumo de marihuana y la relación con la pareja.

Hipótesis nula 8:

No existen diferencias significativas entre el tiempo de consumo de marihuana y la relación con compañeros de trabajo.

Hipótesis alterna 8:

Si existen diferencias significativas entre el tiempo de consumo de marihuana y la relación con compañeros de trabajo.

Hipótesis nula 9:

No existen diferencias significativas entre la cantidad de marihuana que se consume y la relación con compañeros de trabajo.

Hipótesis alterna 9:

Si existen diferencias significativas entre la cantidad de marihuana que se consume y la relación con compañeros de trabajo.

Hipótesis nula 10:

No existen diferencias significativas entre la frecuencia de consumo de marihuana y la relación con compañeros de trabajo.

Hipótesis alterna 10:

Si existen diferencias significativas entre la frecuencia de consumo de marihuana y la relación con compañeros de trabajo.

3.3 VARIABLES

Variables Dependientes

Relaciones interpersonales

Cuántos amigos "cercanos" tienes (número)

Cómo se lleva con su pareja (bien, regular, mal)

Cómo se lleva con sus compañeros de trabajo (bien, regular, mal)

Variables Independientes

Consumo de marihuana

Tiempo de consumo (meses, años)

Cantidad (número de cigarrillos)

Frecuencia (diario, tres veces por semana, una vez cada quince días, una vez al mes)

3.3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variable Dependiente

Relaciones interpersonales: De este modo designamos a la forma en que el individuo vive su medio ambiente social inmediato, las relaciones diarias con familiares, compañeros de trabajo o estudio (Enciclopedia de Psicología, 1979).

Variable Independiente

Consumo de marihuana: Aspirar y despedir el humo de la marihuana, que se hace arder en cigarros, en pipa o en otra forma(García, 1974).

3.3.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable Dependiente

Relaciones interpersonales: Interacción de los consumidores de marihuana con su pareja, amigos y compañeros de trabajo. Estableciendo cuántos amigos "cercanos" tiene (número), cómo se

lleva con su pareja (bien, regular, mal) y cómo se lleva con sus compañeros de trabajo (bien, regular, mal).

Variable Independiente

Consumo de marihuana: Tiempo (meses, años), cantidad (número de cigarrillos) y frecuencia de fumar la droga (diario, tres veces por semana, una vez por semana, una vez cada quince días, una vez al mes).

3.4 POBLACIÓN

La población constó de las personas detenidas en el período comprendido del 1 de enero al 31 de mayo de 1994. Integrada por 818 personas, las cuales solo consumen marihuana y obtuvieron el beneficio de libertad concedido por el Agente del Ministerio Público Federal.

3.5 MUESTRA

Se realizó un muestreo probabilístico, en donde los sujetos fueron seleccionados de forma aleatoria y sistemática, 250 consumidores se eligieron de una población de 818 consumidores de marihuana. En este caso la elección se realizó de la siguiente manera se dividió el total de la población (818 consumidores) entre el tamaño deseado de la muestra 250 sujetos, dándonos como resultado 3, que fue el intervalo de elección entre un sujeto y otro, es decir, se eligió el sujeto número 3, seguido del 6, 9, 12, y así sucesivamente hasta completar 250 sujetos, que fue el tamaño deseado de nuestra muestra.

3.6 ESCENARIO

Este estudio se realizó en las instalaciones de la Procuraduría General de la República, en el área de la Central de Atención a Detenidos, perteneciente a la Dirección General de Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad, cuya función básica consiste en abrir un espacio de comunicación entre el farmacodependiente y el Agente del Ministerio Público Federal, el cual al visualizar su condición de ser humano necesitado de orientación y apoyo, motivará al consumidor a su recuperación.

La Central de Atención a Detenidos en coordinación con el Agente del Ministerio Público Federal brinda una mejor atención a las personas detenidas, en primera instancia el Agente del Ministerio Público Federal apoyado en la unidad dictaminadora, ejecutará exámenes periciales que determinen la identidad y cantidad de las sustancias aseguradas a la persona, así como el grado de habituación a las mismas. Posteriormente la Central de Atención a Detenidos le practica al consumidor de drogas, un estudio psicosocial y de antecedentes victimológicos, lo cual permite hacer una adecuada derivación para su rehabilitación psicológica en algún centro (Centro de Integración Juvenil, Drogadictos Anónimos u Hospital Psiquiátrico).

3.7 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio evaluativo de tipo *ex pos facto*, ya que se pretendió investigar si existe una relación significativa entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales; no hubo control directo sobre la V.I. (consumo de marihuana), ya que este es

un factor que esta dado, en el cual no hubo ningún tipo de manipulación.

3.8 DISEÑO

Fue un diseño exploratorio de campo, por medio del cual se pretendió encontrar relaciones entre diferentes variables, en este caso, el consumo de marihuana con las relaciones interpersonales.

3.9 INSTRUMENTO

En la presente investigación se utilizó el "Registro de Adictos Liberados", el cual surge de la Supervisión General de Servicios a la Comunidad, creada en Septiembre de 1991.

Este registro se compone de 60 preguntas en seis bloques y a continuación se describen: I.- datos generales II.- problemática relacionada al consumo de drogas III- antecedentes familiares IV.- relaciones interpersonales V.- situación laboral VI- colateral que apoye el tratamiento (ver anexo I).

3.10 PROCEDIMIENTO

Se estableció contacto con las autoridades de la Procuraduría General de la República, a fin de obtener autorización para recabar la información necesaria que permitió llevar a cabo la presente investigación.

Se realizó un muestreo probabilístico, en donde se eligieron 250 sujetos.

Se procedió a aplicar la entrevista "Registro de adictos liberados" a cada uno de los 250 sujetos, estos datos fueron codificados y capturados en una computadora; con la ayuda del Paquete Estadístico

Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS/PC siglas en inglés), se obtuvo un componente descriptivo: frecuencias y porcentajes; y un componente inferencial: χ^2 cuadrada, con la finalidad de conocer si existe una diferencia significativa entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de los consumidores liberados.

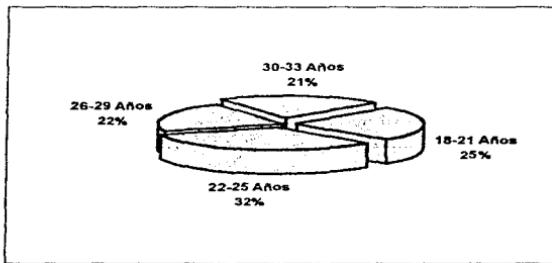
3.11 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Con el análisis descriptivo se pretendió determinar las características generales de nuestra muestra, por medio de frecuencias y porcentajes, dentro de las que se encuentran: edad, estado civil, escolaridad, existencia de empleo, existencia de pareja y aportación económica en su hogar. Por otra parte con el análisis inferencial, se determinó si existe una relación significativa entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de los sujetos consumidores liberados. Para poder determinar esta relación dividimos los factores de relaciones interpersonales en: Número de amigos cercanos, relación con la pareja y relación con los compañeros de trabajo; el consumo de marihuana lo dividimos en: tiempo de consumir la droga, cantidad de droga consumida y frecuencia con que se consume la droga.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

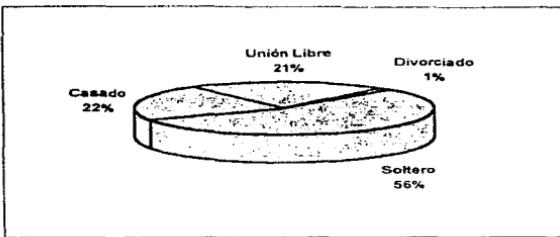
4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

El análisis descriptivo se realizó por medio de frecuencias y porcentajes, las características que sobresalen de esta población, son: La mayoría de los sujetos tienen de 22 a 25 años y de 18 a 21 años; 31.6 y 25.2 por ciento respectivamente (ver gráfica 1).



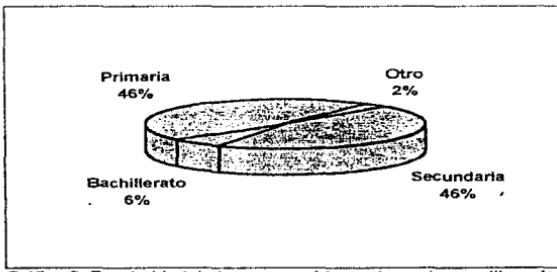
Gráfica 1. Edad de los consumidores de marihuana liberados

En cuanto al estado civil podemos observar en la gráfica 2, que la mayor parte de la muestra pertenece a la categoría de solteros con un 56 por ciento, la categoría de casados con un 22 por ciento y en unión libre hay un 21 por ciento.



Gráfica 2. Estado civil de los consumidores de marihuana liberados

El 46 por ciento de los sujetos ha estudiado primaria, así mismo otro 46 por ciento corresponde al nivel de secundaria, mientras que el 6 por ciento llegó al nivel de bachillerato y el 2 por ciento restante corresponde a alguna carrera técnica o profesional (ver gráfica 3).



Gráfica 3. Escolaridad de los consumidores de marihuana liberados

Si nos remitimos a la tabla 1, observaremos que un 77.2 por ciento de los consumidores de marihuana manifiesta no tener antecedentes penales; que un 56 por ciento de ellos afirma consumir alcohol; en tanto que un 58.8 por ciento tiene pareja; cuentan con empleo el 94.4 por ciento y contribuyen económicamente en su hogar el 86.8 por ciento.

Reactivos	Sí	No
¿Tiene antecedentes penales?	22.8%	77.2%
¿Consumió alcohol?	56%	44%
¿Tiene pareja?	58.8%	41.2%
¿Tiene empleo?	94.4%	5.6%
¿Contribuye económicamente en su hogar?	86.8%	13.2%

Tabla 1. Características de los consumidores de marihuana

Respecto a sus relaciones familiares manifestaron que viven con sus padres el 49.6 por ciento, con su pareja el 34 por ciento; que quién toma las decisiones importantes en su familia es en primer lugar él mismo en un 31.6 por ciento, en segundo lugar quién toma las decisiones importantes es el padre, observándose esto último en un 27.6 por ciento de la muestra y en tercer lugar la madre con 22.4 por ciento; que conviven más con la familia extensa como primos, tíos, abuelos, etc., el 45.6 por ciento y en lo que respecta al tipo de familia nuclear, conviven más con la madre el 22.8 por ciento, con los hermanos el 20 por ciento y por último con el padre un 11.6 por ciento (ver tabla 2).

REACTIVO	Padres	Padre	Madre	Esposa	Hno (a)	Amigo (s)	Solo (ud.)	Otros
¿Con quién vive?	49.6%	*	*	34%	*	1.2%	7.6%	7.6%
¿Quién toma las decisiones importantes en su familia?	*	27.6%	22.4%	*	6.8%	*	31.6%	11.6%
¿Con quién convive más?	*	11.6%	22.8%	*	20.0%	*	*	45.6%
* No se encontraba en las opciones de respuesta								

Tabla 2. Relaciones familiares de los consumidores de marihuana

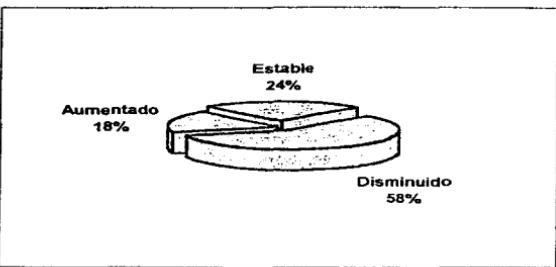
En lo que respecta a los antecedentes de su familia (ver tabla 3), la mayoría afirmó no tener algún familiar con antecedentes penales, ésta mayoría estuvo conformada por el 95.2 por ciento; el 94.8 por ciento dijo no tener ningún familiar que consumiera drogas; un 62.8 por ciento señaló no contar con algún familiar que ingiriera alcohol, y el 86 por ciento de ellos expresó no tener problemas con su familia.

Reactivos	Si	No
¿Tiene algún familiar con antecedentes penales?	4.8%	95.2%
¿Tiene algún familiar adicto?	5.2%	94.8%
¿Tiene algún familiar que ingiera alcohol?	37.2%	62.8%
¿Tiene algún problema con su familia?	14%	86%

Tabla 3. Antecedentes familiares de los consumidores de marihuana

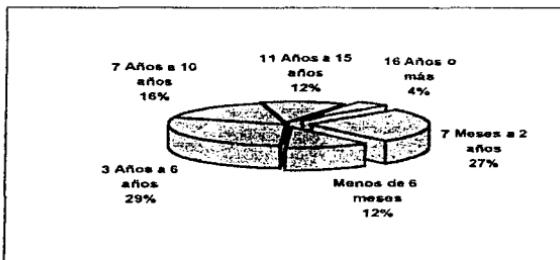
En cuanto al consumo de marihuana podemos observar los siguientes aspectos como relevantes:

- El 58 por ciento de los sujetos, manifestó que su consumo actual de marihuana ha disminuido (ver gráfica 4).



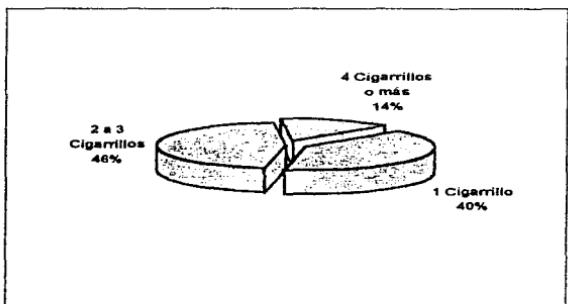
Gráfica 4. Nivel de consumo de marihuana manifestado por los sujetos de la muestra

•Que el 29 por ciento consumió la marihuana por un lapso de tiempo que va de los 3 a los 6 años; mientras que, un 27 por ciento la ha consumido de 7 meses a 2 años (ver gráfica 5).



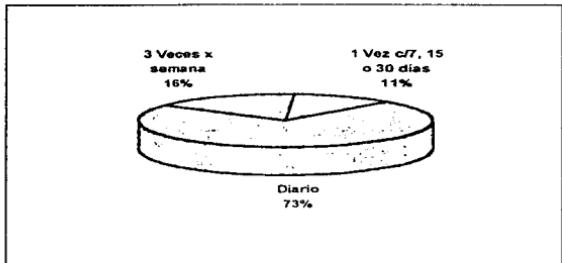
Gráfica 5. Tiempo de consumo de marihuana

• El 40.4 por ciento consume solo 1 cigarrillo, y el 45.6 por ciento restante consume de 2 a 3 cigarrillos (ver gráfica 6).



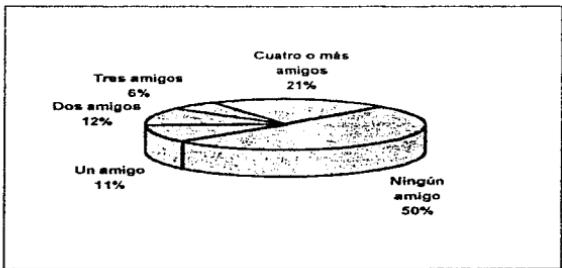
Gráfica 6. Cantidad de cigarrillos de marihuana que consumen

• El 73 por ciento de la muestra dijo consumir la droga diariamente; un 16 por ciento, expresó fumarla tres veces por semana y el 11 por ciento de ellos, respondió que la consumía cada 7, 15 o 30 días (ver gráfica 7).



Gráfica 7. Frecuencia de consumo de marihuana

Referente a sus relaciones con amigos, manifestaron que no tienen ningún amigo "cercano", el 50.8 por ciento y que cuentan con cuatro amigos "cercaos" o más un 21 por ciento (ver gráfica 8).



Gráfica 8. Número de amigos cercanos

- Que se llevan bien con su pareja 56.8 por ciento de ellos y que se llevan bien con sus compañeros de trabajo un 78.8 por ciento (ver tabla 4).

Reactivos	No tiene	Bien	Regular	Mal
¿Cómo se lleva con su pareja?	40.8%	56.8%	2%	0.4%
¿Cómo se lleva con sus compañeros de trabajo?	13.6%	78.8%	0.4%	7.2%

Tabla 4. Relación con pareja y compañeros de trabajo

4.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

Para comprobar si es que existían diferencias significativas entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de los consumidores egresados de la Procuraduría General de la República, se aplicó el estadístico χ^2 cuadrada, para cada variable que compone relaciones interpersonales como: numero de amigos "cercaos", relación con la pareja y relación con compañeros de trabajo; con las variables que componen consumo de marihuana: tiempo, cantidad y frecuencia de consumir la droga. Se encontró que no existen diferencias significativas que relacionen el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de los consumidores egresados de la P.G.R.

Con un nivel de significancia de .05, podemos establecer que no existe una diferencia estadísticamente significativa que relacione, el numero de amigos "cercaos" con tiempo, cantidad y frecuencia de consumir la marihuana (ver tabla 5).

Diferencias entre numero de amigos "cercanos" con:	Prueba Ji cuadrada, valor obtenido:	Significancia obtenida:	Decisión, Hipótesis nula:
Tiempo	20.38	.434	Se acepta
Cantidad	17.24	.370	Se acepta
Frecuencia	19.73	.474	Se acepta

Tabla 5. Correlación entre amigos "cercanos y tiempo, cantidad y frecuencia de consumir marihuana.

Con un nivel de significancia de .05, podemos afirmar que no existen valores estadísticamente significativos, que determinen una diferencia entre la relación que se establece con la pareja y el tiempo, la cantidad y la frecuencia que se tiene de consumir la marihuana (ver tabla 6).

Diferencias entre relación con la pareja y:	Prueba Ji cuadrada, valor obtenido:	Significancia:	Decisión, Hipótesis nula:
Tiempo	11.76	.696	Se acepta
Cantidad	3.83	.986	Se acepta
Frecuencia	5.49	.987	Se acepta

Tabla 6. Correlación entre relación con la pareja y tiempo, cantidad y frecuencia de consumir marihuana.

Con un nivel de significancia de .05, podemos observar que no existen valores estadísticamente significativos, que establezcan una diferencia entre la relación que se lleva con los compañeros de trabajo y el tiempo, la cantidad y la frecuencia con que se consume la marihuana (ver tabla 7).

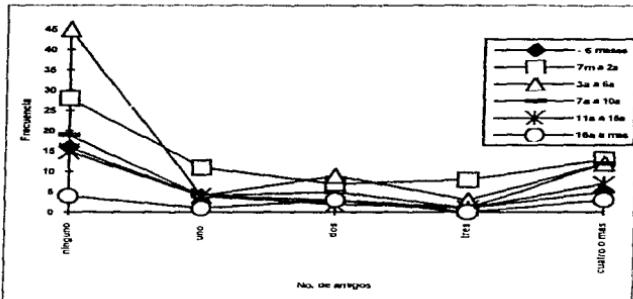
Diferencias entre relación con compañeros de trabajo y:	Prueba Ji cuadrada, valor obtenido:	Significancia:	Decisión, Hipótesis nula:
Tiempo	11.15	.696	Se acepta
Cantidad	9.15	.690	Se acepta
Frecuencia	19.03	.212	Se acepta

Tabla 7. Correlación entre relación con los compañeros de trabajo y tiempo, cantidad y frecuencia de consumir la marihuana.

4.3 INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

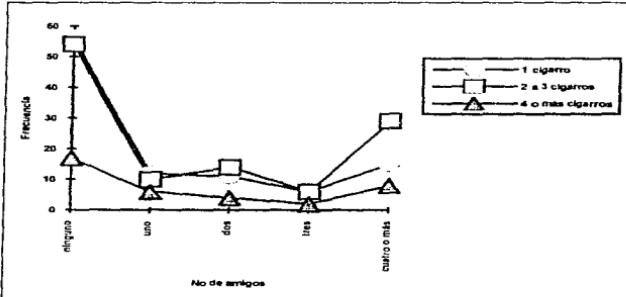
Como podemos observar en los resultados la población más afectada son los jóvenes de 18 a 22 años lo que significa que más de la mitad de nuestra muestra (142 personas) tienen esta edad. Así mismo (138 personas manifestaron ser solteras). Los grados escolares que más sobresalieron fueron primaria y secundaria los cuales acumulan a 228 personas.

En la gráfica 9 vemos, que la frecuencia que predomina es la de los consumidores de 3 a 6 años que no tienen ningún amigo " cercano ", desciende en 1, 2 y 3 amigos " cercanos " y aumenta en 4 o más amigos " cercanos ", esta tendencia se observan con menor frecuencia en las demás opciones de tiempo de consumo de marihuana.



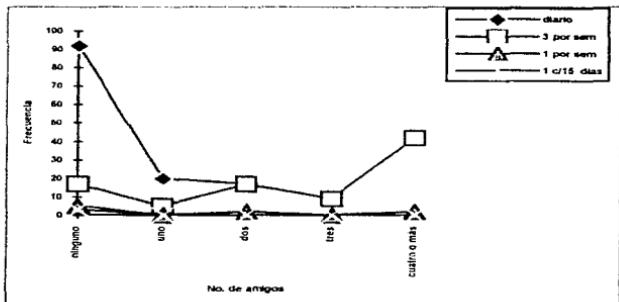
Gráfica 9. Relación entre tiempo de consumo de marihuana y número de amigos "cercanos" que se tienen

En la gráfica 10, apreciamos que sobresalen los consumidores de 1 cigarrillo y los de 2 a 3 cigarrillos, en la cual manifiestan no tener ningún amigo "cercano" o más de 4 amigos "cercanos".



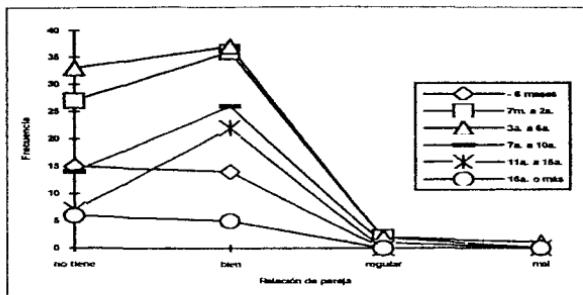
Gráfica 10. Relación entre cantidad de marihuana que se consume y número de amigos "cercanos" que se tienen

En la gráfica 11, las personas que consumen diario marihuana sobresalen, ya que dicen no tener ningún amigo "cercano" y se despegan del resto de las personas que consumen con menor frecuencia la droga; y reportan al igual que las personas que consumen 3 veces por semana una frecuencia mayor de tener 4 amigos "cercaos" o más.

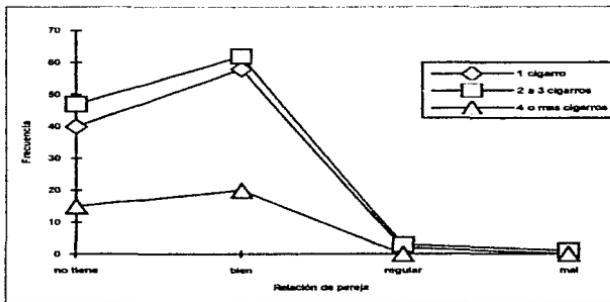


Gráfica 11. Relación entre frecuencia en el consumo de marihuana y número de amigos "cercaos" que se tienen

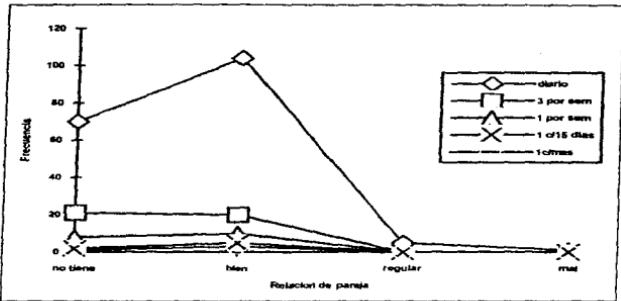
La tendencia en las respuestas de tiempo cantidad y frecuencia de consumo de marihuana con relación de pareja es la de contestar que se llevan bien con su pareja y destacan las frecuencias para tiempo, de menos de 6 meses; para cantidad, de 2 a 3 cigarrillos; de consumo diario (ver gráficas 12, 13 y 14).



Gráfica 12. Correspondencia entre tiempo de consumo de marihuana y la relación con la pareja

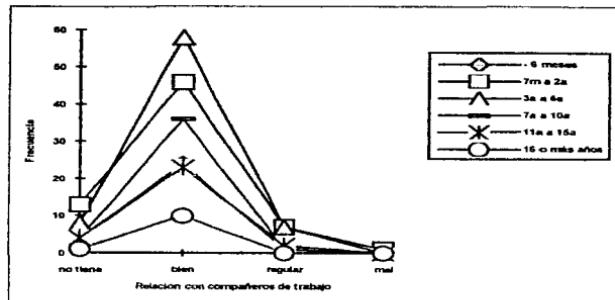


Gráfica 13. Correspondencia entre la cantidad de marihuana que se consume y la relación con la pareja

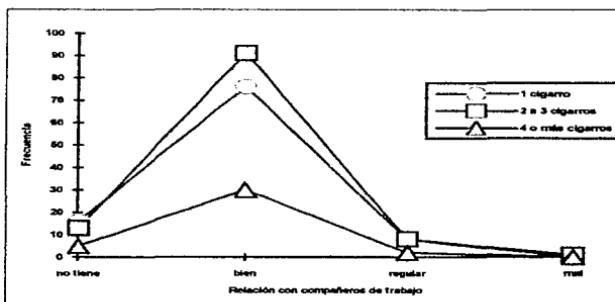


Gráfica 14. Correspondencia entre frecuencia de consumo de marihuana y la relación con la pareja

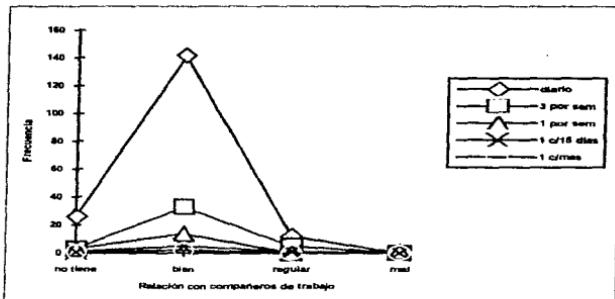
En las gráficas 15, 16 y 17 podemos verificar que las personas manifiesta llevarse bien con sus compañeros de trabajo, sobresaliendo en tiempo, de 3 a 6 años; en cantidad, de 2 a 3 cigarrillos; y en frecuencia el de consumo diario.



Gráfica 15. Correspondencia entre tiempo de consumo de marihuana y relación con compañeros



Gráfica 16. Correspondencia entre la cantidad de marihuana que se consume y la relación con compañeros de trabajo



Gráfica 17. Correspondencia entre frecuencia de consumo de marihuana y la relación con compañeros de trabajo

Existe una congruencia entre los resultados obtenidos, de que no existe una diferencia significativa, entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de los farmacodependientes egresados de la P.G.R. y lo que reportan en algunas preguntas; los sujetos reportan que no tienen antecedentes penales 77.2 por ciento; que si tienen pareja 58.8 por ciento; que cuentan con empleo 94.4 por ciento; que contribuyen económicamente en su hogar 86.8 por ciento; y un 58 por ciento manifestó que su consumo de marihuana ha disminuido. Es decir, el panorama que presentan, es que aparentemente no existen problemas debido al consumo de marihuana.

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

En la investigación se encontró, que no existen diferencias significativas entre las relaciones interpersonales de los consumidores de marihuana de esta muestra. Los presentes resultados podrían tener una explicación teórica si retomamos los aspectos o las características de la familia del consumidor de drogas y las de él mismo.

Recordemos que la familia es el grupo esencial, que permite la integración del hombre a su medio ambiente propiciando su adaptación a la ideología predominante en dicho medio.

Este no es un proceso que se de por sí solo, Barcal (citado en Melero, 1994) plantea: los límites que en primera instancia establecen los padres, los hijos los irán asimilando progresivamente hasta sustituir el control exterior de la conducta, por un control interno a sus actitudes y a su repertorio conductual.

Melero (1994) apoya esta misma idea ya que sostiene que el niño es moldeable en esta etapa y que los padres gozan de un gran ascendente; es decir los padres actúan como modelo en los niños.

La bibliografía pone en evidencia que el consumo de drogas dependiendo del tipo de ésta y la persona que la consume, afecta el comportamiento del individuo teniendo una conducta que no concluye en sí misma sino que se relaciona con otras conductas, con hábitos y hasta con sentimientos e ideas, lo que constituye un particular estilo de vida (Alvarado, 1994).

La importancia de la revisión bibliográfica del capítulo I; es la de resaltar el hecho de que el consumo de drogas afecta al individuo en múltiples aspectos de su vida. Los diferentes ámbitos de sus

relaciones interpersonales, pueden estar aparentemente equilibrados; pero lo cierto es que, las frustraciones, conflictos y situaciones de desplacer, encubiertas por formas estereotipadas de orden y satisfacción aparente, se encuentran presentes; y ocurre que un día la problemática se desborda, surgiendo una situación evidente de crisis, como es la farmacodependencia y nadie sabe qué es lo que estaba mal, qué sucedió y porqué (Fontanetto, 1982, p. 37,38).

La explicación que podríamos darle a las gráficas de numero de amigos "cercaños" con tiempo cantidad y frecuencia, seria por una parte, que en su percepción de amistad, no existen realmente los amigos o por el otro extremo, donde contestan que tienen cuatro amigos "cercaños" o más, consideran que los amigos son individuos que como él consumen la marihuana.

Analizando las tendencias de las gráficas de tiempo, cantidad y frecuencia en relación con la pareja, podemos observar una tendencia generalizada a responder que se llevan bien con su pareja. Hay varios aspectos que resultarian interesantes aclarar del porque respondieron de esta manera: primero, podríamos pensar que realmente se lleva bien con su pareja; segundo, podríamos pensar que el tipo de pareja que se estableció fue como el descrito por Sager (1980), el tipo 3 cónyuge parental, donde el consumidor de drogas es dominado por su compañera, la cual lo "infantiliza". Esto a su vez nos remite a E. Kaufman y P. Kaufman (citado en Cardeña, G. y Vernet, V. 1982) donde nos señalan que los padres propician infantilismo en el consumidor de drogas. Lo cuál es reforzado por Seldin (1972) agregando que el adicto repite en su matrimonio la dinámica de su

familia nuclear. Es decir no es que su pareja lo someta o infantilice sino que su infantilismo es una característica adquirida por el consumo de drogas. Por lo anterior podemos pensar que el adicto percibe que no existe ningún problema en su relación.

La tendencia general de respuesta para relación con sus compañeros de trabajo y el tiempo, cantidad y frecuencia de consumo de marihuana, fue el de llevarse bien, de esto se desprende que efectivamente los consumidores de marihuana se llevan bien con sus compañeros de trabajo o el manifestar que se llevan bien con sus compañeros es una forma de ocultar su problemática con las drogas.

A pesar de que no se encontraron datos estadísticamente significativos con relación al consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de los consumidores de la droga, se encontraron ciertas tendencias en sus contestaciones; que llevan a la reflexión de que la información obtenida ha sido falseada o no contestada honestamente, las respuestas podrían tener su origen en las siguientes circunstancias: primera, para cuidar la apariencia tanto de la familia como de sus relaciones con los demás; y segunda, que el individuo, a pesar de atravesar por una situación adversa de haber sido detenido, niega su problemática con las drogas.

Destaca, la importancia que tiene la familia para que el individuo se desarrolle adecuadamente, ya que como pudimos observar la familia forjara al futuro adulto; desgraciadamente la mayoría de las personas no nos preocupamos por conocer y hacer cumplir las funciones de esta célula de la sociedad que es la familia, por lo que encontraremos familias predominantemente funcionales o familias

predominantemente disfuncionales dependiendo de las funciones que cubra la familia y a su vez sociedades predominantemente funcionales y sociedades predominantemente disfuncionales.

Finalmente es importante recalcar que el factor familiar es solo una de las dimensiones que envuelven el complejo fenómeno de las adicciones y que hay que tomar al individuo en una forma global contemplando su estado de salud mental y físico del sujeto, el ambiente socioeconómico y cultural y del momento vital que atraviesa.

CAPÍTULO VI CONCLUSIONES

- Podemos afirmar que en esta muestra no existe una relación, entre el numero de amigos cercanos que se tienen (uno, dos tres, cuatro o más) y el consumo de marihuana (tiempo, cantidad y frecuencia).
- Corroboramos que en esta muestra no podemos asociar, la relación que se tiene con la pareja (buena, regular o mala) y el consumo de marihuana (tiempo cantidad y frecuencia).
- Confirmamos que en esta muestra no existe asociación, entre la relación que se tiene con los compañeros de trabajo (buena, regular o mala) y el consumo de marihuana (tiempo cantidad y frecuencia).
- Dadas las conclusiones anteriores podemos asegurar que en esta muestra no existe una asociación entre las relaciones interpersonales (numero de amigos cercanos, relación con la pareja y relación con los compañeros de trabajo) y el consumo de marihuana (tiempo, cantidad y frecuencia) de los farmacodependientes egresados de la Procuraduría General de la República.

6.1 APORTACIONES

Por medio de este estudio pudimos conocer ciertas características de los consumidores de marihuana egresados de la Procuraduría General de la República, ya que de otra forma, de no ser por medio de la institución, difícilmente podríamos captar este tipo de muestra. La información que aporta el conocimiento de esta población

es valiosa, ya que brinda datos sociodemográficos que podrán apoyar a posteriores investigaciones que quieran trabajar con esta población.

El trabajo representa una aportación para fundamentar la necesaria modificación del "Registro de Adictos Liberados", ya que con base a la observación de los apartados del mismo, se puede determinar que el registro debe de ser cambiado con la finalidad de obtener información más específica, que aporte conocimiento acerca de los factores que intervienen en la compleja problemática del consumo de drogas.

El documento, resulta un importante apoyo de consulta, ya que la revisión bibliográfica, fue cuidadosamente seleccionada; en relación al consumo de drogas y su situación, proporciona antecedentes y datos actuales.

6.2 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Resulta trascendental hacer notar que en este estudio, no se determina a las relaciones interpersonales como el factor causante del consumo de drogas, o que el individuo consume la marihuana porque la familia no lo forjó adecuadamente; ya que la prueba estadística que se aplicó detectó que no existen diferencias significativas entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de los farmacodependientes egresados de la Procuraduría General de la República. Por lo tanto una limitación de esta investigación es que no detecta los factores causantes del consumo de la marihuana.

La confiabilidad para las variables que se cruzaron, relaciones interpersonales (número de amigos cercanos, relación con la pareja, relación con compañeros de trabajo) con consumo de marihuana

(tiempo, cantidad y frecuencia) se obtuvo por medio del Alfa de Cronbach con un valor de .03.

La validez interna asegura que los resultados obtenidos se deban al método o tratamiento estadístico utilizado y no alguna otra variable que no fuera considerada, en este estudio se detectaron tres fuentes de invalidez interna:

La primera consistió en la situación de administración del instrumento de medición (tensión), la cual influyó en las respuestas de los sujetos, dado que el instrumento se aplicó en el momento que los consumidores van a obtener su libertad; estos manifestaron que sus relaciones interpersonales eran buenas, posiblemente por cuidar una apariencia, debido a la circunstancia de crisis por la cual atraviesan.

La segunda se refiere a la confiabilidad del instrumento lo cual ya ha sido mencionado.

La tercera se dirige a la selección de los sujetos, los cuales no formaron un grupo equivalente desde un principio, ya que por ser un estudio exploratorio se eligió un grupo heterogéneo.

Otra limitación de este estudio es que los resultados son aplicables solo a la población masculina.

Se sugiere que para otra investigación en la que se desee estudiar a la misma población, se establezcan las características de los consumidores de drogas; es decir, determinar el tiempo de consumir las drogas, establecer la cantidad de consumo y fijar la frecuencia de consumo de la droga. Ya que en la presente investigación se mezclaron los consumidores de muy poco tiempo (menos de 6 meses) y los consumidores de mucho tiempo (16 años o

más) lo cual posiblemente nivele los resultados y por ello no se encontraron diferencias entre el consumo de marihuana y las relaciones interpersonales de dichos consumidores.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, W. (1974). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Argentina: Hormé.
- Alvarado, G. (1994). Jóvenes y drogas. México: Procuraduría General de la República.
- American Psychological Association. (1991). Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. Trad. Alatorre Rico, J., Torres Lima, H. México: Facultad de Psicología.
- Arias, J. A. (1990). La drogadicción en los adolescentes. En J. A. Arias, R. Fernández, E. Kalina, C. D. Pierini (Comps.), La familia del adicto y otros temas (p. 141-168). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Baena, G. (1984). Instrumentos de investigación. (12a. Ed.). México: Editores Mexicanos Unidos.
- Cárdena, G. y Vernet. (1982). Familia y farmacodependencia, una revisión bibliográfica. En Centros de Integración Juvenil (Comp.), Aproximaciones teóricas a la familia del farmacodependiente (pp. 47-67). México: C.I.J.
- Casillas Del Moral. (1994). La mota mata la magia de la relación. Adictos, (pp.15-16). México: Ediciones Alternativas.
- De la Garza, F. y Vega, A. (1983) La juventud y las drogas. México: Trillas.
- Encyclopedie de la Psicología. (1979). Psicología de la vida familiar. Barcelona: Plaza y Janes.

- Flores, G. N. (1992). El ciclo vital de la familia y la satisfacción marital. Tesis inédita de licenciatura en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Fontanetto, B. (1982). Sobre la inscripción social de la familia. En centros de integración juvenil (comp.). Aproximaciones teóricas a la familia del farmacodependiente (pp. 29-45). México: Centros de Integración Juvenil.
- García, L. C. (1990). ¿Qué son las drogas?. Vol. Mariguana. México: Árbol Editorial.
- García, P. y Gross. (1974). Pequeño Larousse. Barcelona: Ediciones Larousse.
- Guzmán, V. E. (1994). Mariguana: una revisión bibliográfica. Adictos, (pp. 5-7). México: Ediciones Alternativas.
- Hernández, E. J. (1994). ¿La mariguana como problema social?. Adictos, (pp. 9-11). México: Ediciones Alternativas.
- Horton, P. (1980). Sociología. México: Mc Graw-Hill.
- Ibáñez, B. (1990). Manual para la elaboración de tesis. México: Trillas.
- Johnson, H. (1973). Grupos Humanos. Argentina: Paidos.
- Juárez, F. y col. (1994). Actos antisociales, su relación con algunas variables sociodemográficas el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior del D. F. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Kalina, E. (1990). La mariguana: una droga muy peligrosa. En J. A. Arias, R. Fernández, E. Kalina y C. D. Pierini (Comps.), La familia del adicto y otros temas (pp. 63-66). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

- Leñero, O. (1983). El fenómeno familiar en México. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales.
- Martínez, C. (1985). Farmacodependencia en el adolescente como consecuencia de la desintegración familiar. Tesis inédita de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F.
- Melero, I. (1994). Clínica y prevención familiar de las drogodependencias: Encuentros y desencuentros. Adicciones, 6 (2), 153-170.
- Ortiz, E., y Vélez, B. (1986). Abordaje terapéutico de la familia con problemas de farmacodependencia. En Centros de Integración Juvenil (comp.), Experiencias de trabajo con la familia del farmacodependiente. (pp. 83-115). México: Centros de Integración Juvenil.
- Procuraduría General de la República. (1993). Manual de capacitación en materia de prevención a la farmacodependencia. México: P.G.R.
- Procuraduría General de la República. (1994). Acciones del programa de atención a adictos. Enero a Mayo 1994. Departamento de Servicios Asistenciales. México: P.G.R.
- Rosenthal, M. S., Mothner, I. (1982). Drogas, padres e hijos. México: Diana.
- Sánchez-Huesca, R., Ramón, E. y Ortiz, R. (1984). Investigación documental de estudios epidemiológicos sobre farmacodependencia en la Ciudad de México. En Centros de Integración Juvenil (comp.), Aportaciones teóricas y prácticas para el conocimiento del farmacodependiente. (pp. 5-39). México: C.I.J.

- Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de Psiquiatría (1993). Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar. México: S.E.P., I.M.P.
- Secretaría de Educación Pública, Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1995). Encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar, 1993. México: S.E.P., I.M.P.
- Secretaría de Salud. (1990). Encuesta Nacional de Adicciones. Vol. 3 Drogas. México: S.S.
- Secretaría de Salud, CONADIC. (1992). Las drogas y sus usuarios. México: S. S.
- Secretaría de Salud. (1995). Encuesta nacional de adicciones. Vol. 3 Drogas ilegales. México: S.S.
- Siegel, S. (1970). Estadística no paramétrica. México: Trillas.
- Soifer, R. (1979). ¿Para qué la familia?. Argentina: Editorial Kapelusz.
- Solé, J. R. (1989). Terapia antidroga. Barcelona: Salvat Editores.
- Sprott, W. (1973). Grupos humanos. Argentina: Paidos.
- Young, K. (1974). Psicología social del grupo, del líder y sus seguidores. Argentina: Paidos.

ANEXO I

PGR

Procuraduría General de la República

DIRECCION GENERAL DE PREVENCION DEL DELITO Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD

SUBDIRECCION DE PREVENCION A LA FARMACODEPENDENCIA

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ASISTENCIALES

REGISTRO DE ADICTOS

FECHA: _____

HORA: _____

NO. EXP.: _____

I.- DATOS GENERALES

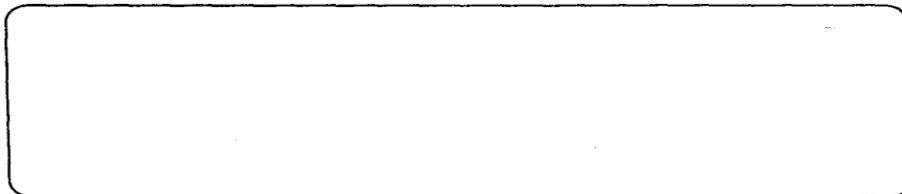
(1) NOMBRE: _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

(2) DIRECCION: _____ Calle y Número (Int.) _____ Entre qué calles _____

_____ Colonia _____ Código Postal _____

_____ Delegación _____

(3) CROQUIS DE UBICACION:



(4) EDAD _____ AÑOS _____ MESES _____

(5) FECHA DE NACIMIENTO: _____ AÑO _____ MES _____ DIA _____

PGR

Procuraduría General de la República

DIRECCION GENERAL DE PREVENCION DEL DELITO Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD
SUBDIRECCION DE PREVENCION A LA FARMACODEPENDENCIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ASISTENCIALES
REGISTRO DE ADICTOS

FECHA: _____
HORA: _____
NO. EXP.: _____

I.- DATOS GENERALES

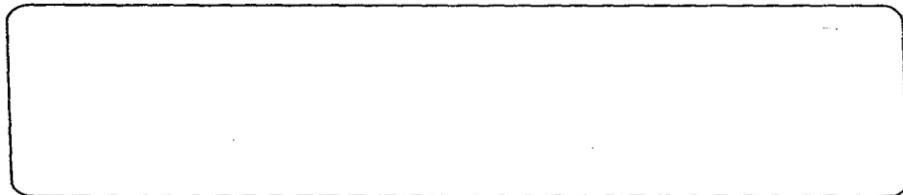
(1) NOMBRE: _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

(2) DIRECCION: _____ Calle y Número (int.) _____ Entre qué calles _____

_____ Colonia _____ Código Postal _____

_____ Delegación _____

(3) CROQUIS DE UBICACION:



(4) EDAD _____ AÑOS _____ MESES _____

(5) FECHA DE NACIMIENTO: _____ AÑO _____ MES _____ DIA _____

(6) SEXO: MASCULINO FEMENINO
(7) ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO
UNION LIBRE AMASIAZO VIUDO

(8) NACIONALIDAD: _____

(9) LUGAR DE RESIDENCIA: _____

(10) VIVE CON: SUS PADRES ESPOSA E HIJOS AMIGOS
SOLO (A) OTRO (S) _____

(11) RELIGION: CATHOLICA JUDIA PROTESTANTE OTRA

(12) ESCOLARIDAD: SABE LEER Y ESCRIBIR SI NO PRIMARIA INCOMPLETA COMPLETA
SECUNDARIA INCOMPLETA COMPLETA
PREPARATORIA INCOMPLETA COMPLETA
TECNICA INCOMPLETA COMPLETA
PROFESIONAL INCOMPLETA COMPLETA

(13) TELEFONO: _____

(14) MOTIVO Y LUGAR DE LA DETENCION: (COMO FUE) _____

(15) ANTECEDENTES PENALES SI NO MOTIVO: D.C.S. ROBO ASALTO
HOMICIDIO VIOLACION LESIONES PORTACION DE ARMA
OTROS _____

II.- PROBLEMATICA RELACIONADA AL CONSUMO DE DROGAS.

(16) TIEMPO DE ADICCION: MENOS DE 6 MESES DE 6 MESES A UN AÑO
DE UN AÑO A 3 AÑOS DE CUATRO A Siete AÑOS
DE OCHO A ONCE AÑOS DE DOCE A QUINCE AÑOS
MAS DE QUINCE AÑOS

(17) TIPO DE DROGA QUE CONSUME: MARIHUANA COCAINA
INHALABLES TRANQUILIZANTES
BARBITURICOS POLIUSUARIO
¿CUAL PREFERIE? _____

(18) CANTIDAD DE DROGA QUE CONSUME: _____

(19) FRECUENCIA DE CONSUMO:

DIARIO

TRES VECES POR SEMANA

UNA VEZ POR SEMANA

UNA VEZ CADA 15 DIAS

UNA VEZ AL MES

OTRO: _____

(20) INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS? SI NO

(21) CANTIDAD: _____

(22) FRECUENCIA:

DIARIO TRES VECES POR SEMANA UNA VEZ POR SEMANA

UNA VEZ CADA 15 DIAS UNA VEZ AL MES OTRO: _____

(23) HA RECIBIDO ANTERIORMENTE TRATAMIENTO PARA SU REHABILITACION? SI NO

(24) EN QUE INSTITUCION?

(25) QUE TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIO:

TERAPIA INDIVIDUAL TERAPIA DE GRUPO DESINTOXICACION INTERNAMIENTO

OTRO: _____

(26) CUANTO TIEMPO ACUDIO A SU TRATAMIENTO ?

UNA OCASION UNA SEMANA QUINCE DIAS UN MES DOS MESES

TRES MESES MAS DE TRES MESES

(27) ABANDONO EL TRATAMIENTO: SI NO

MOTIVO: _____

(28) OPINION DEL TRATAMIENTO RECIBIDO: _____

(29) POR QUE CREE QUE UTILIZA LA DROGA? _____

(30) ULTIMAMENTE SU CONSUMO HA: DISMINUIDO AUMENTADO

(31) CUANTO TIEMPO MAXIMO HA LOGRADO ESTAR SIN CONSUMIR LA DROGA? _____

III.- ANTECEDENTES FAMILIARES.

(32) DE CUANTOS MIEMBROS ESTA COMPUESTA SU FAMILIA DE ORIGEN?

DOS PERSONAS DE 3 A 5 PERSONAS DE 5 A 8 PERSONAS DE 10 O MAS

(33) CON CUANTAS PERSONAS VIVE ACTUALMENTE ? 2 A 5 5 A 7 7 A 10 MAS DE 10

(34) NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____ EDAD: _____

(35) TIENE ALGUN FAMILIAR ADICTO? SI NO

(36) QUIEN? PADRE MADRE HERMANO HERMANA

HIJO (A) ESPOSO (A) OTRO _____

(37) QUE TIPO DE DROGA CONSUME SU FAMILIAR?

MARIHUANA COCAINA INHALABLES TRANQUILIZANTES _____

OTRO _____ POLIUSUARIO _____

(38) TIEMPO DE ADICCION DEL FAMILIAR:

MENOS DE 6 MESES 6 MESES UN AÑO DOS A TRES AÑOS

DE 4 A 7 AÑOS DE 8 A 11 AÑOS DE 12 A 15 AÑOS DE 16 AÑOS O MAS

(39) CON QUE FRECUENCIA CONSUME DROGAS EL FAMILIAR ?

DIARIO TRES VECES POR SEMANA UNA VEZ POR SEMANA UNA VEZ CADA 15 DIAS

UNA VEZ AL MES OTRO: _____

(40) ALGUN FAMILIAR INGIERE ALCOHOL? SI NO

(41) FRECUENCIA:

DIARIO UNA VEZ POR SEMANA UNA VEZ CADA 15 DIAS UNA VEZ AL MES

OTRO: _____

(42) EXISTE ALGUN FAMILIAR QUE PRESENTE ANTECEDENTES PENALES? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, PASE A LA PREGUNTA 43, SINO PASE A LA 44.

(43) ESPECIFIQUE: _____

(44) QUE MIEMBRO DE TU FAMILIA TOMA LAS DECISIONES IMPORTANTES ?

PADRE MADRE HERMANO OTRO QUIEN?

TU NINGUNO

(45) CON QUE MIEMBRO DE TU FAMILIA CONVIVES MAS?

PADRE MADRE HERMANO (A) CUAL? OTRO QUIEN? _____ NADIE

(46) EXISTE ALGUN PROBLEMA CON TU FAMILIA? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO PASAR A LA PREGUNTA 47, SINO PASA A LA 48

(47) CUAL? _____

IV.- RELACIONES INTERPERSONALES.

(48) A QUE DEDICA SU TIEMPO LIBRE?

(49) CUANTOS AMIGOS CERCANOS TIENE?

NINGUNO UNO DOS TRES MAS

(50) HACE CUANTO TIEMPO LOS CONOCE ?

DE UNA A DOS SEMANAS UNO A TRES MESES CUATRO A SEIS MESES

OCHO A ONCE MESES UN AÑO MAS DE UN AÑO

(51) TIENE PAREJA? SI NO

OCASIONAL ESTABLE VIVE CON ELLA: SI NO

(52) TIEMPO DE CONOCERLA:

UNA SEMANA QUINCE DIAS UN MES TRES MESES SEIS MESES

UN AÑO MAS DE UN AÑO

(53) COMO SE LLEVA CON SU PAREJA ? BIEN REGULAR MAL

V.- SITUACION LABORAL.

(54) CUAL ES SU EMPLEO ACTUAL?

(55) DESDE CUANDO TRABAJA AQUI?

UN MES DOS MESES TRES MESES DE CUATRO A SEIS MESES
DE SIETE A DIEZ MESES UN AÑO MAS DE UN AÑO

(56) DE QUE TRABAJO ANTERIORMENTE ?

(57) CUANTO TIEMPO LABORO EN ESTE LUGAR ?

QUINCE DIAS UN MES MES Y MEDIO DE DOS A CUATRO MESES
DE SEIS A OCHOS MESES NUEVE MESES A UN AÑO MAS DE UN AÑO

(58) MOTIVO POR EL CUAL SE SEPARO DE LA EMPRESA?

(59) COMO SE LLEVA CON SUS COMPAÑEROS ACTUALES?

Bien Mal Regular

(60) CONTRIBUYE ECONOMICAMENTE EN SU HOGAR? SI NO

VI.- COLATERALES QUE APOYEN EN EL TRATAMIENTO.

(61) NOMBRE:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

(62) PARENTESCO:

PADRE MADRE HERMANO (A) ESPOSO (A) HIJO (A)
AMIGO (A) OTRO

(63) DIRECCION:

Calle

Número

N.º Int.

Colonia

Delegación

Código Postal

Entre qué calles

TELÉFONO:

(64) NOMBRE:

(64) NOMBRE

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

(65) PARENTESCO:

PADRE

MADRE

HERMANO (A)

ESPRESSO 141

HUO (A)

AMIGO (A)

OTRO

(66) DIRECCION

Calle

Números

Núm. Int.

Colonic

Delegación

Código Postal

Entre qué calles

TELEFONO:

(67) OBSERVACIONES:

RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA:

Nombres y Firma.