



**UNIVERSIDAD
DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LAS CONSECUENCIAS PARA
EL CONSUMO DE LA COCAÍNA EN JÓVENES DE LA
UNIVERSIDAD VERACRUZANA CAMPUS MINATITLÁN
VERACRUZ.**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

SANDRA ISABEL CARDENAS DELGADO

ASESOR DE TESIS:

LIC. OMAR CASTILLEJOS ZÁRATE

Coatzacoalcos, Veracruz

Mayo 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes.

Le doy gracias a mis padres, Rosa Delia y Ramón, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Por ser un gran ejemplo a seguir.

A mi hermana Karla, por ser parte importante de mi vida, por su cariño y apoyo incondicional, por sus consejos en los momentos difíciles y por ser un gran ejemplo de superación profesional.

A mis tíos, Mario, Marisela, Minerva, Saraí, Albino, Zoila, Maribel, Raúl e Ivonne por su apoyo incondicional, por su amistad y cariño.

A mis primos, Susan Elaens, Juan Carlos, Erick René, Mario Daniel, Raúl, Ivonne, Jannia, Zoila, Gloria, por su amistad y cariño, por las alegrías compartidas y por siempre motivarme a salir adelante.

A mis sobrinos, Juan Carlos, Carlos Gabriel, Silvana, Fernanda, por regalarme tantos momentos llenos de alegría, porque son mi motivación para ser cada día mejor persona y profesionista.

A Faby, por ser una parte importante de mi vida, por el apoyo y amor incondicional que me has dado, porque siempre me motivaste en los momentos de desánimo y me alentaste a seguir adelante.

Quiero agradecer de manera enorme y significativa a mi maestro y asesor, el Mtro. Omar Castillejos Zárate, a quien no solo veo como figura importante de mi facultad sino también como un gran amigo, por todo el cariño y apoyo que me ha brindado a lo largo de mi carrera universitaria, por ser una persona de gran calidad moral y ser un gran ejemplo a seguir. Sin duda alguna usted es parte fundamental de éste logro. Muchas gracias

ÍNDICE

CAPÍTULO I INTRODUCCION	5
1.1 INTRODUCCION	6
1.2 OBJETIVOS	7
1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	8
1.5 JUSTIFICACIÓN	8
CAPÍTULO II MARCO TEORICO	10
2.1 CONSUMO DE DROGAS	10
2.1.1 CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE DROGAS	10
2.1.2 COCAÍNA	15
<i>2.1.2.1 EFECTOS FARMACOLÓGICOS Y DAÑOS A LA SALUD.</i>	17
2.1.3 ASPECTOS NOSOLÓGICOS Y CONCEPTUALES DEL CONSUMO DE DROGAS (COCAINA)	20
2.1.4 ADOLESCENCIA, EL PROCESO A LA ADULTEZ Y DROGAS.	23
<i>2.1.4.1 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN JUVENIL (COCAÍNA)</i>	25
2.4.1.2 SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y CONSUMO DE DROGAS	30
2.2. MODELOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y CONSUMO DE DROGAS EN LOS JÓVENES	32
2.2.1 CONCEPTO Y TIPOS DE FAMILIA	32
2.2.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA	35
2.2.3 CONTROL DE LOS PADRES: AUTONOMÍA VERSUS CONTROL.	36
2.2.4 MODELOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	38
2.2.4.1 MODELO CIRCUMPLEJO (OLSON, 2000)	38
2.2.4.2 MODELO GENERAL DE ADAPTACIÓN FAMILIAR AL ESTRÉS (MUSITU, 2001)	44

2.3 TERAPIA FAMILIAR	50
2.3.1 TERAPIA FAMILIAR Y RESULTADOS DE TRATAMIENTO EN ADICCIONES.	51
<u>CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</u>	<u>52</u>
3.1 ENFOQUE METODOLÓGICO	53
3.2 ANÁLISIS DE ESTUDIO	54
3.3 POBLACIÓN OBJETIVA	55
3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
<u>CAPÍTULO IV RESULTADOS Y CONCLUSIÓN</u>	<u>57</u>
ANÁLISIS DE RESULTADOS	58
CONCLUSIÓN	66
<u>CAPÍTULO V PROPUESTA PSICOLÓGICA</u>	<u>72</u>
BIBLIOGRAFÍA	76

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

1.1 INTRODUCCION

Es lícito pensar que las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas o negativas que éstas les van a proporcionar. Se tiene una probabilidad grande de saber las posibles consecuencias de las mayorías de actos ya sean negativos o positivos y la influencia que tienen sus consecuencias, gracias a la gran información obtenida ya sea en vivencias de amistades o recopilada en la internet, donde el adolescente o joven tiene un total acceso. Se ha analizado que teniendo en cuenta esta gama de consecuencias negativas provocadas por el consumo de drogas aumenta el riesgo de consumirlos, entre más riesgos de conductas destructivas mayor consumo, entendida como el grado en que se atribuye a una conducta un supuesto peligro para la salud.

El consumo de drogas en jóvenes y adolescentes se vincula, hoy en día, a un estilo de ocio recreativo compartido con el grupo de iguales, con búsqueda de la sobre estimulación y como mecanismo de reafirmación de la identidad grupal. (Rodríguez y Sirvent, 2006).

Existe una idea de las dificultades de la etapa universitaria por el hecho de hacer que el alumno salga a conocer la vida productiva y laboral de su entorno, este duelo de permanecer en aula a estar en un ambiente laboral deja secuelas las cuales los jóvenes ocasionan llenan con algún tipo de actividad o adicciones. Es bien sabido que el consumo de drogas tiene efectos sobre la salud de forma directa (sobredosis, enfermedades cardiovasculares, cáncer, etc.) e indirecta (accidentes de tráfico, deterioro en las relaciones interpersonales, bajo rendimiento escolar, etc.) (Ballester, Gil y Guirado, 2000), sin embargo, los jóvenes tienden a experimentar con este tipo de actividades de alto riesgo a pesar de conocer algunas de las posibles consecuencias. Parker, Aldridge, y Measham (1998) sugieren que los jóvenes tienden a experimentar con estas actividades de alto riesgo, pues el consumo no se halla tanto ligado a una respuesta pasiva frente a la oportunidad y/o

incentivo de su consumo, sino que las decisiones sobre el consumo de drogas están relacionadas con las apreciaciones de beneficio y riesgo que supone.

Las mayores diferencias en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas no se establecen con el patrón de consumo, sino con relación al tipo de droga consumida (Fernández, Álvarez, Secades, Jiménez, Canadá, Donate, Fernández Hermida y Vallejo, 2003). La concepción que se tiene sobre las diferentes drogas, que a su vez dependerá tanto del consumo, como de las creencias y de la propia construcción social de la sustancia, será determinante en el consumo de las mismas. En este caso el estudio de todas las drogas sería extenso por lo que se centrara esta investigación en lo que es la cocaína.

Las causas del consumo de drogas en especial la cocaína, pueden ser variadas, influyen todo tipo de variable desde la curiosidad hasta el consumo para alejarse de la realidad, pero las consecuencias son las mismas, el aumento de muertes relacionadas con el consumo desde accidentes automovilísticos por manejar bajo el efecto de la cocaína hasta las sobredosis, las cuales dejan secuelas neurológicas irreparables. Esta investigación analiza las posibles causas del consumo de la cocaína y proporcionar una solución basada en los fundamentos de la comunicación y confianza en la familia. Se trata de crear una terapia sustentada en la prevención desde la psicoeducación hasta la prevención terciaria, promoviendo una posible respuesta en cada etapa del consumo del adolescente, teniendo como base desde proporcionar información verdadera hasta lo relacionado con comunicación, el lazo familiar y por supuesto la intervención del psicólogo.

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el funcionamiento familiar y las consecuencias para el consumo de la cocaína en jóvenes de la universidad Veracruzana campus Minatitlán Veracruz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los efectos del consumo de la cocaína a nivel psicológico en jóvenes universitarios
- Determinar las posibles causas del consumo de cocaína en jóvenes universitarios
- Identificar los modelos del funcionamiento familiar en jóvenes de la universidad Veracruzana campus Minatitlán Veracruz que consumen la droga de la cocaína.

1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los efectos del consumo de la cocaína a nivel psicológico?

¿Cuáles son las causas del consumo de cocaína en jóvenes universitarios?

¿Cuáles son los modelos del funcionamiento familiar en jóvenes universitarios que consumen la droga de la cocaína?

1.4 Hipótesis

La deficiencia en el funcionamiento familiar es consecuencia para el consumo de la cocaína en jóvenes de la universidad Veracruzana campus Minatitlán, Veracruz.

1.5 JUSTIFICACIÓN

El consumo de drogas y las posibles consecuencias negativas asociadas a esta conducta en los jóvenes es una de las preocupaciones que mayor interés

genera en la sociedad actual. Varias investigaciones y fuentes han realizado una aproximación epidemiológica de la conducta de consumo en población universitaria.

Un punto importante para la creación de esta investigación es el cómo funcionan las diferentes dependencias de centros de salud y salud mental a lo largo del país de México y en específico en Veracruz, los cuales solo tratan de resolver el problema cuando ya el adolescente tiene una adicción y su objetivo es que no recaiga, pero no se centra en la psicoeducación, la prevención primaria se proporciona en pláticas a niños y adolescentes de 10 a 17 años, en la cual se proporciona información sobre qué es, consecuencias y tipos de drogas, pero no se retoma en los siguientes años de estudio, y en ocasiones en vez que el joven se desinterese de la droga provoca que aumente su curiosidad de experimentar el consumo de estas.

Esta investigación trata de dar a conocer primero qué factores están asociados al consumo de cocaína la cual es una droga ilegal y como la conducta de consumo se inicia o consolida a lo largo de la etapa universitaria de los jóvenes. En la segunda parte del marco teórico se realiza una explicación de lo que es familia, el funcionamiento y los diferentes modelos del funcionamiento familiar existentes.

El porqué de esta investigación va relacionada a proporcionar una posible solución a este gran problema de consumo de drogas, la cual se establece en lo que se cree que es la base para las decisiones del joven universitario es la familia.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 CONSUMO DE DROGAS

2.1.1 CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE DROGAS

Comprender el consumo de drogas, y todo lo que provoca, se necesita saber sobre las consecuencias y efectos de estas en el cuerpo humano, la forma en que secretan aumentando o disminuyendo las sustancias químicas del cerebro. Una

primera aproximación a la conceptualización de “consumo de drogas en jóvenes universitarios” pasa por aclarar algunos términos relacionados con las drogas. En primer lugar, conviene definir los distintos tipos de consumos que existen. Para Kramer y Cameron (1975) droga es toda aquella sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste. Se trata de una definición muy general que no explica bien todas las facetas que el consumo de drogas posee. Se habla de sustancia, de cambios, pero no se dice nada de la naturaleza de los cambios, por ejemplo los efectos entre una sustancia y otra, el dilema en la explicación sobre que si es lo mismo consumir una botella de cerveza que una botella de ginebra o que tanto influye la edad ya sea en jóvenes universitarios investigado en este trabajo o en adultos.

Estos autores aclaran que el efecto que produce la droga va a depender de las características personales del individuo, del contexto social en el que se consume y de las características de la sustancia. Esta aclaración es importante, ya que la muestra que participa en este estudio la forman menores de edad y esta circunstancia tiene su relevancia a la hora de contextualizar el consumo de drogas: En primer lugar, porque la droga tiene un efecto más tóxico en un organismo que está en desarrollo que en otro que ya es adulto; en segundo lugar, porque existen implicaciones legales que pueden derivarse de permitir que un menor consuma drogas, se le suministren o, si se detecta consumo, no intervenir para evitarlo; y tercero, las implicaciones sociales y personales que pueden aparecer cuando el consumo de drogas se da a edad temprana.

Por su parte Jaffe (1991) habla de “abuso de drogas” como el uso, generalmente por autoadministración, de cualquier droga de un modo que se aparte de las formas médicas o sociales aprobadas dentro de una cultura dada. Este autor introduce la aprobación social y la adecuación a la cultura a la hora de dirimir cuándo un determinado uso de drogas puede ser denominado “abuso”. Esta aportación es importante porque determinados consumos juveniles son reprobados por la sociedad, ya sea por los riesgos que entrañan para los jóvenes como por las

molestias que causan al resto de la sociedad (como puede ser el consumo de alcohol en la calle en macro grupos).

En esta investigación se usará la terminología de la Organización Mundial de la Salud para referirse a los distintos usos de las drogas (Kramer & Cameron, 1975):

- **Farmacodependencia:** Es el estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco de forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación. Por droga causante de un cuadro clínico de dependencia podemos entender aquella sustancia que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia psíquica, física o de ambos tipos.
- **Dependencia psíquica:** Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continúa de la droga para producir placer o evitar malestar.
- **Dependencia física:** Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos (síndromes de abstinencia) están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico, peculiares de cada tipo de droga.
- **Tolerancia:** Estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto fármaco dinámico.
- **Tolerancia cruzada:** Fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga sino también a otra del mismo tipo (por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina).
- **Intoxicación aguda:** Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de

conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

- La intoxicación aguda suele estar relacionada con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta.

La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio: La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa, excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia: Por ejemplo, las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad, mientras que las estimulantes dan lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias, como el cannabis y los alucinógenos, son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas de estas sustancias pueden producir diferentes tipos de efectos en función de la dosis: Por ejemplo, el alcohol, que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce al aumentar la dosis agitación y agresividad y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

Asimismo, es necesario aclarar que, cuando nos referimos a consumo de drogas, no todos los consumos son iguales. Existe una tipología descrita también en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (CIE 10 en adelante). En relación al consumo de drogas en jóvenes existe un amplio consenso en la comunidad científica que sugiere que a los 18 años (e incluso sobrepasando la veintena) el cuerpo humano sigue madurando desde el punto de vista evolutivo de los órganos, por lo que cualquier consumo de drogas a esas edades afectará a su normal desarrollo, comprometiéndolo e influyendo en la forma en la que ese órgano

madurará, no dejándole llegar a su máximo potencial de desarrollo y rendimiento (CIE 10, 1992).

Las formas de consumo son:

- Consumo perjudicial: Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental (como, por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol). Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobadas por terceros o por el entorno en general no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es por sí solo el hecho de que éste haya podido derivar en alguna consecuencia social negativa, tal que una ruptura matrimonial.
- Consumo experimental: Son ensayos que realiza la persona fundados en la curiosidad hacia las drogas, sin intención explícita de repetir el consumo.
- Consumo ocasional: La persona conoce la droga y sus efectos y escoge los momentos y escenarios más propicios para sentir dichos efectos. El consumo todavía es espaciado y poco frecuente.
- Consumo regular: Consumo habitual con continuidad. Posición activa frente al consumo.

Dependiendo de las sustancias que se ingieran se pueden diagnosticar:

- Trastorno psicótico: Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (generalmente auditivas, pero que a menudo afectan a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega a un estado

confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

- Síndrome amnésico: Síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado, y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. La presencia de confabulaciones puede ser marcada, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognoscitivas suele estar relativamente bien conservadas.
- Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas: Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia.

2.1.2 COCAÍNA

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central y una de las drogas más adictivas y peligrosas. Se obtiene a partir del procesamiento químico de las hojas del arbusto *Erythroxylum coca*. A finales del siglo XIX se consiguió aislar el principio activo contenido en estas hojas y surgieron diversas formas de consumo de la cocaína (esnifada, fumada, inyectada, etc.) que producían efectos más rápidos e intensos que la hoja mascada y que, por tanto, conllevaron un aumento en el riesgo a desarrollar adicción y dependencia. Las formas de consumo de esta sustancia condicionan la farmacocinética, la farmacodinámica, la toxicidad y el grado de adicción de la droga.

Las formas principales de presentación son:

- Cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína: Es la forma habitual de presentación de esta sustancia en México. Se suele consumir esnifada (aspirada por la nariz). Debido a la alta vascularización de la mucosa de la nasofaringe, la absorción es rápida y sus efectos también (euforia, locuacidad, sensación de energía), durando entre 2 y 3 horas. Aunque menos frecuentemente, también se usa por vía inyectada, en ocasiones mezclada con heroína, lo que da lugar a un producto que los consumidores denominan speed-ball (pelotazo): A los 20 minutos aparecen síntomas de disforia, irritabilidad y alteraciones gastrointestinales.
- Pasta de coca: También se denomina sulfato de cocaína, pasta base o simplemente pasta. Es el producto bruto, sin refinar, que resulta del primer proceso de extracción de la cocaína de las hojas con ácido sulfúrico u otros alcalinos. Contiene entre un 40 y un 45% de sulfato de cocaína. Esta pasta sirve de base para la extracción posterior del clorhidrato de cocaína. Se fuma mezclado con tabaco o marihuana.
- Crack o cocaína base: Se obtiene mezclando el clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco, bicarbonato sódico...), después se filtra o se disuelve con éter. Su consumo se puede hacer por inhalación de los vapores de base libre, a muy alta temperatura, o fumada y su efecto es rápido, intenso y breve. Es muy adictiva y su bajada es tan insufrible que genera un consumo muy compulsivo y frecuente.

La cocaína actúa en el cerebro modificando los circuitos responsables de la gratificación y del placer. Se comporta como una amina simpaticomimética de acción indirecta, no actúa directamente sobre los receptores adrenérgico o dopaminérgico sino que aumenta la disponibilidad del neurotransmisor en la hendidura sináptica. Su consumo continuado reduce la capacidad de los consumidores de experimentar placer de forma natural (a través del sexo, la comida...) y les hace menos sensibles a las gratificaciones y emociones. Por eso, la cocaína resulta tan adictiva. La adicción se produce tras periodos de consumo más o menos largos que no tienen por qué ser diarios, y se ha comprobado que

incluso pequeñas cantidades de cocaína pueden producir tolerancia y cambios cerebrales relacionados con la adicción. Esto hace que los consumidores, especialmente los de fin de semana, tengan en muchas ocasiones una falsa sensación de control y no perciban el problema.

Los consumidores recreativos usan la cocaína como una droga más junto al tabaco, alcohol y cannabis. Suelen ser una población joven que está empezando a situarse, como adultos y como profesionales, en un espacio social más consolidado. Quieren aprender a controlarla, aunque no siempre lo consiguen (Becoña, 2002).

2.1.2.1 Efectos farmacológicos y daños a la salud.

Independientemente del procedimiento de administración utilizado, cuando la cocaína llega al cerebro produce en el sujeto un notable cambio en su estado de ánimo, caracterizado por un estado eufórico.

Varios tipos de drogas estimulan el Sistema Nerviosa Central y por tanto activan la conducta. Debido a los efectos que algunas de estas drogas tienen en los sistemas de reforzamiento del cerebro, las personas tienden a abusar de ellas, de tal forma que cuando se estimulan ciertas regiones del cerebro se produce una sensación de placer. Uno de los sistemas neurales que parece ser más afectado por la cocaína se origina en una región muy profunda del cerebro llamada el área ventral del tegmento (AVT). Las células nerviosas que se originan en la AVT se extienden a la región del cerebro conocida como "nucleus accumbens", una de las áreas claves del cerebro relacionada con el placer. Por ejemplo, en estudios con animales, todo lo que produce placer, como el agua, la comida, el sexo, y muchas drogas adictivas, aumenta la actividad en el "nucleus accumbens".

Los investigadores han descubierto que cuando se está realizando un acto de placer, las neuronas en el AVT aumentan la cantidad de secreción de la dopamina en el "nucleus accumbens". En el proceso normal de comunicación, una neurona segrega dopamina dentro de la sinapsis (pequeña abertura entre dos neuronas), donde se liga con proteínas específicas (llamadas receptoras de dopamina) en la neurona adyacente y por lo tanto envía una señal a esa neurona. Las drogas de abuso pueden interferir con este proceso normal de comunicación. Por ejemplo, los científicos han descubierto que la cocaína bloquea la eliminación de la dopamina de la sinapsis lo que causa una acumulación de la misma. Esta acumulación de dopamina causa una estimulación continua de las neuronas receptoras, lo que probablemente produce la euforia que reportan los usuarios de la cocaína (NIDA, 2002).

A nivel neuronal los efectos de la cocaína recientemente han sido objeto de numerosas investigaciones. De ellas se ha concluido que la cocaína actúa en las sinapsis que utilizan aminas biogénicas (dopamina, norepinefrina y serotonina [5-HT]), en particular, con un efecto inhibitor muy potente sobre la recaptura de la dopamina, y en menor medida de la norepinefrina y la serotonina (Carlson, 1999).

Los neurotransmisores, luego que han actuado para comunicar las neuronas, deben ser eliminados de su sitio de acción. Si esto ocurre, el neurotransmisor sigue actuando, lo que da como resultado una función sostenida de las sinapsis en las que actúa y, por ende, una hiperfunción de estas sinapsis. Esto ha dado lugar a que actualmente los investigadores estudien con detalle la estructura y las características de estos transportadores, con la idea de sintetizar compuestos que puedan competir con la cocaína, impidiendo su unión con el transportador, pero que después permitan que el transportador cumpla con su función natural de eliminar el neurotransmisor de la sinapsis.

Efectos a corto plazo

Los efectos de la cocaína se presentan casi inmediatamente después de su uso y desaparecen en cuestión de minutos u horas. Los que usan la cocaína en pequeñas cantidades (hasta 100 mg.) generalmente se sienten eufóricos, energéticos, conversadores y más alertos mentalmente, particularmente con relación a las sensaciones de la vista, el oído y el tacto. La cocaína también puede disminuir temporalmente los deseos de comer y dormir. Algunos usuarios sienten que la droga les ayuda a realizar algunas tareas físicas e intelectuales más rápido; sin embargo, a otros les produce el efecto opuesto.

Los efectos fisiológicos de corto plazo que produce la cocaína son: Contracción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas, y aumento en la temperatura corporal, en el ritmo cardíaco y en la tensión arterial. Si se usan cantidades mayores (varios cientos de miligramos o más) se intensifica el efecto en el usuario, pero también puede llevar a un comportamiento más extravagante, errático y violento. Estos usuarios pueden experimentar temores, vértigos, espasmos musculares, paranoia y, con dosis consecutivas, una reacción tóxica muy similar al envenenamiento por anfetamina.

Efectos a largo plazo

Se puede desarrollar una tolerancia considerable al efecto de la droga y muchos adictos reportan que, aunque traten, no obtienen el mismo placer como cuando la usaron por primera vez. Algunos de los que la usan a menudo aumentan la dosis para intensificar y prolongar la euforia. Aunque puede ocurrir una tolerancia al efecto, también los que la usan pueden desarrollar más sensibilidad a los efectos anestésicos y convulsivos, sin tener que haber aumentado la dosis. Este aumento en la sensibilidad puede explicar por qué algunas muertes ocurren después del uso de dosis de cocaína relativamente pequeñas. Cuando la cocaína se usa repetidamente y en dosis cada vez más grandes, puede conducir a un estado de irritabilidad, inquietud y paranoia.

Las reacciones adversas al uso de la cocaína fluctúan dependiendo de cómo se administra. Por ejemplo, cuando se inhala regularmente puede causar una pérdida del sentido del olfato, crear hemorragias nasales, problemas al tragar, ronquera y una irritación general del tabique nasal lo que puede producir una condición crónica de irritación y secreción de la nariz. Cuando se ingiere la cocaína puede causar gangrena en los intestinos porque reduce el flujo de la sangre. Además, las personas que se la inyectan, tienen marcas de pinchazos, usualmente en los antebrazos. Los que la usan en las venas también pueden experimentar reacciones alérgicas, ya sea a la droga o a algunos de los componentes que le agregan a la cocaína en la calle y algunas veces estas reacciones pueden provocar la muerte. La cocaína tiende a reducir el consumo de alimentos, por lo tanto, el uso habitual causa la pérdida de apetito, de peso y la malnutrición (NIDA, 2002; Carlson, 1999; Ladero, Leza, Lizasoain y Lorenzo, 1998).

2.1.3 ASPECTOS NOSOLÓGICOS Y CONCEPTUALES DEL CONSUMO DE DROGAS (COCAINA)

En la actualidad y desde la perspectiva científica, se utiliza el vocablo Droga para definir un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones (Martín y Lorenzo, 2009):

- Sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo).

- Inducen a las personas que las toman a repetir su administración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva). El cese de su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica).
- No tienen ninguna implicación médica y si la tienen, pueden utilizarse para fines no terapéuticos.

En las últimas décadas, diferentes autores han reemplazado el término Droga por el de sustancia psicoactiva y lo han relacionado con el Trastorno por Uso de Sustancias Psicoactivas en lugar de Drogodependencia. Así, el término genérico, se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrean trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia (Martín et al., 2009).

Las drogas se pueden clasificar según múltiples sistemas de categorización, pero en la actualidad, predominan las clasificaciones en función de sus efectos farmacológicos, es decir, en función de los efectos que producen en el Sistema Nervioso Central y el cerebro.

Una de las clasificaciones más representativas es la que plantea Shuckit (2000); realiza una clasificación de las drogas en las siguientes categorías: Las agrupa en depresoras del SNC (por ejemplo, alcohol), estimulantes o simpatomiméticos del SNC (por ejemplo, cocaína), opiáceos, cannabinoides, alucinógenos, disolventes y drogas para contrarrestar otros efectos y otras:

Clase	Ejemplos
Depresores del SNC	alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiazepinas)
Estimulantes o simpatomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso

Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA)
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: Atropina, escopolamina, Estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fenciclidina (PCP)

Para el DSM-IV, existen dos tipos de trastornos asociados a las diferentes sustancias o drogas. En primer lugar, trastornos por consumir sustancias de forma más o menos continuada, en cuyo caso, estamos hablando de abuso y dependencia. Y trastornos inducidos por las sustancias como son la intoxicación, abstinencia, trastorno psicótico, delirium, Etc. Pero con la actualización del nuevo DSM V, hubo cambios radicales los cuales es importante mencionar ya que estos criterios modifican el cómo conceptualizar y diagnosticar a una persona que está bajo la influencia de la adicción a cualquier droga, primero, el capítulo pasa a llamarse Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Sin embargo, cuando trata los trastornos por consumo de sustancias, explícitamente, rehúsa utilizar el término "adicción", por lo que habría que deducir que, o bien reserva el término de "trastorno adictivo" para el juego patológico incluido en este capítulo y a futuros trastornos adictivos conductuales, o bien es un "olvido" del título, ya que en los trabajos previos se estaba utilizando ese término. La American Society of Addiction Medicine (ASAM) y la American Academy of Pain Medicine (AAPM), tal como recogen Fainsinger et al.¹³ y Saunders y Latt¹⁴, prefieren utilizar el término "adicción" más que el de "dependencia", pero exhortaban al grupo de trabajo del DSM-5 a ser más concreto en sus definiciones. Esas sociedades habían llegado al acuerdo de definir la "adicción" como "una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales

y ambientales que influyen en sus manifestaciones. Se caracteriza por conductas que incluyen uno o más de los problemas en el control en el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y craving". La "dependencia física" la entienden como "un estado de adaptación que se manifiesta para cada tipo de droga por un síndrome de abstinencia que se puede producir por un cese abrupto, reducción rápida de la dosis, disminución de los niveles de la droga en sangre y/o administración de un antagonista".

Se incluye ahora el Trastorno por adicción al juego ya que hay evidencias consistentes de que el juego activa el sistema de recompensa cerebral de forma similar a las drogas y de que los síntomas son similares hasta cierto punto a los de los trastornos por uso de sustancias.

El DSM V no separa los diagnósticos de abuso y dependencia de sustancias. Se incluye el síndrome de abstinencia para el cannabis y para la cafeína, y una categoría de abuso de tabaquismo.

El capítulo donde vienen la sintomatología guarda lo establecido en el DSM-IV donde se estructura en dos grandes grupos: Los trastornos relacionados con sustancias, que incluyen los trastornos por consumo de sustancias (diez clases de sustancias, excepto la cafeína), y los trastornos inducidos por sustancias que a su vez quedan divididos en intoxicación, abstinencia y trastornos mentales inducidos por sustancias que aparecen específicamente en su capítulo correspondiente; y el otro grupo que es el ya aludido de juego patológico, que aparece dentro del epígrafe Trastornos no relacionados con sustancias. Excluye otras adicciones comportamentales, como el trastorno de juego por Internet, ya que necesita de más investigación y aparece en el apartado Afecciones que necesitan más estudio.

2.1.4 ADOLESCENCIA, EL PROCESO A LA ADULTEZ Y DROGAS.

El ajuste psicosocial de los jóvenes a su entorno es un tema recurrente en la investigación psicosocial. Al ser investigados o sobre el tema de los universitarios cabe mencionar que aún están en el proceso de adolescencia, comenzando esta periodo educativo iniciado a los 18 años hasta los 24 o 25 años sujeto a la carrera escogida. En este proceso existe dependencia con relación a los padres, siendo la convivencia familiar muy importante para su bienestar emocional y económicos por los cuales es importante recalca las discrepancias que emergen entre los proyectos vitales de los hijos y las familias. El proceso de emancipación social implica que los hijos empiecen a tomar distancia del seno familiar. Los padres ven que los chicos se van haciendo mayores y ganan autonomía personal, circunstancia que conlleva, inevitablemente, la toma de decisiones que, en determinadas ocasiones, puede suponer la exposición a determinados riesgos para su salud o comprometer proyectos futuros de vida. La realidad es que la mayoría de los chicos y chicas realizan esa transición desde la infancia a la edad adulta de una forma positiva y sin grandes problemas. Aun así es mucha la literatura que estudia la adolescencia como una etapa de cambio crítico en el inicio de conductas de riesgo para el consumo de drogas, como muestran los trabajos de Espada, Méndez Griffin y Botvin (2003).

Los hábitos de salud, en concreto los relacionados con las adicciones, son un fenómeno cambiante. Vivimos en una sociedad de consumo propio de políticas neoliberales y esto queda reflejado en los hábitos de los jóvenes. Las nuevas tecnologías están haciendo que se acorten las distancias entre los países y, por tanto, las formas de ocio se están generalizando y homogeneizando. Como señala Bermúdez (2004), las instancias tradicionales de control social (familia, escuela, iglesia) han dejado de ser eficaces y, por otra parte, hay una marcada desconfianza en los gobiernos, lo que favorece la normalización de determinados hábitos y estilos de relaciones sociales. De ahí que el consumo de alcohol en un contexto recreativo o el de cannabis y/o tabaco en situaciones sociales sean vistos como algo normal por parte de los jóvenes, asumiendo que probablemente la familia no lo apruebe pero defendiendo que ese comportamiento entra dentro de la privacidad personal y es una decisión que sólo le atañe a él o a ella. A esto le unimos que en el contexto

actual prima el disfrute de lo inmediato, el egoísmo y el refuerzo inmediato. En este sentido, el consumo de drogas entre los jóvenes ha evolucionado en los últimos años hacia una normalización social, en formato de policonsumo, acercando a la mujer a los patrones masculinos y concentrándose principalmente en el uso recreativo-social ligado a actividades de ocio nocturnas en la calle.

En lo referente a las consecuencias del consumo de drogas en el proceso madurativo del adolescente, son muchos los autores que han investigado sobre este tema. Pons y Berjano (1999) relacionan el consumo de tóxicos en la adolescencia con problemas en el crecimiento y el desarrollo psíquico y social del joven. Por su parte, Baumrind y Moselle (1985) relacionaron el consumo habitual de drogas en adolescentes con la dificultad para el normal desarrollo afectivo, creando una interferencia en la formación de su identidad personal y social, con repercusiones negativas en la construcción de su proyecto de futuro. Newcomb (1987) indica que el consumo en la adolescencia modifica el “normal” tránsito de los jóvenes a la edad adulta, acelerando dicho proceso de transición, lo que conlleva a afrontar situaciones sociales sin la formación o las estrategias necesarias para su normal resolución. Esta circunstancia coloca al joven en dificultades a la hora del normal desempeño de los roles sociales.

2.1.4.1 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN JUVENIL (COCAÍNA)

El periodo entre los 17 y los 25 años de edad es en el que se dan varios hitos importantes en relación al consumo de droga, que afectarán a la evolución de los consumos (figura 9), desde que se inician hasta que se consolidan como hábito. En este rango de edad se empiezan a instaurar determinados estilos de vida y son frecuentes los ritos de iniciación, donde el consumo de drogas puede estar presente.

Asimismo, es un intervalo de edad donde se empieza a dar un salto cualitativo en relación al aumento de la autonomía personal y se exploran y frecuentan espacios recreativos en los que la presencia de drogas es muy alta. La exposición a situaciones de riesgo relacionados con la accesibilidad, la presión para

el consumo, la imitación o simples patrones de ocio donde determinadas drogas tengan un peso específico importante hacen que aumente considerablemente la probabilidad de consumir algún tipo de sustancia.

La OMS detectó en un estudio de las pautas mundiales y regionales de mortalidad entre la juventud (10 a 24 años) que los accidentes de tránsito, las complicaciones del embarazo y el parto, el suicidio, el VIH/SIDA y la tuberculosis son las principales causas de mortalidad. Entre las recomendaciones de la OMS para la promoción de comportamientos sin riesgos, mejorar la salud y prevenir las defunciones entre los jóvenes están la de hacer cumplir estrictamente la legislación sobre la conducción bajo la influencia del alcohol, la de limitar el nivel de alcoholemia en sangre en menos de 0.05 g/dl en el caso de conductores jóvenes o noveles y la de velar por que los jóvenes reciban la formación apropiada en materia de aptitudes para la vida y disminuyendo el consumo de alcohol en la juventud (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Este rango de edad, además, se corresponde con un momento crítico en la socialización de los chicos y chicas. La socialización entendida como “el proceso por el cual los individuos aprenden los modos de actuar y de pensar de su entorno, los interiorizan integrándolos en su personalidad y llegan a ser miembros de grupos donde adquieren un estatus específico” (Aebi, 2003, p. 2). La convivencia pacífica pasa por el respeto a unas normas básicas de convivencia que la sociedad intenta transmitir a sus nuevos miembros.

En México, y en específico Veracruz la forma en que se ve el consumo suele tener una perspectiva de aceptación o rechazo a las llamadas ilegales, por ejemplo, las bebidas alcohólicas por los eventos efectuados en las ciudades como los carnavales o fiestas patronales en cierta forma se venden en cualquier esquina o lugar, las propagandas son expuesta y existen una fuera de publicidades entre las empresas que proporcionan estos productos. Mientras que las drogas ilegales gozan de poca aceptación, aunque también son distribuidas en fiestas privadas ya sea por su dificultad para conseguirlas.

En la encuesta general de adicciones creada por el CONADIC (Comisión Nacional contra las Adicciones) aplicado en el 2011 arroja información relevante, no disminuyo ni aumento de manera significativa el porcentaje de consumo en personas de 17 a 65 años. Como objetivo principal de la elaboración de la encuesta es el de estimar las prevalencias del uso y abuso de tabaco, alcohol y drogas, tanto médicas como no médicas, así como evaluar las tendencias de su consumo, en la población adolescente de entre 12 y 17 años de edad y en la población adulta de entre 18 y 65 años. Además, la encuesta busca conocer los factores asociados a la utilización de estas sustancias, así como las necesidades de atención y el uso de servicios relacionados con el abuso de las mismas.

La ENA 2011 es una encuesta de hogares con representatividad nacional y para ocho regiones del país, en la que se encuentran representadas poblaciones rurales-con un número de habitantes menor o igual a 2,500-, urbanas –aquéllas con un número de habitantes entre 2,500 y 99,999- y metropolitanas con 100 mil habitantes o más.

En la ENA 2011, al igual que en la ENA 2008, las localidades en donde más de la mitad de la población de 5 años en adelante hablaba solo alguna lengua indígena fueron excluidas. La adopción de este criterio se fundamenta en que el tema de las adicciones es considerado como sensible por lo que no es conveniente el uso de intérpretes o informantes sustitutos para la obtención de la información. Por lo cual trata de ver de manera específica que zona es la que tienen mayor incidencia, especificando que la región donde se encuentra Veracruz es la de centro sur, compartiendo con Oaxaca, Guerrero y Michoacán dicho rubro.

Los resultados obtenidos por la ENA 2011 permiten:

- Estimar la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas (médicas y no médicas) en la población de 12 a 65 años.
- Identificar las regiones geográficas en las que la población tiene mayor riesgo de consumir drogas.

- Evaluar la relación entre los factores de riesgo ambientales, interpersonales, familiares y personales con la experimentación, uso habitual y uso problemático de drogas, alcohol y tabaco.
- Desarrollar y evaluar modelos de predicción de consumo de drogas, alcohol y tabaco, con objeto de incidir en la creación e implementación de programas de prevención.
- Retroalimentar a los sectores de salud y educativos, con objeto de desarrollar y fortalecer medidas preventivas sobre el uso y abuso de drogas, alcohol y tabaco. Diseñar nuevas líneas de investigación en el campo del abuso de sustancias.
- Conocer la relación que existe entre uso de drogas, comportamiento antisocial, violencia y salud mental.

Los resultados fueron los siguientes:

Prevalencia nacional

La tendencia al crecimiento que se observó entre 2002 y 2008 parece haberse detenido en los siguientes tres años de 2008 a 2011, no se observan cambios significativos en la proporción de personas que reportan consumo de cualquier droga en el último año; el consumo de drogas ilegales es muy similar en las dos mediciones. Tampoco se aprecian diferencias en el consumo por tipo de droga. La marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo y representa el 80% del consumo total de drogas. La cocaína sigue apareciendo en segundo lugar con un usuario de cocaína por cada 2.4 usuarios de marihuana. Uno de cada cinco usuarios de cocaína la consume en forma de piedra o crack.

Edad de inicio

La edad promedio para el inicio en el consumo de drogas disminuyó entre 2002 y 2008, en las mujeres pasó de 23.6 años a 20.1 años; en tanto que en los hombres pasó de 19.8 años a 18.3 años. En cuanto a los resultados de la presente encuesta, la edad de inicio se mantiene estable, en 20 años para las mujeres y 18

años en los hombres. Este dato concuerda con el inicio de los estudios superiores es decir se acercan a los 18 años los cuales el estudiante entra a la universidad.

Tendencias en las regiones norte, centro y sur del país:

En ambas mediciones la Región Norte tiene las prevalencias más altas, le sigue la Región Centro y es la Región Sur la que continúa teniendo las cifras más bajas de consumo. Por cada usuario en las Regiones Centro y Sur del país hay 1.6 y 2.3 usuarios, respectivamente, en la Región Norte. En las tres regiones, la marihuana es la droga de preferencia.

En cuanto a la cocaína, los datos muestran una tendencia que se observa desde 2002: El mayor índice de consumo de esta droga se da en la Región Sur en comparación con la Región Centro y, aunque se mantiene en los límites de los intervalos de confianza de las estimaciones, esta tendencia debe mantenerse bajo vigilancia. Asimismo, la diferencia entre el consumo de marihuana y cocaína en la Región Sur, es menor de la que se observa en otras regiones, con un usuario de cocaína por cada 1.2 usuarios de marihuana, mientras que la media nacional es de 1 por cada 2.4.

En relación a la comparación entre la información arrojada en el 2008 con relación a la 2011 arrojó que el consumo de cocaína en la población total registra decrementos que no alcanzan a ser significativos, tanto en los hombres como en las mujeres. En las mujeres, el consumo de esta droga se mantuvo estable. Por otro lado, el consumo de crack, de inhalables, de heroína y de estimulantes de tipo anfetamínico, se mantuvo estable.

Cabe mencionar que extrajo la información del ENA 2011 ya que aún no han publicado los resultados el ENA 2016, el cual tenía previsto ser publicada en el primer semestre del 2017, atrasándose de manera significativa.

Prevalencia de consumo en adultos jóvenes:

En el grupo de 18 a 34 años es en donde se encuentran las prevalencias más altas de consumo, sin incremento estadísticamente significativo con relación al 2008. La marihuana y la cocaína son las drogas de mayor consumo, con 2.4 usuarios de marihuana por cada uno que reporta haber consumido cocaína en el año previo al estudio. El consumo de otras drogas, es cuatro veces inferior al reportado para cocaína.

Al analizarlo según sexo, los hombres presentan la prevalencia más alta para el consumo de cualquier droga, con un incremento estadísticamente significativo de 2008 a 2011. En las mujeres de este grupo de edad, el consumo de cualquier droga se mantuvo bajo y estable.

Uso de servicios de ayuda a personas dependientes al consumo de droga.

Los datos muestran que casi una de cada 5 personas con dependencia a drogas en el último año, ha asistido a tratamiento. El rezago es mayor para las mujeres, con 2.2 hombres con dependencia que ha recibido ayuda por cada mujer.

Una tercera parte ha recibido tratamiento completo y un 22% ha recibido tratamiento parcial.

En relación al tipo de profesionista con el que han asistido a tratamiento, entre los hombres destacan los grupos de autoayuda o ayuda mutua, seguidos los psiquiatras y por los psicólogos. En total, la proporción que ha recibido tratamiento de un profesionista es superior a la población que sólo ha participado en grupos de autoayuda o ayuda mutua.

Y como conclusión los datos muestran la necesidad de reforzar las acciones desarrolladas para reducir la demanda de drogas, si bien el consumo en general se ha estabilizado, es importante ampliar la política de prevención y tratamiento y dirigir más acciones hacia la población adulta joven.

2.4.1.2 SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y CONSUMO DE DROGAS

El nivel socioeconómico familiar es un factor que la literatura ha relacionado con factores de riesgo estructurales para el consumo de drogas. Una situación de

privación económica importante, el hacinamiento o el chabolismo, la residencia en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con porcentajes altos de delincuencia y marginalidad... está relacionado con el consumo de drogas (Muñoz-Rivas, Graña, & Cruzado, 2000). Aunque la pobreza por sí sola es insuficiente para explicar el consumo de drogas. Es necesario que se den otros factores de riesgo para que se dé el consumo (Becoña, 2002). En este sentido, la hipótesis de la madre trabajadora (Gennetian, 2005) indica que los menores recursos económicos que normalmente caracterizan a estos hogares reducen el tiempo disponible por el progenitor residente para ejercer el adecuado control y la comunicación con los hijos. Esta circunstancia se convierte en un factor de vulnerabilidad frente a las presiones de los iguales para el consumo de drogas y un estilo de toma de decisiones sin el consentimiento paterno/materno que favorece la aparición de conductas de riesgos en los jóvenes.

En los estudios realizados, en plena “crisis de la heroína”, el nivel socioeconómico familiar, el estatus y el poder adquisitivo fueron identificados como factores de riesgo para el consumo de drogas.

Estudios actuales describen un escenario socioeconómico distinto, las drogas han dejado de ser un producto dirigido a población en situación de exclusión social, asociado a delincuencia y transgresión de las normas. De hecho, la mayor parte de los inicios en el consumo de drogas, principalmente jóvenes, se da en un contexto social de normalidad. La mayor parte del consumo de drogas está centrado en motivaciones dirigidas a la satisfacción personal, la perfección y el rendimiento, el disfrute ligado al ocio, la evasión, y todo esto enmarcado en un valor social dominado por el consumismo (Fundación Atenea, 2013).

La crisis económica actual se ha constituido en un elemento central en la percepción tanto del presente como del futuro. El paro y los problemas económicos ocupan los primeros puestos en la valoración de los principales problema de México (CIS, 2015). A pesar de este marco contextual económico negativo, los consumos de drogas por parte de los jóvenes en algunas sustancias se han estabilizado al alza como es el caso de cannabis y el alcohol, mientras que el tabaco se ha

estabilizado a la baja. Otras sustancias como el éxtasis, el MDMA, la ketamina, anfetaminas, etc. tienen índices de prevalencia de consumo bajos y sin tendencias al alza, sino más bien descendente (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2011; Plan Nacional Sobre Drogas, 2015).

En un estudio de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2014) se hace una descripción psicosocial de los jóvenes consumidores de drogas, confirmando que el consumo de drogas se ha normalizado y que afecta a todas las clases sociales. En algunos casos tiene más incidencia en las clases media y media-alta: Es el caso del tabaco, donde el 45.8% de los consumidores es de clase media-alta; este porcentaje en el alcohol es del 65%, en el cannabis es del 20% y en el caso de las anfetaminas no hay datos en clases bajas. Los datos de este estudio también ofrecen tendencias a la baja en los consumos de drogas, con una presencia mínima en sustancias como la cocaína, anfetaminas o alucinógenos.

Los consumos son más prevalentes en niveles socioeconómicos elevados (Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción, 2014).

A la vista de los datos de consumo de drogas y su relación con el contexto socioeconómico actual, parece que factores como las relaciones con los padres, una actitud permisiva o favorable hacia las mismas, estilos educativos inconsistentes, falta de límites en las normas o la búsqueda de sensaciones puede explicar mejor el consumo de drogas en los jóvenes.

2.2. MODELOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y CONSUMO DE DROGAS EN LOS JÓVENES

2.2.1 CONCEPTO Y TIPOS DE FAMILIA

La relevancia de la familia como núcleo socializador es indiscutible, aunque su diversidad, pluralidad y dinamismo dificultan su definición.

Musitu, Estévez y Jiménez (2010) hacen una revisión de las definiciones de familia en la que muestran cómo ha evolucionado la propia definición de familia a lo largo del tiempo. Desde Lévi-Strauss en 1946 a otros autores como Giddens (1991),

Fernández de Haro (1997), Goode (1964), se han formulado definiciones de familia en las que han aparecido una serie de características como:

- Grupo social con vínculos que lo une en lo afectivo, económico, religioso.
- Grupo de personas ligadas por nexos de parentescos, donde los adultos asumen la responsabilidad del cuidado de los hijos.
- Institución social formalmente desarrollada en todas las sociedades.
- Las responsabilidades de los miembros están implícitas en los roles que desempeñan cada uno.
- La familia cumple funciones sociales relacionadas con la economía y la educación.
- La familia es un grupo que supone un gran poder de recompensa para el individuo.

Pero estas características no reflejan de una forma adecuada la dinámica familiar en nuestra sociedad actual, ya que la familia como grupo ha evolucionado, estableciendo nuevas estructuras, nuevos roles y nuevas normas que afectan directamente al estilo de relación, funciones de los miembros, etc.

En general, la familia asume unas funciones básicas y universales que derivan del ámbito biológico y se integran en los niveles cultural y social. Abarcan también funciones que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades económicas, constituyéndose en una unidad cooperativa que se encarga de la supervivencia, el cuidado y la educación de los hijos (Musitu, et al, 2010). Pero la familia también implica interacción entre sus miembros, en la que intervienen el afecto, el amor, los sentimientos, el apego, los lazos consanguíneos y el apoyo emocional. Todo esto, a su vez, está influenciado por la cultura, que moldea estas variables dando formas familiares diferentes en función del lugar en el que nos encontremos.

El tipo de familia predominante en nuestra sociedad occidental es la familia conyugal o nuclear, que consta del marido, la esposa y los hijos no adultos; conforme los hijos van creciendo, alcanzan la mayoría de edad y comienzan a ser económicamente autosuficiente abandonan la familia para formar las suyas propias. La familia se vuelve a reducir a la pareja conyugal, aunque también es posible que los progenitores de los cónyuges se incorporen al hogar (Musitu, et al, 2010).

A continuación aparecen las formas de familia más habituales en la actualidad (Musitu & Cava, 2001):

- Familia nuclear: Formada por los dos cónyuges unidos en matrimonio y sus hijos.
- Cohabitación: Convivencia de una pareja unida por lazo afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio. Se domina también “pareja de hecho”. En ocasiones, este modelo de convivencia se plantea como una etapa de transición al matrimonio.
- Hogares unipersonales: Compuestos por una sola persona, normalmente jóvenes solteros, adultos separados o divorciados y ancianos viudos.
- Familia monoparentales: Constituida por un padre o una madre que no vive en pareja (casada o que cohabita), con al menos un hijo menor de dieciocho años.
- Familias reconstituidas: Familia que, tras una separación, divorcio o muerte del cónyuge, se rehace con el padre o la madre que tienen a su cargo los hijos y el nuevo cónyuge.
- Familias homoparentales: Son familias en la que una pareja de mujeres o de hombres se convierten en progenitores de los hijos.

La sociedad evoluciona y con ella la familia. En el continente americano existen varias similitudes en el estilo de crianza siendo una norma que los hijos se separan de los padres para formar su propia familia, pero en la actualidad las parejas retrasan la decisión de abandonar la familia de origen y de contraer matrimonio. La dificultad para emanciparse económicamente, la inestabilidad

laboral, el deseo de mantener la carrera profesional y la incorporación de la mujer al mercado laboral aparecen en la literatura como los principales indicadores de los cambios en las familias latinas.

2.2.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA

La importancia de la familia en relación a la educación tiene que ver con lo que aporta a sus componentes y lo que significa para ellos. Montoro (2004) propone algunas funciones claves de la familia:

- Regula la conducta sexual por medio de una serie de normas.
- Garantiza la reproducción de la especie.
- Interviene en el control y regulación de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas.
- Funciona como control de la educación de los hijos.
- Satisface las necesidades de afecto a través de las relaciones de apego entre sus miembros.

Para el normal desarrollo de sus miembros, la familia debe proveer de recursos económicos para cubrir las necesidades básicas y para satisfacer las necesidades derivadas de la sociedad del bienestar social. Aunque las sociedades occidentales colaboran en funciones de provisión de recursos para temas relacionados con la educación, la salud y el bienestar de las personas dependientes, la familia es la principal fuente de recursos para el consumo, con lo que esto supone en el posicionamiento social, o para hacer frente a sucesos vitales como el desempleo o el mantenimiento y cuidados de personas dependientes.

Otra función tiene que ver con el afecto y el apoyo. La familia “mantiene la unidad familiar como grupo específico dentro del mundo social, genera en sus integrantes un sentido de pertenencia y proporciona un sentimiento de seguridad, contribuye a desarrollar en sus miembros una personalidad eficaz y una adecuada adaptación social promoviendo la autoestima y la autoconfianza, permite la expresión libre de sentimientos y establece mecanismos de los hijos a través de las prácticas educativas utilizadas por los padres” (Musitu, et al, 2010, p. 22).

La socialización es otra de las funciones importantes de la familia. Por medio de ella los miembros de la misma aprenden las normas de la sociedad a la que pertenecen, adaptan sus conductas y conformar los valores claves de dicha sociedad. La familia es un instrumento muy eficaz para la transmisión de los elementos sociales y culturales claves para el grupo social dominante.

2.2.3 CONTROL DE LOS PADRES: AUTONOMÍA VERSUS CONTROL.

La relación de los padres con los hijos en la adolescencia está marcada por la gestión de los cambios en cuanto al nivel de autonomía y responsabilidades personales de los adolescentes. En la adolescencia los padres tienen un papel muy importante de control sobre los hijos. Es un momento en el desarrollo de los adolescentes en el que comienzan a aumentar su autonomía personal y en el que las relaciones familiares se van transformando paulatinamente hasta que se produce la emancipación total. De un reconocimiento por parte de los hijos de la autoridad de los padres se va pasando a una relación de poder más equilibrada: La autonomía y el deseo de reconocimiento por parte de los adolescentes van transformando las relaciones intrafamiliares (Musitu, et al, 2010). En este proceso de formación de la identidad personal como adulto es importante que los padres acompañen de manera adecuada, ya que esta transición puede ser problemática si esa construcción de la personalidad entra en conflicto con las creencias y valores

de los padres. Los adolescentes no sólo construyen su identidad como persona sino que necesitan el reconocimiento de los padres y la aprobación de los cambios.

Jackson, Cicognani y Charman (1996) han analizado el proceso de adquisición de la autonomía personal de los adolescentes con la existencia de desacuerdos entre padres e hijos, situando el conflicto en la pretensión por parte de los hijos de tener un mayor grado de autonomía del que los padres consideran que deben tener. Según estos autores existen dos tipos principales de desacuerdos:

- Cuando los padres esperan mayor autonomía o responsabilidad por parte de los hijos, como por ejemplo en el mantenimiento y cumplimiento de las responsabilidades personales.
- Cuando los padres estiman que el nivel de autonomía de los hijos es mayor de lo que debería ser, por considerar que determinadas decisiones son tan importantes que deben tener el consenso familiar, como por ejemplo las salidas nocturnas, los amigos o la elección de los estudios.

Jackson y colaboradores también han descrito la forma de manejar los conflictos de los padres dependiendo del grado de control que ejercen sobre los hijos.

Grado de autonomía	Estrategias de manejo del conflicto
Poca autonomía	Imposición: Los padres imponen las decisiones utilizando un estilo autoritario de liderazgo.
Alguna autonomía	Negociación: Los padres negocian con los hijos las decisiones.
Total autonomía	Libertad: Los padres opinan y pueden criticar las decisiones de los hijos, pero les conceden total libertad de actuación

Desde esta perspectiva, el conflicto entre padres e hijos se debe a la reacción de los adolescentes al percibir su libertad amenazada por los padres, en un momento de su desarrollo evolutivo en el que van aumentando su autonomía

personal. Durante la adolescencia los jóvenes otorgan más valor a las decisiones personales y esto en ocasiones choca con la visión de los padres. Si esto es así es probable que surja el conflicto.

2.2.4 MODELOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

2.2.4.1 MODELO CIRCUMPLEJO (OLSON, 2000)

El modelo circumplejo, su origen, los conceptos básicos y sus dimensiones se basan en la teoría de sistemas. Se trata de una representación gráfica de lo que Olson (1982) denomina Mapa de Pareja y Familia. Este modelo ilustra los cambios por los que las familias pasan a lo largo de su historia evolutiva y en reacción a la exposición cotidiana a las distintas fuentes de estrés.

El Modelo de Sistemas Circumplejo matrimonial y familiar se desarrolló inicialmente con objeto de cerrar la brecha que existía entre la investigación, la teoría y la práctica (Olson, Russell & Sprenkle, 1989). Este modelo es particularmente útil como herramienta de "diagnóstico relacional", porque se centra en el sistema de relaciones e integra tres dimensiones que repetidamente han sido considerados muy relevantes en una variedad de modelos de la teoría de la familia y los enfoques de terapia familiar en los años 90 (Beavers & Hampson, 1990; Epstein & Bishop, 1993; Walsh, 1998). La cohesión familiar, la flexibilidad y la comunicación, las tres dimensiones del Modelo de Olson, surgen de una agrupación conceptual de más de 50 conceptos desarrollados para describir la dinámica de pareja y familia. El modelo está específicamente diseñado para la investigación de la familia, la evaluación clínica, la planificación del tratamiento y la eficacia, resultado de la terapia marital y familiar.

En las décadas de los 80 y 90 un número importante de terapeutas y teóricos del ámbito familiar se centraban de forma independiente sobre las variables relacionadas con la cohesión, flexibilidad y las dimensiones de comunicación. El

trabajo acumulado de investigación e intervención en las familias constituye una fuente de evidencia científica de suma importancia, que pone de manifiesto la relevancia que tienen estas variables para la comprensión y el tratamiento de los sistemas matrimoniales y familiares.

El modelo circumplejo de Olson se compone de tres conceptos clave para la comprensión del funcionamiento de la familia: La cohesión, la flexibilidad y la comunicación.

La cohesión se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos hacia otros. Dentro del modelo circumplejo, algunos de los conceptos o variables específicas que se utilizan para diagnosticar y medir la dimensión de la cohesión familiar son vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación. La cohesión proporciona información sobre el equilibrio familiar entre la unión y la separación.

Hay cinco niveles de cohesión que van desde desconectados a demasiado conectados. Dentro de ellos, hay tres niveles equilibrados y dos niveles desequilibrados, donde los tres niveles centrales o equilibrados de cohesión (un poco conectados, conectados y muy conectados) hacen referencia a un funcionamiento óptimo de la familia, mientras que los extremos o niveles desequilibrados (desacoplados o enredados) son generalmente vistos como problemáticos para las relaciones a largo plazo.

En zona equilibrada del modelo de cohesión las familias son capaces de encontrar el equilibrio, la moderación, tanto en la separación como en la unión. Los individuos pueden estar tanto independientes como conectados con sus familias. Las parejas y las familias con problemas relacionales a menudo están en uno de los extremos (demasiada separación o demasiada unión). Cuando los niveles de cohesión son muy altos (sistemas enredados), hay demasiado consenso/cercanía emocional, lo que provoca muy poca independencia dentro del seno familiar. En el

otro extremo (sistemas desvinculados), cada miembro de la familia "hace lo suyo", con limitado apego o compromiso con su familia.

Los sistemas familiares equilibrados tienden a ser más funcionales a través del ciclo de vida. Más específicamente, una relación algo conectada tiene alguna separación emocional, pero no es tan extrema como el sistema de desacoplamiento.

Pasan tiempos juntos, se toman algunas decisiones conjuntas y se dan cierto grado de apoyo mutuo. Las actividades e intereses se dan generalmente de forma separada, pero otras se comparten. Se trata de un tipo de relación que se caracteriza por un alto grado de equilibrio entre la conexión y la separación. Una relación muy conectada tiene la cercanía emocional y la lealtad a la relación. Se da mucho énfasis a la unión: Estar juntos es más importante que estar a solas. No sólo hay amigos separados, sino también amigos compartidos por la pareja. Los intereses comunes son comunes con algunas actividades separadas.

Los niveles desequilibrados de cohesión se encuentran en los extremos desconectado o enredado. Una relación desconectada a menudo conlleva una separación emocional extrema. Hay poca participación entre los miembros de la familia y una gran separación e independencia personal. Las personas a menudo hacen lo suyo, separadas en el tiempo y en el espacio. Asimismo, predominan los intereses personales a los colectivos y los miembros no son capaces de ayudarse mutuamente. En una relación de enredados, hay una cantidad extrema de cercanía emocional y la lealtad se exige. Los individuos son muy dependientes y se reactivan los unos a los otros. Hay una falta de separación personal y se permite muy poco espacio privado. La energía de los individuos se centra casi exclusivamente en el interior de la familia y hay pocos amigos o intereses individuales fuera de ella.

La flexibilidad se define como la calidad, expresión de liderazgo, organización, relación de rol, reglas de las relaciones y negociaciones. La flexibilidad hace referencia a cómo las familias son capaces de mantenerse en equilibrio,

adaptándose a los cambios propios de su desarrollo evolutivo. Los cinco niveles de rango van desde la inflexibilidad (rígido) hasta el caótico/excesivamente flexible.

Al igual que con la cohesión, la hipótesis principal es que los niveles centrales de flexibilidad equilibrada son mejores para un buen funcionamiento familiar, mientras que sus extremos (rígidos y caóticos) son más disfuncionales para el normal desarrollo de las familias.

Básicamente, la flexibilidad se centra en el cambio de liderazgo, roles y reglas de la familia. La aplicación temprana de la teoría de sistemas a las familias hizo hincapié en la rigidez de la familia y su tendencia a mantener el statu quo. Esto fue cambiando posteriormente, pasando a ganar peso la importancia del potencial para el cambio y la flexibilidad de los sistemas que realizó Olson (2000). Las familias necesitan tanto la estabilidad como el cambio: Son sistemas que evolucionan. La capacidad de cambiar es una de las características que distinguen a las familias funcionales de las disfuncionales.

Los sistemas familiares equilibrados en la dimensión flexibilidad son capaces de gestionar tanto la estabilidad y el cambio. Una relación algo flexible tiende a tener características de liderazgo democrático, contemplan las negociaciones, incluyendo los niños. Los roles son estables, con intercambio de papel, y las reglas se hacen cumplir con firmeza, con pocos cambios: Hay pocos cambios en las reglas, que se cumplen firmemente. En una relación flexible hay un liderazgo igualitario con un enfoque democrático en la toma de decisiones: Las negociaciones están abiertas e incluyen activamente a los niños, los roles están compartidos y el cambio es fluido cuando es necesario; las reglas pueden ser cambiadas y son apropiadas a la edad. Una relación muy flexible tiene una tendencia hacia el cambio frecuente en el liderazgo y roles: Las reglas son demasiado flexibles y cambiantes.

Las familias desequilibradas tienden a estar en el extremo de la dimensión con un exceso de estabilidad (rígido) o de demasiado cambio (caótico). En una relación rígida, el responsable de estar a cargo de la dinámica familiar es muy controlador/a: No negocia, impone la mayoría de las decisiones, los roles están estrictamente definidos y las reglas no cambian.

Una relación caótica tiene un liderazgo errático o limitado: Las decisiones se toman por impulsos y no hay espacio para la reflexión; los roles son poco claros y, a menudo, cambian de persona a persona.

La comunicación es la tercera dimensión en el modelo circuplejo. Se considera una dimensión de facilitación: Un elemento crítico para facilitar a las familias el cambio en sus niveles de cohesión y flexibilidad. El uso de las habilidades de comunicación positiva permite a las familias alterar sus niveles de cohesión y flexibilidad para satisfacer las demandas evolutivas de cambio. Debido a que es una dimensión de facilitación, la comunicación no se incluyó gráficamente en el modelo junto con la cohesión y la flexibilidad

La comunicación familiar se mide al considerar a la familia como un grupo con respecto a sus habilidades de escucha, expresión oral, auto-revelación, claridad, seguimiento de la continuidad, respeto y consideración. Las habilidades auditivas incluyen la empatía y la escucha activa. La habilidad del habla incluye hablar por uno mismo y no hablar por otros. La auto-revelación se refiere a compartir sentimientos acerca de uno mismo y la relación. El seguimiento se refiere a la capacidad de mantener el tema de comunicación, mientras que el respeto y la consideración se refieren a los aspectos afectivos de la comunicación. Varios estudios de investigación de la comunicación y las habilidades de resolución de problemas, en parejas y familias, han encontrado que los sistemas en equilibrio en cohesión y flexibilidad tienden a tener muy buena comunicación, mientras que los sistemas desequilibrados en estas dimensiones tienden a tener una mala comunicación.

Las hipótesis de este modelo:

1. Parejas y familias de tipo equilibrado en general funcionan más adecuadamente a través del ciclo de vida familiar que los tipos no equilibrados. Una cuestión importante en el modelo circuplejo se refiere al concepto de equilibrio. Los

individuos y los sistemas familiares necesitan equilibrar su separación-uni3n para lograr un nivel 3ptimo de cohesi3n. Asimismo, necesita equilibrar su nivel de estabilidad frente a cambios en la flexibilidad para lograr un funcionamiento 3ptimo. A pesar de que un sistema familiar equilibrado pueda estar en los tres niveles centrales del modelo, estas familias no siempre funcionan de manera "moderada". El equilibrio significa que un sistema familiar puede estar, en un momento dado, en los extremos de la dimensi3n debido al impacto de estresores, que pueden ser tanto internos como externos, pero puede volver a zonas moderadas e intermedias tras los ajustes adecuados.

Asimismo, las parejas y las familias de la zona equilibrada de la dimensi3n cohesi3n permiten a sus miembros la experiencia de ser tanto independientes como dependientes de su familia. En flexibilidad, el equilibrio significa mantener un cierto nivel de estabilidad en el sistema con apertura cuando sea necesario. Los extremos de estas dos dimensiones se pueden dar en ciertas etapas del ciclo de vida o cuando una familia est3 bajo estr3s, pero lo que puede ser problem3tico es quedarse atrapados en ellos.

2. Habilidades de comunicaci3n positivas permitir3n tipos equilibrados de parejas/familias, al poder facilitar los cambios en sus niveles de cohesi3n y flexibilidad. En general, las habilidades de comunicaci3n positivas son vistas como una herramienta de ayuda a los sistemas familiares, ya que facilitan y mantienen el equilibrio entre las dos dimensiones. Por el contrario, la falta de comunicaci3n impide el normal movimiento en la dimensi3n y se corre el riesgo de mantenerse en los extremos.

3. Las parejas/familias que pueden modificar sus niveles de cohesi3n y/o flexibilidad para afrontar de manera efectiva el estr3s y los cambios producidos por el normal desarrollo evolutivo de la vida familiar tendr3n un funcionamiento 3ptimo. Esta hip3tesis se refiere a la capacidad de la familia frente al cambio, el afrontamiento al

estrés y/o la capacidad para acomodar los cambios en el desarrollo y las expectativas de sus miembros. El modelo circunplejo es dinámico en cuanto que supone que las familias pueden cambiar los niveles de cohesión y flexibilidad y, por tanto, el tipo de sistema de la familia. Por este motivo, el cambio es beneficioso para el mantenimiento y la mejora tanto de la pareja como de la familia. Cuando las necesidades o preferencias de uno de los miembros cambian, el sistema debe responder de manera adecuada.

En resumen, los niveles equilibrados de cohesión y flexibilidad son más propicios para el funcionamiento familiar saludable. Y, a la inversa, niveles desequilibrados de flexibilidad y cohesión (niveles muy bajos o muy altos) están asociados con un funcionamiento familiar problemático. El modelo de Olson encuentra apoyo en trabajos que muestran que una buena cohesión y flexibilidad en las dinámicas familiares correlacionan con “familias sanas” (Thomas y Olson, 1993). Mientras que en otro estudio, Thomas y Lewis (1999) confirmaron que la cohesión, flexibilidad y comunicación eran tres factores claros en la predicción del funcionamiento familiar.

2.2.4.2 MODELO GENERAL DE ADAPTACIÓN FAMILIAR AL ESTRÉS (MUSITU, 2001)

La familia es un sistema dinámico que está expuesto a múltiples situaciones propias del normal desarrollo de la vida. Esta circunstancia obliga a la familia a tener que adaptarse continuamente a las nuevas exigencias o situaciones. “Las tensiones que afronta la familia son, por tanto, numerosas, complejas y variadas y van desde las tensiones derivadas del exceso de trabajo que acompaña la paternidad hasta la ruptura del matrimonio o el incremento de los problemas de salud de los matrimonios de edad avanzada”.

Numerosos estudios sobre estrés familiar distinguen entre las situaciones estresantes y la percepción de estrés. Es decir, se distingue entre la situación misma (como puede ser la aparición de una enfermedad grave que afecte a algún miembro)

y el hecho de que la familia perciba esa situación como un momento difícil pero del que se saldrá adelante, o bien como una situación que desborda sus capacidades y que probablemente no superarán. Pero, además, no sólo es importante la aparición de un estresor más o menos fuerte (ya sea interno o externo) sino que también es importante el afrontamiento que los miembros de la familia ponen en marcha ante el mismo: Desde negar el problema y dejarlo evolucionar sin intentar resolverlo hasta poner en marcha una estrategia concreta de resolución. Este modelo pretende ser un instrumento que ayude a comprender por qué existen familias que son capaces de afrontar determinados estresores con éxito sufriendo alteraciones mínimas en la dinámica familiar y cómo, por el contrario, existen otras en las que cualquier elemento estresante puede convertirse en un grave problema que probablemente lleve a sus miembros a padecer problemas emocionales o de adaptación social.

En la revisión de Musitu (2006) se distinguen dos tipos de estresores: Los normativos y los no normativos. Los normativos son aquellos que ocurren a la mayor parte de las familias en un momento concreto de su ciclo vital. Por ejemplo, las familias con hijos tienen mayor número de estresores relacionados con las tareas domésticas, problemas de salud de los hijos y problemas de conducta de los hijos; las familias con hijos adolescentes suelen tener numerosos conflictos con sus hijos como consecuencia de sus deseos de autonomía e independencia. Este tipo de estresores esperados están tipificados y, en consecuencia, forman parte de la cultura, porque, aunque se trate de situaciones nuevas para la familia, suelen estar presentes en ese entorno cultural, pueden haber pasado previamente por otros familiares o amigos o, simplemente, asumimos que es algo que nos puede pasar.

Las situaciones estresantes no normativas son aquellas que no tienen por qué ocurrir en todas las familias y tampoco a una determinada edad.

Son situaciones inesperadas, de aparición abrupta y con la suficiente importancia como para provocar cambios en el funcionamiento familiar. Algunos ejemplos de este tipo de sucesos son la aparición de algún familiar con problemas

de drogodependencias, el abandono de la familia de algún miembro o una muerte prematura.

Otro elemento importante en la aparición de un estresor es la duración del mismo. Un evento de corta duración puede provocar problemas familiares pero es más probable que la familia sea capaz de afrontarlo sin agotar sus recursos. Circunstancia que no ocurre cuando el estresor aparece y se cronifica, lo que puede originar problemas graves en el funcionamiento de la unidad familiar e incluso provocar problemas de salud en los miembros.

Pero, ¿qué es lo que define a una situación como estresante?: “Lo decisivo, y lo que define a una situación como estresante, es el hecho de que se trata de un suceso que obliga a introducir algún tipo de cambio o reestructuración en el funcionamiento familiar”. El elemento clave es el modo en que la familia maneja este acontecimiento, su percepción de la situación y la forma en que es capaz de adaptarse y de incorporar a su funcionamiento los cambios que cada nueva situación requiere” (Musitu, 2006, p .212).

La adolescencia, por una parte, y el consumo de drogas, por otra, son dos circunstancias vitales que provocan cambios en las dinámicas familiares. Muchas de las estrategias de prevención del consumo de drogas se centran en el entorno familiar, evaluando los sistemas familiares para implantar estrategias de afrontamiento que prevengan conductas problemáticas, entre ellas, el consumo de drogas. Además, estas fuentes de estrés suelen coexistir con otras, como problemas de tipo laboral, económicos, intrafamiliares, enfermedades, fallecimientos, etc. (McCubbin, Patterson y Lavee, 1983).

El modelo general de adaptación de Musitu (2006) descansa sobre una sólida base documental procedente de la investigación en el ámbito de la familia, como el modelo circumplejo de Olson (Olson, 2000; Thomas, & Olson, 1993) y el modelo de estrés familiar de McCubbin y Thompson (1987), que aportan el análisis

de la adaptación y el ajuste de la familia a las situaciones de estrés, donde intervienen de una forma importante los recursos familiares, las habilidades de afrontamiento, las estrategias de solución de problemas, la percepción de gravedad del estresor y el ajuste familiar. Asimismo, el modelo de Musitu (2006) se apoya en el modelo de bienestar psicosocial de Lin y Ensel (1989), que destaca la importancia de la potenciación de los recursos personales y sociales como una forma adaptativa de mejorar el bienestar de las personas.

Este modelo explica las diferentes consecuencias que los estresores pueden tener en los sistemas familiares y permite tener información sobre los factores que pueden contribuir a mejorar el afrontamiento y el ajuste familiar a la hora de transitar por los vaivenes del ciclo vital. A continuación se va a hacer un análisis de los mismos.

El tipo de estresor y su posible acumulación.

Determinados acontecimientos vitales tienen la capacidad de generar desajustes en el seno familiar, obligando a ésta a hacer adaptaciones. Estos eventos vitales pueden Figura 15. Modelo de Adaptación Familiar al Estrés (Musitu, 2006, p. 220) constituirse en fuentes de estrés o problemas de mayor o menor gravedad en función de la capacidad que tenga la familia para afrontarlos adecuadamente. El ajuste psicosocial de los adolescentes puede convertirse en una fuente de estrés si durante el mismo aparecen comportamientos problemáticos como el consumo de drogas, conductas delictivas, conductas disruptivas. Este modelo, como herramienta de evaluación intervención, proporciona información valiosa tanto para los técnicos que trabajan en el ámbito comunitario como para la familia, para descubrir la fuente de estrés y poder programar intervenciones específicas que mejoren la capacidad de afrontamiento de la familia a dichas fuentes de estrés.

El sistema familiar y su capacidad para potenciar u obstruir el desarrollo de sus miembros. La familia como grupo de socialización es un grupo dinámico que

evoluciona con el tiempo y acorde a la evolución de sus miembros y al contexto social al que pertenece. El modelo de Musitu, et al. (2001) está diseñado desde una perspectiva ecológica y contempla la interconexión de la familia con su entorno, tanto como grupo como individualmente. Los principales recursos con los que cuenta la familia son la forma de funcionar y la comunicación. Cuando el sistema de funcionamiento familiar es satisfactorio (flexible) y la vinculación emocional entre los miembros y la comunicación es positiva y abierta, la familia como grupo y sus miembros a nivel individual son capaces de hacer frente a los acontecimientos estresantes, cambiando sus estructuras familiares en función de las demandas.

El modelo de Musitu, et al. (2001) proporciona cuatro tipos de familia:

- Tipo I. Familias potenciadoras: Son familias que tienen un funcionamiento y comunicación satisfactorios.
- Tipo II y III. Familias parcialmente potenciadoras: Las tipos II son familias con escasa flexibilidad y vinculación familiar, aunque la comunicación entre sus integrantes es positiva y sin graves problemas.
- Tipo III. Familias con una adecuada flexibilidad y vinculación emocional, pero con una comunicación familiar deficiente.
- Tipo IV. Familias obstructoras: Tienen bajos recursos familiares, una escasa vinculación y flexibilidad familiar, así como una comunicación problemática.

Desde este modelo, las familias tipo IV son las que tienen más dificultades para afrontar las situaciones estresantes, más vulnerables y con mayor probabilidad de que sus miembros tengan desajustes psicosociales.

Asimismo, es probable que sean más sensibles a percibir niveles de estrés mayores con respecto a los otros tipos de familias.

La percepción de estrés que tienen los integrantes de la familia.

Este factor hace referencia a la interpretación más o menos amenazante de los eventos vitales. En este sentido, es probable que las familias con funcionamiento deficiente o con pobres niveles de comunicación tengan mayor percepción de

estrés. Asimismo, en este tipo de familia es más probable que los recursos sean también más escasos, puesto que existe una importante relación entre funcionamiento y comunicación familiar y recursos familiares.

Se da la circunstancia de que la percepción de escasez de recursos se convierte a su vez en una fuente de estrés.

Los recursos personales y sociales de los distintos miembros de la familia.

En relación a los recursos, las familias potenciadoras son aquellas que tienen un funcionamiento y comunicación adecuados. Perciben menos estrés familiar y favorecen el desarrollo psicosocial de sus miembros. Los recursos que contempla este modelo son: La autoestima, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social. Estos recursos están relacionados entre sí y con las dinámicas familiares. De hecho, se conjugan en el funcionamiento familiar: “Es a partir de la interacción con las personas significativas de su entorno, entre éstas la familia, como la persona va desarrollando una imagen de sí misma. Así, por ejemplo, aquellos niños y adolescentes que perciben una consideración favorable de sus padres, que tienen un vínculo seguro con ellos y que participan en una dinámica familiar que se caracteriza por el afecto, el razonamiento y la negociación de la normas familiares interiorizan también una imagen de sí mismos como personas valiosas” (Musitu, et al., 2001, p.100).

Por estrategias de afrontamiento familiar este modelo entiende las estrategias cognitivas y comportamentales de resolución de problemas que el sistema familiar utiliza en situaciones problemáticas. En este sentido, la cooperación y la integración familiar son valoradas por Musitu (2001) como recursos ante los eventos vitales. Por último, en relación al apoyo social, hay que situarlo tanto en el seno de la familia como en el entorno próximo a los miembros del núcleo familiar. El apoyo, asimismo, puede ser informacional, emocional, a metas, aceptación y autonomía. En el caso de los adolescentes es importante percibir el apoyo de los distintos miembros de la familia. En este sentido, “Los adolescentes que perciben más apoyo familiar también expresan mayor autoestima familiar” (Musitu, et al. 2004, p.100).

2.3 TERAPIA FAMILIAR

La Terapia Familiar aparece como una modalidad de intervención a finales de los años 50's con familias de esquizofrénicos y en cierta forma desafía a muchas de las conceptualizaciones tradicionales sobre el tratamiento de diversas problemáticas.

La terapia familiar aborda a la familia como un grupo de relaciones más que como un grupo de individuos. En este sentido describe más lo que ocurre entre las personas y no dentro de éstas. Hace énfasis en cuestiones observables como patrones de interacción familiar, secuencias repetidas, mensajes digitales y analógicos de la comunicación, cercanía o lejanía de los miembros entre otras cosas. Generalmente trabaja con objetivos que pueden o no ser explícitos y es de corta duración en comparación con otros modelos de abordaje.

No toda la terapia familiar se practica de igual forma, aunque parte de ideas similares, cada autor le ha impregnado un estilo personal. Se enumeran algunos puntos teóricos que han sido de utilidad para trabajar con las familias de los adictos:

1. Énfasis en la jerarquía. La familia no es un grupo de iguales. Hay quienes toman decisiones y se encargan de los otros. Generalmente los padres de los hijos (Minuchin, 1995, Haley, 1988).

2. Existen secuencias relacionales alrededor de cada pauta de comportamiento. La terapia consiste en identificar estas pautas por parte del terapeuta y modificar las relaciones cambiando componentes, tiempos de la interacción o distancias entre los miembros.

3. Se piensa en organizaciones tríadicas como unidad mínima relacional y se centra en el presente (Madanés, 1984).

4. Es importante tomar en cuenta el ciclo vital en que la familia se encuentra y buscar que los miembros respondan a las exigencias del contexto social en el cuál se desenvuelven (Haley, 1991).

5. El tratamiento tiene objetivos: Resolver el problema por el que se interviene antes que otros problemas ya sean observados por el terapeuta o reportados por la familia. 6. Las familias pueden oponerse al cambio de la misma forma en que pretenden ser diferentes. Los terapeutas pueden apoyar la parte de la estabilidad buscando incrementar la fuerza que impulsa al cambio (Selvini Palazzoli y otros, 1988). Sin compartir el marco teórico, pero con una actitud bastante similar operan los grupos de familia Al-Anon, cuando insisten en que la mejor manera de ayudar es no ayudar.

2.3.1 Terapia familiar y resultados de tratamiento en adicciones.

La terapia familiar ha hecho incursiones en el tratamiento de los adictos y por supuesto, sus familias. El seguimiento de casos sigue siendo una forma de saber si la manera en que estamos interviniendo arroja resultados positivos. De esta forma, Maurizio Coletti habla de una mejoría del 65.38% en contraste con un 26.92% sin cambios después del tratamiento en familias abordadas con un modelo estructural. Un 76.92% de mejoría contra un 19.23% con un modelo de contrapareadoja.

Guillermo Bernal (1993) reportó que la terapia familiar obtiene un 90% de mejoría en caso de abuso de drogas con un modelo de Terapia Contextual y que los resultados dependen de las posibilidades de la expresión emocional del conflicto, del sobre-envolvimiento de algún familiar o de comentarios negativos sobre el miembro sintomático.

Ramírez Villaseñor (1989) reportó un 60% de mejoría en casos tratados de manera estratégico estructural en un ambiente penitenciario donde el éxito del tratamiento dependió del número de participantes de la familia, el número de sesiones (entre 3 y 11) y quién determinaba la terminación del tratamiento (institución o terapeuta).

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque metodológico utilizado en este estudio es de tipo cualitativo (Sampieri, 2008) porque en base a los programas o encuestas emitidas y en análisis. Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones, que son las que se están ocupando en esta investigación.

De acuerdo al enfoque de investigación: El trabajo de investigación presenta un enfoque descriptivo. Enfoque cuantitativo – descriptivo, el estudio descriptivo identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos, descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación. De acuerdo con los objetivos planteados, el investigador señala el tipo de descripción que se propone a realizar. Los estudios descriptivos acuden a técnicas específicas en la recolección de información, como la observación, las encuestas y los cuestionarios.

Por el nivel de conocimientos que se adquieren, el estudio descriptivo se ajusta al tipo de investigación a desarrollar, “Mediante este método que utiliza el análisis, se logra caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalar sus características y propiedades más relevantes”, se logra describir el experimental, orientado a descubrir los factores causales que producen o afectan la ocurrencia de un fenómeno como lo es el caso de consumo de drogas en jóvenes universitarios.

3.2 ANÁLISIS DE ESTUDIO

Cuando se lleva a cabo una investigación dirigida a comprobar si una determinada intervención produce algún efecto, el diseño de investigación ideal es un diseño experimental en el que una muestra representativa de la población, a la que se pretende generalizar los datos, es asignada de forma aleatoria a las distintas condiciones de tratamiento y control, se aplica la intervención en el grupo de tratamiento, se comparan los resultados obtenidos en este grupo con el que no fue objeto de ninguna intervención y se comprueba si las diferencias encontradas tienen significación estadística, pero existe un problema en el plantear una investigación experimental que es el tener el control total de nuestros sujetos de estudio y estar en constantes dilemas, ya que la persona que es drogodependiente es una persona enferma que necesita ayuda, y si no son capaces de aceptar su condición sería nula la atención o respuesta de los diferentes encuestas aplicadas en él, ya que no aceptan que sea una enfermedad, sino algo que suelen hacer y que les provoca una relajación o salida a sus problemas cotidianos. Cook y Campbell (1979) citan varios problemas que surgen a la hora de realizar un diseño de este tipo fuera del contexto de laboratorio. Entre los problemas citados se encuentra la necesidad de decidir qué unidad, entre las existentes en el contexto natural, se debe escoger para distribuir los casos de la muestra de una forma aleatoria entre la condición de tratamiento y la de control.

El propósito central de la investigación es analizar la posibilidad de obtener la relación entre la funcionalidad de la familia con respecto a la drogodependencia. La importancia de establecer tales relaciones de causa-efecto en el campo de la prevención, según Snow y Tebes (1991), es aumentar el grado de certeza acerca de si la intervención (definida en términos de contenido, tiempo, intensidad, duración y otras dimensiones) tiene probabilidad de reducir la incidencia de comportamiento de seguir consumiendo drogas.

Para inferir relaciones causales es esencial la cuestión del control, para asegurar que los cambios producidos en las variables son debidos a los efectos de la intervención y no a variables extrañas o de confusión. Por lo cual solo se ponen las herramientas necesarias para su análisis, contemplando que esta información aquí planteada pueda servir a próximas investigaciones sobre el tema, convirtiendo esta investigación exploratoria en experimental y correlacional.

3.3 Población objetiva

Adictos de la ciudad de Minatitlán que concurran a la institución educativa: Universidad Veracruzana campus Minatitlán Veracruz.

3.3.1 Universo

Alumnos adictos a la cocaína de la Universidad Veracruz Campus Minatitlán, Veracruz.

3.3.2 Muestra

10 alumnos que concurren a la universidad descrito anteriormente.

3.3.3 Método de selección

No probabilístico, por disponibilidad. El único criterio de exclusión fue la no aceptación a partir del estudio no acordado con el consentimiento.

3.4 Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de dato se utilizaron tres técnicas: entrevista, cuestionario y batería de test. Para poder hacer una visualización más simple de los datos que se fueran a obtener se clasificaron las preguntas y escogieron los test en dichas técnicas en ejes referidos a la temática.

Entrevista, tomada como ejes la percepción de los entrevistados acerca de:

- Su historia del consumo.
- La valoración familiar y su relación al consumo de cocaína.
- La relación afectiva y vincular que ha mantenido los adictos durante su infancia y adolescencia con su familia.

Cuestionario, tomado como ejes la percepción de los entrevistados acerca de:

- La historia del consumo del adicto.
- La composición familiar del adicto.

Test Ambiente familiar.

La escala original consiste de 42 preguntas que han sido validadas en la población de estudiantes de México. El principal interés de esta sección es preguntar sobre cómo es la comunicación, el apoyo y el rechazo que percibe el adolescente en su relación con sus padres. Los indicadores de confiabilidad reportan un Alfa de Cronbach de 0.70 para cada una de las áreas (2 de apoyo, 2 de comunicación y una de rechazo) y las cargas factoriales son superiores a 0.40 en todos los casos. En análisis posteriores de la escala se obtuvo una versión más sencilla con 18 reactivos que tienen cargas factoriales superiores a 0.50 y que muestran correlaciones superiores a 0.80 con las áreas originales que contienen más reactivos. En diversos estudios preliminares se ha mostrado que en la medida en que el ambiente familiar es adecuado, el adolescente tiene más recursos para rechazar el consumir drogas (Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora y Reyes, 1996).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y

CONCLUSIÓN

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se trabajó con 10 estudiantes de la universidad veracruzana campus Minatitlán, Veracruz, con el problema de adicción a la cocaína.

Con respecto al sexo, la mayoría de los entrevistados son hombres:

Sexo	Frecuencia
Masculino	7
Femenino	3
Muestra total	10

Tabla 1

Relacionado a la edad la mayoría oscilan de los 19 a 23 años de edad.

Entrevista: Se realizaron 10 entrevistas. Y mediante los ejes establecidos los resultados son los siguientes:

a) Historia de consumo del adicto:

La mayoría de los entrevistados refieren que comenzaron a la edad de los 18 años, relacionándolo con la entrada a la universidad, establecieron que comenzaron por curiosidad, pero anteriormente ya habían consumido otro tipo de droga, en especial la marihuana.

Se relacionó la influencia de los amigos en algunos casos, tal como las siguientes citas: “Me inicié en la droga porque necesitaba la aprobación de mi grupo de amigos, los que pensé que me iban a querer con ellos siempre” (Hombre 22 años), “Me sentía tan solo, que mis amigos me daban la oportunidad de ser parte de un grupo pero me hicieron consumir la cocaína” (hombre 19 años).

En cuanto a la pregunta sobre la existencia de algún patrón familiar de abuso de sustancia y si se ha consumido alguna vez con la familia la mayoría de los entrevistados respondió que no.

b) Valoración familiar de las drogas y su consumo:

Con respecto a la reacción de la familia al enterarse que son adictos, la mayoría coinciden en que la familia reacciona mal (regaños y amenazas de alguna índole), sufrió mucho, pero están proporcionándole ayuda.

c) Perspectiva del adicto de la relación afectiva y vincular que ha mantenido durante la infancia y adolescencia con su familia:

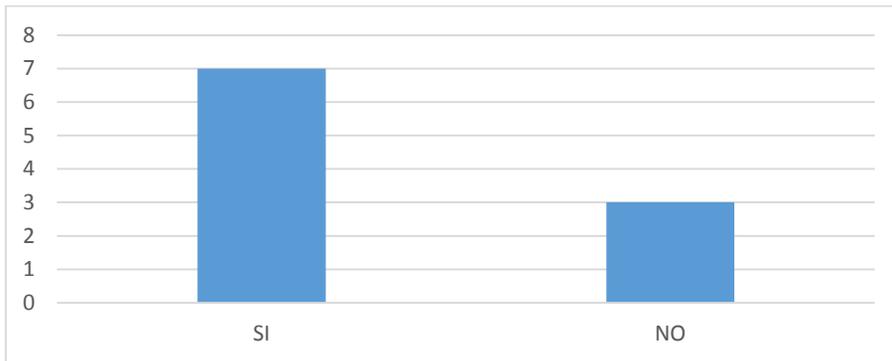
En este eje se le pregunta a los entrevistados como fue para ellos mismos la relación que tuvieron durante la infancia y adolescencia con su familia, la mayoría expresa que la infancia en términos buenos, mientras que la adolescencia muy mala, a excepción de dos entrevistados que expresan una infancia y adolescencia de “sufrimiento”.

“Durante mi infancia estuve con mi papá y era buena la relación, en la adolescencia ya no, con mi mamá estuve solo la niñez, nos abandonó” (mujer 23), “Simplemente tuve una niñez y adolescencia complicada, mis padres se divorciaron” (mujer 21 años), “Mi relación con mis padres fue muy buena, ellos nunca se desprendían de mí, pero me fui alejando, ahora no sé qué es lo que me hizo alejarme” (hombre 23 años).

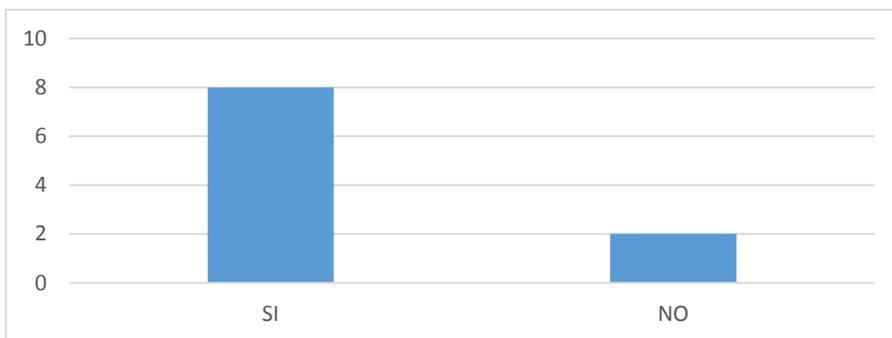
Cuestionario: Se aplicaron 10 cuestionarios. Los cuales se presentan los resultados de acuerdo a los ejes de análisis:

Se hicieron una serie de preguntas, para identificación de ellos mismo con el ser adictos.

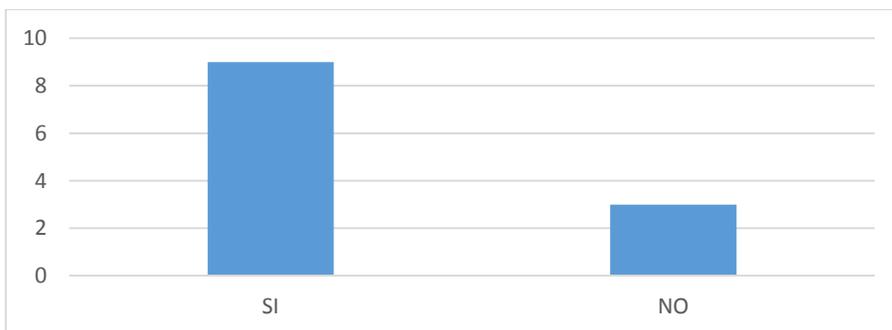
1. ¿Te consideras adicto?



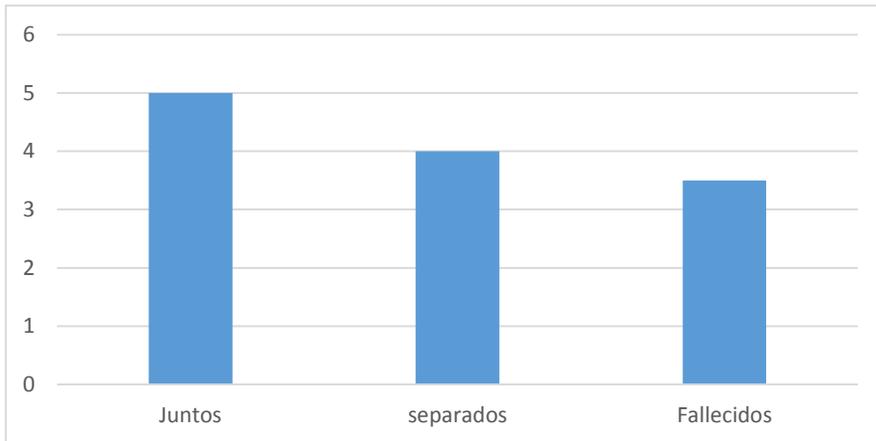
2. ¿Has consumido droga alguna vez con algún familiar?



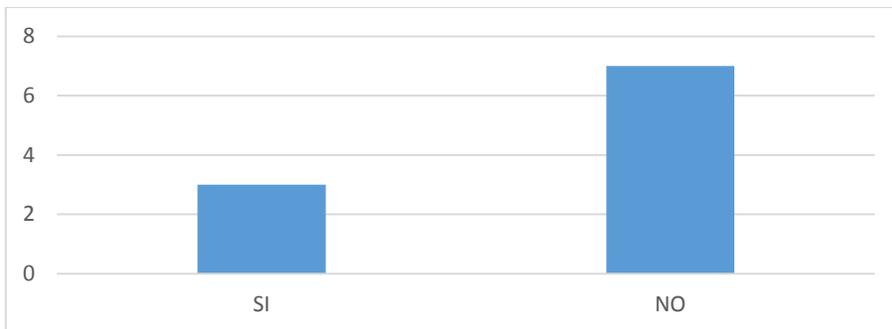
3. ¿Has sido criado por padres biológicos?



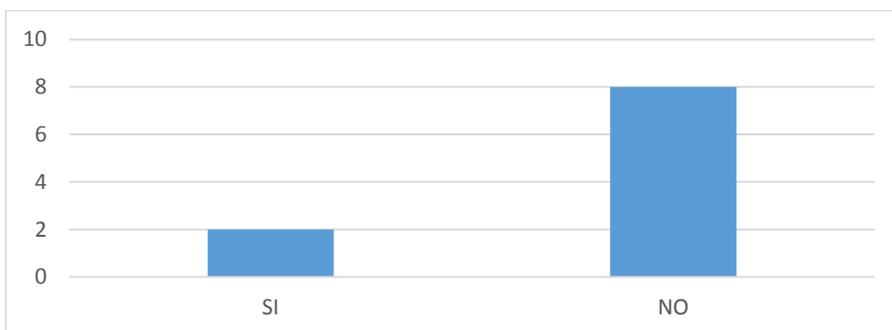
4. ¿Cuál es la relación que llevan tus padres?



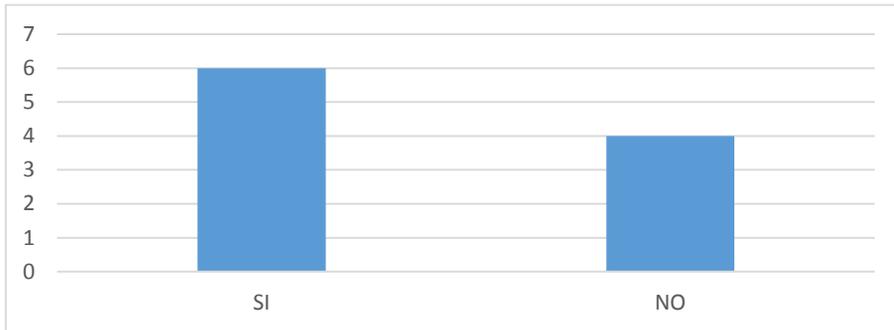
5. ¿Durante tu adolescencia te sentiste comprendido por tu familia?



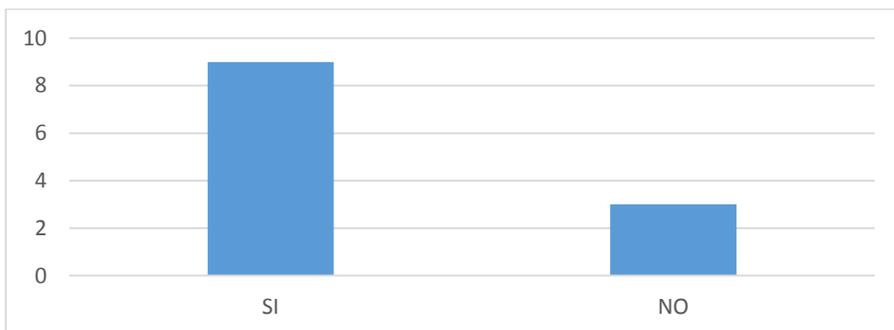
6. ¿Te has sentido abierto y sin restricciones para expresar emociones y sentimientos frente a sus padres?



7. ¿Has sentido la ausencia de sus padres en algún momento significativo de su vida?



8. ¿Hubieras querido que la situación familiar en la que crecieron hubiese sido diferente?



Test de ambiente familiar

Esta escala está conformada por 5 áreas de evaluación del ambiente familiar. En primer lugar:

Área de hostilidad y rechazo con 6 reactivos (incisos a, d, g, i, l, m).

El área de comunicación del hijo con 3 reactivos (b, j, o).

El área de apoyo de los papás con 3 reactivos (k, n, p).

El área de comunicación de los papás con 3 reactivos (c, ñ, q).

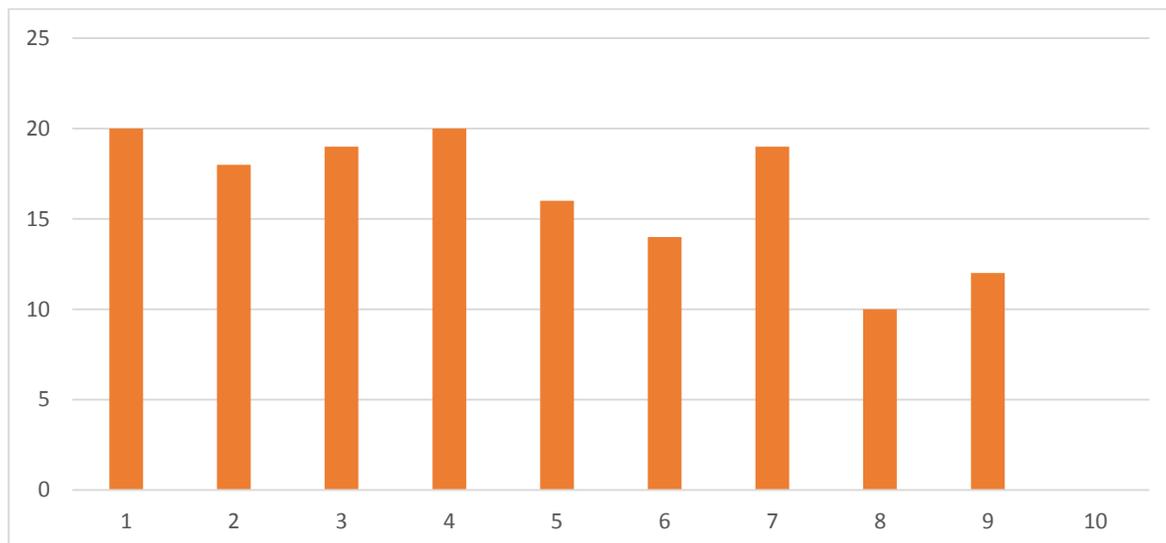
El área de apoyo significativo del hijo con 3 reactivos (e, f, h).

Se espera que a mejor ambiente familiar (mejor comunicación y apoyo y menor hostilidad), se proteja al adolescente del probable consumo de drogas.

Las calificaciones van de 1 a 4 en cada reactivo, siendo en cada caso la puntuación máxima de 24 en algunos reactivos, mientras que la mínima de 3.

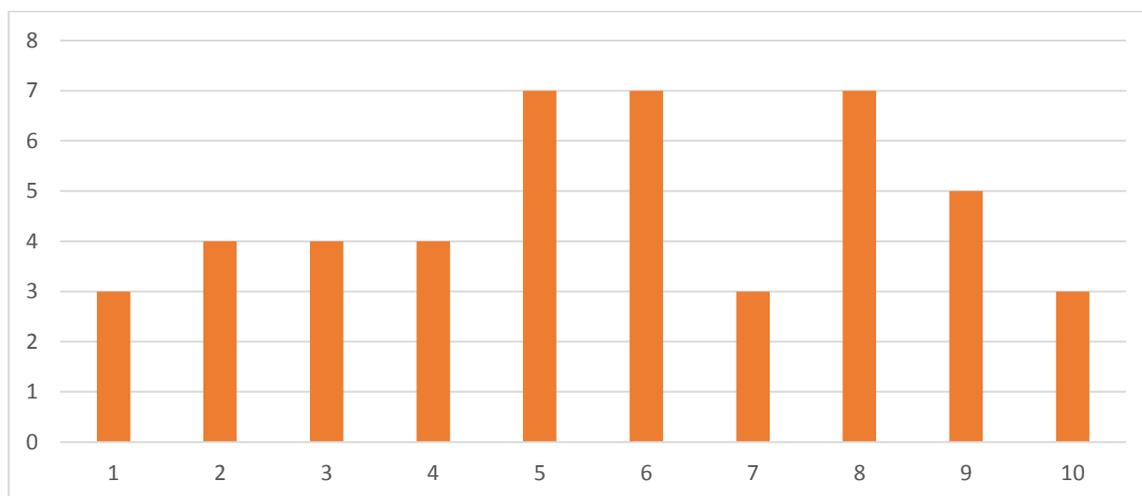
Graficas por áreas

Área de hostilidad y rechazo con 6 reactivos (incisos a, d, g, i, l, m).



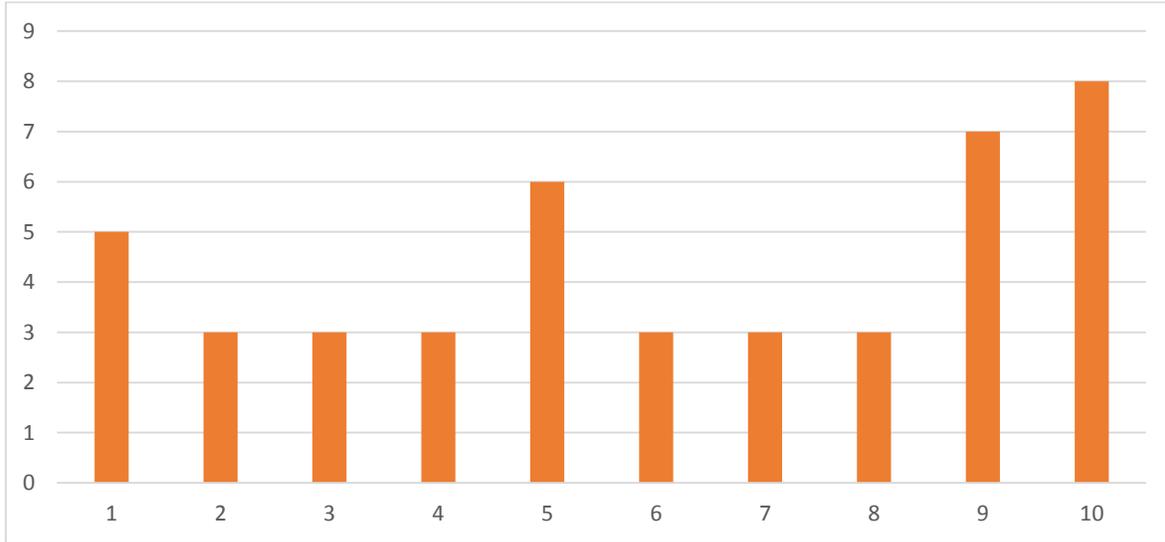
Existe un alto grado de hostilidad y rechazo hacia los padres.

El área de comunicación del hijo con 3 reactivos (b, j, o).



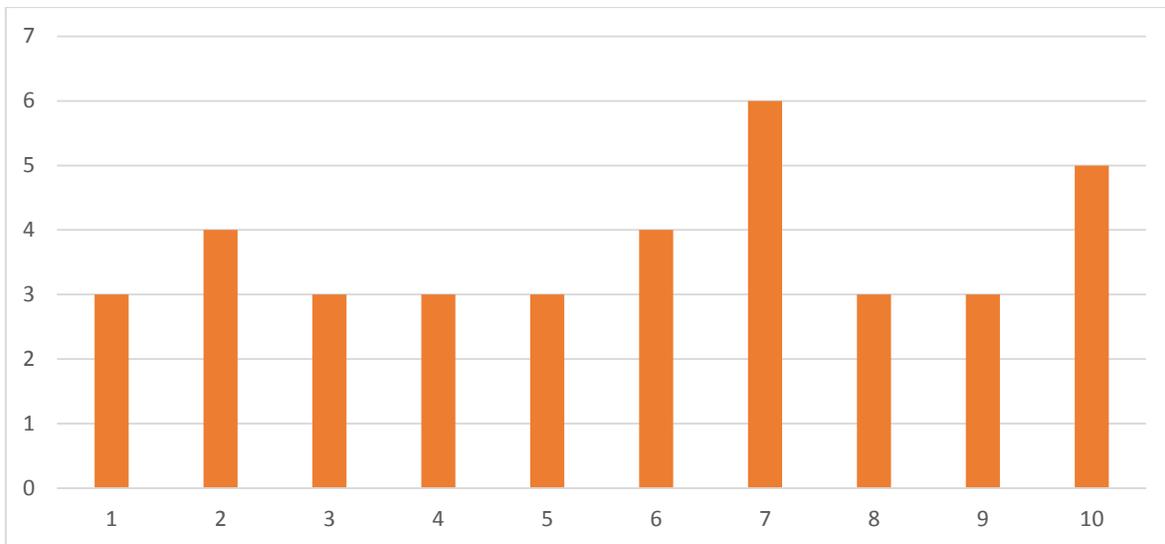
En la mayoría una nula comunicación entre padres e hijos.

El área de apoyo de los papás con 3 reactivos (k, n, p).



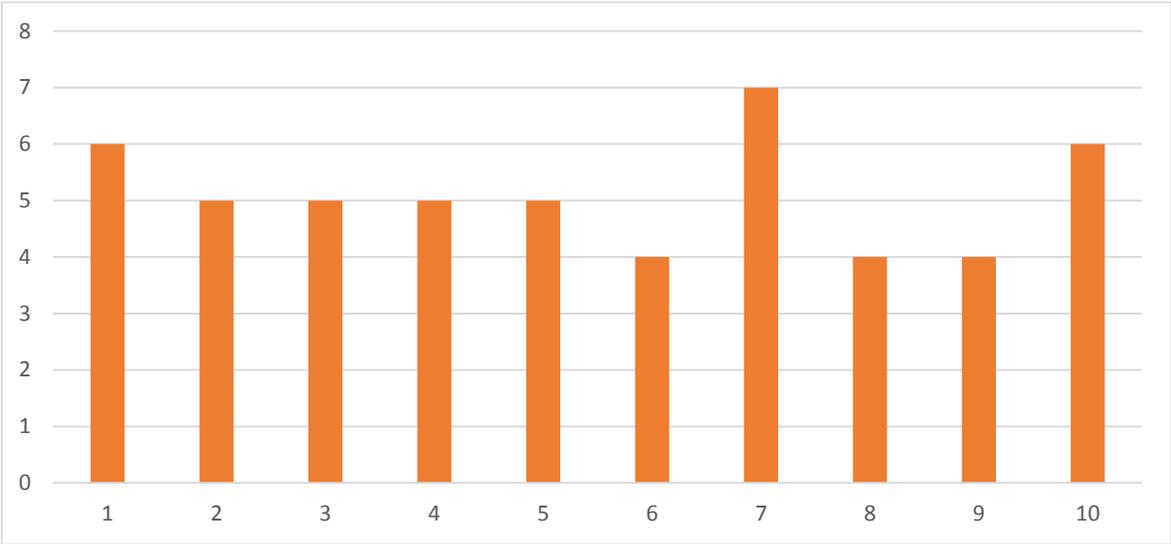
No sienten una conexión de ayuda, incluso dicen que el tratarlos no es ayudarlos, no es lo primordial.

El área de comunicación de los papás con 3 reactivos (c, ñ, q).



Lo padres no refieren sus preocupaciones de manera ordenada, no se entabla una conversación asertiva, alguna de las partes siempre es agresivo o muy pasivo a la situación familiar.

El área de apoyo significativo del hijo con 3 reactivos (e, f, h).



CONCLUSIÓN

El presente trabajo se ha centrado en el análisis del funcionamiento familiar, en su restructuración desde la perspectiva de lograr una mejor comunicación y convencia familiar con el fin de disminuir el consumo de drogas (cocaína) y con esto estamos proponiendo una prevención primaria, secundaria y terciaria, evitar antes, durante esta etapa que ya en la prevención secundaria estuvieras hablando de una adicción a sustancia psicoactiva.

Como es descripción y respuesta al objetivo específico donde se habla de los hábitos de consumo de los jóvenes universitarios.

El primer análisis realizado es un estudio descriptivo de sus hábitos de consumo. Nos hemos ceñido a las drogas, legales e ilegales, más frecuentemente consumidas por la juventud. La idea era no sesgar la respuesta sobre otros tipos de sustancias que no son las más populares entre ellos. Al explorar el consumo de drogas, una de las primeras conclusiones obtenidas es que los resultados hallados en este estudio muestran consumos más bajos en todas las sustancias comparándolas con estudios realizados de INEGI y por la CONADIC sobre Drogas.

- Cocaína, alucinógenos y drogas de síntesis: Estas sustancias arrojan prevalencias de consumo muy bajas, 1.3% (cocaína), 1.1% (alucinógenos) y 1.2% (drogas de síntesis).

En cuanto al sexo y su relación con el consumo de drogas:

- Cannabis, cocaína, alucinógenos y drogas de síntesis: En estas sustancias no se han encontrado diferencias en relación al sexo.

Frecuencia de consumo (consumo en los últimos 30 días):

- Cocaína, alucinógenos y drogas de síntesis: Han dado prevalencias muy bajas y no han aportado diferencias en cuanto a frecuencia.

Los datos sobre comportamientos delictivos que arrojan nuestro estudio sitúan el porcentaje de jóvenes que no ha cometido conductas delictivas en el

35.3%. Del 64.7% restante, las más frecuentes han sido: Pintar o dañar las paredes del instituto (14%), robar objetos de valor o dinero a desconocidos (12.2%), conducir sin carnet (7%), pegar a alguien en el instituto (5.9%), ofender o insultar a la policía (4.6%) o falsificar la firma de los padres (4%). Estos datos son similares a los obtenidos por Musitu.

Con respecto a analizar cómo el funcionamiento de la familia se relaciona con el consumo de drogas en los adolescentes. De este objetivo se deriva la primera de las hipótesis de trabajo: Un adecuado funcionamiento familiar se relaciona negativamente con el consumo de drogas.

Los resultados obtenidos indican que, a medida que la cohesión (percibida) familiar aumenta (aumento de la vinculación emocional, los límites, las coaliciones, el tiempo y los espacios compartidos, los amigos, la toma de decisiones conjuntas, los intereses comunes), hay un menor consumo de drogas y menos conductas delictivas. Estos datos coinciden con los obtenidos por los estudios de Musitu, Buelga y Lila, 286 (2004) y Nuez, Lila y Musitu (2002). En este sentido, la vinculación entre los miembros de las familias las convierte en más funcionales.

Jiménez, Musitu y Murgui (2008) obtienen resultados similares en un estudio que relaciona el papel mediador de la autoestima en la relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de sustancias en adolescentes. Los datos de este estudio indican que las características del funcionamiento familiar son un factor predictivo del consumo de drogas en la adolescencia. Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Musitu y Varela (2010) también encuentran resultados similares en un estudio en el que concluyen que el funcionamiento familiar se relaciona con el consumo de alcohol de forma indirecta.

Para estos autores “El consumo de alcohol, cocaína y marihuana está relacionado con el funcionamiento familiar, el apoyo de familiares y amigos y con el ajuste escolar (...) el consumo excesivo y frecuente es el que se relacionaría con un pobre funcionamiento familiar”.

Muñoz y Graña (2001) encuentran resultados en la misma línea, estableciendo la cohesión familiar como una variable que explica la emisión de conductas de riesgo para el consumo de drogas; es decir, a medida que la implicación de los hijos en la dinámica familiar aumenta, menor es la probabilidad de consumo de drogas.

Por su parte, Robertson, David, y Rao (2004) también relacionan el buen funcionamiento familiar, en este caso medido a través de las relaciones familiares basadas en la expresión de afecto y cariño entre padres e hijos, el apoyo por parte de los padres y una crianza eficiente, con menos consumo de drogas.

Otros estudios que apoyan estos resultados son los de Adalbjarnardottir y Hafdteinsson (2001) y los de Berjano y Pons (1997), que encontraron que las familias con pautas educativas adecuadas, con buena comunicación, con disciplina en el ámbito familiar y estilos parentales afectivos basados en el apoyo mejoran las habilidades personales de afrontamiento frente a fuentes de estrés externas, lo que se puede considerar como un factor de protección frente al consumo de drogas y las conductas delictivas.

Asimismo, autores como Peñafiel (2009); Martínez, Fuentes, Ramos & Hernández (2003); Martínez-González & Robles-Lozano (2001) y Muñoz-Rivas & Graña (2001) también encontraron que familias con relaciones afectivas negativas (ausencia de lazos familiares, rechazo de los padres hacia el hijo, escasez de tareas compartidas...), que son propias de familias con un funcionamiento disfuncional, con bajos niveles de cohesión, se relacionan con mayor consumo de drogas y otras conductas problemáticas. En este sentido, el Instituto Nacional de Drogas de Abuso Norteamericano (NIDA) propone estrategias familiares para prevenir el abuso de drogas en jóvenes, que consisten en mejorar los vínculos entre padres e hijos, incrementar la participación activa de los padres en la vida de los hijos y establecer unos límites claros y una disciplina aplicada de manera consistente.

La otra dimensión, la adaptabilidad, ha dado resultados distintos. Se ha relacionado positivamente con las conductas delictivas. En este caso, se ha ajustado al planteamiento de Olson (2000): Según este autor, niveles excesivamente altos de adaptabilidad pueden conformar un sistema familiar caótico, donde no estén claras las normas de funcionamiento, ni los roles, ni la organización de las tareas, ni los límites, lo que puede llevar a los jóvenes a afrontar más situaciones de riesgo para el consumo de drogas y para las conductas delictivas. En este sentido McLanahan y Percheski (2008), Kuntsche y Huending (2006) y Marcil-Gratton (2000) afirman que un control excesivo por parte de los padres o inconsistencias en las pautas educativas se constituyen como factores de riesgo para el consumo de drogas. Estos estilos educativos provocan una reacción en los hijos de rechazo a los mismos, que pueden incitar al acercamiento a estilos de vida no saludables, incluso como acto de rebeldía o como consecuencia de activarse una actitud de reactancia psicológica. Para Jiménez (2006), esto sucede cuando cualquier orden o mandato (en este caso, por parte de los padres) es percibido como una amenaza a la libertad personal, lo que puede provocar una activación emocional que puede llevar a oponerse a dicha orden. Esta resistencia a obedecer la autoridad de los padres, en ocasiones, puede convertirse en una conducta desafiante contraria a los deseos de éstos. Este estilo de relación dialéctica se retroalimenta y se refuerza mutuamente, ya que la resistencia de los hijos no deja de ser un ejercicio de poder que se confronta al poder de los padres (Jiménez, 2006).

En muchos casos con el agravante de que ese tipo de relación familiar disfuncional no provee a los jóvenes de las habilidades necesarias para afrontar con éxito dichas situaciones de riesgo, en parte, porque la familia deja de ser un referente fiable en el que aprender estrategias de afrontamiento adecuadas.

Más estudios que están en la línea de estos resultados son los de Muñoz y Graña (2001), que establecen que un estilo educativo inconsistente, marcado por la inestabilidad en el control o seguimiento familiar, baja implicación de los padres o la ausencia de proyectos de vida, hace de la disciplina familiar un factor predictor de conductas problemáticas en los adolescentes. Sancho (2002) también encuentra

factores de riesgo para los problemas de conducta de los jóvenes en determinados estilos desadaptativos de relaciones familiares, como el de la sobreprotección, el déficit en la comunicación, la dificultad para fijar los límites, la permisividad o la rigidez excesiva.

Estos estilos provocan dificultades a la hora de interiorizar las normas y facilitan la generalización de las conductas problemáticas a otras situaciones.

Por otra parte, la rigidez en el establecimiento de los límites puede generar un déficit en la capacidad negociadora de los jóvenes, provocando una tendencia a la trasgresión. La labilidad educativa (en este caso, pasar de la permisividad a la prohibición de manera constante, sin criterios objetivos) puede llevar a los jóvenes a una ambigüedad normativa en la que puede ser difícil saber en cada momento qué es lo que se espera de él/ella.

Sobre el ideal de los jóvenes en cuanto al funcionamiento familiar, se han obtenido resultados similares a los de la percepción real de funcionamiento. Lo que implica que, a medida que crece el deseo de vinculación emocional (cohesión) en los jóvenes, disminuye el consumo de drogas y las conductas delictivas. Por lo tanto, las expectativas de una vinculación emocional positiva pueden ser un predictor del ajuste de los jóvenes en relación al consumo de drogas y las conductas delictivas. En cambio, se ha obtenido una relación entre el ideal de adaptación familiar y un mayor número de conductas delictivas: el deseo de mayor flexibilidad familiar por parte de los jóvenes predice un aumento de las conductas delictivas.

Líneas futuras

Derivado de lo anterior, se pueden plantear estudios que contengan factores relacionados con la estructura de la familia, el contexto, las motivaciones y las actitudes personales.

Otra línea futura sería conocer cómo evoluciona la percepción del apoyo social en relación a la edad de los adolescentes. Esto puede ser útil de cara a plantear estrategias para minimizar los riesgos para el consumo de drogas y para las conductas delictivas. Los jóvenes a medida que crecen ganan en autonomía y

los resultados obtenidos informan que esta circunstancia hace que haya más consumo y más conductas delictivas.

Por otra parte, también se podría incluir en el análisis realizado en este trabajo, otras variables del modelo de Musitu y colaboradores (2001), tales como la descripción de los estresores y la inclusión de otros recursos como la autoestima de los adolescentes.

Asimismo, se podría plantear estudiar el apoyo y el funcionamiento familiar en función del género. Y cuando hablamos de género, lo hacemos haciendo referencia a la diversidad del constructo género, para ver su relación con el funcionamiento familiar, la comunicación y la satisfacción con el funcionamiento. Y estudiar la relación de esta diversidad con el ajuste psicosocial de los jóvenes.

Otra línea futura sería estudiar el alcance del consumo de las denominadas “nuevas drogas” (GHB, ketamina, salvia, metanfetamina, mefedrona, legal highs...).

CAPÍTULO V

PROPUESTA

PSICOLÓGICA

Se plantea introducir programas de prevención de las adicciones que van dirigidos a jóvenes, intervenciones específicas de mejora de la comunicación y estrategias de entrenamiento en estilos educativos basados en la mejora de la competencia social de las familias. Asimismo, parece positivo tener en cuenta el

contexto familiar con el objeto de facilitar un clima de cohesión, donde los miembros se puedan expresar libremente y se reduzcan los conflictos y tensiones, de modo que se favorezca el auto concepto del adolescente.

Los principios básicos de la prevención de la Fomentación familiar en jóvenes universitarios:

1. Fomentar la participación de toda la unidad familiar durante todas las etapas del desarrollo del programa.
2. Incidir en la formación de padres y madres sobre los principios de rigen la conducta, con los objetivos de:
 - Reducir los problemas conductuales de sus hijos.
 - Mejorar la relación inter-generacional.
 - Establecer un modelo de convivencia respetuosa.
 - Controlar las actividades de sus hijos durante la adolescencia.
3. Incluir componentes educativos para padres con información específica sobre drogas.
4. Realizar programas dirigidos a padres y madres de estudiantes de todas las edades.
5. Facilitar el acceso de las familias en situación de riesgo a los servicios especializados de orientación y asesoramiento.

Estos principios van de la mano de una aserria psicológica, se plantea ya sea de manera grupal o individual. Se involucra la fase de prevención y asesoramiento ya sea en el ámbito educativo o impartido en los centros de salud.

Siendo las estrategias las siguientes:

- Psicología del adolescente:
 - Desarrollo físico y psicológico del adolescente.

- Desarrollo psicosocial del adolescente: Creencias, actitudes, valores, autoestima, identidad, necesidad de aceptación por los demás, etc.

– Procesos de comunicación humana:

- El mejor clima para la comunicación.
- Situaciones y elementos que la dificultan.
- Características del «buen emisor y receptor».

– Estilos educativos:

- Tipos.
- Características de los padres / madres con estilo democrático.
- Pautas para el establecimiento de límites.
- Problemas para mantener las normas.
- Utilización de la negociación en la familia.

– Información específica sobre drogas:

- Factores sociales de riesgo: Disponibilidad, publicidad e iguales.
- Papel del modelado y del clima familiar – Autonomía y autoestima:
- La autoestima como factor protector.
- Formación de la autoestima y el auto concepto.
- Relación entre autoestima y conductas de riesgo.
- Influencia de los padres en su desarrollo.
- Educar en la responsabilidad y la autonomía.
- Enseñar a aceptar la crítica y los fracasos.
- Realizar las críticas de forma constructiva.
- Elogiar y alabar cuando se producen pequeños logros.

Terapia familiar (con participación del psicólogo).

La creación y modificación de este modelo es con el fin de romper el hielo e introducir a la familia en la experiencia de la terapia con el fin de solucionar el problema de la falta de comunicación, utilizando diferentes procedimientos para cada una de las etapas preventivas, ya sea como proceso psicoeducativo o ya como prevención terciaria, para evitar recaídas.

El modelo propuesto trabaja los siguientes preceptos:

1. Las drogas son un problema familiar y se soluciona reforzando el lazo en la familia.

2. La familia participa en el mantenimiento del problema a través de negar consecuencias, y de insistir en soluciones que han probado que no resuelven el problema.

3. La necesidad de incorporarse a un programa de recuperación (Al-Anon o Familias Anónimas).

4. El establecimiento de límites y consecuencias.

Los objetivos de las intervenciones familiares son:

a. Preparar a la familia para el establecimiento de límites, esto es, cuáles son los cambios que el adicto debe tener una vez que regrese a casa.

b. Así como las consecuencias de no respetarlos incluyendo el consumir sustancias o efectuar conductas no aprobadas por la familia.

c. Aportar información relevante sobre cómo ayudar a otras familias en este proceso, evitando los conceptos o frases como consejo, se va a curar solo si tiene una adicción, no es malo si lo consume poco, etc., etc.

Procedimiento del modelo de terapia familiar

1. Antecedentes: Es el primer contacto con la familia, generalmente se usa para obtener datos sobre el paciente que este pueda ocultar (consumo,

consecuencias, etc.), se les explica el Programa familiar y se le compromete a participar. El adicto y su consumo son el foco de la terapia.

2. Consecuencias. La familia enlista los daños recibidos en todos los niveles, económicos, sociales, emocionales. Se enfatiza la necesidad de hacer un cambio “por el bien de todos”.

3. Resentimientos: Una vez identificadas las consecuencias, se reconocen los sentimientos alrededor de estas. La familia en este momento está muy molesta con el adicto. Un objetivo paralelo es atacar la negación de las consecuencias que la familia ha venido teniendo. Aparece cierta incomodidad con su manera de vivir, quieren cambiar.

A esta altura ellos ya conocen a otras familias (por las multifamiliares) en una posición similar, otras familias que lo han intentado igualmente sin conseguirlo y saben que no están solos.

4. Actitudes Negativas: La familia hace una revisión de los cambios internos que les gustaría tener además de los cambios en el adicto (ser menos sobreprotectores, menos negadores, menos cómplices, etc.).

5. Límites: Esta es la última sesión, la familia le dice al adicto todo lo que sabe de él y ya no quiere ocultar. Además, le señalan las consecuencias de una recaída. Al adicto le impacta mucho esta sesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Araujo, E. D. (2005). La satisfacción familiar y su relación con la agresividad y las estrategias de afrontamiento del estrés en adolescentes de lima metropolitana. *Cultura*, 19, 13-38.
2. Arbex, C. (2013). Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada. Madrid: ADI. Ballester, R., Gil, M.D. y Guirado, M.D. (2000). Behaviours and attitudes related to alcohol consumption in adolescents between 15 and 17 years old. *Annual Modification Conductual*, 26, 855-895.
3. Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Ministerio del Interior.
4. Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 1-5.
5. Becoña, Elisardo. (2002) Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid. Ed. Ministerio del interior. Plan nacional sobre drogas.
6. Berjano, E., & Pons, J. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9(3), 609-617.
7. Bermúdez, J. A. (2004). Los jóvenes y sus hábitos de salud. México: Trillas.
8. Bobes, J., & Calafat, A. (2000). De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis. *Adicciones*, 12 (Suplemento 2), 7-17
9. Espada, J.P., Pereira, J.R. y García-Fernández, J.M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.
10. Estévez, E., Martínez, B., & Musitu, G. (2005). Padres y profesores: Un análisis de su influencia en la configuración de la actitud hacia la autoridad institucional en adolescentes y su comportamiento en la escuela. Congreso Ser Adolescente Hoy, Madrid.
11. Estévez, E., Murgui, S., & Moreno, D. M., G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*, 19(1), 108-113.
12. Font-Mayolas, S., Grass, M.E. y Planes, M. (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 18(4), 337-344.
13. García de Albéniz, X.A., Guerra-Gutiérrez, F., Ortega-Martínez, R., Sánchez-Villegas, A., Martínez-González, M.A. (2004). Consumo de tabaco en titulados universitarios. El proyecto SUM (Seguimiento Universidad de Navarra). *Gac Sanit*, 18, 108-117.

14. Geoffrey, H., Kristin, E. y Faith, K. (2008). Drug use and meanings of risk and pleasure. *Journal of Youth Studies*, 10(1), 73-96.
15. Hernández, M. y Solano, J.C. (2007). Drogodependencias: un enfoque de género y estratificación social. *Inguruak. Revista de Sociología*, 44, 273-289.
16. J. F. Kramer y D. C. Cameron, *Manual sobre la dependencia de las drogas: Compilación basada en informes de grupos de expertos de la OMS y en otras publicaciones de la OMS*, 1975
17. Jiménez-Muro, A., Belmonte, A., Marqueta, A., Gargallo, P. y Nerón de la Puerta, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
18. Lorenzo P, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias. En: Velázquez. *Farmacología*. (Eds. Velasco, Lorenzo, Serrano, Andrés-Trelles). Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. Madrid. pp. 498-519. 1993
19. Moral, M.V. y Ovejero, A. (2005). Análisis diferencial por niveles de edad de las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Interamericana Journal of Psychology*, 39 (3), 325-338.
20. Moral, M.V., Ovejero, A. y Pastor, J. (2004). Modelado familiar y del grupo de iguales sobre la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 81, 33-68.
21. Moral, M.V., Rodríguez, F.J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.
22. Musitu, G. (2006). Familia, estrés y comunidad. *Intervención social y comunitaria* (pp. 210-221). Málaga: Aljibe.
23. Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., & Cava, M. J. (2001). Análisis e intervención social. *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
24. Musitu, G., & Cava, M. J. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro.
25. Musitu, G., & Cava, M. J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.
26. Musitu, G., Estévez, E., & Jiménez, T. I. (2010). *Funcionamiento familiar, convivencia y ajuste en hijos adolescentes*. Madrid: Grupo editorial Cinca, S. A.
27. Musitu, G., Estévez, E., Jiménez, T., & Herrero, J. (2007). Familia y conducta delictiva y violenta en la adolescencia. In S. Yubero, Larrañaga, E. y Blanco, A. (Ed.), *Convivir con la violencia*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

28. Musitu, G., & Herrero, J. (1994). La familia: Formas y funciones. In Musitu y P. Allatt (Ed.), *Psicosociología de la familia* (pp. 17-46). Valencia: Albatros.
29. Musitu, G., Jiménez, T. I., & Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: Un modelo de mediación. *Salud Pública De México*, 49(1-10).
30. M. Olson, *Power and Prosperity*, Nueva York, Basic Book, 2000.
31. Parker, H., Aldridge, J., y Measham, F. (1998). *Illegal Leisure: the normalisation of adolescent recreational drug use*. London: Routledge.
32. Rodríguez, J., Fernández, A., Valdés, M, Hernández, E., Ramírez, S. y Román, A. (2008). A comparison of the peers method and traditional methodologies, and risk behaviours in studies of the prevalence of drug consumption in a population of female Chilean students. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 564-572.

ANEXOS

ENTREVISTA

Entrevista semidirigida:

- 1) ¿Porque iniciaste en la droga?
- 2) ¿A que edad comenzaste?
- 3) ¿Con que tipo de droga comenzaste?
- 4) ¿Sentís que la necesitas?
- 5) ¿Existe un patrón familiar por abuso de sustancias? ¿Has consumido alguna vez con tu familia?
- 6) ¿Cómo reaccionaron tus padres cuando se enteraron de tu adicción?
- 7) ¿Cuál es la opinión o valores de su familia con relación a las drogas y el alcohol?
- 8) ¿Cómo fue tu relación con tus padres durante la infancia y la adolescencia?

TEST AMBIENTE FAMILIAR

AMBIENTE FAMILIAR

Esta escala está conformada por 5 áreas de evaluación del ambiente familiar. En primer lugar, está el área de hostilidad y rechazo con 6 reactivos (incisos a, d, g, i, l, m)

El área de comunicación del hijo con 3 reactivos (b, j, o)

El área de apoyo de los papás con 3 reactivos (k, n, p)

El área de comunicación de los papás con 3 reactivos (c, ñ, q)

El área de apoyo significativo del hijo con 3 reactivos (e, f, h)

Se espera que a mejor ambiente familiar (mejor comunicación y apoyo y menor hostilidad), se proteja al adolescente del probable consumo de drogas.

16. Ahora queremos hacerte algunas preguntas sobre la forma como te relacionas con tus papás. Por favor contesta cada una de las preguntas.	Casi Nunca	A Veces	Con Frecuencia	Con Mucha Frecuencia
a) Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papás	1	2	3	4
b) Cuando algo personal me preocupa, se lo comento a mis papás	1	2	3	4
c) Mis papás me platican sus problemas más importantes	1	2	3	4
d) Mis papás me rechazan	1	2	3	4
e) Si hay una emergencia familiar, mis papás cuentan conmigo	1	2	3	4
f) Si mis papás tienen problemas procuro ayudarlos	1	2	3	4
g) A mis papás les es indiferente la convivencia familiar	1	2	3	4
h) Trato de apoyar a mis papás cuando tienen problemas	1	2	3	4
i) Mis papás me ignoran cuando necesito que me escuchen	1	2	3	4
j) Me agrada hablar con mis papás de mis problemas personales	1	2	3	4
k) Mis papás me motivan a salir adelante cuando tengo problemas	1	2	3	4
l) Mis papás piensan que sólo les doy problemas	1	2	3	4
m) En situaciones difíciles no cuento con mis papás	1	2	3	4
n) Mis papás me apoyan en lo que emprendo	1	2	3	4
ñ) Mis papás me comunican las decisiones importantes	1	2	3	4
o) Platico con mis papás mis problemas personales	1	2	3	4
p) Siento que soy importante para mis papás	1	2	3	4
q) Mis papás me comunican sus planes	1	2	3	4

CUESTIONARIO

1) ¿Te consideras un adicto?

SI NO

2) ¿Has buscado ayuda por motivación propia?

SI NO

3) ¿Estas satisfecho con la rehabilitación que estas transcurriendo?

SI NO

4) ¿Has consumido drogas alguna vez con algún miembro de tu familia?

SI NO

5) ¿Consideras que a algún miembro de tu familia le resulta indiferente tu adicción?

SI NO

6) ¿Tus padres han tratado de ocultar o negar tu adicción?

SI NO

7) ¿Has sido criado por tus padres biológicos?

SI NO

8) ¿Tu familia se compone por tu madre y tu padre? (es decir, no solo por uno de ellos).

SI NO

9) ¿Tus padres están separados?

SI NO

10) ¿Tienes una buena relación con tus hermanos?

SI NO

11) ¿Crees que puedes confiar plenamente en tus padres?

SI NO

12) ¿Tus padres te han ayudado durante el proceso escolar con las tareas y responsabilidades que este conlleva?

SI NO

13) ¿Han promovido tus padres la realización de deportes durante tu niñez u/o adolescencia?

SI NO

14) ¿Tus padres han cubierto satisfactoriamente tus necesidades básicas (hambre, frío, hogar)?

SI NO

15) ¿Has sufrido algún hecho de violencia física por parte de algún miembro de tu familia?

SI NO

16) ¿Durante la adolescencia te sentiste contenido y comprendido por tu familia?

SI NO

17) ¿Has sentido la ausencia de tus padres en algún momento significativo de tu vida?

SI NO

18) ¿Te has sentido abierto y sin restricciones para expresar emociones y sentimientos frente a tus padres cuando fuese necesario?

SI NO

19) ¿Hubieras querido que la situación familiar en la que creciste hubiese sido diferente?

SI NO

20) ¿Te sentiste querido por tus padres durante tu infancia y adolescencia?

SI NO

21) ¿Quisieras ser con tus hijos como tus padres han sido contigo?

SI NO

22) ¿Sentiste que has pasado poco tiempo durante tu infancia con tu familia?

SI NO

23) ¿Consideras que has tenido una infancia feliz?

SI NO