

01985



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

DE LA REPRESENTACION A LA ACCION: MODELOS DE TOMA DE DECISIONES CON LOS QUE INTENTAN RESOLVER EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES ADOLESCENTES CONSUMIDORES Y SUS PADRES QUE ACUDEN A TRATAMIENTO A CIJ EN GUADALAJARA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
BERTHA LIDIA NUÑO GUTIERREZ

TUTORA:	DRA. MARIA FATIMA FLORES PALACIOS
COMITE TUTORAL :	DRA. MARIA EMILIA LUCIO-GOMEZ MAQUEO DRA. MARIA ELENA TERESA MEDINA-MORA ICAZA DRA. MARIA EMILY REYKO ITO SUGIYAMA DRA. CATALINA FRANCISCA GONZALEZ FORTEZA
SUPLENTE:	DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA DR. SAMUEL JURADO CARDENAS



CIUDAD UNIVERSITARIA

2004



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.

Dedicatoria

A Daniel Nuño, mi padre, quien me enseñó a trabajar con pasión, entrega, perseverancia y a disfrutar cada obra que se construye a través del esfuerzo.

A mi familia por su paciencia, apoyo y entendimiento que fue necesario invertir en esta aventura académica.

Al Dr. Alfredo Hidalgo San Martín, un segundo padre, que ha estado presente en el desarrollo de mi vida académica y ha estimulado mi formación como investigadora.

Agradecimientos

A los adolescentes y padres que participaron en el estudio, por permitirme ingresar a sus vidas, ver desde estas formas de pensamiento social el mundo de las drogas y ser su portavoz.

Un reconocimiento más que especial a la Dra: Ma. Elena Medina-Mora Icaza, mi maestra y mi guía, por su amistad, entrega y por la confianza casi ciega que me depositó.

A la Dra. Fátima Flores Palacios, mi maestra y amiga, que me acompañó a lo largo de este camino y supo despertar y

motivar mi curiosidad por el estudio de los fenómenos vistos desde las representaciones sociales.

A la Dra. Catalina González-Forteza, por su amistad, sus cálidas enseñanzas que ahora forman parte de mis fortalezas y por su motivación constante en los momentos difíciles.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo, por su increíble disposición y dedicación para revisar, corregir y comentar manuscrito, tras manuscrito. Mi reconocimiento y admiración.

A la Dra. Emily Ito-Sugiyama, por su entrega, compromiso y formalidad al revisar, comentar y corregir de manera crítica cada manuscrito con tanta paciencia y dedicación.

Al Dr. Samuel Jurado Cárdenas, por la disposición de su amistad, solidaridad y apoyo durante toda mi estancia académica.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, por su apoyo y disposición.

Al Mtro. Oscar Rodríguez Cerda, de la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, por las habilidades y conocimientos que me transmitió, por reflexionar conmigo y comentar un sinnúmero de veces mi trabajo. Mi eterno agradecimiento.

Al Dr. Eduardo A. Madrigal de León, director de la Preparatoria No 5 de la Universidad de Guadalajara, por su invaluable apoyo y su incondicional amistad.

Al Mtro. J. Luis Seefoó Luján, del Colegio de Michoacán, por la apertura de su foro académico y sus valiosos consejos.

Al Dr. José Álvarez Nemegeyi, del Instituto Mexicano del Seguro Social, por su apoyo para la revisión crítica del manuscrito, por su amistad y generosidad.

A las autoridades de los Centros de Integración Juvenil en Guadalajara, Lic. Enrique Aceves, Lic. Cristina Prado, Lic. Aurelio Martínez, Dr. Víctor Márquez y Dr. Guillermo Rochín. Así como a todo su personal por las facilidades que me otorgaron para la realización de este estudio.

A mis alumnas, algunas ya Maestras en Terapia Familiar Sistémica, Concepción López, Claudia Chan y Estela Camarena, por su entusiasta participación en la recolección y análisis de los datos.

A la Maestra en Terapia Familiar Sistémica Laura García Magaña, por sus valiosos comentarios y sugerencias.

A mi querido IMSS, y en especial, a mi Unidad, la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente, que me vio nacer y me ha visto crecer. De igual

forma, mi agradecimiento al Fondo de Fomento a la Investigación FOFOI, por el financiamiento 2001-055 otorgado para la realización del estudio.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT por la beca otorgada que me permitió alcanzar mi meta.

A la UNAM, a mi Facultad, y a su personal, que apoyó mi estancia estudiantil.

Resumen

Introducción: La tesis central de este estudio parte de que las tomas de decisión con las que se afronta el consumo de drogas no son arbitrarias, sino producto de razonamientos de sentido común que incluyen componentes psico-sociológicos. Se propone estudiar las tomas de decisión como modelos bajo los postulados de la terapia breve centrada en soluciones y de la teoría de las representaciones sociales. **Objetivo:** Explicar cómo y sobre qué representaciones sociales se construyen los modelos de toma de decisiones con los que adolescentes usuarios de drogas ilegales y sus padres afrontaron la adicción. **Método:** Se diseñó un estudio analítico interpretativo, retrospectivo, de tres fases transversales. La población en estudio fueron 61 adolescentes entre 13 y 19 años de edad que acudían a tratamiento a Centros de Integración Juvenil en Guadalajara (56% hombres, 44% mujeres) y 57 padres acompañantes (78% mamás, 11% papás, 11% pareja). La selección fue mediante un método aleatorio. Para la recolección de los datos se utilizaron listados libres, sorteos de montones y entrevistas a profundidad. Para el análisis se utilizaron los software Anthropic y Atlas Ti. **Resultados:** Las representaciones sociales sobre las que se construyeron los modelos de toma de decisiones fueron: la oferta de un mundo mejor en los padres y la búsqueda de un mundo diferente en los adolescentes que emergieron de un contexto social y familiar problemático. En los padres se identificaron tres etapas:

descubriendo la adicción, la permanencia en el mundo de las drogas y la retirada. En los adolescentes: ingresando al mundo de las drogas, la permanencia y la retirada. En ambos, estas representaciones son mantenidas por conocimientos, creencias, actitudes y afectividades que crearon círculos viciosos y detuvieron el uso de servicios de salud. **Discusión:** Se propone que las familias entrevistadas son altamente sensibles a consumir drogas, en parte porque se trata de un comportamiento modelado por sus generaciones previas, pero también porque es una forma de afrontar el estrés y la ansiedad que les genera el tratar de materializar a toda costa, un mundo mejor y diferente bajo condiciones contextuales y familiares adversas. El estudio representa una teoría de sentido común de la adicción que propone modelos explicativos de la conducta adictiva bajo los cuales la población utiliza para tomar sus decisiones. **Conclusiones:** Las representaciones sociales sobre las que se toman las decisiones para afrontar la adicción de los adolescentes fueron dos: la oferta de un mundo mejor y la búsqueda de uno diferente. Bajo estas formas de pensamiento social se revela que para salir del mundo de las drogas, hay que aprender a permanecer dentro de ellas. Se recomienda implementar y evaluar un modelo de tratamiento para padres y adolescentes que retoma estas formas de pensamiento social.

Abstract

Introduction: The main thesis of this study is based on the concept that the decision-making that adolescents as well as their parents confront concerning drug consumption is not arbitrary but rather the product of common sense reasoning that includes psycho-sociological components. I propose studying decision-making as models under the premises of brief therapy focused on solutions and the theory of social representation. **Objective:** To explain how and based on what social representations the decision-making models are built that adolescent users of illegal drugs and their parents use to face addiction. **Method:** A retrospective interpretive analytical-type study was developed with three cross phases. The subject population consisted of 61 adolescents between 13 and 19 years old who would go to the Centro de Integración Juvenil in Guadalajara for treatment (56% male, 44% female) and the 57 parents that accompanied them (78% mothers, 11% fathers, 11% both parents). The selection was made randomly. Free listing and context interviews were used in the first stage; the sorting technique was used in the second stage; finally, in-depth individual interviews were used in the third stage. Anthropic and Atlas Ti software were used for data analysis. **Results:** There were two social representations the decision-making models were built on: an offer of a better world by the parents, and the search for a different world by the adolescents that emerged from a troubled social and family context. Three stages were identified in the parents:

discovery of the addiction, permanence in the world of drugs, and withdrawal while for adolescents they were: entering the world of drugs, permanence and withdrawal. In both cases, these representations are maintained by knowledge, beliefs, attitudes and affectivity that create vicious circles; they stopped using health services. **Discussion:** I propose the interviewed families are highly sensitive to drug consumption, partly due to behavior modeled by previous generations but also because it is a way to deal with the stress and anxiety generated by trying to reach a better and different world at any cost under adverse contextual and family conditions. The study represents a common sense theory about addiction that proposes models that are explicative of the addictive behavior the population engages in to make decisions. **Conclusions:** There were two social representations by which decisions are made to face adolescent addiction: the offer of a better world and the search for a different one. These kinds of social thinking revealed that in order to leave the world of drugs, one must learn to remain in it. I recommend implementing and evaluating a treatment model for parents and adolescents that includes these kinds of social thinking.

INDICE

Página

0. Introducción **i**

Capítulo I. Acercamiento teórico **1**

I.1 Los antecedentes de la teoría de las representaciones sociales	1
I.1.2 Hacia una conceptualización	3
I.1.3 Otras nociones similares	4
I.2 La representación como dimensión social de los grupos	7
I.2.1 La representación social como sistema sociocognoscitivo	8
I.2.2 La representación social como sistema contextualizado	10
I.3 El sujeto y objeto en las representaciones sociales	11
I.4 La sociedad pensante	14
I.4.1 De la ciencia al sentido común	14
I.5 El papel de la emoción en la contrucción de las representaciones sociales	16
I.6 Funciones de las representaciones sociales	19
I.6.1 Funciones de saber	20
I.6.2 Funciones identitarias	20
I.6.3 Funciones de orientación	20
I.6.4 Funciones justificadoras	21
I.7 Tipología de las representaciones sociales	22
I.8 La representación social como proceso	24
I.8.1 La objetivación	24
I.8.2 El anclaje	26
I.9 La representación social como producto	29
I.9.1 Información	29
I.9.2 Actitud	30
I.9.3 Campo de representación	30
I.10 Prácticas sociales y representaciones	32

Capítulo II. Panorama del consumo de drogas en México **35**

II.1 El concepto de droga, uso-abuso, dependencia y síndrome de abstinencia	35
II.2 México en el contexto internacional	40
II.3 Epidemiología del consumo de drogas en México y en las regiones	44
II.4 La adolescencia y su asociación con el consumo de drogas	50
II.5 Pobreza, marginación y su asociación con el consumo de drogas	57

II.6 Asociación del consumo de drogas con la variable familiar	64
II.7 Políticas y servicios de salud en la prevención y tratamiento de las adicciones	70
II.7.1 Servicios de Salud disponibles en Jalisco en la prevención y tratamiento de adicciones	74
II.8 Uso de servicios de salud en Jalisco	76
II.8.1 Alcohol	77
II.8.2 Tabaco	78
II.9 Evaluación de programas de tratamiento	82

Capítulo III. La Teoría de las Representaciones Sociales como marco para el estudio de los Modelos de Toma de decisiones en adicciones **91**

III.1 Antecedentes de los Modelos de Toma de Decisiones	91
III.2 La aplicación del concepto en la terapia familiar	92
III.3 Definición conceptual y operacional de los Modelos de Toma de Decisiones en la Terapia Familiar	96
III.3.1 Supuestos que operan como reglas en los Modelos de Toma de Decisiones	96
III.3.2 Elementos que facilitan la construcción de un problema en síntoma	98
III.4 Limitaciones de los Modelos Tradicionales de Tomas de decisión	100
III.5 La propuesta: el estudio de los Modelos de Tomas de Decisión desde el marco de la Teoría de las Representaciones Sociales en Adicciones	101
III.5.1 Áreas de estudio de los modelos no tradicionales	109
III.5.1.1 El contexto familiar y social donde ocurre el ingreso a las drogas	110
III.5.1.2 La imagen del mundo detrás del ingreso a las drogas	110
III.5.1.3 Aprendiendo a permanecer en las drogas y el reconocimiento familiar	111
III.5.1.4 La imagen del usuario de drogas	111
III.5.1.5 Las formas de pensamiento social que explican y justifican el consumo	112
III.5.1.6 Los moldes de conducta socialmente orientados por los intentos de solución	112
III.6 Método para la evaluación de los Modelos de Tomas de Decisión en el marco de la Teoría de las Representaciones Sociales en Adicciones	113

IV.1 Problema en estudio	117
IV.2 Objetivos	121
IV.2.1 Objetivo General	121
IV.2.2 Objetivos específicos	121
IV.3 Área en estudio	123
IV.3.1 El contexto social y ambiental del área en estudio	123
IV.3.2 Los Centros de Integración Juvenil en Guadalajara	131
IV.4 Diseño y tipo de estudio	137
IV.5 Tamaño de la muestra	138
IV.6 Fase I. Exploratoria	140
IV.6.1 Población y muestra	141
IV.6.2 Muestreo	142
IV.6.3 Variables en estudio para los adolescentes	143
IV.6.4 Variables en estudio para los padres	144
IV.6.5 Técnicas de recolección de datos	146
IV.6.6 Instrumentos de recolección de datos	146
IV.6.7 Procedimiento de recolección de datos	147
IV.6.8 Análisis de datos	149
IV.6.9 Premisas de objetivación para la imagen de la droga	151
IV.6.9.1 Premisas para los adolescentes	151
IV.6.9.2 Premisas para los padres	152
IV.6.10 Premisas de objetivación para la imagen del usuario de drogas	183
IV.6.11 Premisas de objetivación para la imagen de las creencias en la etiología del consumo en adolescentes y padres	154
IV.6.12 Premisas de objetivación para identificar la regla que regía los intentos de solución	155
IV.6.12.1 Premisas para los adolescentes	156
IV.6.12.2 Premisas para los padres	157
IV.7 Fase II Descriptiva	158
IV.7.1 Población y muestra	159
IV.7.2 Técnicas de recolección de datos	160
IV.7.3 Instrumentos de recolección de datos	160
IV.7.4 Procedimiento de recolección de datos	161
IV.7.5 Análisis de datos	162
IV.8 Fase III. De profundización	164
IV.8.1 Población y muestra	164
IV.8.2 Técnicas de recolección de datos	165
IV.8.3 Instrumentos de recolección de datos	165
IV.8.4 Procedimiento de recolección de datos	166
IV.8.5 Análisis de datos	168
IV.9 Consideraciones éticas	169

Capítulo V. Resultados e interpretación **171**

V.1 El ambiente familiar en donde se toman las decisiones	171
V.1.1 Características sociodemográficas de los padres participantes	172
V.1.2 Antecedentes familiares del consumo de alcohol y drogas	180
V.1.3 Características de la estructura familiar	185
V.2 Características de los adolescentes, patrón de consumo y problemas asociados	194
V.2.1 Características sociodemográficas de los adolescentes	195
V.2.2 Patrón de consumo de los adolescentes	198
V.2.3 Problemas asociados al consumo de los adolescentes	205
V.3 Modelo de toma de decisiones construido por los padres	213
V.3.1 Descubriendo la adicción	213
V.3.2 La permanencia en el mundo de las drogas	226
V.3.3 La retirada	236
V.4 Modelo de toma de decisiones construido por los adolescentes	244
V.4.1 El ingreso a las drogas	244
V.4.2 Aprendiendo a permanecer en el mundo de las drogas	251
V.4.3 La retirada	262
V.4.3.1 Ellos mismos	262
V.4.3.2 El grupo de pares	264
V.4.3.3 El trabajo y la escuela	266
V.4.3.4 La familia	267

Capítulo VI Discusión **279**

VI.1 El contexto social, familiar y el consumo como práctica social	281
VI.2 Conocimientos, creencias, actitudes y afectividades que alimentan a las representaciones sociales	294
VI.3 La adopción de decisiones y la búsqueda de atención	301

Conclusiones y recomendaciones **309**

I Conclusiones	309
a. El contexto social y familiar	309
b. Características sociodemográficas asociadas al consumo	311
c. El modelo de toma de decisiones de los padres	313
d. El modelo de toma de decisiones de los adolescentes	317
II. Recomendaciones	321
II.1 En Políticas de Salud	321
II.2 En Investigación	324

Bibliografía **325**

Anexos	345
1. Cuestionario de datos sociodemográficos aplicado a adolescentes y sus padres	345
2. Historia de consumo aplicada a los adolescentes que participaron en el estudio	346
3. Cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas (POSIT)	348
4. Cuestionario de listado libre con el término inductor "droga aplicado a adolescentes	350
5. Cuestionario de listado libre para explorar "la imagen del usuario de drogas" aplicado a adolescentes	351
6. Cuestionario de listado libre para explorar "creencias asociadas al inicio del consumo de drogas aplicado a adolescentes	352
7. Cuestionario de listado libre para explorar "intentos de solución emprendidos" aplicado a adolescentes	353
8. Cuestionario de listado libre para explorar "drogas que conoce y percepción de gravedad" aplicado a adolescentes	354
9. Guía de entrevista de contexto aplicadas a adolescentes	355
10. Guía de entrevista para la evaluación de la estructura familiar aplicada a padres	356
11. Cuestionario de listado libre con el término inductor "droga" aplicado a padres	358
12. Cuestionario de listado libre para explorar "la imagen el usuario de drogas" aplicado a padres	359
13. Cuestionario de listado libre para explorar "creencias asociadas al inicio del consumo de drogas" aplicado a padres	360
14. Cuestionario de listado libre para explorar "intentos de solución emprendidos" aplicado a padres	361
15. Cuestionario de listado libre para explorar "drogas que conoce y percepción de su gravedad" aplicado a padres	362
16. Guía de entrevista de contexto para padres	363
17. Cédula de identificación de los casos	364
18. Carta de consentimiento informado para adolescentes	365
19. Carta de consentimiento informado para padres	366
20. Ejemplo de los descriptores asociados a los términos inductores aplicados mediante listados libres, calculados en Anthropic 4.9, según frecuencia, orden de mención y peso cultural	367
21. Ejemplo de una clasificación por tipos de los descriptores asociados a los listados libres	368
22. Ejemplo de descriptores clasificados por tipos según frecuencia absoluta relativa, orden de mención y peso cultural	369
23. Ejemplo de un fragmento de entrevista transcrita en <i>Atlas Ti</i>	370
24. Ejemplo de un fragmento de entrevista codificada en <i>Atlas Ti</i>	371
25. Familias resultantes según los códigos de las entrevistas	372

26. Formato de registro de respuestas de los descriptores seleccionados en los sorteos de montones	373
27. Ejemplo de una matriz de asociación jerárquica	375
28. Ejemplo de una escala multidimensional	376
29. Ejemplo de una matriz de correlación de cada informante con relación al grupo para identificar informantes clave	377
30. Guía semi-estructurada de las entrevistas a profundidad aplicada a adolescentes	378
31. Guía semi-estructurada de las entrevistas a profundidad aplicada a padres	379

Introducción

0. Introducción

Una de las teorías que se ha convertido clásica en la psicología social, es la *teoría de la representaciones sociales*. Sus antecedentes se encuentran anclados en la tradición de la psicología francesa, de la década de los sesentas, con el trabajo intelectual de Serge Moscovici, quien retomó el concepto sociológico de *representaciones colectivas* de Emilio Durkheim y le otorgó un componente psicológico, con el que sostiene, le otorgó un dinamismo al antiguo concepto durkheimniano.

El fenómeno de las representaciones sociales está circunscrito en las relaciones entre el pensamiento y la comunicación, ¿cómo pensar y comunicar? ¿cómo comunicar un pensamiento y un conocimiento? ¿se puede comunicar un conocimiento científico y un conocimiento de sentido común? ¿son las mismas condiciones al comunicar uno y otro? ¿hay un modelo unívoco para la comunicación del conocimiento trátese éste de uno científico o uno de sentido común? ¿hay varios modelos? El fenómeno de las representaciones sociales está asociado a esta pregunta crucial.

Moscovici (1979) sostenía que en mundo de la vida cotidiana, las personas comunican sus pensamientos, sus sentimientos, sus conocimientos y sus experiencias a través de las representaciones sociales. De ahí que sostenga que lo social de una representación radica en su *función*, y no sólo en

saber por *quién* es producido. Las representaciones sociales familiarizan con lo extraño de acuerdo con las categorías de nuestra cultura.

La familiaridad con las imágenes radica en la *sensación* de haber visto lo que se tiene delante. Así, la familiaridad con los lugares atraviesa también por sensaciones de haber estado antes ahí. En la cuestión de las fechas, en la sensación de volver a celebrar lo que ya se ha festejado una y otra vez. Con las palabras, se halla en la sensación de haber oído lo que se está diciendo. La familiaridad con los ambientes se presenta en la sensación de haber sentido. Con los actos, aparece en la sensación de haber hecho lo que se hizo. La familiaridad con lo invisible está dada por la relación que se guarda con lo que no se ve ni se siente, pero que forma parte de nuestras situaciones. Por último, la familiaridad con lo familiar, es esa sensación de hacer inteligible todo lo que se dijo, porque después de todo, muchas de estas cosas nos resultan familiares (Soto-Ramírez & Nateras-Domínguez, 1999).

De manera adicional, Rodríguez-Cerda, Cadena-Herrera, Saldívar-Moreno & Mendoza-Romero (1999), señalan que en esta consideración se sintetiza la importancia de las representaciones sociales en la comunicación y en la convivencia de los grupos sociales, pues constituyen sistemas de interpretación cuya utilidad estriba en orientar las informaciones de los sujetos hacia el conocimiento de la realidad, y yo agregaría, en remodelarla a través de sus

experiencias subjetivas y sus afectividades, que finalmente actúan como prescriptores del comportamiento cuyo anclaje es eminentemente social y no sólo individual.

Desde este sentido, las representaciones sociales se entienden como *formas de pensamiento* con criterios de orden epistemológico que son impuestos por los propios sujetos que lo remodelan con sus experiencias, pero que a su vez, posee un componente social que proviene de su contexto de referencia.

En otras palabras, las representaciones sociales poseen una doble textura; la psicológica, que le permite al individuo modificarla y matizarla con su propias expectativas, y por lo tanto, lo diferencian de otros grupos sociales; y la sociológica, que es compartida por el contexto social, que le ofrece la posibilidad de compartir una misma identidad.

La teoría de las representaciones sociales se integra básicamente por dos procesos: la objetivación que no es otra cosa que transformar lo abstracto en lo concreto, y el anclaje, es el mecanismo de inserción de esas ideas en el cuerpo social.

La conjunción de la objetivación y el anclaje tiene como producto el llamado esquema figurativo que está organizados por dos componentes que lo determinan: la idea y la imagen. Uno es, si y sólo sí, el otro es. Se trata de una doble

condición. En el estudio de los fenómenos a través de las representaciones sociales, se aspira a culminar con un esquema figurativo. Las representaciones sociales no sólo son opiniones, actitudes o creencias, ni tampoco se limitan a ser trozos discursivos. Son formas de pensamiento social que llevan de manera implícita y explícita opiniones, actitudes, creencias, explicaciones y afectividades matizadas por sus experiencias propias.

Las personas no requieren ser científicos para transmitir sus ideas y construir con ellas sus “teorías”. ¿Cómo comunican sus teorías acerca de un conocimiento? Precisamente a través de las representaciones sociales.

¿Se podría construir una teoría del origen social de las adicciones con las ideas, imágenes, creencias, afectividades y explicaciones de sentido común? y luego, entender cómo estos procesos cognoscitivos orientan la toma de decisiones?

Este trabajo parte de establecer cómo determinadas formas de pensamiento social que emergen del consumo de drogas en adolescentes usuarios de drogas y sus padres, que acuden a tratamiento a los Centros de Integración Juvenil en Guadalajara, prescriben determinadas tomas de decisión, que no son arbitrarias, porque precisamente se trata de un proceso de *familiarización con lo extraño*.

En la teoría de los adolescentes y en la teoría de los padres, aparecen explicaciones del por qué iniciaron a consumir drogas, mantuvieron el consumo, y luego, se retiraron. Lo que los narradores argumentan no tiene por qué ser considerado "la verdad". Pero sí puede considerarse el parámetro de lo que ellos están utilizando para cotejar sus ideas. ¿Por qué habrían de cotejar sus ideas con el parámetro de la ciencia? La gente tiene necesidad de comunicar lo que sabe y lo único con lo que cuentan son con sus creencias, sentimientos y actitudes, y con eso, verifican distinguen e interfieren en las explicaciones de lo que les acontece.

La gente conversa y con la conversación fluyen ideas. Gracias a esto las ideas se rejuvenecen o se confirman. Toman sentido los juicios sobre los demás. Se crean clasificaciones que se usan para delimitar personas y objetos. Es el poder de la familiaridad concretada en la capacidad de las personas para compartir ideas. El argumento central del por qué una representación social, es social, radica precisamente en el fenómeno de compartir e intercambiar ideas.

Por esta capacidad de compartir ideas se puede argumentar que las representaciones sociales provienen de sistemas de pensamiento pre-existentes. Hay formas de pensamiento cuya duración es de siglos. En el México pre-hispánico, por ejemplo, la marihuana, se consideraba inocua y de uso placentero y el peyote era considerado una planta sagrada (Viesca-Treviño, 2001).

Markova propone explicaciones sobre la relación dialógica en formas de pensamiento que perduran porque son resguardadas por la sociedad. Ella se refiere a pares de elementos opuestos que no son excluyentes y que han tenido una función crucial en el desarrollo del pensamiento colectivo. Un ejemplo son los conceptos arriba-abajo. ¿Cuántas ideas se han desarrollado en relación a la interdependencia arriba-abajo? El cielo, la tierra, el rey y los vasallo. En esta misma idea, vamos a encontrar alusiones parecidas “lo bueno-lo malo”, el “mundo mejor- el mundo peor”. Estos conceptos son clave bajo los cuales los informantes organizan su pensamiento. De ahí que sus pensamientos no pueden estar adscritos a los parámetros de la ciencia. Se trata de parámetros diferentes.

Las representaciones sociales son principios reguladores del pensamiento ordinario. Son mediaciones. De ahí que se proponga la construcción de un modelo explicativo y de comprensión de la toma de decisiones del fenómeno de las adicciones matizado por las propias experiencias de los actores sociales.

Las adicciones han sido definidas como un problema de salud pública, principalmente de adolescentes y jóvenes. La región occidente de la República Mexicana, a la que pertenece Jalisco, ocupa el segundo lugar en prevalencia de consumo *alguna vez en la vida* (7.50%), por arriba de la media nacional (5.27%). El uso de alguna droga en el *último año* en

Guadalajara se mantiene en segundo lugar (2.07%), por debajo de Tijuana (4.39%) y por arriba de la media nacional (1.23%). El uso en *el último mes*, se mantiene también en la misma relación. Las sustancias que se reportaron con mayor uso fueron la marihuana con una prevalencia de 4.5%, cocaína con 1.1% y los inhalables con .3%. La mayor concentración fue en hombres entre 19 y 25 años, mientras que en las mujeres de entre 26 y 34 años (SS, 1999).

El 47% de la población tapatía se concentra en el rango menores de 20 años, justamente lo que representa la población con mayor riesgo para el inicio del consumo de drogas. En Guadalajara, están registradas 33 instituciones gubernamentales y no gubernamentales (CECAJ, 2000) que atienden problemas de drogas, sin embargo, los Centros de Integración Juvenil, a 26 años de haber iniciado sus labores, se han colocado como una institución líder a nivel nacional en su atención. Actualmente cuenta con cuatro unidades operativas y un centro de internamiento en la Ciudad. Los servicios que oferta son de bajo costo, lo que los hace accesibles para la población. En 2002 atendió a 1,640 pacientes en el programa de tratamiento.

El consumo es una práctica social sobre la que se toman decisiones. Se decide por ejemplo, entre consumir y no consumir, luego qué tipo de drogas consumir, mantener o no su uso, y por último, cuándo es tiempo de cesarlo.

Sin embargo, como diría Moscovici, ¿qué procesos cognoscitivos y sociales respaldan esas tomas de decisión?

De manera adicional a la teoría de las representaciones sociales, en este estudio, se retoman los postulados teóricos y metodológicos de la terapia familiar sistémica, pero con mayor precisión y énfasis, las propuestas de la terapia breve centrada en soluciones propuestas por Steve de Shazer (1982;1985), en el que propone diagramar los modelos de toma de decisiones de las familias para planificar las intervenciones terapéuticas. Sin embargo, a esta propuesta no le interesa el tipo de problema, su evolución, las experiencias subjetivas, la cultura histórico-social y las interacciones individuo-sociedad.

En otras palabras, ignora el proceso cognoscitivo y social que está detrás de las prácticas. El consumo de drogas es un hecho social, pero también es una práctica sobre la que se toman decisiones. ¿Cuál sería el beneficio de diagramar los modelos sin entender el proceso cognoscitivo y social que hay detrás de esas prácticas?

De una combinación teórica y metodológica surge la propuesta de estudiar bajo la teoría de las representaciones sociales, los modelos de toma de decisión, con los cuales, los adolescentes y sus padres afrontan y tratan de resolver el consumo de drogas ilegales. La práctica clínica y la literatura de la terapia familiar han propuesto, que una familia posee

recursos estabilizadores y de auto-regulación, que le permiten emprender movimientos de auto-corrección, que provienen de su sistema de creencias, por lo que siempre emprenderán acciones orientadas a resolver la problemática que la afecta.

Los modelos de toma de decisiones son entendidos por De Shazer (1995), como un conjunto constituyente de ideas que opera como paradigmas culturales bajo los cuales las personas construyen problemas y soluciones.

En este estudio, se propone un diseño analítico-interpretativo, con un acercamiento plurimetodológico, pues como se presenta en la literatura, no existe una metodología única para el estudio de las representaciones sociales, y menos, cuando se trata de una combinación híbrida en la que se propone diagramar esos modelos, con las diferentes decisiones de los actores sociales, y justificar a posteriori, qué procesos psicológicos y sociológicos los respaldan.

De manera adicional, en el análisis de los modelos representacionales, se utilizó por primera vez (no se identificaron antecedentes en la literatura mexicana y extranjera) el software *Anthropac*, que proviene de una tradición antropológica, en donde había sido utilizado para estudiar dominios culturales.

En síntesis, el estudio condensa una propuesta sistémica, bajo el cobijo de la teoría de las representaciones sociales,

con un acercamiento plurimetodológico para el estudio de las adicciones, en el que éstas son visualizadas como una práctica social que emerge como producto de razonamientos de sentido común y formas de pensamiento social no arbitrarias de los grupos en estudio.

Esta propuesta de estudio, permite otorgarle un papel muy especial a la intersección entre el individuo con su familia y el contexto social de referencia, así como identificar la función de las formas de pensamiento social específicas y proponer la tesis de que: *la adicción trasciende al individuo y a la disfunción familiar*, porque existe un componente sociológico, que se ubica precisamente en el terreno de la influencia y de las relaciones sociales, y de manera adicional, se encuentra un componente cognoscitivo, afectivo e ideológico que prescribe comportamientos.

Estos componentes ideológicos se van heredando de una generación a otra, pero como son precisamente de carácter ideológico, no son cuestionados por los miembros, por lo que su adherencia y alienación forman parte de la tradición familiar, y que de manera adicional, forman un círculo vicioso que contribuye a que la *pauta adictiva vaya conectando a una generación con otra*.

Las tomas de decisión para afrontar la adicción no sólo están siendo respaldadas por el paradigma familiar, como lo sostiene de Shazer, sino por las representaciones sociales

que emergen del contexto cultural, tanto con su componente social como psicológico.

Se concluye proponiendo que las representaciones sociales que han sido denominadas *la oferta de un mundo mejor y la búsqueda de uno diferente*, no son representaciones autónomas, sino que se encuentran siendo filtradas, por lo que debe ser una familia en términos normativos, por lo que habría que continuar profundizando en su estudio. De la misma manera, se propone la implementación de un modelo de intervención multifacético.

Por último, la tesis se encuentra organizada en seis capítulos: 1) en el primero, se presenta una revisión teórica de las representaciones sociales, su conceptualización, funciones, tipologías y los procesos socio-cognoscitivos involucrados en la conformación de las representaciones sociales; 2) en el segundo, se ha dedicado a revisar el panorama del consumo de drogas en México, tanto en su contexto internacional, nacional como regional, así como las políticas públicas y el uso de servicios de salud de tratamiento; 3) en el tercer capítulo, se propone cómo la teoría de las representaciones sociales se aplica en el estudio de los modelos de toma de decisiones en las adicciones, sus postulados teóricos y metodológicos; 4) en el capítulo cuarto, se presenta el acercamiento metodológico empleado por fases, sus objetivos y procedimientos propios, así como el contexto social y cultural de la Ciudad de Guadalajara y los Centros de

Integración Juvenil como área de estudio; 5) el quinto, corresponde a resultados que se encuentra organizado en cuatro secciones: el ambiente familiar donde se toman las decisiones, el patrón de consumo y problemas asociados, el modelo de toma de decisiones de los padres y de los adolescentes; y 6) en el capítulo seis, se presenta la discusión, para finalmente presentar las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio. En la sección de anexos se incluyeron los instrumentos utilizados.

Capítulo I. Acercamiento teórico

I. Acercamiento teórico

I.1 Los antecedentes de la teoría de las representaciones sociales

En 1961, apareció por primera vez el concepto de representación social con la publicación del libro “*El psicoanálisis, su imagen y su público*” de Serge Moscovici (1979). Este término, tal como lo señala Moscovici (1984) fue retomado del campo de la sociología, y más específicamente, del trabajo intelectual de Emilio Durkheim (1947).

El constructo durkheimniano de representación colectiva experimentó, en la reelaboración de Moscovici, una sensible modificación que condujo al nacimiento de un constructo híbrido, ubicado a medio camino entre la sociología y la psicología social, que fue bautizado como *representación social*.

Las representaciones sociales, a diferencia de las representaciones colectivas, carecen de ese carácter coercitivo, rígido y trascendente del concepto durkheimniano, ya que son móviles, circulan libremente, poseen plasticidad y su origen es claramente identificable, ya que son construidas y compartidas socialmente.

“Las representaciones sociales son conjuntos dinámicos, su

característica es la producción de comportamientos y de relaciones con el medio, es una acción que modifica a ambos y no una reproducción de estos comportamientos o relaciones, ni una reacción a un estímulo exterior dado” (Moscovici, 1979:33).

Sin embargo, a pesar de sus orígenes en los sesentas, la teoría de la representaciones sociales no se dejó sentir hasta veinte años después, es decir, hasta la década de los ochentas, por la comunidad científica internacional.

Moscovici (1997) sostiene que la “furia del silencio” que recibió por parte de la comunidad académica se puede explicar, en parte, porque la teoría es compleja y no da facilidades para que sus proposiciones puedan ser verificadas o falseadas por cualquier investigador. Jodelet (1991) señala que el paulatino avance de la teoría se relaciona con el declive del conductismo y del cognoscitivismo ocurridos en los años setenta y ochenta, respectivamente, y al interés por parte de la escuela althusseriana en explicar los fenómenos ideológicos tradicionalmente considerados como idealistas.

La teoría se ha constituido como una referencia importante dentro de la psicología social y ha marcado el renacimiento del interés por los fenómenos colectivos, y más precisamente, por las reglas que rigen el pensamiento social y de sentido común (Abric, 2001).

El modelo de las representaciones sociales vino a constituir un elemento de articulación entre la psicología social y las ciencias cercanas. Solamente el estudio de los procesos y los productos por medio de los cuales los individuos y los grupos construyen e interpretan su mundo y su vida, permite la integración de las dimensiones sociales y culturales con la historia, como evolución diacrónica orientada (Jodelet, 2000).

Como dice Flores (1993:10) “[es] una teoría que no pone en cuestión la influencia de los eventos culturales y sociales en la construcción simbólica de los individuos y que es capaz de explicar el proceso subjetivo mediante el cual los individuos se relacionan [...] las representaciones sociales tienen vida propia, se construyen y reconstruyen permanentemente a lo largo de toda la experiencia cotidiana, no es algo que esté acabado y definido”.

I.1.2 Hacia una conceptualización

Moscovici se refiere a las representaciones sociales como “entidades casi tangibles [que] circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro. La mayor parte de las relaciones sociales estrechas, de los objetos producidos o

consumidos de las comunicaciones intercambiadas están impregnadas de ellas” (Moscovici, 1979:27).

Como él mismo lo sostiene, pareciera que las representaciones sociales son fáciles de captar, aunque el concepto no lo es. Esto nos remite a la dualidad del concepto: lo sociológico y lo psicológico, por lo tanto, se tiene que encarar a la representación social como una textura psicológica autónoma, y a la vez, como propia de la sociedad y de la cultura. Las representaciones sociales proceden por observaciones, por análisis de estas observaciones, se apropian de nociones y lenguajes de las ciencias o de las filosofías y extraen las conclusiones.

I.1.3 Otras nociones similares

Moscovici (1979) ofreció un análisis de la representación social y de otras categorías que engloban las formas de pensamiento social a fin de ubicarla en ese rango de nociones psico-sociológicas equivalentes. La noción de opinión, actitud y prejuicio parecen muy cercanas.

La opinión –sostiene – es una fórmula socialmente valorizada a la que un individuo se adhiere, y por otra parte, es una toma de posición de un problema controvertido de la sociedad. Nada se dice de su contexto, ni de los criterios de juicio, ni de

los conceptos subyacentes. Son poco estables y referentes a puntos particulares, por lo tanto, constituyen un momento previo a la formación de las actitudes y los estereotipos. En la opinión, se admite su carácter parcial, parcelario. En forma más general, la noción de opinión implica una reacción de los individuos ante un objeto dado desde afuera, algo acabado, independientemente del actor social, de su intención o sus características. En este sentido, se considera tanto a una opinión como a una actitud, únicamente del lado de la respuesta y como "preparación de la acción". Por esta razón, se le atribuye una virtud predictiva, puesto que, después de lo que dice el sujeto se puede deducir lo que va a hacer.

Moscovici (1979) sostiene que el concepto de imagen no está separado del de representación, por lo menos en lo que concierne a los supuestos básicos. Se le ha utilizado para designar una organización más compleja o más coherente de juicios o de evaluación. Se le concibe como un reflejo interno de una realidad externa, una copia fiel en el espíritu de lo que se encuentra fuera de él. Por lo tanto, es una reproducción de un dato inmediato. El individuo lleva en su memoria una colección de imágenes del mundo en sus diferentes aspectos.

Estas imágenes son construcciones combinatorias, análogas a las experiencias visuales. Son independientes en diversos grados, tanto en el sentido de que se puede inferir o prever la estructura de las imágenes-fuente según la estructura de las otras, como en el sentido de que la modificación de ciertas

imágenes crea un desequilibrio que concluye en una tendencia a modificar otras imágenes. Se puede suponer que estas imágenes son una especie de “sensaciones mentales”, impresiones que los objetos y las personas dejan en el cerebro. Al mismo tiempo, mantienen vivas las huellas del pasado, ocupan espacios en la memoria para protegerla de los zarandeos del cambio y refuerzan el sentimiento de continuidad del entorno y de las experiencias individuales y colectivas. Con este fin se les puede recordar, revivificar o evocarlas. Siempre operan como un filtro y provienen de filtrar informaciones que el sujeto posee o ha recibido en vista del placer que busca o de la coherencia que necesita. Las imágenes desempeñan el papel de una pantalla selectiva que sirve para recibir nuevos mensajes, y a menudo, dirigen la percepción y la interpretación de estos entre los mensajes que no son completamente ignorados, rechazados o reprimidos.

Moscovici (1979) señala que cuando se habla de representaciones sociales, se parte de otras premisas adicionales, lo que supondría no reducir el estudio de las representaciones al de imágenes.

Los conceptos de imagen, de opinión, de actitud, aislados, sin tomar en consideración las interrelaciones con el sujeto y con el contexto, parten de considerar a los grupos estáticos, no por sus cogniciones, sino porque utilizan y seleccionan una información que circula en la sociedad. Por el contrario, las representaciones son conjuntos dinámicos, su característica

es la producción de comportamientos y de relaciones con el medio, es una acción que modifica a ambos y no una reproducción de estos comportamientos o de estas relaciones, ni una reacción a un estímulo exterior dado.

En este trabajo, se utilizan los conceptos de imágenes y actitudes, pero no aislados de su contexto y de sus interrelaciones, sino como diría Moscovici, como partes constituyentes de la representación y con la apertura que las acompaña.

1.2 La representación como dimensión social de los grupos

Moscovici (1979) sugirió que para calificar de *social* a una representación no es suficiente definir al agente que la produce, sino saber “por qué” las produce. En otras palabras, es necesario acentuar la *función* a la que corresponde, más que las circunstancias y las entidades que refleja. La función le pertenece, en la medida en que la representación contribuye exclusivamente al *proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales*.

Los motivos para edificar una representación pueden ser tan simples como resolver problemas, dar forma a las

interacciones sociales y dar un molde a la conducta (Moscovici, 1979).

En este sentido, no basta con identificar sobre qué representaciones sociales se construyen los modelos de toma de decisiones, sino, cuál es la función que tienen y de qué condiciones emergen.

1.2.1 La representación social como sistema sociocognoscitivo

Moscovici afirmó en 1986 que era errado considerar a las representaciones sociales como sociocognoscitivas. Esta afirmación podría dar lugar a muchos errores de interpretación.

Abric (2001) considera que en efecto, las representaciones sociales no son exclusivamente sociocognoscitivas, sino que también son sociales, lo que precisamente denota su especificidad en relación con otras producciones.

1. El componente cognoscitivo. La representación supone un sujeto activo y tiene, desde este punto de vista una “textura psicológica” que es sometida a las reglas que rigen los procesos cognoscitivos (Moscovici, 1976:73 citado en Abric, 2001:13).

2. *El componente social.* La puesta en práctica de esos procesos cognoscitivos está determinada directamente por las condiciones sociales en que una representación se elabora o se transmite. Esta dimensión social genera reglas que pueden ser muy distintas de la lógica cognoscitiva.

Las representaciones sociales tienen esta característica específica, que por otro lado, dificulta su análisis: están sometidas a una lógica doble: la lógica cognoscitiva y la social.

1.2.2 La representación social como sistema contextualizado

Uno de los componentes fundamentales de las representaciones sociales es su significación, que está determinado doblemente por efectos del contexto:

En primer lugar, por el contexto discursivo, es decir, por la naturaleza de las condiciones de producción del discurso, a partir del cual será formulada o descubierta una representación. En la medida en que, la mayoría de los casos, son producciones discursivas que permiten entrar a las representaciones, es necesario analizar sus condiciones de producción y tener en cuenta, que la representación recabada se produce en situación, para un auditorio, a quien pretende argumentar y convencer y que la significación de la

representación social dependerá, por lo menos en parte, de las relaciones concretas que se verifican en el tiempo de una interacción.

En segundo lugar, la representación social, estará determinada por el contexto social, es decir, por el contexto ideológico, y por otro lado, por el lugar que el individuo o el grupo ocupa en el sistema social. Doise (1992:189) escribió que *“la significación de una representación social está entrelazada o anclada siempre en significaciones más generales que intervienen en las relaciones simbólicas propias al campo social dado”* (citado en Abric, 2001:15).

Este efecto doble de contexto, implica, una referencia necesaria al contexto social y no solamente discursivo para entender el contenido y la dinámica de una representación.

Como lo señalan Guimelli (1988 citado en Abric, 2001:15) y Flament (2001 citado en Abric, 2001:15), *“los elementos de una representación, pueden estar ligados directamente a sus efectos de contexto”*. Es precisamente el tomar en cuenta estos efectos lo que debería permitir descubrir el principio organizador de la representación oculto por la imposición de un contexto particular.

I.3 El objeto y sujeto en las representaciones sociales

El concepto de representación social dio lugar a una nueva zona de sentido dentro de la psicología social, orientada a uno de los procesos más importantes de la subjetividad social que había sido ignorado: el proceso de génesis y desarrollo del conocimiento social. La teoría de las representaciones sociales permitió comprender cómo el conocimiento social tiene una naturaleza simbólica y social, que produce significaciones que están más allá de cualquier objeto concreto que aparezca como contenido de una representación. Es precisamente ésta una de las diferencias centrales entre la teoría de las representaciones sociales y las teorías de la cognición social. Sin embargo, esta distinción se ha visto con frecuencia oscurecida por el concepto de “objeto” (González-Rey, 2002).

El concepto de objeto es un concepto conflictivo por su propia historia dentro de una psicología dominada por la dicotomía sujeto – objeto. El análisis sobre la cuestión del objeto de las representaciones sociales ha implicado de una forma u otra prácticamente a todos los defensores de esta teoría, incluyendo al propio Moscovici. Quien sostiene que la representación expresa de golpe una relación con el objeto y que desempeña un papel en la génesis de esta relación. Uno de sus aspectos, el aspecto perceptivo, implica la presencia

del objeto, y el otro, el aspecto conceptual. Desde el punto de vista conceptual, la presencia del objeto, incluso su existencia es inútil. Desde el punto de vista perceptivo, su ausencia o inexistencia es una imposibilidad. La representación mantiene esta oposición y se desarrolla a partir de ella (González-Rey, 2002).

En otras palabras, objeto y sujeto co-existen en una representación, y a partir de esta díada, es que la representación surge y se manifiesta. Moscovici escribió, en 1982, que no había nada en la representación que no estuviera en la realidad, excepto la representación misma.

Por tanto, cuando Moscovici afirma que no hay nada en la representación que no está en la realidad, no se refiere a una realidad concreta definida en sus atributos objetivos e independientes del sujeto, sino a una realidad social en la que también intervienen los procesos de subjetivación que la configuran, cuyo sistema y formas de organización en el tejido social han sido definidas como subjetividad social.

Moscovici (1973:vi) propuso que *“sujeto y objeto no son considerados como funcionalmente separados. Un objeto es ubicado en un contexto de actividad desde que él es lo que es, porque es en parte, considerado por la persona o por el grupo como una extensión de su conducta [y] no reconocer el poder de nuestra capacidad de representación para crear objetos y eventos, es como creer que no hay conexión entre*

nuestro reservorio de imágenes y nuestra capacidad de imaginación”.

Las representaciones sociales representan las formas organizativas del espacio simbólico en que la persona se desenvuelve. La realidad aparece a través de las representaciones sociales y de los discursos que forman el tejido social, mediante los cuales, los sujetos individuales, relacionados en un determinado espacio social, configuran el sentido subjetivo de las esferas de su vida y se atribuyen una significación a sí mismos y a sus relaciones con los otros. Esta organización simbólica del medio social es también un aspecto central en la constitución del sentido de conjuntos completos de emociones del sujeto. Sin embargo, las representaciones sociales también están constituidas por complejos núcleos emocionales que, asociados o no a procesos de significación, se integran desde zonas diferentes de la experiencia humana a la configuración de una representación social concreta (González-Rey, 2002).

En este sentido, la adicción como objeto representacional es producida por determinados sujetos que es matizada por su propia experiencia. No se trata entonces, de una producción arbitraria, sino de un producto razonado, en este sentido es se tratan de grupos pensantes.

1.4 La sociedad pensante

A diferencia de otras teorías que niegan la existencia del pensamiento en la sociedad, la teoría de las representaciones sociales observa una sociedad cuyos miembros comunican sus pensamientos constante e incesantemente. Los individuos son sujetos pensantes – racionales – que intentan resolver sus problemas cotidianos utilizando las representaciones que crean y comparten a través de la interacción comunicacional con otros.

Los escenarios, como la vida familiar o los públicos, como las calles, centros de reuniones, puestos de mercado, esquinas, escuelas, son lugares donde la gente intercambia una serie de ideas y representaciones que modelan su propia concepción del mundo y que impactan fuertemente en sus relaciones sociales (Moscovici, 1979).

1.4.1 De la ciencia al sentido común

Los teóricos de las representaciones sociales sostienen la existencia de dos universos de conocimientos diferenciados: el universo reificado y el universo consensual. Esta división tiene la función de situar el ámbito en el que se desarrollan, respectivamente, el conocimiento científico y el conocimiento del sentido común.

Moscovici (1984, 1988) sostiene que el universo reificado es aquel en el que el conocimiento acerca de los eventos sociales y las personas es integrado en una estructura comprensiva, sistemática y jerarquizada, en las que las entidades constituyentes se insertan en una serie de categorías invariantes. Los sistemas de pensamiento que se desenvuelven en este universo imponen los criterios de verdad que configuran la "realidad oficial". El universo reificado es excluyente, ya que no todos los sujetos poseen los méritos suficientes para pertenecer a él. Tienen cabida, las personas que han adquirido una competencia determinada, de tal forma, que pueden presentarse como físicos, psicólogos, neurólogos, etc. Su actividad la despliegan en organizaciones que cuentan con canales propios de comunicación, además de que comparten un repertorio lingüístico y conceptual particular. La ciencia es, el inquilino que habita en este universo del conocimiento.

El universo consensual es el espacio donde fluyen las representaciones producidas por la sociedad pensante. Para participar en él no es necesario poseer un rol de experto, ya que los sujetos que se perciben a sí mismos como iguales, tienen la libertad de expresar cualquier pensamiento. Así, las personas pueden jugar el papel de psicólogos, politólogos o psicoanalistas "amateur". La actividad conversacional que se llevan a cabo, remite constantemente a un fondo común de significados, los que una vez presenten en la conversación actualizan las representaciones sociales. En el universo

consensual se produce el sentido común y su forma de conocimiento: las representaciones sociales.

De tal forma que, este estudio se ubica precisamente en la aprehensión de un fenómeno que es producido desde el sentido común, desde las formas de pensamiento social que prevalecen alrededor de las adicciones.

1.5 El papel de la emoción en la construcción de las representaciones sociales

Una de las críticas que con mayor frecuencia se ha dirigido a las representaciones sociales, se refiere a la impronta cognoscitivista de sus explicaciones teóricas.

En efecto, cuando se explican las condiciones de emergencia de la representación, los modos de organización (estructura alrededor del modo figurativo), la construcción del conocimiento del sentido común (objetivación y anclaje) y las dimensiones de las representaciones sociales (información, actitudes y campo de representación), nos encontramos fundamentalmente frente a argumentos relacionados con procesos cognoscitivos (Blanch, 1996).

En este sentido, no deja de tener razón González-Rey (1994) cuando señala la ausencia del desarrollo teórico de la

subjetividad, tales como necesidades, motivaciones, afectos, pulsiones inconscientes o contenidos reprimidos, en la construcción de las representaciones sociales.

Blanch (1996) sugiere que para entender la emotividad y afectividad en la constitución de las representaciones sociales hay que recurrir a las investigaciones empíricas, que son las que podrían precisar su papel.

En este estudio se retoman las afectividades como un elemento central de las condiciones de emergencia y de mantenimiento de las representaciones sociales. Como se verá en el capítulo de resultados, la cuestión de las afectividades está muy relacionada con las adicciones.

En este sentido, es que se coincide con Blanch, de que más que se ignore o se niegue el papel de la emotividad en las representaciones sociales, se trata de una falta de desarrollo que lleva a un conocimiento más comprensivo sobre los fenómenos en estudio.

Jodelet (1989:41) considera que los estudios de las representaciones sociales deben abordarse *“articulando elementos afectivos, mentales y sociales integrando la cognición al lenguaje, a la comunicación y a las relaciones sociales que afectan las representaciones sociales y la realidad material, social e ideática sobre la cual ellas intervienen”*. Di Giacomo (1986:134), por su parte, encontró

en un estudio empírico sobre alianzas y rechazos intergrupales en un movimiento contestatario, que el factor evaluativo jugaba un papel fundamental en el proceso representacional, concluyendo que, se *“debe considerar a las representaciones sociales como el producto de un proceso permanente y social de evaluación de la gente y de los hechos”*.

Lane (1995) plantea que las emociones, junto con el lenguaje y pensamiento, juegan un papel mediador en la construcción de las representaciones sociales. Sin embargo, Blanch, considera que dada la complejidad de este proceso, no se puede asignar a la emocionalidad un carácter mediacional, estático, prefijado. Considera que las emociones, los afectos y los sentimientos están en relación de interdependencia. Sugiere que la emocionalidad, matiza y es matizada por las representaciones sociales del mundo que poseemos; matiza y es matizada por el proceso mismo de selección de los que consideramos un objeto, así como el proceso de construcción de la representación de esos objetos. Así mismo, dado que las representaciones se construyen en el proceso de interacción social, se acepta que las emociones y los afectos se movilizan en los grupos estableciendo y reforzando los núcleos de significados de acciones, creencias y relaciones.

Entonces, las emociones ejercen un rol preponderante en la selección de las informaciones y en posicionamiento favorable o desfavorable tanto frente a aquello que se considera un

objeto de representación, como en la construcción de ese objeto a través de un discurso que le confiere la realidad que objetiva y la ancla en una red de significados.

Como dice Blanch (1991), más que tratar de buscar un enfoque lineal-causal del papel de las emociones en las representaciones sociales, o de sentar un antecedente y un consecuente, se propone visualizar, emociones, representaciones y acciones como un todo que se da conjuntamente, sin poder separarlos como componentes aislados de las circunstancias y del contexto social específico (grupal), del contexto social global (societal), ni del contexto histórico particular (trasfondo cultural), en el cual se producen. Desde esta perspectiva, en el marco de la teoría de las representaciones sociales y de la terapia familiar, las emociones son vistas como un círculo en que causa y efecto pueden invertirse, como una espiralidad cruzada.

I.6 Funciones de las representaciones sociales

Sobre las finalidades y funciones que cumplen las representaciones sociales, podrían enumerarse las siguientes:

I.6.1 Funciones de saber

Este tipo de función permite entender y explicar la realidad. El saber práctico de sentido común permite a los actores sociales adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible para ellos, en coherencia con su funcionamiento cognoscitivo y con los valores a los que se adhieren.

I.6.2. Funciones identitarias

Además de la función cognoscitiva de entender y explicar, las representaciones tienen también sitúan a los individuos y a los grupos en el campo social, permiten elaborar una identidad social y personal gratificante; es decir, compatible con los sistemas de normas y valores social e históricamente determinados (Mugny y Carugati, 1985 citado en Abric, 2001:15).

I.6.3. Funciones de orientación

El sistema de precodificación de la realidad que constituye la representación social es una guía para la acción, es decir, conducen los comportamientos y las prácticas. Este proceso de orientación de la conducta resulta de tres factores:

1) La representación interviene directamente en la definición de la finalidad de la situación, determinando así, a priori, el tipo de relaciones pertinentes para el sujeto pero también eventualmente, en una situación en que una tarea es por efectuar, el tipo de gestión cognoscitiva que se adoptará.

2) La representación produce igualmente un sistema de anticipaciones y expectativas. Es así, pues, una acción sobre la realidad: selección y filtro de las informaciones, interpretaciones con objeto de volver esa realidad conforme a la representación.

3) La representación social es prescriptiva de comportamiento o prácticas obligadas. Define lo lícito, tolerable o inaceptable en un contexto social dado.

I.6.4.- Funciones justificadoras.

Permiten justificar a posteriori las posturas y los comportamientos. Las representaciones sociales intervienen también después de la acción y permiten así a los actores explicar y justificar sus conductas en una situación o en consideración a sus colegas. Aparece así un nuevo papel de las representaciones: el de la persistencia o refuerzo de la posición social del grupo involucrado. La representación tiene por función perpetuar y justificar la diferenciación social, por lo

que puede -como los estereotipos - pretender la discriminación o mantener una distancia social entre los grupos respectivos (Abric, 2001).

Así, la teoría de las representaciones sociales permite aprehender las formas y los contenidos de la construcción colectiva de la realidad social y es también pertinente para tratar los objetos que surgen de numerosos campos de la educación, política, del medio ambiente, relaciones de género, relaciones íntimas, salud (Jodelet, 2000).

El análisis de las funciones de las representaciones sociales demuestra bien cómo ellas son indispensables en la comprensión de la dinámica social. La representación es informativa y explicativa de la naturaleza de los lazos sociales, intra e intergrupos, y de las relaciones de los individuos con su entorno social. Por eso, es un elemento esencial en la comprensión de los determinantes de los comportamientos y de las prácticas sociales (Abric, 2001).

I.7 Tipología de las representaciones sociales

El primer tipo recibe el nombre de representaciones hegemónicas, que dado su carácter coercitivo y predominante se asemejan a las representaciones colectivas. Su rasgo principal es que son ampliamente compartidas por los

miembros de un grupo "altamente estructurado", como partidos políticos o naciones. Este tipo de representaciones predominaría implícitamente en las prácticas simbólicas o afectivas (Arruda, 2000).

La segunda modalidad, recibe la denominación de representaciones emancipadas o autónomas. Son aquellas que son compartidas por subgrupos que tienen un contacto más o menos cercano y que poseen un cierto grado de autonomía de los elementos que interactúan con la sociedad. Resultan de la circulación del conocimiento y las ideas de grupos. Dada su autonomía, estas representaciones pueden llegar a ser complementarias. Al contrario de las primeras, no poseen carácter homogéneo, sino que expresan una cierta autonomía con respecto a los segmentos que las producen (Arruda, 2000).

Por último, se encuentran las representaciones polémicas que surgen de las relaciones conflictivas y polarizadas, de la controversia social entre diversos grupos de la sociedad y no crean unanimidad. En realidad, son el producto de relaciones antagónicas entre grupos que se excluyen mutuamente. La forma que adquieren estas representaciones es la de diálogos concretos o imaginarios (Arruda, 2000).

I.8 La r presentación social como proceso

Varios autores convergen en la opinión de que la emergencia de una representación social obedece a una condición problemática del objeto (Flament, 1989 citado en Flores, 2001:15). Esta condición problemática exige que el objeto sea blanco de condiciones fértiles de intercambio entre los sujetos y de un “proceso concreto de problematización de las prácticas”. En las adicciones, podemos encontrar posiciones a favor y posiciones en contra, es un objeto del que se habla y que se encuentra en las prácticas.

De esta forma, las representaciones sociales se elaboran de acuerdo a dos procesos sociocognoscitivos fundamentales: la objetivación y el anclaje.

I.8.1 La objetivación

Moscovici (1979) señaló que la objetivación lleva a hacer real un esquema conceptual, a duplicar una imagen con una contrapartida material. Es decir, el proceso de objetivación se activa para dotar de materialidad a un concepto abstracto. Se puede decir que es encarnar el pensamiento, otorgarle una imagen a una identidad intangible para hacerla real. Objetivar es reabsorber un exceso de significaciones materializándolas, es trasplantar al plano de la observación lo que sólo era inferencia o símbolo, es sustituir lo percibido por lo conocido.

La objetivación, lleva consigo dos operaciones esenciales:

- 1) Naturalización: Es un salto en lo imaginario que transporta los elementos objetivos al medio cognoscitivo y prepara un cambio fundamental de situación y de función.
- 2) Clasificación: Se trata de un esfuerzo de clasificación que coloca y organiza las partes del mundo circundante y por sus hendiduras introduce un orden que se adapta al orden preexistente, atenuando de este modo el choque de toda concepción nueva. La clasificación responde a una necesidad psicológica.

Naturalizar, clasificar, son los dos esfuerzos esenciales de la objetivación. El primero, convierte en real al símbolo, el segundo, da a la realidad un aspecto simbólico.

Una vez que se ha objetivado el objeto, el siguiente paso consiste en ubicarlo dentro de alguna categoría establecida dentro de nuestra red de representaciones sociales que determinan el significado del concepto recién integrado. Este mecanismo es el denominado anclaje.

1.8.2 El anclaje

El anclaje designa la inserción de un objeto en la jerarquía de los valores y entre las operaciones realizadas por la sociedad. En otras palabras, a través del proceso de anclaje, la sociedad cambia el objeto social por un instrumento del que puede disponer, y este objeto, se coloca en un escala de preferencia en las relaciones existentes. Entonces, se puede decir, que el anclaje transforma al objeto en marco de referencia y en red de significados (Moscovici, 1979).

El proceso de anclaje tiene como finalidad integrar el concepto objetivado dentro de nuestra red de conocimientos previos, ya que ninguna representación social, puede existir si no está anclada en un sistema de representaciones sociales que le otorga un sentido determinado. En el anclaje, es importante decirlo, se observa una constante dinámica de modificación de las representaciones sociales ya que los conceptos a presentar son sometidos a transformaciones de ajuste a las categorías que les darán alojamiento, pero también las representaciones sociales preexistentes se modifican con la nueva inserción. En el proceso de anclaje intervienen dos mecanismos activos: la clasificación y el nombramiento (González, 2001).

La *clasificación* consiste en insertar el concepto objetivado en una categoría previamente establecida. La prototypicalidad es el criterio que sigue a toda categorización, de tal forma que el

concepto a integrar es comparado con el prototipo que representa a la categoría. Algunos ejemplos de prototipos sociales son: de un magnicidio, el asesinato de J.F. Kennedy; de un pacifista, Gandhi; de un científico, Einstein y de un dictador, Stalin. La clasificación, como podría suponerse, no es un mecanismo ideológicamente neutro, sino que la inclusión de una representación dentro de una categoría prototípica lleva implícita una valoración positiva o negativa de esa nueva representación, además que *“revela nuestra teoría de la sociedad y la naturaleza humana, una teoría que la define y especifica [a la nueva representación] y que especifica su uso”* (González, 2001:140).

La *clasificación* puede realizarse siguiendo dos caminos diferentes: la generalización y la particularización. A través de la primera, se reducen distancias entre el prototipo y el concepto y se elige una característica, que es utilizada como categoría general. De esa forma, se activan categorías como el ser negro, comunista, católico, etc. De haber ajuste se acepta a la clasificación, si no se rechaza. En la particularización, se mantiene una distancia entre el prototipo y el concepto, y se pone a este último, bajo escrutinio. La elección de uno u otro camino denota un interés por considerar a la nueva representación como normal o desviada (González, 2001).

El *nombramiento* consiste en proporcionar una etiqueta o membrete a la nueva representación social. Esta actividad no

se reduce al mero acto bautismal, sino que, al dotar de un nombre al concepto, se le está confiriendo un sentido y una genealogía que la ubica dentro de un fondo común de representación al que todos podemos acceder. Al nombrar, se extrae del anonimato, a aquel concepto abstracto o no familiar que nos intriga dada la imposibilidad de poder referirnos a él. Una vez que lo hemos etiquetado, el concepto a representar adquiere una serie de características y tendencias que lo distinguirán. El concepto nombrado pasa a ser compartido por los grupos que lo valoran de la misma forma y hacia el que tendrán una actitud social similar (González, 2001).

Para Ibáñez (1988), Paéz (1987) y Doise (1991) el anclaje de la representación social está determinado por la posición ideológica del grupo social y por las características de la relación intergrupala. La ideología del grupo definirá las categorías que se abrirán a determinados conceptos y cuáles permanecerán cerradas, lo que confiere a la nueva representación una valoración determinada. Este anclaje tendrá la función de regular las relaciones intergrupales que ocurren en la realidad social.

En síntesis, la objetivación traslada el objeto al dominio del ser y el anclaje la delimita en el del hacer. Así como la objetivación muestra cómo los elementos de un objeto se integran en una realidad social, el anclaje permite captar la manera en que contribuyen a modelar las relaciones sociales

y cómo las expresan. Así como la sociedad se transforma, el sujeto también lo hace (Moscovici, 1979).

I.9 La representación social como producto

Las representaciones sociales son tanto un proceso como un producto. Las representaciones sociales como productos socioculturales, y más concretamente, sus contenidos, pueden analizarse en tres dimensiones: la información, actitud y el campo de representación o imagen como lo propone Moscovici (1979).

I.9.1 La información

La información que poseen los grupos del objeto de las representaciones es posible analizarla en términos de calidad y cantidad. Ibáñez (1988) considera que el grado de información que un grupo tiene de la representación social está estrechamente relacionado con su inserción social, ya que según el nivel socioeconómico facilita o dificulta la inserción a los diversos medios de comunicación social. Otro factor que incide sobre la calidad y cantidad de conocimiento, es la forma como el grupo social se aproxima al objeto a representar, ya sea a través de un medio de comunicación o de un contacto directo.

Moscovici escribió (1979) que la información –dimensión o concepto- se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social

I.9.2 La actitud

Moscovici (1979) señaló que la actitud acababa por descubrir la orientación global con respecto al objeto de representación social y que podía ser considerada como la evaluación positiva o negativa que el sujeto o el grupo tiene del objeto a representar. Esta es, dentro de las tres dimensiones la más estable, ya que solamente después de que los sujetos o los grupos han tomado una posición evaluativa y afectiva con respecto del objeto, es posible esperar a que se construya una representación social. Es por eso, que los objetos o conceptos polémicos, debatibles y que dividen las opiniones de los grupos sociales, son más factibles de tornarse en representaciones sociales.

I.9.3 Campo de representación

La dimensión que se designa como campo de representación, fue considerada para Moscovici (1979) como la idea de

imagen, de modelo social, de un contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de la representación. Señaló que las opiniones pueden recubrir el conjunto representado, pero no quiere decir que este conjunto esté ordenado y estructurado. La noción de esta dimensión nos obliga a estimar que existe un campo de representación, una imagen, allí donde hay una unidad jerarquizada de los elementos.

Aquí también la ideología de los grupos determina la composición y la organización de los elementos y define cuál estará en el núcleo central. Doise (1991) señala que existen en torno al núcleo central, una serie de elementos periféricos o esquemas que, sin tener que apelar al núcleo central, dictan el comportamiento de un sujeto en una situación dada. Estos esquemas pueden modificarse, pero si llegan a entrar en una contradicción insalvable con el núcleo central sobrevendría la desaparición de esa representación y la estructuración de una nueva. El conocimiento del núcleo central tiene importantes implicaciones en el terreno aplicado, ya que esto hace posible el intentar establecer estrategias de modificación de representaciones sociales arraigadas cuya permanencia constituye un problema social (tal es el caso del racismo, el machismo, la estigmatización de las adicciones etc..).

Las tres dimensiones dan una idea del contenido y sentido de la representación social del objeto que se está representando, lo que nos lleva a buscar un análisis dimensional.

1.10 Prácticas sociales y representaciones

En el campo de la psicología social, la cuestión de las prácticas es sido considerado un campo sub-estudiado, ya que la mayoría de los psicólogos sociales centra su atención en el estudio de las representaciones de donde emergen las prácticas, más que las prácticas mismas.

Guimelli (2001) se refiere a las prácticas sociales como un determinante poderoso para el cambio de estado de las representaciones sociales. Flament (1987 citado en Guimelli 2001:75) considera que *“las prácticas son la principal fuente, si no la única de transformación de las representaciones”*, o como dice Flores, *“la relación entre cognición y práctica es estrecha”* (Flores, 2002:61).

Las representaciones sociales son combinaciones organizadas y estructuradas de elementos cognitivos y afectivos que permiten a los individuos y a los grupos encarar sus propias prácticas. Son construidas y reforzadas por las propias prácticas en las que los sujetos están socialmente insertos.

Adentrarse al estudio de las representaciones sociales implica trastocar diferentes ámbitos que funcionan de manera interdependiente: el lenguaje, el pensamiento y el comportamiento, ya que, por ejemplo, el significado y las normas implícitas en las prácticas sociales no se encuentran

en la mente de los actores, sino fuera de ella, en las prácticas mismas, prácticas que no pueden ser concebida como un conjunto de acciones individuales, sino esencialmente como modos de relación social o de acción mutua. Las formas de actuar, siguiendo a este autor, se articulan con las condiciones sociales generadas al mismo tiempo por la interacción establecida a partir de estas formas. Sin embargo, se encuentran también vinculadas a las visiones del mundo, y así, la forma de interpretar la realidad y el contexto de vida, conducen conjuntamente las acciones (Pelcastre-Villafuerte y Garrido-Latorre, 2001).

Flores (2000) afirma que las prácticas sociales están vinculadas con las nociones que se tengan del objeto. En el ámbito de las adicciones, el consumo de drogas como práctica social, ha sido muy estudiado a través de un sinnúmero de estudios de corte epidemiológico, pero escasamente vinculado a los procesos de cognición. Uno de los pocos estudios localizados fue el de Basabe y Páez (1992) que buscaba explorar las representaciones sociales del alcohol en jóvenes. Sin embargo, no se trata del estudio del fenómeno desde el marco de las representaciones sociales, pues en sus resultados presentan una caracterización de tipo epidemiológico más que procesos cognoscitivos o formas de pensamiento social que intervienen con el consumo.

En este sentido, este estudio propone la intersección entre las prácticas del consumo de drogas con los procesos

cognoscitivos, afectivos y de creencias de los propios adolescentes, como actores sociales, así como la de sus padres, que han sido reconocidos como influencia social para esta práctica. Sin embargo, se entiende a las representaciones sociales no como causas del comportamiento, sino como guías para las conductas sociales.

En el capítulo dos se presenta el panorama del consumo de drogas en México y en el capítulo tercero, se discutirá cómo se puede aplicar esta teoría en el estudio de los modelos de toma de decisiones en las adicciones.

Capítulo II. Panorama del consumo de drogas en México

II. Panorama del consumo de drogas en México

Este capítulo se presenta en seis apartados: 1) El concepto de uso, abuso y dependencia; 2) México en el contexto Internacional; 3) Epidemiología del consumo de drogas en México y en las regiones; 4) Adolescencia y su asociación con el consumo de drogas; 5) Pobreza, marginación y su asociación con el consumo; 6) Asociación del consumo con la variable familiar, y por último, 7) Políticas y servicios de Salud en la prevención y tratamiento de las adicciones.

II.1 El concepto de droga, uso-abuso, dependencia y síndrome de abstinencia

La definición de droga que propuso la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1987) se refirió a *“cualquier sustancia que, al interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras”*. En esta definición se incluyó el alcohol, tabaco y solventes, y se excluyó, a las sustancias medicinales sin efectos psicoactivos (SS, 1999:12).

Las convenciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para el control de drogas no establecen una distinción entre drogas ilegales y legales, sin embargo, señalan su uso

como lícito o ilícito. No obstante, en general, se emplea el término *droga ilegal* para referirse a aquellas que están bajo un control político internacional, con lo que se trata de pasar por alto que, además de sus fuertes propiedades adictivas, son las que causan mayores daños a la salud individual y pública en todo el mundo.

Medina-Mora (2001) señala que la distinción entre los conceptos de *uso* y *abuso* no es clara, ya que ambos conceptos no pueden colocarse como extremos en una sola dimensión y que de manera adicional, existen parámetros sociales, médicos, biológicos y legales. Señala que la cuestión de la legalidad determina en gran medida la distinción entre el uso y abuso, pues como lo señala la OMS, el abuso de drogas se presenta *fuera de la prescripción médica* y con fines de intoxicación (SS, 1999).

La OMS utiliza el término *abuso* para ser consistente con los términos utilizados por las convenciones internacionales, que emplean indistintamente los términos abuso, uso inadecuado o uso ilícito.

La OMS propuso que el término *abuso o uso inadecuado* podría tener diversos significados en distintos países de acuerdo con lo que se considera *un problema de abuso de drogas* en una cultura determinada. Además, sugirió que la expresión *abuso de drogas* no hacía una distinción entre los consumidores ocasionales, habituales o dependientes, por lo

que en general, se ha optado por emplear indistintamente los términos *uso o consumo*. Se consideró que el concepto de *abuso* incluía un daño a la salud física o mental del consumidor, o bien, se aplicaba a un patrón de consumo que es frecuente e interfiere con otros aspectos de la vida, o se presentaba de manera ocasional en períodos de consumo intenso (SS, 1999).

Sin embargo, Medina-Mora (2001) propone que en el caso de las drogas ilegales, es común considerar que cualquier uso es abuso. De manera adicional, señala que, las consecuencias de este uso –dependiendo del tipo de droga– serán muy diferentes, según el patrón de consumo, es decir, se ha consumido la sustancia una o dos veces, si la ingiere en ocasiones específicas, si la consume de vez en cuando o si la usa diario por períodos prolongados. Ante esta situación, propone dos tipos de uso:

- 1) **Uso continuado.** Es cuando a pesar de que la persona sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la sustancia.
- 2) **Uso recurrente.** Es cuando existen situaciones que resultan físicamente arriesgadas (p.e. conducir intoxicado). El diagnóstico se efectúa sólo si algunos síntomas de la alteración persisten durante un mes como mínimo, o si aparecen repetidamente por un período prolongado.

Las definiciones de uso y abuso, están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo y se miden por medio de indicadores tales como consumo per cápita, patrones de consumo y problemas asociados.

Puede apreciarse que el uso puede ser esporádico y no necesariamente traer consecuencias adversas para el consumidor. En cambio, el abuso se caracteriza, porque a pesar de puede no ser tan frecuente, puede ocasionar consecuencias negativas en diversas áreas de la vida de la persona que consume.

En 1963, la OMS consideró en abandonar los términos de *adicción* y *habituación* y sustituirlo por el de *dependencia*, que en 1992 fue necesario modificar. Fue re-conceptualizada como *“un grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos de variable intensidad, en el que el uso de drogas psicoactivas tiene una alta prioridad; [...] hay preocupación y deseo de obtener y tomar la droga, por lo que se adoptan conductas para buscarla. Los determinantes y las consecuencias problemáticas de la dependencia a las drogas pueden ser biológicos, psicológicos o sociales y usualmente interactúan”* (SS,1999:13).

También se hizo una distinción entre dependencia física y dependencia psicológica (Medina-Mora,1994). La dependencia física fue entendida como un estado en el cual el organismo se ha adaptado de tal forma a una droga, que

cuando se le suspende, provoca claros síndromes físico de abstinencia que suelen provocar distensión y dolor.

La dependencia psicológica fue definida como el estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales relacionadas con los efectos de las drogas, manifestada por una conducta de búsqueda continúa.

Actualmente, se considera que la dependencia es una sola, con rasgos comunes entre las diferentes drogas y con algunas propias (Medina-Mora, 1994).

La tolerancia fue definida por cualquiera de las siguientes características: a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado y b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. En cambio, el síndrome de abstinencia fue entendido como aquellas sensaciones provocadas por la droga que pueden ser tan necesarias para el cuerpo y la mente, que su ausencia se vuelve intolerable y que lleva a algunos usuarios a extremos para conseguirla (SS,1999) .

En conclusión, el abuso de drogas, tiene como característica que se presenten consecuencias negativas en las diferentes áreas de la vida del consumidor. Por otro lado, la dependencia, se caracteriza por una serie de síntomas que

son más de índole fisiológico, como síndrome de tolerancia y abstinencia.

II.2 México en el contexto Internacional

En años recientes, el uso de drogas se ha extendido a todo el mundo haciendo evidente que se trata de un fenómeno global. El consumo de drogas ilegales representa una alarmante realidad que afecta a todos los grupos sociales, pero en especial a poblaciones vulnerables, como niños y adolescentes, ya que tiene consecuencias adversas en la salud individual, al truncar la posibilidad del desarrollo, en la integración familiar y en la estabilidad social. Hasta hace poco se afirmaba que este problema se presentaba fundamentalmente en sociedades muy desarrolladas y con alto per cápita, como los países occidentales y del hemisferio norte. Los demás eran considerados básicamente como productores y/o de tránsito de drogas hacia los centros de consumo.

Sin embargo, esta caracterización no refleja ya la situación actual, pues algunos países tradicionalmente productores o de tránsito han comenzado a registrar incrementos en su consumo, y otros que eran consumidores, están produciendo drogas. Además, se ha observado que las estrategias de mercadeo de los narcotraficantes se han diversificado de tal

modo que se promueve el consumo en sociedades que sólo eran productoras o de tránsito.

La comparación entre el consumo de distintas sociedades ha sido una tarea difícil, ya que muchos países no se desarrollan estudios sistemáticos, y muchos de los que se realizan, carecen de elementos científicos válidos.

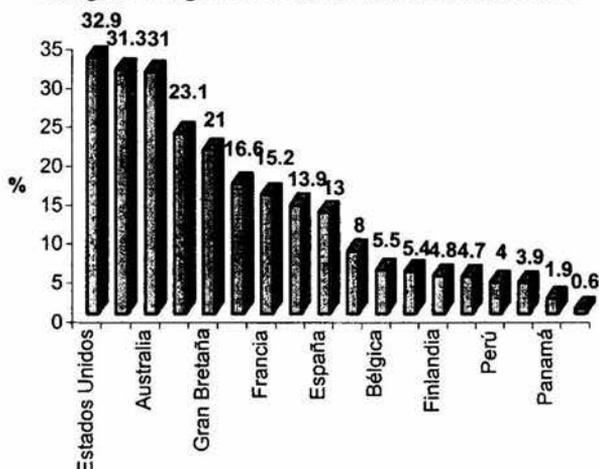
Las drogas más difundidas en todas partes son la marihuana y el hashish. Las menos prevalentes, pero con efectos más serios en la salud, son la heroína y la cocaína. El incremento más rápido a nivel mundial es el de drogas sintéticas como las anfetaminas.

A continuación se presentan algunos de los datos disponibles obtenidos de encuestas de México y de algunos países que cuentan con investigaciones que emplean indicadores comparables del consumo de drogas en población estudiantil (SS, 1999).

Al igual que en México, en otras sociedades, la marihuana es una de las sustancias más consumidas, aunque se observan importantes diferencias. Con la información disponible, se clasificaron a los países según su prevalencia del uso de marihuana en: 1) alta, que incluyen aquellos países que presentan un 20% o más de consumidores en la población general; 2) media, los países que reportan de 10 a 19% y 3) baja, los que tienen prevalencias menores a 10%.

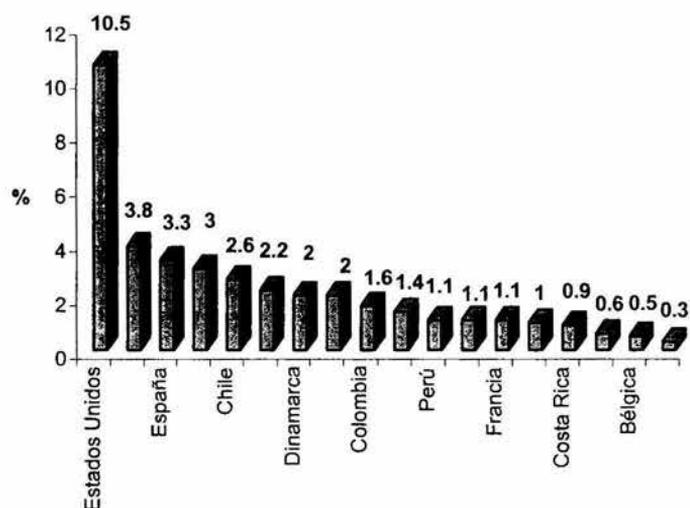
Con este criterio, dentro del *consumo alto* se ubicarían: Australia, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos y Gran Bretaña. Al rango de *consumo medio*, corresponden: Alemania, Chile, España y Francia. Dentro del grupo de países con *consumo bajo*, se encuentran: Bélgica, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Finlandia, México, Panamá y Suecia (Gráfico 1).

Gráfico 1 Comparación internacional sobre el uso de marihuana alguna vez en la vida en estudiantes



La prevalencia del uso de cocaína es más baja, por lo que se usan otros tipos de rangos para la clasificación: 1) medio, incluiría a Colombia, Chile, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, México, Panamá, Perú y Suecia; y 2) bajo, se encuentran Bélgica, Bolivia, Costa Rica y Finlandia.

Grafico 2 Comparación internacional sobre el uso de cocaína alguna vez en la vida en población estudiantil



La situación del consumo de drogas en México, en relación con la de otros países, revela que tanto en la población general, como entre los estudiantes, el nivel de consumo de marihuana en nuestro país es *bajo*. En cambio, en el caso de la cocaína, México se sitúa en un nivel *medio* en lo que respecta a la población general y en *alto* cuando sólo se analiza su consumo entre estudiantes (SS,1999:69).

II.3 Epidemiología del consumo de drogas en México y en las regiones

En México el uso y el abuso de las drogas por parte de algunos sectores de la población, fundamentalmente entre jóvenes, plantea un reto enorme para el país, ya que el riesgo del desarrollo de una epidemia es cada vez más evidente y amenazador, por lo que la farmacodependencia es motivo de preocupación no sólo para las autoridades de salud, sino para todos los sectores de la población, por las graves consecuencias que este fenómeno representa.

El riesgo del desarrollo epidémico es cada vez más evidente y amenazador. En el período de 1974-78 se cuadruplicó el uso de inhalantes y más entre la población de 12 y 17 años de edad (SS, 1999).

El 5.27% de la población urbana de 12 a 65 años había consumido drogas ilegales *alguna vez*, lo que equivale aproximadamente a dos y medio millones de personas (SS, 1999).

En el último año, fue reportado por 1.23% de la población urbana de 12 a 65 años de edad, lo que representa más de medio millón de personas. El 0.83% manifestó haber consumido alguna droga en el *mes previo* de la entrevista, lo que equivale a casi cuatrocientos mil personas.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados a lo largo de dos décadas, y de que en nuestro país, el consumo de los estupefacientes no alcanza las alarmantes proporciones que encontramos en otras regiones del mundo, diariamente ingresan al grupo de los adictos nuevos jóvenes, por lo que existe un número importante de farmacodependientes que requiere de ayuda para resolver su consumo de drogas (Villatoro, Medina-Mora, López, Rivera y Fleiz, 1996).

Hacia fines de la década de los sesenta y principios de los setentas, se hizo evidente que en México, como en otros países, el uso de drogas no se restringía ya a grupos minoritarios que tradicionalmente habían hecho uso de ellas, sino que se había extendido a otros sectores de la población y su abuso por los jóvenes constituía un problema social que no debía ser ignorado (SS-Conadic, 1992).

Diferentes encuestas realizadas en población general en la República Mexicana en los años 1974-78 revelaron preocupantes tendencias del uso de drogas: el uso de inhalables se cuadruplicó en ese período, en el caso del opio y sus derivados, su consumo se había incrementado en la zona fronteriza norte y lo que resultaba más preocupante, es que los usuarios activos se ubicaban en los grupos de menor edad: de los 12 a los 17 años (SS-Conadic, 1992).

En 1988 el Sector Salud, a través de la Dirección Epidemiológica y del Instituto Mexicano de Psiquiatría, realizó

la primera Encuesta Nacional de Adicciones en hogares con una población entre los 12 y 65 años edad. Según los datos obtenidos en la encuesta, el 4.8 % de la población urbana entre 12 y 65 años había consumido una o más de las drogas investigadas, cuando menos una vez en su vida, lo que equivale a un total de 1, 374, 994 personas (SS-CECAJ, 1995).

Otro problema relacionado con la farmacodependencia es el suicidio. Datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) indicaron que en el período 1990-1991, de los suicidios consumados en la Ciudad de México, entre el 8 y el 10% de los casos, estaban vinculados con el consumo de drogas (Bachman, Johnston, O´Malley, 1990; SS-CONADIC, 1992).

En 1995, se indicó que para la Zona Metropolitana de Guadalajara, 634 personas solicitaron atención especializada por problemas de adicción a drogas en los Centros de Integración Juvenil, de los cuales el 33.8% eran adolescentes y el 28.6% pertenecían a niveles socioeconómicos bajos (SS-CECAJ, 1995).

En el ISSSTE, durante 1991, el 5.8 % de los pacientes hospitalizados por trastornos psiquiátricos eran farmacodependientes, de los cuales el 65 % eran hombres. Otro estudio realizado en la hospitalización psiquiátrica del IMSS en el D.F., reportó que en el 12% de los enfermos

psiquiátricos hospitalizados, el 60% de éstos tenía antecedentes de farmacodependencia, alcoholismo y conducta delictiva (SS-CECAJ, 1995).

Los resultados de la segunda Encuesta Nacional de Adicciones 1993, mostraron una tendencia de aumento en la prevalencia de consumo de drogas en la población en general. El consumo de drogas ilegales *alguna vez en la vida* se estimó en 3.9%, lo que equivale a 1,589,716 personas. La prevalencia para el uso en el *último mes*, mostró que cerca de 200 mil personas consumieron drogas ilegales (0.4%). La distribución según edad y sexo mostró que 12 de cada 100 son adolescentes, y de ellos, el 10.9 % eran varones y sólo el 1.5 % eran mujeres. Con respecto a la edad de inicio, se estimó que casi la mitad de los usuarios de marihuana, comenzaron entre los 15 y 18 años de edad. De estos, el 17 % señaló haber iniciado el consumo antes de los 15 años (SS-CECAJ, 1995).

En la Encuesta Nacional de Uso de Drogas en Comunidades Escolares, en 1991 y 1993, se encontró que el 8.2 % del total de la muestra había consumido por lo menos una droga ilícita alguna vez en la vida, el 4.4 % lo había hecho en el último año, y cerca del 2% las usó el mes anterior a la encuesta. Los estratos socioeconómicos alto y bajo se asociaron con prevalencias de consumo mayor con respecto al estrato medio (Medina-Mora, Rojas, Juárez, Berenzon, Carreño, 1993).

En encuestas realizadas en la Ciudad de México, se han asociado variables sociodemográficas con respecto al inicio, consumo y abuso de drogas como son el sexo, en el que la prevalencia es mayor en varones, la edad, en la que a mayor edad es mayor el porcentaje de consumidores, la influencia de la práctica religiosa, en la que a mayor práctica menor consumo, el grado de escolaridad, que previene o favorece el desarrollo de una cultura de consumo selectivo de sustancias, la ocupación o presión de los amigos y el estrato socioeconómico de pertenencia (Nazar, Tapia, Villa, León, Medina-Mora y Salvatierra, 1994; Berenzon, Medina-Mora, Carreño, Juárez, Villatoro y Rojas, 1996; López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas, 1996).

Al comparar los resultados de las tres Encuestas Nacionales de Adicciones, que abarcaron un período de 10 años, se hace evidente un aumento considerable en la prevalencia nacional y por regiones del consumo *alguna vez* de drogas ilegales, tendencias que se habían perfilado desde la Encuesta de 1993 (SS,1999).

Las tendencias del consumo *alguna vez* por tipo de droga en las tres regiones del país hicieron evidente cambios en la dinámica y magnitud del problema entre 1988 y 1998. El aumento en la marihuana se había comenzado a identificar en 1993 con respecto a 1988, y en 1998, se confirmaba en las tres regiones, con incrementos semejantes al de nivel nacional (Cuadro 1).

Cuadro 1 Tendencias del consumo de drogas ilegales *alguna vez*, por tipo de droga y regiones

Tipo de droga	REGIONES											
	Norte			Centro			Sur			Nacional		
	1988	1993	1998	1988	1993	1998	1988	1993	1998	1988	1993	1998
Mariguana	3.48	4.37	5.25	3.28	3.30	5.40	1.96	2.02	2.37	2.99	3.32	4.70
Cocaína	0.76	0.8	1.84	0.27	0.52	1.62	0.07	0.33	0.5	0.33	0.56	1.45
Inhalables	0.56	0.79	0.52	0.90	0.50	1.14	0.68	0.13	0.35	0.76	0.50	0.80
Alucinógenos	0.30	0.26	0.14	0.30	0.27	0.58	0.15	0.04	0.12	0.26	0.22	0.36
Heroína	0.27	0.19	0.12	0.08	0.03	0.08	-	-	0.08	0.11	0.07	0.09
Cualquier droga ilegal	3.70	4.92	6.00	3.58	3.71	5.97	2.50	2.29	2.69	3.33	3.90	5.27

Fuente: Secretaría de Salud, 1999:36

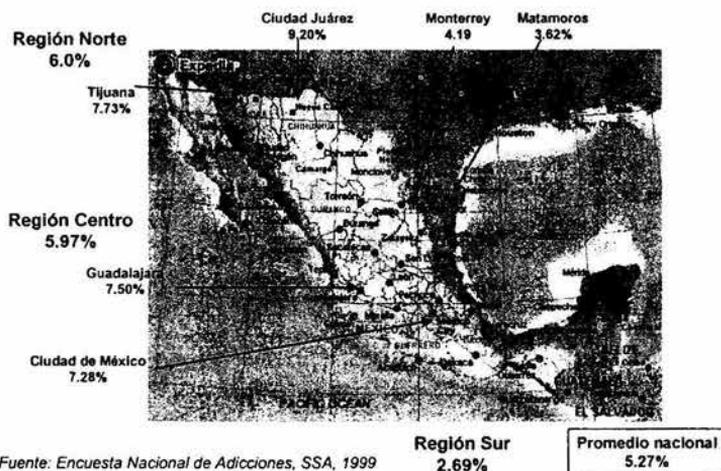
Cantidades expresadas en porcentajes

Las variaciones locales del consumo de cualquier droga *alguna vez en la vida*, muestran una prevalencia de 7.50 para Guadalajara, que la coloca en segundo lugar y por arriba de la media nacional (5.27). (Mapa 1).

El uso de alguna droga en el *último año* en Guadalajara se mantiene en segundo lugar (2.07), por debajo de Tijuana (4.39) y por arriba de la media nacional (1.23). Con respecto al uso en el *último mes o uso actual*, se mantiene la misma relación.

En cuanto a proporciones por sexo, en Guadalajara había aproximadamente 10 hombres consumidores *alguna vez en la vida* por cada mujer. Este mismo comportamiento se ha reportado para la búsqueda de tratamiento, y por grupos de edad, el que mayor acude son los de 20 a 24, seguidos por el de 25 a 29 (CECAJ, 2001).

Mapa 1 Variaciones regionales y locales del consumo de drogas alguna vez en la vida



II. 4 La adolescencia y su asociación con el consumo de drogas

Los autores coinciden al definir a la adolescencia como “la edad de cambio”; etimológicamente significa “crecer” (Hurlock, 1989; Kaplan, 1991; Aberaturyy Knobel, 1992; Rappoport, 1986; Horrocs, 1989; Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982). Sin embargo, en un sentido más amplio, se considera como el período en el que se dan un conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales. La OMS (1989:13) la describe como “una etapa evolutiva específica de crecimiento

y desarrollo del ser humano, de la que es necesario destacar los aspectos conflictivos más comunes, y las variaciones en forma de períodos de crisis biopsicosociales que son preparatorias para el progreso hacia la juventud y la etapa adulta". Aunque han sido muy discutidas las fronteras de inicio y término de la adolescencia, la definición etárea más aceptada ha sido la que ha propuesto la OMS (OPS/OMS, 1990) por lo que, para nuestras consideraciones tomaremos esta definición que va de los 10 a los 19 años de edad.

Existe un consenso entre los teóricos del desarrollo cuando definen a la adolescencia como un período de crisis, de máxima dificultad en los procesos de desarrollo (Hurlock, 1989; Kaplan, 1991; Aberasturi et al, 1992; Rappoport, 1986; Horrocks, 1989, Mckinney et al, 1982).

Durante esta etapa se producen una serie de cambios en las diferentes esferas del ser humano. La eclosión de los cambios orgánicos signa el ingreso de la adolescencia. Sin tratar de forzar los términos, constituye una verdadera metamorfosis. El impacto psicológico de estos cambios se traducen en una condición crítica, pues advierten cierta inadecuación que se traduce en buscar su propia identidad. Las relaciones familiares empiezan a verse significativamente alteradas. El adolescente empieza a considerarse a sí mismo en términos más adultos, es decir, potencialmente más independiente, cuestiona las decisiones y las reglas familiares, lo que aumenta el nivel de conflicto con los padres. El grupo de

pares adquiere una especial importancia, pues crean en ellos una especie de "puente social" en el que depositan esa dependencia psicológica que transfieren de la emancipación con sus padres (Nuño, 1999a).

El uso indebido de estas sustancias puede registrarse en cualquier familia, cualquiera que sea la información recibida, en ricos y en pobres, a cualquier edad y en cualquier tipo de trabajo. Sin embargo, algunos autores han encontrado que algunas personas corren un riesgo mayor que otras. Los varones jóvenes y de mediana edad constituyen un grupo de alto riesgo, lo mismo que los hijos de personas que han hecho uso indebido de drogas o alcohol (OMS, 1987; Blackson, Tarter, Loeber, Ammerman y Windle, 1996; Chávez, Solís, Pacheco y Salinas 1986). Han planteado que la adolescencia se caracteriza por la experimentación de nuevos caminos, incluyendo aquellos con implicaciones de riesgo o de desaprobación social (Hurlock, 1989). Diferentes estudios muestran que es en esta edad donde un importante porcentaje de adolescentes inician el consumo de drogas (SS-CECAJ, 1995; Nazar et al, 1994; Berenzon et al, 1996; López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas, 1995).

Un estudio realizado con estudiantes de enseñanza media y media superior de la SEP, en 33 ciudades de la República Mexicana, durante el período 1985-1986, encontró que los estudiantes que comenten más actos antisociales tienen que

ver con uso de drogas y que los grupos que son altos usuarios de drogas corresponden a adolescentes entre los 16 y 18 años de edad (Castro et al, 1988).

Una encuesta sobre el consumo de drogas aplicada en Matamoros, Monterrey, Ciudad Juárez y Tijuana en 1993, reveló que la población más vulnerable son los adolescentes y la población en edad reproductiva de esa zona (SS, 1994).

Otro estudio publicado en 1995, que se realizó en el Distrito Federal sobre factores relacionados con el uso de drogas en población estudiantil de enseñanza media y media superior, afirma que ser hombre y cursar la preparatoria eran factores importantes que diferenciaron a los usuarios de drogas de los no usuarios. Otras variables significativas fueron el percibir fácil acceso, tener amigos, conocidos o familiares que usaran drogas, la aprobación de los padres y la baja percepción de riesgo (Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño y Juárez, 1995).

Se afirma que en la adolescencia se viven cambios que generan crisis y desestabilidad emocional, por lo que el riesgo de usar droga como elemento de equilibrio es sensiblemente mayor en esta etapa, en comparación con la etapa adulta (Castro, 1991).

Un estudio de consumo de tabaco realizado en 1993-1994 con población derechohabiente del IMSS de 32 Estados del

país, encontró que el 55% de los fumadores varones y el 38% de las mujeres iniciaron el hábito antes de cumplir los veinte años (edad promedio de 17 años), es decir, durante el período de la adolescencia. El estudio demuestra un efecto de edad en el que cuando ésta aumenta, la proporción de fumadores que tienen o tuvieron un consumo excesivo de tabaco (más de 20 cigarrillos al día) aumenta también. Al momento de la entrevista encontraron que una tercera parte de los adolescentes eran fumadores activos. También observaron que a partir de los 45 años de edad se manifiesta un descenso progresivo en la prevalencia del consumo en forma activa (Fernández, Escobedo, Hernández, Tudón, Ramírez y Benítez, 1997).

El sexo y el sistema de género están relacionado con el consumo de drogas. Existen criterios diferentes para hombres y mujeres en cuanto al abuso. Las mujeres tienen más grasa corporal, por lo que es más difícil que el alcohol se disuelva en el organismo, por lo que con menos cantidad, comparativamente con los hombres se obtienen los mismos efectos (Medina-Mora, 2001). Además, se han observado marcadas diferencias por género: mientras un 11.09% de los hombres consumió *alguna vez*, sólo lo hicieron 0.18% de las mujeres, lo que significa que por cada mujer que usó drogas hay aproximadamente 13 hombres que lo hicieron (SS,1999).

Cuando se comparan a hombres y mujeres de México y Estados Unidos según su consumo en el *último mes* de

mariguana y cocaína, por grupos de edad se observó que entre los varones más jóvenes de los dos países, había diferencias muy marcadas en el *uso actual* de mariguana (casi 10 veces mayor en Estado Unidos), pero en los grupos de mayor edad es menos acentuado. En el consumo de cocaína, en cambio, las diferencias no son tan marcadas, excepto entre los de mayor edad (cinco varones estadounidenses por cada mexicano en el grupo de 26 a 34 años que usó cocaína en los 30 días previos a la encuesta). Entre las mujeres de los dos países, las diferencias son más grandes, especialmente para la mariguana y en los grupos más jóvenes. En la cocaína, también se observaron las diferencias más elevadas entre las de 12 a 17 años (por cada mexicana, consumen 27.5 estadounidenses). No se reportó consumo de cocaína en el *último mes* entre las mexicanas de 18 a 25 años de edad (Cuadro 2).

Cuadro 2 Población urbana de 12 - 34 años que han usado mariguana y cocaína en el último mes, según edad y sexo

Sexo/Edad	México		Estados Unidos	
	Mariguana %	Cocaína %	Mariguana %	Cocaína %
Hombres				
12 a 17	1.07	0.29	10.3	0.9
18 a 25	2.68	0.82	17.4	1.9
26 a 34	2.05	0.20	7.7	1.0
Mujeres				
12 a 17	0.10	0.04	8.4	1.1
18 a 25	0.18	-	8.2	0.5
26 a 34	0.08	0.08	4.2	0.7

Fuente: Secretaría de Salud, 1999:75

El análisis comparativo México-Estados Unidos indica que los índices en este país son más elevados que en el nuestro, afectando por lo tanto, a muchos más habitantes. En México, hay más diferencias en el consumo por género, mientras que en Estados Unidos, las mujeres usan drogas en proporciones mayores, no tan alejadas de la prevalencia entre los hombres. Se observó, sin embargo, que para ciertas sustancias y en grupos de edad específicos, la razón de consumidores no es tan dispar entre ambos países, como el caso del *uso actual* de cocaína entre los hombres de 18 a 25 años (Cuadro 3).

Cuadro 3 Población urbana de 12 - 34 años que han usado marihuana y cocaína en el último mes, según edad, sexo y relación México-EU

Sexo	Relación México-EU	
	Marihuana	Cocaína
Hombres		
12 a 17	9.6:1	3.1:1
18 a 25	6.5:1	2.3:1
26 a 34	3.7:1	5.:1
Mujeres		
12 a 17	84.:1	27.5:1
18 a 25	45.5:1	-
26 a 34	52.5:1	8.7:1

Fuente: Secretaría de Salud, 1999:75

En México, tanto en el consumo del *último año* como en el del *último mes*, los usuarios son principalmente varones en todas las ciudades. La proporción mayor de hombres y mujeres que usan drogas en el último año y en el último mes se encontró en Tijuana, seguido de Guadalajara. Hubo ciudades en donde no se registró consumo en mujeres como Ciudad Juárez, Monterrey y Matamoros (Cuadro 4).

Cuadro 4 Prevalencia del consumo de drogas ilegales por sexo en el último año y mes

Ciudad	Último año		Último mes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	%	%	%	%
Tijuana	9.37	0.54	8.14	0.54
Guadalajara	4.20	0.39	1.99	0.39
Ciudad de México	2.91	0.24	1.94	0.19
Ciudad Juárez	3.39	0.00	2.60	0.00
Monterrey	2.87	0.00	2.40	0.00
Matamoros	1.32	0.00	1.32	0.00
Promedio nacional	2.62	0.18	1.78	0.12

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1999.

Por otro lado, las Encuestas Nacionales han demostrado un incremento en el consumo de las mujeres en lo que se refiere a marihuana, cocaína, alcohol y tabaco. Se ha documentado, que las consecuencias sociales son percibidas como más severas en las mujeres, hay mayor rechazo crítica y estigmatización. El consumo es más discreto y con tendencia a esconderse, se trata de poblaciones que tienden a ser más protegidas por la familia (Lara, Stern, Santamaria, Obregón, Sosa, 1991).

II.5 Pobreza, marginación y su asociación con el consumo de drogas

Un estudio publicado en 1995 por Boltvinik (1995) reportó que la incidencia de la pobreza en México es del 70.6% y de ésta, el 44.7% es de pobreza extrema. Se afirma que es sustancialmente más alta en el medio rural que en el urbano y

que las carencias más importantes en general, se encuentran en lo que se refiere a la atención a la salud y a la seguridad social.

Diferentes estudios de las décadas de los ochenta y noventa, han encontrado una asociación entre la variable pobreza con el consumo de drogas.

Un estudio de los 80's reveló que las personas que viven en zonas marginales inician el uso de drogas y/o tráfico de drogas porque es una de las pocas opciones que están disponibles para ellos en esas estructuras socioeconómicas, ya que otras como puede ser la educación o un empleo adecuado para su edad, se encuentran restringidos (Urenda, 1985).

Los Centros de Integración Juvenil, han encontrado que la deserción del tratamiento de los pacientes farmacodependientes durante 1981-1982, llegaba a alcanzar hasta un 76 %, y de los que desertan, sólo un 20 % tiene prestaciones de una institución de seguridad social, lo que aumenta la gravedad de las consecuencias del uso de drogas en los pacientes de zonas marginales (Clarac, 1989).

Otro estudio desarrollado en 1985 para identificar la problemática psicosocial asociada con el consumo de drogas en jóvenes reveló, que algunas variables de tipo social, como la vagancia y el ser integrante de pandillas predicen

significativamente el uso de drogas en los jóvenes (Castro, Ortiz, Caudilho y Chávez, 1985).

Se ha encontrado que el uso de inhalables se da con mayor índice en los estratos socioeconómicos bajos y el uso de heroína y morfina se presentan más en niveles socioeconómicos medio y alto, la explicación se asocia con los recursos económicos para su adquisición (Sánchez, Ramón y Ortiz, 1989). Por otro lado, los inhalables son considerados como las drogas más perjudiciales para el individuo, pues deja graves consecuencias en las habilidades cognitivas tales como la habilidad motora y la capacidad viso-motriz. Se considera una droga de fácil acceso y de menor costo en relación con otras, por lo que es más común su uso en estratos bajos y marginados (Castro et al, 1985). Este hecho nos hace pensar que del total del grupo de adictos, los que viven en barrios marginales están doblemente perjudicados por usar drogas que dejan secuelas más severas.

Un estudio etnográfico que se realizó en 1985 (Chávez et al, 1986) con adolescentes adictos de un barrio marginal del D.F. sostiene que la farmacodependencia se agrava en los barrios marginales porque son los menos privilegiados dentro de la escala social, tienen menos acceso a los servicios de salud y muchas menos posibilidades de solucionar por sí mismos los problemas, ya que no cuentan con los medios ni la

preparación necesaria, que se refleja en empleos no especializados y mal remunerados.

Otro estudio realizado en 1989 (Villalón y Torres, 1989) con adolescentes y jóvenes de 14 a 22 años, farmacodependientes en una zona marginal de Guadalajara encontró que la mayoría provenían de familias desintegradas y en las que algún miembro usaba fármacos, se encontró alta disponibilidad de drogas, escaso nivel en las aspiraciones, poca disposición para formular planes, rechazo de valores y creación de antivalores, vandalismo, riñas entre pandillas, poca satisfacción de su medio, autoimagen devaluada y baja tolerancia a la frustración. Sugieren que los adolescentes están expuestos a integrarse a grupos donde las drogas son la única oportunidad. Se reporta que las pandillas son lo más importante, pues el sentido de pertenencia que les ofrece el grupo es muy grande. Señalan que una vez dentro de la pandilla, los adolescentes se esfuerzan por demostrar que son dignos representantes del grupo cometiendo actos riesgosos.

En la década de los noventa, se señaló reiteradamente la presencia de algunas variables que asocian el estrato socioeconómico con el uso de drogas en adolescentes, como son el bajo grado de escolaridad, la falta de acceso a programas de educación y la percepción del entorno en el cual se habita (Foxcroft y Lowe, 1995; Bailey y Hubbard, 1990; Huselid y Cooper, 1992).

Un estudio antropológico realizado en 1994 con bandas juveniles en estratos marginados sostiene que la farmacodependencia juvenil en las zonas marginadas es producto directo de esa misma marginación social y de otros factores, que la convierten en una conducta típica de los habitantes de conglomerados urbanos en donde impera la pobreza y la ignorancia. Se señala que la farmacodependencia juvenil es consecuencia en primera instancia del contexto socioeconómico, y al mismo tiempo, el encargado de difundir dicho comportamiento juvenil. Afirma que la cohesión entre los miembros de la banda adictos a las drogas, no radica en el afán de transgredir, sino en el mutuo interés derivado de compartir, casi por igual, las mismas sensaciones del contexto (Encinas, 1994).

Un estudio de prevalencia de consumo de drogas, realizado por Caballero, Madrigal, Hidalgo y Villaseñor (1999) en los diferentes estratos socioeconómicos de Guadalajara, durante 1995-1996, con población adolescente de 15 a 19 años encontró que el 25.8% de la población consumía tabaco. El consumo tuvo asociación significativa con la variable sexo (mayor consumo en varones). La variable sexo también tuvo una relación significativa con el consumo tabaco en los estratos socioeconómicos medio, bajo y marginado. Encontraron que el mayor consumo se da en el estrato alto y el menor en el marginado. El consumo de tabaco también tuvo asociación con la variable edad (mayor consumo en edad de 17 años), así como con la ocupación (mayor consumo cuando

sólo se trabaja) y religión (mayor consumo cuando se percibe que la religión no es importante). Con relación al alcohol, se reportó que un 35.7% de los adolescentes indicó que consumía alcohol y se encontró un porcentaje de mayor consumo en los varones. El mayor consumo de alcohol se dio en el estrato alto y el menor en el marginado. También se encontró asociación con la variable edad, religión y amigos. Se encontró que un 2.3% de los adolescentes indicaron consumir drogas. Se encontró asociación significativa con la variable sexo. El consumo de drogas se reportó casi exclusivamente en el estrato marginado. Se encontraron asociaciones significativas con las variables sexo (mayor consumo en varones), ocupación (mayor consumo cuando sólo trabaja) y religión (mayor consumo cuando no se practica).

De acuerdo con la literatura, la asociación entre pobreza y situación de adversidad ha estado presente desde el siglo XIX (Bradley, Whiteside, Mundfrom, Casey, Kelleher y Pope, 1994). Desde entonces, la pobreza ha sido descrita como una condición de adversa que trae consigo diversos factores de riesgo específicos, que están presentes tanto en el plano físico, mental y social. Garmezy y Rutter (1988) señalaron que existe una preocupación creciente a nivel internacional por la crisis de la pobreza y por las consecuencias que ésta ha demostrado tener en la vida de los sujetos.

Garbarino (1995) señala que los adolescentes pobres están sometidos a un doble riesgo. Por una parte, están expuestos con mayor frecuencia a situaciones tales como enfermedades físicas, estrés familiar y apoyo social insuficiente. Osborn (1990), Sameroff y Sélter (1992) agregaron a la lista la depresión parental, además de que señalaron que esta población estaba expuesta a consecuencias más serias comparados con sus pares de grupos sociales más aventajados desde un punto de vista social y económico. En lo que respecta a drogas, usan drogas más baratas que traen consigo daños más severos o también cometen actos de robo y violencia para conseguir dinero y obtener la droga.

Ferguson y Lynskey (1994) observaron que los niños y adolescentes que se encontraban dentro del 5% más pobre de la población, tenían una probabilidad mayor de llegar a presentar problemas múltiples, al ser comparados con los más aventajados económicamente.

Las condiciones socioeconómicas y demográficas relacionadas con la marginación social parecen estar relacionadas con situaciones más adversas, pues parecen acentuar los problemas y hacer más difícil la búsqueda de salidas. La familia como sistema micro-social se encuentra en interrelación con el contexto social inmediato, por lo que no está aislado, tanto influye éste en el ambiente familiar, como el ambiente en el contexto social. No se trata de estereotipar a las familias pobres como generadoras de las adicciones, pero

sí tomar en cuenta que existen condiciones que las hacen más vulnerables.

II.6 Asociación del consumo de drogas con la variable familiar.

La farmacodependencia se ha considerado como un problema social por la rapidez con que se extiende y por las serias repercusiones que tiene en la vida de los individuos y de las familias afectadas (Chávez et al, 1986; Denton y Kampfe, 1994).

El consumo de drogas se relaciona con una serie de problemas sociales tales como desintegración familiar, migración, oferta de drogas, carencia de servicios, marginación, influencia cultural, influencia del grupo de iguales, problemas económicos y sociales, y la penetración de los medios masivos de comunicación que favorecen la pérdida de la identidad y el deterioro de los valores (SS-Conadic, 1992).

En los últimos 25 años, se ha observado un especial interés en estudiar el impacto de la familia en la salud. Una de las funciones básicas de la familia es la de protección física y satisfacción de las necesidades básicas. Los comportamientos relacionados a la salud, como la dieta, el

ejercicio y el consumo de drogas son aprendidos y practicados dentro de la familia. La familia es una fuente de estrés o de ayuda social que afecta a la salud. Diez de los quince eventos mayores en el Inventario de Experiencias Recientes son eventos familiares. La influencia de la familia se ha asociado con el tipo de duelo, el apoyo social en la mortandad, enfermedades cardiovasculares e hipertensión, diabetes tipo 1, asma, enfermedades físicas como úlceras, mortandad infantil, embarazo adolescente, conformidad y obesidad. En lo que respecta a la salud mental, se ha asociado con eventos estresantes y enfermedades mentales como depresión, esquizofrenia, suicidio, alcoholismo, uso de drogas y anorexia nerviosa (Campbell, 1986).

La dinámica familiar es esencial en la causalidad de las adicciones. La familia constituye el primer sistema de educación y una fuente de valores para el individuo, de modo que en ella recae la responsabilidad de favorecer el desarrollo humano. Se ha reportado que la desunión familiar y la falta de relaciones positivas dentro de las familias como la participación, la confianza, manifestaciones de afecto, el acercamiento de sus miembros y la ausencia de ciertos valores tradicionales, incrementan el riesgo del consumo de drogas (Climent y Guerrero, 1990).

Numerosos estudios han asociado el uso de drogas con variables familiares, como es la comunicación defectuosa y triangulada (Klein, Forehand, Armistead y Long, 1997), la

existencia de familias multi-problemáticas (Sokol, Dunham y Zimmerman, 1997), los conflictos de tipo marital en la pareja, la falta de acuerdos comunes (Klein et al, 1997), los conflictos y pugnas entre padres/hijos (Klein et al, 1997; Yeh y Hedgespeth, 1995), la interacción familiar con alianzas y coaliciones intergeneracionales (Straus y Kaufman, 1994; Graham, 1996), la existencia de violencia intrafamiliar tanto física como verbal (Straus et al, 1994; Graham, 1996), patrones familiares repetitivos que perpetúan y mantienen la adicción, como por ejemplo, la existencia de un miembro que usa drogas (Tomori, 1994), el ambiente (Klein et al, 1997) y atmósfera familiar en la que se priva de manifestaciones de afecto y reconocimiento a cada uno de los integrantes (Yeh et al, 1995), patrones ineficaces y estereotipados para resolver con las mismas estrategias cualquier problema (Klein et al, 1997; Sokol et al, 1997), baja satisfacción familiar (Yeh et al, 1995; Choquet, Kovess y Poutignat, 1993), percepción familiar tendiente a aspectos negativos (Anderson y Henry, 1994; Foxcroft et al, 1995; Denton et al, 1994), ruptura familiar por abandono o muerte (Hagell y Newburn, 1996) y la influencia de la práctica religiosa (Foshee y Hollinger, 1996).

Se ha encontrado que las relaciones de los adolescentes adictos con sus padres tienen aspectos negativos como insatisfacción en las decisiones tomadas, hostilidad, falta de amor, falta de entendimiento, falta de unión, falta de cooperación, sentimiento de alienación, falta de apoyo paterno, comunicación bloqueada y no clara, patrones rígidos

de comunicación y falta de confianza (Denton et al, 1994; Climent et al, 1990; Anderson et al, 1994; Stephenson, Henry y Robinson, 1996).

Con relación a la disciplina del hogar, los hallazgos son contradictorios. Algunos estudios han encontrado que los padres asumen una actitud permisiva, mientras que otros han encontrado que ejercen un excesivo control, lo que nos hace pensar, que la disfunción se encuentra en los extremos. Se sugiere que hay una tendencia en los padres de drogadictos adolescentes a usar tanto la disciplina flexible, como la autoritaria. Algunos padres son incapaces de establecer reglas y límites y típicamente adoptan una actitud permisiva o manejan los problemas retirando privilegios. Adolescentes que usan drogas regularmente, han reportado falta de dirección de los padres y creen que a sus padres no les importan sus conductas (Denton et al, 1994). Otros estudios han demostrado que los adictos perciben a sus familias como débiles, sin involucrarse o ausentes, con disciplina dura e inconsistente (Stephenson et al, 1996). Se ha reportado que los adictos se perciben a sí mismos y a sus padres como "malos", pero "fuertes" (Campbell, 1986), con baja autoestima y depresión (McGaha y Leoni, 1995).

Otra investigación encontró que una gran parte de drogadictos provienen de hogares donde los padres ejercen una fuerte presión sobre los hijos, sobre todo en el área escolar, y que éstos ven a sus padres como intrusos, posesivos,

sobreprotectores y controladores mediante sentimientos de culpa (Denton et al, 1994).

Un autor señala que estudios recientes sobre la situación familiar de los jóvenes adictos a las drogas, han permitido identificar algunos elementos especialmente frecuentes en ellos, razón por la cual se han clasificado como factores de riesgo familiar; entre ellos tenemos las actitudes y los hábitos permisivos respecto a las drogas, la mala calidad de las relaciones entre los padres y los hijos, la falta de comunicación y la desintegración de la pareja y del hogar (Ayala y Liveaga, 1992).

En otra investigación con pacientes drogadictos, se observó una conflictiva familiar muy fuerte en casi todos los casos, aún en aquellos cuya familia aparentemente estaba bien integrada, o sea donde los padres viven juntos y hay una pseudointegración. El 60 % de los casos pertenecían a familias incompletas o disfuncionales, es decir, carentes de padres o con padres alcohólicos punitivos y madres inconsistentes, o muy pasivas o dominantes. Estas son familias que no pueden prodigar el apoyo y la seguridad tanto material como emocional que necesita el adolescente en este período tan difícil en la vida (Anderson et al, 1994).

La OPS afirma que, mientras más alto sea el nivel de rechazo social hacia el uso de drogas dentro de la familia, menos probable será que el hijo las consuma. La disminución del

número de usuarios de drogas en Estados Unidos, está asociada con el incremento de la percepción de riesgo relacionado con el uso. Se señala que entre los estudiantes mexicanos, la percepción de riesgo es, en general baja, comparativamente inferior a la observada en los Estados Unidos, y sugieren, que lo más grave es que se muestra una tendencia a la disminución en la percepción de riesgo, lo que sugiere un probable aumento del número de usuarios de drogas en México (Almeida, 1992).

Un estudio realizado con adolescentes farmacodependientes de un barrio marginal de la Ciudad de México en los años 70's, reveló diferencias importantes en el rol de la madre y del padre en la solución de los problemas. El estudio se realizó con un grupo comparativo con adolescentes no usuarios de drogas y se encontró que en el grupo de adictos, se encuentran en un medio poco afectivo y poco estimulante, la comunicación fue casi nula y se caracteriza por constantes reproches, recriminaciones y amenazas. No existe una figura con la que se pueda establecer una relación cercana y existen pocos lazos para mantener unidos a la familia en el hogar. El problema central en muchas familias fue el económico derivado generalmente de conflictos en la relación conyugal por abandono del padre. Se reporta que en ambos grupos se expresa el mismo rechazo y temor al farmacodependiente y en las familias de los adictos, se acentúan los problemas de relación y comunicación entre padres/adolescente (Chávez et al, 1986).

II.7 Políticas y Servicios de Salud en la prevención y tratamiento de las adicciones

En nuestro país, los servicios de salud para la prevención y tratamiento de las adicciones se rigen por las políticas nacionales establecidas en las diferentes normatividades.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000 (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, 2000), se reconoce la existencia de 33 millones de niños y adolescentes en el país. Se considera que esta población requiere de atención en las áreas de salud y educación, así como en los problemas emergentes como la violencia, la desintegración familiar, el trabajo infantil y las adicciones entre otros. Con esta finalidad, se planteó como objetivo el fortalecer el sistema de salud y el financiamiento público.

En la Ley General de Salud (1989), en su artículo tercero, en los incisos XIX, XX Y XXI, se menciona que es materia de salubridad general, los programas contra el alcoholismo, el tabaquismo y contra la farmacodependencia. Además, en el artículo 74, se señala que la atención de las enfermedades mentales incluye entre otras, la atención a las personas que habitualmente usan estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

En el capítulo II sobre educación para la salud, en el artículo 112, inciso III, se señala que la educación para la salud tiene por objeto orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes y prevención de la farmacodependencia.

En el capítulo I del título undécimo en su artículo 184 Bis, se señala la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones, el cual tiene como objetivo promover y apoyar las acciones del sector público, social y privado, orientados a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como proponer y evaluar los programas a los que se refieren los artículos 185, 188 y 191 de la misma ley.

En el capítulo II, del programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, en su artículo 185, se señala que la Secretaría de Salud en coordinación con las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General, ejecutarán el programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas el cual comprende:

- a. La prevención y el tratamiento del alcoholismo, y en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos.
- b. La educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigidas

especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva.

- c. El desarrollo de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo.

En el artículo 186 del mismo programa, se señala que para obtener información que oriente las acciones contra el alcoholismo y el abuso de bebidas se debe permitir la realización de actividades de investigación en los siguientes aspectos:

- a. Causas del alcoholismo y acciones para controlarlas
- b. Efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas
- c. Hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población y
- d. Efectos del abuso de bebidas alcohólicas en los ámbitos familiar, social, deportivo, de los espectáculos, laboral y educativo.

En el capítulo IV del programa contra la farmacodependencia, se señala en su artículo 191, que la Secretaría de Salud y el

Consejo de Salubridad General, se coordinarán para la ejecución del programa contra la farmacodependencia a través de las siguientes acciones:

- a. La prevención y tratamiento de la farmacodependencia, y en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes.
- b. La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales y
- c. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia. Su ejecución se prevé en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas.

Ahora bien, en lo que se refiere a la regulación de la publicidad, en el artículo 308 del programa contra la farmacodependencia, se señala que los anuncios publicitarios de bebidas alcohólicas y tabaco se deben ajustar a una serie de lineamientos.

Como vemos, existen políticas nacionales y legislación en torno a la prevención y tratamiento de las adicciones. Es responsabilidad de los servicios de salud la ejecución de las

políticas nacionales en sus programas tanto de prevención como de rehabilitación.

II.7.1 Servicios de Salud disponibles en Jalisco en prevención y tratamiento de las adicciones

En Jalisco, existen Instituciones públicas privadas y asociaciones civiles que ofrecen los servicios de albergue, consejería, tratamiento ambulatorio e internamiento para la prevención y el tratamiento de las adicciones. En el cuadro 5 se identifican tres tipos de instituciones en cuanto a los programas que ofertan: a) atención para alcoholismo y farmacodependencia; b) atención para alcoholismo, farmacodependencia y tabaquismo y c) atención para farmacodependencia.

Sin embargo, a pesar de la existencia de estos treinta y tres servicios de salud, los Centros de Integración Juvenil, se han convertido en una institución líder en la atención de la farmacodependencia tanto en Guadalajara como a nivel nacional. En el capítulo IV se presenta una caracterización de esta institución.

Cuadro 5 Instituciones en Jalisco con programas de prevención y tratamiento de las adicciones

Institución	Característica
a. Programas contra el alcoholismo y la farmacodependencia	
Jesús Mora de los Campos	Asociación Civil
Alcance Victoria Guadalajara	Asociación Civil
Barrios Unidos en Cristo	Asociación Civil
Casa Hogar Hombres en Cristo	Asociación Civil
Centro de Recuperación Laguna Azul	Asociación Civil
Drogadictos Anónimos	Asociación Civil
Grupo 24 hrs de Alcohólicos Anónimos	Asociación Civil
Grupo Jóvenes Alcohólicos anónimos	Asociación Civil
Soldados de Cristo	Asociación Civil
Triunfo de México	Asociación Civil
Centro de Intervención en Crisis	Pública
Centro Mairo Don Bosco	Asociación Civil
Álvaro Zomosa Matthews	Asociación Civil
Ángelus Vive	Asociación Civil
Campo Renacimiento	Asociación Civil
Centro Comunitario de Salud Mental IMSS	Pública
Divina Providencia	Asociación Civil
Clínica Nueva Vida	Asociación Civil
Drogadictos Anónimos	Asociación Civil
Hacienda del Lago	Asociación Civil
Hospital Psiquiátrico de la Secretaría de Salud	Pública
Regreso a la Vida	Asociación Civil
Sanatorio San Juan de Dios	Privada
Clínica Renacer	Asociación Civil
Clínica Derecho a Vivir	Asociación Civil
Centro de Rehabilitación Reto a la Esperanza	Asociación Civil
b. Programas contra el alcoholismo, farmacodependencia y tabaquismo	
Módulo de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Centro de Salud Clínica de Atención Psicológica para la Comunidad	Público
c. Programas contra la farmacodependencia	
Casa Nazareth	Asociación Civil
Comité de Servicios de Área de Narcóticos Anónimos	Asociación Civil
Movimiento de Apoyo al Menor Abandonado	Asociación Civil
Programa de Farmacodependencia de la Secretaría de Salud	Pública
Grupo Amanecer de Drogadictos Anónimos	Asociación Civil
Centros de Integración Juvenil	Asociación Civil

Fuente: Directorio del Consejo Estatal contra las Adicciones en Jalisco, 2000.

II. 8 Uso de servicios de salud en Jalisco

Como se revisó en el apartado previo, se contempla que existen condiciones políticas y de gobierno para desarrollar e implementar programas de atención para las adicciones. En éstos programas, se contemplan acciones encaminadas tanto para detección oportuna, prevención, atención y rehabilitación para el consumo de drogas. En el apartado anterior se mostraron los diferentes programas existentes en Jalisco. Para los fines de este estudio, se revisará el uso de servicios de salud que realiza la población para el tratamiento de las adicciones desde dos fuentes principales: los datos del SISVEA en Jalisco y los resultados de algunos estudios.

En Jalisco, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), se ha conformado como un sistema único de información que brinda la alternativa de conocer con oportunidad y veracidad las tendencias de consumo, el perfil de los usuarios, identificar nuevas drogas, conocer las repercusiones en la morbilidad y mortalidad, su relación con las conductas delictivas y la identificación con algunos factores de riesgo que predisponen al consumo de drogas.

La información que arroja el SISVEA es obtenida de la población que tiene dependencia a alcohol, tabaco y otras drogas, y que por este motivo, acuden a centros de tratamiento para su atención. A continuación se presentan los

hallazgos encontrados para el Estado de Jalisco (CECAJ-2001).

II.8.1 Alcohol

El 95% de los pacientes captados en los centros de tratamiento en la Zona Metropolitana de Guadalajara son del sexo masculino. De éstos, los que acuden con mayor frecuencia tienen 40 años y más. Con relación al nivel educativo de los pacientes, el 55% cursó la primaria. La invitación para acudir a tratamiento es por algún amigo o familiar (CECAJ, 2001).

En el análisis regional del alcoholismo, se encontró que los pacientes que acuden con mayor frecuencia a los centros de tratamiento, siguen siendo los del sexo masculino de 40 años o más en todas las regiones.

El motivo principal por el que acuden a solicitar tratamiento, es por invitación de familiares o amigos, y sólo el 1.1%, acude por prescripción médica.

El 100% de los pacientes que acuden en las regiones Costa Norte y Sur, ya habían tenido experiencia con otras drogas, como cocaína y marihuana (CECAJ,2001).

II.8.2 Tabaco

De la misma forma que en el tratamiento para el consumo de alcohol, los pacientes que con mayor frecuencia acuden a tratamiento son los del sexo masculino, y por grupos de edad, los que más acuden son los de 40 años o más. El 52.7% son fumadores de más de 16 cigarrillos al día, lo que se considera como consumidores fuertes. El 53.3% de los fumadores ya habían estado en contacto con otras drogas; las de mayor prevalencia fueron el alcohol y la marihuana (CECAJ, 2001).

El 62% de los pacientes reportan no poder abstenerse de fumar en lugares donde no está permitido y el 77.4% ya había intentado dejar de fumar en más de una ocasión sin conseguirlo. El 24.2% de los pacientes refirió que le era muy difícil dejar de fumar en cualquier circunstancia. El 41.4% fuma más por las mañanas, y más del 65% de los fumadores, inicia a consumir dentro de la primera hora posterior a levantarse (CECAJ, 2001).

II.8.3 Drogas ilegales

El comportamiento de la población que acude a los centros de tratamiento para drogas no es diferencial con el alcohol y tabaco; el 95.6% son del sexo masculino, aunque el nivel de

instrucción que con mayor frecuencia se observa es el de primaria (CECAJ, 2001).

El CECAJ reporta que el 89.4% pertenecen a una familia disfuncional y al 96.4% se le diagnóstica un trastorno de personalidad ansiosa.

La edad con mayor riesgo para cometer infracciones legales es de los 15 a los 19 años. El tipo de infracción en que se ven involucrados con mayor frecuencia es el robo cometido en la vía pública, y de éstos, el 16.4% utilizó algún tipo de arma; el 24.7% lo cometió bajo el efecto de alguna droga.

Las drogas de mayor consumo fueron la marihuana, la cocaína y los inhalantes.

La morbilidad reportada en los puestos centinelas de urgencias en Guadalajara y Puerto Vallarta, no presenta diferencias significativas de acuerdo al sexo. Los días de mayor demanda en Guadalajara son los miércoles y sábados, mientras que en Vallarta son los lunes y martes. El turno de mayor demanda es el vespertino para Guadalajara y el matutino para Vallarta.

Los padecimientos médicos que motivaron a solicitar el servicio de urgencias en Guadalajara fueron la cirrosis/gastritis y la afección osteo-muscular. Para Vallarta fueron los padecimientos gineco-obstétricos. Mientras que las

lesiones más frecuentes fueron las caídas y los golpes para ambas ciudades.

Las sustancias adictivas relacionadas con las lesiones producidas fueron: alcohol, marihuana y cocaína en Guadalajara y el alcohol en Puerto Vallarta.

Los pacientes que reciben con mayor frecuencia tratamiento psiquiátrico relacionado con el consumo de drogas también son los del sexo masculino y de edades de 40 años o más. El 42.8% tiene un nivel de instrucción escolar de primaria. La manera en cómo acuden es a través de sus familiares o amigos, y como segunda opción por indicación del médico.

La mayor incidencia de drogas de inicio antes de iniciar el tratamiento fueron el alcohol, la cocaína y la marihuana. Las drogas de mayor consumo durante y posterior al tratamiento, fueron las drogas médicas, aunque de manera posterior, se incrementa el uso de cocaína y marihuana.

Los trastornos mentales que se diagnosticaron con mayor frecuencia fue la esquizofrenia y las alteraciones en el estado de ánimo.

Por último, el Servicio Médico Forense (SEMEFO), reportó que la mortalidad relacionada con el uso de sustancias adictivas es mayor en el sexo masculino, y que la sustancia

que se encuentra en los fluidos corporales de los cadáveres, es el alcohol en el 95% de los casos.

El grupo de edad de las personas que más frecuentemente fallecen bajo el influjo de alcohol es el de 40 años y más, aunque el 5.2% tenían menos de 19 años. Entre las cinco causas de muerte que ocurren con mayor frecuencia son: atropellamiento, asfixia, choques de vehículo de motor, arma de fuego e intoxicación. El grupo de edad que presentó mayor índice de suicidios se encuentra entre los 20 y 24 años.

Las causas de muerte más frecuentes, de las personas que murieron bajo el influjo de marihuana, fueron las producidas por arma de fuego y choques de vehículo de motor. Para aquellos que consumieron cocaína, la causa más frecuente fue la intoxicación por sobredosis (CECAJ, 2001).

Un estudio realizado en el Distrito Federal, reportó que el perfil del usuario atendido en instituciones de salud era en un alto porcentaje varones (87%), solteros (58.7%), de clase media y baja (95.5%), una parte de ellos se desempeñaba como empleado o comerciante (27%) y un buen número de ellos no tenía empleo estable o no trabajaba (45.9%). Un número considerable correspondía a usuarios moderados y altos. Este perfil era similar al encontrado en instituciones de justicia (Ortiz, Rodríguez, Galván, Unikel y González, 1993).

Como se podrá observar, de manera similar a como ocurre en la definición de la adicción, que se perfila como un problema de salud para los varones de edad mediana, el uso de los servicios que tratan las adicciones, parece tener un comportamiento similar. En parte, como lo señalan Lara, Romero, Dallal, Stern y Molina (1998), cuando afirman que las consecuencias por el consumo son percibidas como más severas en las mujeres y hay un mayor rechazo, crítica y estigmatización de la comunidad hacia ellas, o como dicen Galván, Rodríguez y Ortiz (1994) que existen explicaciones de orden cultural, psicológicas y sociales que permiten contextualizar la conducta adictiva.

Pareciera que ser mujer, es una condición que frena el uso de los servicios de salud, y que la familia, tiende a proteger más.

11.9 Evaluación de tratamientos

Por otro lado, un meta-análisis de estudios realizados en una cohorte de 10,010 pacientes que acudían a 96 programas de tratamiento de drogas en once Ciudades de Estados Unidos, sugiere que la eficacia de las intervenciones terapéuticas comprende elementos tanto de las características de los pacientes como de los servicios (Fletcher y Bettjes, 1999), por lo que propone definir los procesos de tratamiento y los cambios ocurridos en un contexto.

En este meta-análisis se señala que, las contribuciones realizadas describen al tratamiento en términos de un estado de “compromiso” y “recuperación”, ya que se sugiere, en los tres primeros meses de tratamiento, el paciente establece una alianza terapéutica con el consejero y aprende a ser un participante activo en su proceso de rehabilitación. Proponen, que el paciente vive un continuo proceso de cambios conductuales, como resultado de las intervenciones y de la consejería. Estos cambios son evaluados por mejoramiento en su funcionamiento social y psicológico en varias áreas como: destreza interpersonal, funcionamiento psicológico, habilidad para manejar responsabilidades, pensamiento y empleo. Sin embargo, señalan que la alianza terapéutica, sólo es un predictor de retención significativo para el tratamiento, pero no para el mantenimiento.

Fletcher et al (1999) reportó que muy pocos estudios han sido dirigidos al mantenimiento de la abstinencia, y entre uno de ellos, encontró que la participación en grupos de autoayuda durante el período de post-tratamiento se relacionó significativamente con la reducción del uso de cocaína y la reducción de la actividad criminal.

Otro aspecto reportado, fue lo relacionado con la edad de los usuarios de tratamiento. Las personas jóvenes tuvieron menos probabilidades de un tratamiento exitoso, comparadas con adultos maduros. Estos hallazgos son atribuidos a la influencia de los pares.

Broome, Simpson y Joe (1999) encontraron, en la medida que un paciente permanece hospitalizado durante un período de tres meses tiene mayores probabilidades de un tratamiento exitoso, porque de acuerdo con sus resultados, estos pacientes, establecían una adecuada disposición al tratamiento y mejores experiencias de rapport con el terapeuta. Estos dos predictores fueron los más consistentes para eficacia, al evaluar cuatro modalidades diferentes de tratamiento; residencia de largo término, corto término, no usuarios de drogas y pacientes no incluidos en tratamiento.

En cuanto a las readmisiones al tratamiento, se encontró que los pacientes con más readmisiones, tuvieron resultados más pobres. Se observó que los pacientes que tenían un tratamiento anterior, tenían una adicción más severa, usaban más drogas inyectadas y tenían altos niveles de criminalidad. La hipótesis que explicaba estas diferencias fue atribuida a la relación de confianza que se establecía con el tratamiento, la alianza terapéutica, el compromiso con el tratamiento y la adherencia al programa (Broome et al 1999; Fletcher et al 1999). En general, se reporta que en la medida que los tratamientos, responden a las necesidades de los pacientes, suelen ser más exitosos. Broome et al (1999) sugieren que se tome en cuenta los eventos y experiencias del paciente, pues en gran parte el éxito del tratamiento depende de este cuidado.

Brommer et al (1999) reportan que asistir a las sesiones y recibir servicios adicionales a las necesidades específicas tienen evaluaciones positivas en el tratamiento y subsecuentemente mejores resultados.

En conclusión, los resultados de la revisión de Fletcher et al (1999) propone que en la medida que los tratamientos de drogas tomen en cuenta diferentes modalidades, como grupos de autoayuda, el cuidado de la alianza terapéutica, hospitalización no muy breve y atención a las necesidades de los pacientes, serán más efectivos en la reducción del uso de drogas, reducción de la incidencia del comportamiento criminal y el mejoramiento del estado de diferentes áreas de salud.

Por otro lado, Joe, Simpson y Broome (1999) proponen que el concepto de tratamiento implica algo más que sesiones de consejería. Sugieren que, se refiere al grado en el cual el paciente participa activamente en el proceso de tratamiento, que implica adherencia, satisfacción en la sesión y un aspecto subjetivo que refleje involucramiento cognitivo. El aspecto cognitivo involucra motivación hacia el tratamiento, rapport entre terapeuta-paciente, confianza en el sí mismo del paciente y eficacia en la relación con los problemas de drogas. Con estos indicadores, proponen que los pacientes sean evaluados para observar si llegan a estar terapéuticamente involucrados.

Desde este punto de partida, Joe et al (1999), encontraron que la motivación al momento de la admisión del tratamiento, era un determinante para el involucramiento terapéutico. Otros factores ambientales para el involucramiento y la adherencia terapéutica fueron el rapport entre terapeuta-paciente, evaluaciones efectivas del paciente, tratamiento de la depresión, tratamiento a la dependencia de alcohol, haber tenido presión legal (si autoridades de justicia están monitoreando su progreso).

Los factores que identificaron que podrían inhibir la relación terapéutica fueron problemas psicológicos como hostilidad y depresión, además de severo uso de drogas, particularmente de alcohol y cocaína. En sus conclusiones, destacaron que la adecuada disposición (tanto del paciente como del terapeuta) fue un fuerte determinante de involucramiento terapéutico y de retención del tratamiento.

Otro estudio de Grella, Hser, Joshi y Anglin (1999), reportó que los adultos más jóvenes, requerían de estrategias más extensivas para comprometer y retenerlos en el tratamiento, dado que tienen mayores riesgos para no completar su tratamiento, como por ejemplo, la influencia del grupo de amigos, historias de mayor uso de drogas y el estatus de su salud mental. Por lo que, sugieren proveer mayores alternativas de apoyo social y prevención de recaídas contrarrestando la influencia negativa de los pares sobre su habilidad para resistir al uso de drogas.

Por último, un estudio de Hser, Grella, Hsieh, Anglin y Brown (1999), que buscó comparar factores asociados a mejores resultados en dos grupos; uno con historia de tratamiento previo (de al menos tres veces y con 52 semanas de tratamiento acumuladas), llamados reincidentes, y otro de primera vez. Entre sus hallazgos más sobresalientes encontraron que, en los reincidentes fue, en general, más difícil de tratar. Por el contrario, la abstinencia fue llevada a cabo de manera similar que en los de primera vez, siempre y cuando fueran retenidos en el tratamiento por un período suficiente de tiempo.

Una diferencia sociodemográfica fue que el grupo de reincidentes tenía más edad que los de primera vez, así como una mayor probabilidad de ser dependiente a heroína, por haber tenido una historia más larga de uso de drogas. Los reincidentes presentaban mayor índice de actividades criminales. Por el contrario, no se encontraron diferencias en trastornos psiquiátricos en ambos grupos.

Las diferencias durante el tratamiento, mostraron que ambos grupos tuvieron bajos niveles de servicios recibidos en el área de necesidades, también indicaron que estas necesidades, fueron discutidas en sesiones de consejería individual y de grupo. Ambos grupos no difirieron en otros servicios recibidos, pero los reincidentes tuvieron mayor número de necesidades.

Las diferencias del post-tratamiento indicaron que, en los pacientes reincidentes, fue más posible que participaran en programas de tratamiento adicionales al de drogas durante los siguiente períodos. En ambos grupos no hubo diferencias en cuando al apoyo familiar, involucramiento grupal o ambiente de drogas. En el grupo reincidente hubo mayor actividad criminal y sus resultados de uso de drogas, comparados con los de primera vez, fueron peores en términos de abstinencia para el uso de cocaína.

Los pacientes que mostraron mayor abstinencia también reportaron mayor rapport con su terapeuta. Los pacientes reincidentes con bajo rapport durante el tratamiento mostraron menos abstinencia a la cocaína.

Los pacientes que mostraron mejor rapport y estuvieron en tratamiento durante un tiempo más prolongado, obtuvieron mejores resultados de post-tratamiento.

Adicionalmente, se encontró que incrementando el número de sesiones individuales, se tenía mejor impacto sobre los resultados de los pacientes reincidentes que los de primera vez.

Los hallazgos confirmaron que el tratamiento en pacientes reincidentes tenía mayor problema. Por ejemplo, fue menos posible haber tenido sesiones de consejería o haber completado las reglas del programa, y en general, se tenían

peores resultados. Presumiblemente, estos pacientes, después de la recaída, son incapaces de sustraer efectos benéficos del tratamiento. Dado que en su experiencia previa al tratamiento pueden tener expectativas, necesidades e intereses que difieren de aquellos sin experiencia de tratamiento.

Los resultados del tratamiento en reincidentes sugieren que, en particular, el compromiso y las relaciones con los terapeutas son diferentes de los pacientes sin experiencias previas de tratamiento. Es lo que en la terapia familiar se ha denominado *pacientes barracudas* (Bergman, 1991), por la dificultad para establecer el enganche terapéutico, pues se sostiene, que el establecimiento de estas vinculaciones (defectuosas e incompletas) tienden a repetirse en las nuevas experiencias.

En síntesis, estos estudios señalan algunos puntos interesantes a tomar en cuenta. En primer lugar, se destaca la afectividad que el terapeuta establece con el paciente en el enganche y compromiso terapéutico, que como lo demuestran los estudios, es un predictor para la retención del tratamiento. En segundo lugar, se destaca la influencia del contexto social, es decir, si el paciente vuelve a un contexto de consumo o convive con grupos de pares con consumo activo. Tercero, parece que la hospitalización prolongada (de tres meses o más) se asocia con tratamientos más efectivos. Cuarto, los pacientes reincidentes parecen tener menos probabilidades

de tratamientos exitosos que los de primera vez, en parte, porque las historias de abuso de drogas e índices de delincuencia son mayores, pero también, porque es más difícil establecer un enganche terapéutico, pues las vinculaciones tienden a repetirse. Por último, parece que el establecimiento de diferentes modalidades de tratamiento, como sesiones terapéuticas orientadas a satisfacer otras necesidades alrededor del consumo, grupos de autoayuda post-tratamiento, sesiones individuales y grupales, etc., parecen ofrecer mejores resultados.

**Capítulo III. La Teoría de las
Representaciones Sociales como
marco para el estudio de los
Modelos de Toma de Decisiones en
Adicciones**

III. La Teoría de las Representaciones Sociales como marco para el estudio de los Modelos de Toma de Decisiones

III.1 Antecedentes de los modelos de toma de decisiones

La noción de “modelos de toma de decisiones” tiene sus primeros antecedentes en el trabajo intelectual desarrollado por Thomas Kuhn en 1962, cuando propuso cómo operaba un paradigma en la vida de las personas. Definió a los paradigmas como logros científicos reconocidos universalmente, que durante un tiempo proporcionan problemas y soluciones modelo a una comunidad de profesionales. Con los años, este término se ha usado a veces de acuerdo con la formulación de Kuhn y otras veces, de manera más imprecisa. En el campo de la terapia familiar y en la teoría de la familia, se ha extendido en parte, porque la aparición de la disciplina ha sido considerada como un “cambio paradigmático”, y por otro lado, porque se consideró que el término “modelo” estaba conceptualmente incluido en la noción más general de paradigma.

Kuhn se interesaba especialmente en los paradigmas de la ciencia y según su terminología, los modelos de pensamiento se originaban en tradiciones coherentes de la investigación dentro de un paradigma dado. Desde 1962, cuando Kuhn hizo

estas formulaciones, muchos terapeutas familiares las comenzaron a utilizar para referirse al nuevo paradigma de la terapia familiar basado en la cibernética y en la teoría de los sistemas.

III.2 La aplicación del concepto en la terapia familiar

En 1981, Reiss, se refirió al concepto de paradigma de Kuhn, metafóricamente, para aplicarlo específicamente a las familias y no a las ciencias. Se refirió al paradigma de la familia como un organizador central de sus constructos, expectativas y fantasías comunes que operaban sobre su mundo social. Análogamente a los paradigmas de la ciencia kuhniana, Reiss llegó a la conclusión de que las familias construían su mundo social con cualidades que dentro de la familia no estaban sometidas a discusión y que señalaban qué era permitido y cómo se conformaban su mundo. Sostenía que el paradigma familiar ponía de manifiesto las pautas de la vida cotidiana, pero además, su modo de funcionar en la sociedad.

En la terapia familiar, el término de modelo se ha usado como sinónimo de paradigma familiar, e incluso, también el de mapa, que ha sido muy utilizado para diagramar mapas en la teoría de campo de Lewin (1973) por varios terapeutas como Bloch (1973), Kantor y Lehr (1975), Satir, Stachowiak y Taschman (1975), De Shazer (1982), Landau (1982) y Minuchin (1986), quienes han destacado la importancia de los

conceptos relativos a la diagramación de mapas al planificar el proceso terapéutico.

Sin embargo, se sugiere que desde la concepción de Kuhn, es preferible utilizar el concepto de “modelos” como conjuntos constituyentes de ideas dentro de los paradigmas. Además de que el término “mapa” puede considerarse como la aplicación de un modelo de intervención a una situación específica.

En la terapia breve o enfocada en soluciones, se retomó el término por Keeney (1979), Cronen, Johnson y Lannaman (1982) y De Shazer (1982) para diagramar bajo qué paradigma construían las familias sus problemas y soluciones y diseñar las intervenciones terapéuticas.

La terapia enfocada en soluciones tiende a minimizar la historia personal, la evolución que el problema ha tenido en la familia y en el sujeto, la experiencia subjetiva y se enfoca principalmente en qué métodos se han utilizado para tratar de resolver los problemas presentados.

Los problemas no se meditan con profundidad, de modo que el proceso terapéutico no se desvíe hacia el fracaso. En lugar de ello, el énfasis se coloca en alentar a los miembros de la familia a hablar sobre cualquier cosa que hayan hecho y que haya sido de ayuda para lidiar con el problema. El terapeuta ayuda a seleccionar y desarrollar aquellas soluciones que parecen más prometedoras. La premisa subyacente de este

enfoque terapéutico es que la duda en sí mismos y el pesimismo impide que los pacientes reconozcan las soluciones que son correctas para ellos. En vez de concentrarse en los fracasos pasados o en las dificultades presentes, se les insta a enfrentar el futuro con una nueva conciencia acerca de cuál es la mejor manera de afrontar los problemas a medida que vuelvan a presentarse.

Una de las suposiciones principales de este enfoque es que las personas están motivadas de manera intrínseca a mejorarse a sí mismas. Se rechaza el concepto tradicional de resistencia con respecto al cambio, el cual es considerado como obstrucción para el tratamiento, y en lugar de ello, es visualizado como una forma de cooperación, en el sentido de que se señala que el camino tomado no tiene una salida exitosa desde su esquema conceptual,

La finalidad de este enfoque terapéutico consiste en eliminar las barreras que están frenando el desarrollo y la adaptabilidad de las familias, y como consecuencia, restaurar el potencial auto-organizativo para que en lo subsecuente, tenga mayores opciones en la búsqueda de soluciones. Se entiende que el procedimiento terapéutico deja una ganancia al sistema familiar, pues al observar cómo el terapeuta les ayudó a resolver el problema que frenaba su desarrollo y adaptabilidad, se abrieron alternativas que estaban como clausuradas por el paradigma familiar que predominaba. Este concepto es entendido como la complejidad del sistema

familiar. Se propone que en la medida en que una familia responde con una mayor variedad de alternativas a sus problemas cotidianos, será más complejo. Desde este punto de vista, el tratamiento terapéutico exitoso, hace más complejo al sistema familiar.

Como se trata de un enfoque breve que trabaja centrado en soluciones efectivas, se realizan de seis a quince intervenciones, espaciadas de una a seis semanas. Se sostiene que el proceso del cambio suele no producirse en la sesiones mismas, sino en los intervalos (Simon, Stierlin y Wynne, 1997).

En este enfoque, los modelos de toma de decisiones, representan una de las herramientas más importantes para elaborar el diagnóstico y planificar las intervenciones.

Desde 1982, De Shazer y sus colaboradores, empezaron a diagramar estos modelos con la información que recogían en las sesiones terapéuticas de acuerdo con cuatro áreas de estudio que propusieron. Organizaban el material producido para diagramar los modelos que construían la familias y planificaban el tratamiento. Landau (1982) observó que los modelos constituían un instrumento gráfico útil para identificar los procesos subjetivos y el marco de referencia sobre los cuales las familias construían un comportamiento dado.

III.3 Definición conceptual y operacional de los modelos de toma de decisiones en la terapia familiar

Estos modelos fueron conceptualmente definidos como *un conjunto constituyente de ideas que opera como paradigmas culturales bajo los cuales las familias construyen problemas y soluciones*. En su estudio, se contemplaron cuatro áreas: 1) la definición y el significado que le otorgan al problema, 2) la definición que hacen del portador del problema, 3) las creencias sobre cómo inició el problema y 4) las acciones orientadas por los intentos de solución (De Shazer, 1995).

Se parte de la premisa de que los modelos de toma de decisiones operan sobre un conjunto de seis supuestos que los regulan y sobre doce elementos sobre los que reconstruyen una queja para convertirla en un problema que funciona como el síntoma.

III.3.1 Supuestos que operan como reglas en los modelos de toma de decisiones

Se propone que son seis los supuestos que rigen los modelos de tomas de decisiones. Desde este punto de partida, el terapeuta identifica sobre cuál o cuáles se emprenden acciones, para planificar el tratamiento, que consiste dos estrategias fundamentales: por un lado evitar que la familia

“siga haciendo más de lo mismo”, y por otro, convencerla de que emprenda estrategias diferentes. Los supuestos son:

1) El síntoma involucra conductas generadas por la visión del mundo que se tiene.

2) El síntoma se mantiene por la idea de que lo se decidió hacer para encarar, es lo único correcto y lógico que puede hacerse. En consecuencia, las personas se comportan como si estuvieran atrapados en *hacer más de lo mismo*, en tanto, se han rechazado una mitad de la disyunción entre “esto” o “aquello”.

3) Para iniciar la solución de un síntoma se necesitan cambios mínimos; una vez que el cambio se ha iniciado, como consecuencia de la tarea del terapeuta, la persona o la familia, generará cambios adicionales.

4) Las ideas sobre lo que se debe cambiar, se basan en ideas de aquello que más se acerca a la visión que se tiene de la realidad, si no estuviera presente el síntoma.

5) Sólo es necesario sugerir un nuevo encuadre: la nueva conducta basada en cualquier nuevo encuadre puede promover la resolución del problema. Los encuadres, se entienden como modos de ver o definir situaciones que determinan lo que se ve y se hace.

6) El especialista en terapia breve tiende a otorgar una importancia primordial al concepto sistémico de totalismo: un cambio en un elemento de un sistema, o en una de las relaciones entre elementos, afectará a los otros elementos y relaciones que conjuntamente componen el sistema.

Como podemos observar, estos seis supuestos reguladores de los modelos, están basados en los elementos constituyentes de las cuatro áreas de estudio que fueron propuestas y en lo que además, intervienen los doce elementos que facilitan la reconstrucción del problema que no pudo ser resuelto en el síntoma a tratar.

III.3.2 Elementos que facilitan la re-construcción de un problema en síntoma

- 1) Un trozo o una secuencia de una conducta
- 2) Los significados asignados a la situación problema
- 3) La frecuencia con que se produce la conducta que es motivo de queja
- 4) El lugar físico en que aquella conducta se produce
- 5) El grado en se percibe como voluntaria o involuntaria
- 6) Terceras personas significativas que son involucradas directa o indirectamente en la queja
- 7) La búsqueda de qué o quién tiene la culpa

- 8) Factores ambientales tales como el trabajo, el estatus económico, el espacio en que se vive, etc.
- 9) El estado fisiológico o las sensaciones involucradas
- 10) El pasado
- 11) Las predicciones del futuro
- 12) Expectativas utópicas

Para el terapeuta breve le resulta fundamental entender los procesos sobre los cuales operan estos modelos, a fin de identificar las reglas que los regulan.

La información que recogen en las sesiones de trabajo con las familias, sobre las cuatro áreas de estudio es lo que permite a los terapeutas trazar los modelos de los síntomas y de las soluciones intentadas por las personas, de modo tal que pueda ser identificada rápidamente la intervención terapéutica a realizar. Las intervenciones comienzan una vez trazado el modelo de decisiones para identificar qué soluciones han sido emprendidas por la familia y que otras no, modificar las creencias que estén manteniendo esos intentos de solución y evitar que se *haga más de lo mismo*. Como es natural, esto se realiza mediante el empleo de una diversidad de técnicas terapéuticas, para buscar cambios mínimos que generarán como consecuencia, cambios mayores.

Estos antecedentes teórico-metodológicos a los que se hará referencia, como modelos tradicionales, son sobre los que se

ha desarrollado la construcción de modelos para las intervenciones de la terapia breve o centrada en soluciones.

Como enfoque teórico, podemos advertir creatividad terapéutica y lógica en la propuestas y entre las partes que lo componen, pero, como se detallará en el siguiente apartado, carece de ciertos elementos tanto teóricos como metodológicos que lo hacen aparecer como un enfoque ingenuo que carece de bases científicas y que opera en un nivel de sentido común, que no es diferente al de las familias o personas que lo construyen.

III.4 Limitaciones de los modelos tradicionales de toma de decisiones

La concepción tradicional de los modelos de toma de decisiones parte de un enfoque terapéutico breve, que como se señaló, no rebasa quince sesiones de cuarenta y cinco a sesenta minutos cada una de ellas. Las primeras tres sesiones se dedican a la elaboración del diagnóstico, o el trazado de los modelos de toma de decisiones y a la construcción de un enganche terapéutico para evitar que la familia se retire.

Como se puede advertir en lo señalado en la primera parte de este capítulo, para la construcción de los modelos, se requiere

de información más o menos vasta, que permita entender *el rol y la pauta del síntoma*, pues sobre ellos se planifica la intervención.

Sería difícil, si no imposible, recoger toda esta información en tan poco tiempo mediante el empleo de métodos y técnicas de tipo científico, y como suele ocurrir en la vida cotidiana, los terapeutas tienen que conformarse con recoger y analizar la información exclusivamente con su sentido común. Lo que equivale a colocar en un mismo nivel la intervención terapéutica, con el sentido común sobre el cual las familias toman las decisiones, ¿cuál sería entonces el beneficio de diagramar los modelos de toma de decisiones sin entender la complejidad de esas decisiones, o como diría Moscovici, sin entender el proceso cognoscitivo y social que hay detrás de esas prácticas?, y, ¿cómo se pueden diseñar intervenciones eficaces sin entender esos procesos que alimenta las toma de decisión?

III.5 La propuesta: el estudio de los modelos de toma de decisiones desde el marco de la Teoría de las Representaciones Sociales

La limitación central que ya se planteó en los párrafos anteriores, y que se refiere, al sentido común bajo el cual el terapeuta construye los modelos de toma de decisiones, con

los que diseña sus intervenciones, da cuenta de la necesidad de recoger datos y analizarlos desde un marco teórico que ofrezca esta posibilidad. Aún cuando los antecedentes de los modelos tradicionales proviene de la terapia breve o centrada en soluciones, y ésta a su vez, se desprende de los postulados de la teoría general de los sistemas y de la cibernética, los modelos como tal, carecen de un marco teórico- metodológico.

Deteniéndonos un poco a reflexionar sobre la teoría general de los sistemas, encontramos que la sistematización de sus presupuestos teóricos provienen de los trabajos realizados por el teórico de la información Claude Shannon, el cibernético Norbert Wiener, el teórico de los sistemas Ludwin Von Bertalanffy, y de manera sobresaliente, el antropólogo Gregory Bateson, quien introdujo la propuesta de que una familia podría ser análoga a un sistema cibernético, entendiendo que en el concepto de sistema, va inmerso el todo, es decir, que el todo es más que la suma de partes (Hoffman, 1994).

El concepto central de esta nueva epistemología fue el de la circularidad, en donde se propone observar los procesos no de una forma lineal, causa-efecto, como tradicionalmente se había venido haciendo, sino desde un marco de tipo relacional que conceptualiza a un conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de

estado de una unidad, va seguido por un cambio en las otras unidades y así sucesivamente (Hoffman, 1994).

El tratamiento terapéutico tradicional no incluía al padre, a la madre, ni a la familia completa. El principal ímpetu del desarrollo de la terapia familiar se debió al trabajo de terapeutas en Estados Unidos, como Nathan Ackerman en Nueva York, Murria Bowen en Topeka y Washington, Lyman Wynne y Margared Singer en los Institutos Nacionales de Salud Mental de Bethesda, Carl Witaker en Atlanta, Salvador Minuchin y Auerswald en la Escuela de Wiltwich en Nueva York, Ivan Boszormenyi-Nagy, James Framo y Gerald Zuk en Filadelfia, Theodore Lidz y Estephen Fleck en Yale, Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick, John Bell y Virginia Satir en Palo Alto (Hoffman, 1994).

La mayor parte de estos investigadores se centraron en el estudio de las propiedades de la familia como sistema, y propusieron que, toda entidad cuyas partes covarían entre sí y que mantienen en equilibrio su función, desarrollan comportamientos sintomáticos que ayudan a mantenerlo.

La teoría de los sistemas, entendida por su precursor como una *“disciplina cuyo tema es la formulación y derivación de aquellos principios que son válidos para los sistemas en general”* (Bertalanffy, 1998:32), propuso que en el ambiente siempre habría cierto grado de variedad, lo que obliga a los

sistemas a relacionarse de forma selectiva con su ambiente. Es decir, que independientemente del sistema que se trate (haciendo referencia a los sistemas vivos), se propone que operan bajo las mismas condiciones estructurales, es decir, realiza los mismos movimientos y establece las mismas relaciones.

En un sentido estricto, esta postura es inadmisibile desde el punto de vista psicosocial. Por ejemplo, una familia urbana de clase media o la sociedad huichola, se sostendría desde este marco teórico, que operarían bajo las mismas condiciones. Esta afirmación sería culturalmente cuestionada.

Esta teoría centra su atención en el *tipo de interacciones* que establecen las partes, sin tomar en cuenta el *contexto social y cultural* donde ocurren, independientemente, del tipo de síntoma o problema que se presente y de las repercusiones que presente para el todo. Las directrices terapéuticas serían las mismas, como se puede observar en las propuestas de los supuestos básicos y en los elementos de construcción del síntoma.

Desde esta perspectiva, los modelos tradicionales se preocupan sólo por identificar las reglas que los rigen ignorando el tipo de problema en cuestión, su evolución, las divergencias sociales, las experiencias subjetivas que las personas le atribuyen, la cultura histórica y social del contexto y las interacciones entre el individuo y la sociedad, en otras

palabras, se ignora el proceso cognoscitivo y social que está detrás de esas prácticas, pues esa información se considera intrascendente.

Los modelos tradicionales pues, parten de una noción ahistórica y acultural, que para estudiar los modelos de toma de decisiones en las adicciones no resulta útil, pues justamente nos enfrentamos ante un problema que tiene asociadas un sinnúmero de conductas de tipo cultural, y que como podemos darnos cuenta en el marco teórico, se trata de un problema de salud pública que por su magnitud y por la trascendencia de los daños que ocasiona, se trata de un problema complejo.

Los modelos tradicionales, como podemos advertir, son conceptualmente ingenuos y simplistas, y requerimos entonces, del apoyo teórico-metodológico de una teoría compleja y completa, que analice las formas de pensamiento social, bajo la cual se construyen los conocimientos que se aplican en la vida cotidiana de las familias y de los adolescentes consumidores de drogas, con los que razonan sus tomas de decisión.

Sin embargo, la utilidad del uso de la teoría general de los sistemas en las diversas ciencias, y más específicamente a la terapia familiar, fue la transición del cambio de paradigma reduccionista y mecanicista a la perspectiva sistémica. Sería un error creer que se ha dicho y escrito todo. En este trabajo,

se propone alimentar estas décadas de estudio, desde un marco teórico psico-social que tome en cuenta, siguiendo el lenguaje sistémico, la interacción entre el sistema familiar y social.

Al estudiar los modelos desde el marco de la teoría de las representaciones sociales, a los que se referirán como modelos no tradicionales, se tienen enormes ganancias. En primer lugar, se parte de una teoría científica, en la que se le otorga un papel central al contexto cultural bajo el cual los modelos están siendo creados, se le otorga la flexibilidad y la posibilidad de cambio, se toman en cuenta las convergencias, pero también las divergencias, se rescatan los significados y las experiencias subjetivas que las personas le atribuyen a los problemas y soluciones, y cómo esta interacción de elementos, opera en su vida cotidiana para razonar sus tomas de decisiones.

Ya se apuntó que las representaciones sociales se definen por su función, pues contribuyen al proceso de formación de conductas y orientación de las comunicaciones. Moscovici (1979) sostenía que un motivo suficiente para edificar una representación era el resolver problemas, darle forma a las interacciones sociales y proporcionar un molde a la conducta.

Las representaciones sociales justifican a posteriori la toma de decisiones y nos ofrecen la posibilidad de recoger los datos con una metodología científica; analizar el conocimiento del

sentido común con la intersección entre las texturas psicológicas y sociológicas, es decir, la intersección entre las formas de pensamiento social que circulan en la cultura de referencia, que constituyen un conocimiento y las particularidades, subjetividades y experiencias atribuidas por los actores sociales y por el grupo familiar.

Estas formas de pensamiento social son ingenuas, pero a su vez también son conocimientos que fueron adquiridos en una cultura y en un contexto determinado y que son comunicadas en las familias. Llevan de manera implícita y explícita, informaciones, creencias, actitudes, prácticas y experiencias, que finalmente, orientan la toma de posición y decisión. Este conjunto de conocimientos, son las representaciones sociales.

Al tomar en cuenta estos elementos, se visualiza al adolescente y a su familia como parte de las interacciones sociales cuya finalidad es comunicar y prescribir comportamientos. La teoría de las representaciones sociales nos ofrece la posibilidad de realizar un análisis social de esas mentalidades que prescriben comportamientos.

Entonces, el pensamiento social, y no sólo el familiar, como se sostienen en el modelo tradicional, se estructura para explicar la toma de decisiones en el proceso adictivo, en el que se respeta el sentido común de los participantes, pero se realiza la recolección de datos y su análisis desde un sentido no lego.

Entender el anclaje cultural de los modelos de toma de decisiones, nos podría dar elementos para comprender cómo el pensamiento colectivo razona la decisión de consumir drogas, permanecer en ellas un tiempo con la posibilidad de aprender estrategias que les ayuden a sobrevivir, y luego, prescribir comportamientos para abandonarlas.

Si es posible decodificar este razonamiento, podríamos identificar con qué formas de pensamiento social se decide ingresar al mundo de las drogas, y a su vez, identificar si podríamos influir con un contra-razonamiento para aminorar la necesidad de consumirlas, incluyendo esos saberes sociales, los significados atribuidos socialmente y el sistema de creencias que interviene en la definición de esos moldes de conducta.

En esta concepción no tradicional de los modelos de toma de decisiones, se proponen seis áreas su estudio, dos adicionales de los modelos tradicionales, en la que básicamente se retoma la interacción de los actores sociales con el contexto social y cultural de referencia.

III.5.1 Áreas de estudio de los modelos no tradicionales

- 1) El contexto familiar y social donde ocurre el ingreso a las drogas
- 2) La imagen del mundo que está detrás del ingreso a las drogas
- 3) El reconocimiento del mundo de las drogas
- 4) La imagen socialmente construida del usuario de drogas
- 5) Las formas de pensamiento social que explican y justifican el consumo de drogas
- 6) Los moldes de conducta socialmente orientados por los intentos de solución

Estas áreas de estudio no operan de manera separada una de otra, sino que se encuentran mediadas por la cultura familiar y social. De la misma forma, cada una de ellas, y en su conjunto, prescriben comportamientos y prácticas específicas cuya finalidad es tratar de resolver el consumo de drogas.

Con la finalidad de explicar cada una de estas áreas es que se presentan por separado, pero como se podrá observar en el capítulo cinco, que corresponde a resultados, en los modelos operan de manera interrelacionada.

III.5.1.1 El contexto familiar y social donde ocurre el ingreso a las drogas

En este primer aspecto, se hace referencia a las condiciones sociales y culturales del contexto en donde el adolescente y su familia han crecido y se han desarrollado. Esta área incluye la percepción de la existencia de problemas que contextualizan a la adicción, como el ambiente y funcionamiento familiar que prevalece, los estilos de acercamiento afectivo y de comunicación, así como los factores que se perciben como facilitadores del consumo y la experiencia que las generaciones anteriores han tenido con las drogas.

III.5.1.2 La imagen del mundo detrás del ingreso a las drogas

La decisión de ingresar al mundo de las drogas, obedece a prescriptores de comportamiento previos, que se encuentran anclados en determinadas formas de pensamiento social. El objetivo de este segundo elemento de estudio es identificar qué imágenes alimentan esas formas de pensamiento social, que están prescribiendo el consumo de drogas en el adolescente.

III.5.1.3 Aprendiendo a permanecer en las drogas y el re-conocimiento familiar

Una vez dentro del mundo de las drogas, los adolescentes aprenden a conducirse y a sobrevivir interactuando con ese mundo, un mundo nuevo para ellos que poco a poco terminan por hacerlo propio, ¿cómo es ese proceso de familiarización con el mundo de las drogas y por qué estadios tienen que pasar?

La familia, por su lado, llega a un momento en que advierte el consumo del hijo ¿qué sucede ante el hecho que hace evidente el consumo? ¿qué impacto tiene en la familia y qué comportamientos se desprenden? Estas son las interrogantes que se deben esclarecer.

III.5.1.4 La imagen del usuario de drogas

La imagen que se construye del usuario de drogas también aporta elementos que prescriben las tomas de decisión en los diferentes momentos del modelo. Por un lado, se explora la imagen que tienen los propios adolescentes consumidores, sobre sí mismos como grupo, y por otra, la imagen que tienen los padres hacia este grupo. La construcción de estas imágenes es alimentada a su vez, por los rasgos culturales y por las prácticas que la colectividad observa.

III.5.1.5 Las formas de pensamiento social que explican y justifican el consumo

Se ha señalado previamente, las representaciones sociales tienen la función de comunicar y de explicar los comportamientos a posteriori. Ante la presencia de un consumidor, los adolescentes, los padres y aún la propia cultura de referencia, crean un sistema de creencias, que les permite entender el por qué de la adicción y justificar a posteriori cómo fue el ingreso. En este punto del modelo, pueden incluirse hechos significativos o personas a quienes consideran culpables o responsables.

III.5.1.6 Los moldes de conducta socialmente orientados por los intentos de solución

Este último punto, se refiere a los moldes de conducta que social y culturalmente son conocidos para tratar de resolver la adicción. Estos comportamientos o prácticas sociales, son alimentados por las cinco áreas previas. En los modelos tradicionales, se trata de identificar cuáles son las reglas que lo rigen, pero como se puede advertir, existen sistemas de creencias culturalmente arraigadas que influyen en las reglas que rigen los modelos. En los modelos no tradicionales, no sólo nos interesa qué tipo de acciones han emprendido, sino qué hay detrás de esas acciones.

La perspectiva no tradicional de los modelos, no busca romper totalmente con la concepción tradicional y eliminar décadas de estudio, se pueden y se deben tomar en cuenta las bondades que la terapia familiar, y más específicamente, este enfoque terapéutico le puede ofrecer al estudio no tradicional de los modelos.

Se busca entonces, incorporar aquellos elementos tradicionales que puedan enriquecer el estudio de los modelos no tradicionales. Partiendo de esta postura, se propone el uso de una estrategia metodológica que combine tanto las herramientas que se utilizan en los modelos tradicionales, pero bajo las bondades de un enfoque científico en la recolección de la información, en su análisis, pero también el uso de herramientas metodológicas propias del estudio de las representaciones sociales, y sobre todo, con un marco teórico que lo respalde.

III.6 Método para la evaluación de los modelos de toma de decisiones en el marco de la teoría de las representaciones sociales

Como es lógico, si en el estudio de las representaciones sociales no existe un método único para su estudio (Abric, 2001; Ruiz, Ponce de León, Herrera, Sánchez, Ávila-Jiménez y Lozano-Medellin, 2001) menos lo habrá para el estudio de

los modelos como resultado de una combinación híbrida. De ahí que se requiera del empleo de un acercamiento plurimetodológico.

El estudio de estas seis áreas (el contexto familiar y social, la imagen del mundo, el aprendizaje para permanecer en las drogas y el reconocimiento familiar, la imagen del usuario, la justificación del consumo y los intentos de solución) han sido agrupadas en tres fases metodológicas para este estudio: una fase exploratoria, una descriptiva y una a profundidad. Cada una contempla sus objetivos propios, su método de recolección y análisis específicos, que son tratados con detalle en el capítulo cuarto.

En la primera fase denominada exploratoria, se estudian las seis áreas a fin de producir los descriptores que dibujan las imágenes mediante asociaciones libres.

Una vez trazadas estas primeras imágenes a través de los conjuntos de descriptores, se realizan entrevistas de contexto con algunos pocos informantes, con la finalidad de tener mayores elementos que permitan generar premisas de cómo la representación social se está encarnando.

En esta misma fase se aplican instrumentos como la historia del consumo de drogas, la escala de problemas asociados (POSIT) y el trazado del genograma de tres generaciones

para entender el contexto social y familiar en que ocurre este hecho social.

Con el análisis de las asociaciones libres y el planteamiento de las premisas de cómo se está objetivando la representación social, se generan los materiales para iniciar la segunda fase del estudio.

La fase descriptiva tiene por finalidad identificar cómo estas huellas de la representación social, se entrelazan entre sí en los descriptores producidos por la primera fase. Aquí, la información es jerarquizada en un orden que es impuesto por los participantes a través de la técnica de sorteos de montones.

Con esta técnica se producen las escalas multidimensionales y se analizan los lazos y asociaciones. De la misma forma que en la fase anterior, con esta información, se elabora la guía de entrevista a profundidad, generando nuevamente premisas hipotéticas de cómo se ancla esta representación social en su vida cotidiana, que se aplican en la tercera y última fase.

Una vez objetivada la representación social, la fase de profundidad tiene como objetivo explorar cómo se ancla esa representación social en la vida cotidiana de los participantes y entender cómo y en qué razonamientos basan sus tomas de decisión.

En el capítulo siguiente, que corresponde al método utilizado, se encontrará de manera más detallada el procedimiento y los instrumentos de cada una de estas fases.

Capítulo IV. Método

IV. Método

IV. 1 Problema en estudio

Como se pudo advertir en el capítulo II, la literatura muestra a la adolescencia como la etapa más vulnerable para el inicio del consumo de drogas, y según datos del INEGI (2000), en México existen 20,728,628 de adolescentes entre los 10 y 19 años de edad, lo que representa el 21% de la población total. Pero, además del aspecto demográfico, ¿qué otras condiciones psicosociales y culturales favorecen esa vulnerabilidad?

La adolescencia ha sido referida por los teóricos del desarrollo como un período de crisis, de máxima dificultad en los procesos de desarrollo (Hurlock, 1989; Kaplan, 1991; Aberasturi et al, 1992; Rappoport, 1986; Horrocks, 1989, Mckinney et al, 1982). Sostienen que durante esta etapa se producen una serie de cambios en las diferentes esferas del ser humano.

Entre todas las incertidumbres con que el adolescente tropieza, existe al menos un hecho innegable, las concepciones que ante tenía de sí mismo ya no se aplican en los mismos términos morales, sexuales, sociales y de éxito (Powell, 1992; Clauss y Hiebsch, 1986). Sus nuevas capacidades intelectuales le permiten cuestionar muchos de

los valores y opiniones de los adultos. Se ha sugerido que en la medida que el adolescente adquiere la capacidad de realizar operaciones formales, los conduce a tener un nuevo tipo de preocupación por sí mismos, que puede describirse en una especie de egocentrismo (Roa, 1992; Lutte, 1991; Peláez y Luengo, 1991), y por lo tanto, es común que busquen otras soluciones a sus problemas, pueden tener la capacidad de imaginarse un mundo diferente (Medina-Mora, 2002a), un mundo que puede ser construido a través de las drogas.

Si esta serie de cambios le agregamos otros factores como la baja percepción de riesgo, sentimientos de invulnerabilidad e inmunidad, curiosidad canalizada a la búsqueda de gratificaciones inmediatas sin contemplar consecuencias de largo plazo, un ambiente familiar cambiante, un entorno social de marginación y pobreza, aumentan la probabilidad de que los adolescentes se involucren en actividades peligrosas que pueden incluir el abuso de sustancias.

La farmacodependencia es una enfermedad de evolución rápida que en forma progresiva va consumiendo al individuo en la invalidez y desgastando a la familia, por lo que su estudio ha llamado la atención. Sin embargo, el estudio aislado del adolescente farmacodependiente sin su marco de interacción social resultaría parcialmente útil, un conocimiento más amplio se obtendría mediante el estudio de este grupo en su interacción con aquellas personas y grupos con los que se relaciona diariamente, y que de una u otra manera, influyen en

su formación y desarrollo. El estudio se completaría si se retomaran los aspectos culturales, es decir, cómo el sujeto cognoscente aprehende su propio medio, cómo se representa el consumo, y qué representa para sí mismo, y finalmente, cómo este pensamiento social orienta sus tomas de decisión.

La familia, es un sistema influido por la cultura y tal vez, es uno de los grupos, de mayor importancia para la persona, por el papel tan trascendente que juega en la formación del individuo en su adaptación, socialización a su medio, y por el papel que desempeña para el desarrollo y solución de problemas (Chávez et al, 1986; Campbell, 1986). Aún cuando el adolescente busca independizarse de las ligas familiares, es su ámbito de autoreferencia más cercano, todo su sistema de creencias y las estrategias de solución son aprendidos en su familia, gracias al modelamiento cotidiano de las conductas.

A su vez, la familia, tiene la capacidad de modificar sus estructuras internas cuando se producen cambios externos. Esta capacidad autopoietica (Simon et al, 1997), es lo que le permite su evolución, continuidad y desarrollo. Es a través de los parámetros de esta capacidad de autodesarrollo que la familia puede detectar, diagnosticar y proyectar soluciones a sus problemas cotidianos. Esta capacidad también es retroalimentada, por la cultura del contexto que opera como una especie de paradigma cultural (De Shazer, 1995) y de autoreferencia.

Puede suceder que para algunos grupos sociales, y por consecuencia, para algunas familias, el consumo de drogas pueda representar o no un problema; luego, definir qué tipo de problema es, explicarse cómo es que surge este problema, quién o quiénes intervienen, quién tiene la culpa, y por último, decidir quién y qué debe hacerse. Todo este árbol de decisiones se nutre por las representaciones sociales que emergen de la adicción, y gracias a la capacidad autopoietica, la familia puede emprender acciones orientadas a tratar de afrontar y resolver con sus propios medios sus dificultades.

Los teóricos de las representaciones sociales sostiene que dependiendo del tipo de representación social que se tenga de un objeto dado, será el tipo de relación que se establezca con él. Así, por ejemplo, en una relación distante van a aparecer elementos de la dimensión normativa, como valores, creencias, juicios y prejuicios. Pero si la relación es más próxima, los elementos que van a predominar serán las prácticas.

Por lo que el supuesto teórico del estudio fue que los intentos de solución que emprendían los adolescentes y sus padres, eran orientados por las representaciones sociales que emergían de la adicción, por ello las preguntas centrales del estudio fueron: ¿sobre qué representaciones sociales el pensamiento colectivo de los adolescentes razona la decisión para iniciar el consumo, mantener un uso continuado y luego abandonar las drogas? ¿será posible decodificar este

razonamiento y plasmarlo en la elaboración gráfica de los modelos de toma de decisiones? ¿qué estrategias emprenden los padres para afrontar ese consumo y qué representación social las orienta? y por último ¿habrá diferencias en las formas de pensamiento social entre padres e hijos y cuando el usuario es hombre o mujer?

IV.2 Objetivos

IV.2.1 Objetivo General

Explicar cómo y sobre qué representaciones sociales, las diferentes formas de pensamiento social que confluyen en la adicción, orientan la construcción de los modelos de toma de decisiones, en adolescentes usuarios y en sus padres que acuden a tratamiento a los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en Guadalajara Jalisco.

IV.2.1 Objetivos Específicos

1.- Describir el pensamiento social atribuido al contexto social y familiar en el que ocurre el ingreso a las drogas en adolescentes que acuden a tratamiento a CIJ y sus padres.

2.- Describir el pensamiento social que le da forma a la imagen de la droga y a la imagen del usuario de drogas tanto en adolescentes que acuden a tratamiento como en sus padres.

3.- Describir las formas de pensamiento social que explican y justifican el consumo de drogas en adolescentes que acuden a tratamiento y sus padres.

4.- Describir el proceso en cómo los adolescentes que acuden a tratamiento a CIJ, deciden ingresar a las drogas, mantenerse con un uso continuado y qué estrategias emprenden para abandonar el consumo.

5. Describir qué estrategias deciden emprender los padres de adolescentes que acuden a tratamiento, para afrontar el consumo de drogas del hijo(a) consumidor.

6.- Describir las creencias que respaldan los intentos de solución para salir de las drogas en adolescentes que acuden a tratamiento y sus padres

7.- Describir las representaciones sociales que orientan la toma de decisiones en adolescentes que acuden a tratamiento a CIJ y en sus padres, en cuanto a: información, campo de representación y actitudes, así como los procesos de objetivación y anclaje.

8.- Diagramar los modelos de toma de decisiones en adolescentes que acuden a tratamiento a CIJ y en sus padres.

9.- Describir el patrón de consumo de los adolescentes que acuden a tratamiento a CIJ, diferenciado por sexo.

10.- Describir los problemas asociados al consumo de drogas en adolescentes que acuden a tratamiento diferenciado por sexo, en cuanto a: salud mental, relaciones familiares, uso/abuso de sustancias, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia.

IV.3 Área en estudio

IV.3.1 El contexto social y ambiental del área en estudio

El estudio se realizó en la Ciudad de Guadalajara, capital del estado de Jalisco, que colinda al norte con los municipios de Zapopan e Ixtlahuacán del Río, al este con Ixtlahuacán del Río, Zapotlanejo y Tonalá, al sur con Tlaquepaque y al oeste con el municipio de Zapopan.

La palabra *Guadalajara* proviene del vocablo árabe "*Wad-al-hidjara*", que significa "*río que corre entre piedras*". Tomó su nombre de la Ciudad natal de Nuño Beltrán de Guzmán, conquistador de esta tierra. Guadalajara se convirtió en capital del estado de Jalisco el 27 de mayo de 1824 (CIJ, 2001).

Constituye la segunda ciudad en importancia en la República Mexicana, por su población, extensión, movimiento comercial, cantidad y diversidad de establecimientos industriales, vías de comunicación y el número de instituciones educativas y culturales (Martínez-Reding, 1985). Sin embargo, la población que cuenta con cobertura por los servicios de salud es sólo del 72%.

En el Censo de 2000, se encontró que había 3'458,667 habitantes en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG) y un total de 6'322,002 en el estado (INEGI, 2000). El 48% son hombres y el 52% mujeres. El 47% de la población se concentra en el rango menores de 20 años, lo que constituye la población más vulnerable para el consumo de drogas.

El 47% del total de la población proviene de otras entidades como Michoacán (17.7%), el Distrito Federal (15.1%) Zacatecas (14.6%), Nayarit (6.1%) y Guanajuato (6.0%).

La población con algún grado de enseñanza media básica alcanza el 57% y sin ella el 42%, lo que se traduce en que 3 de cada 5 menores de 30 años cuentan con al menos un grado de estudios y 1 de cada 2 adultos se encuentra sin enseñanza.

Para 1990, la población económicamente activa se mostró en mayores porcentajes para las personas entre los 25 a 29 años de edad (64%) y de 30 a 34 (63%). Los hombres

representaron el 69% y las mujeres el 28%. Un gran número de personas desocupadas se encuentra comprendida entre los 12 a 19 años, sin embargo, debe considerarse que la mayoría está cursando la enseñanza media básica.

De las personas económicamente activas, el 39% reciben entre uno y dos salarios mínimos, mientras que sólo el 7% recibe de 5 a 10. Lo que significa que muchas familias no alcanzan a cubrir sus necesidades básicas y se ven obligadas a desarrollar actividades en la economía informal.

Entre las principales causas de muerte, se ubica la diabetes mellitus con una tasa del 56.72 y los accidentes con 56.37.

La esperanza de vida en el estado fue de 71.4 años; 68.7 para los hombres y 74.3 para las mujeres.

Como toda gran urbe, Guadalajara no ha sido la excepción en cuanto a problemática. Entre 1990 y 1991, el Centro de Estudios Urbanos de Jalisco advirtió un fenómeno de *descomposición social* que iba en aumento y que fue caracterizado por indicadores como el incremento de suicidios, divorcios, el auge de la drogadicción, el pandillerismo, la delincuencia juvenil y el graffiti (Gómez-Sustaita, 2002).

Según datos de la ENA 1993, la región Occidente, a la que pertenecen Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y

Zacatecas, ocupa el segundo lugar en prevalencia de consumo *alguna vez en la vida* (7.50%), por arriba de la media nacional (5.27%). El uso de alguna droga en el último año en Guadalajara se mantiene en segundo lugar (2.07), por debajo de Tijuana (4.39%) y por arriba de la media nacional (1.23%). El uso de el último mes, se mantiene en la misma relación. Las sustancias que se reportaron con mayor uso fueron la marihuana con una prevalencia de 4.5%, la cocaína con 1.1% y los inhalables con .3%. La mayor concentración fue en la población joven del sexo masculino, y en éstos, el mayor rango entre los 19 y 25 años, mientras que en las mujeres en el grupo de 26 a 34 años. La proporción es de 10 hombres por cada mujer.

En la población estudiantil en el nivel de enseñanza media del estado de Jalisco, según la Encuesta realizada en 1991 por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, registró que el 10% había usado *alguna vez en la vida* alguna droga ilegal; inhalables 4%, marihuana 3%, anfetaminas 2%, tranquilizantes 2% y cocaína 1% (Medina-Mora et al, 1995).

Tradicionalmente Jalisco ha sobresalido a nivel nacional por la manifiestas particularidades de su cultura. En muchos aspectos, la entidad ha sido reconocida como generadora de algunos rasgos más difundidos de la identidad de los mexicanos. De la misma manera, ha prevalecido la idea de que en Jalisco predomina una cultura marcada por el conservadurismo moral, político y religioso, que incluso ha

sido utilizado para explicar las dificultades que enfrenta el estado (Cortés-Guardado y Shibya-Soto, 1999).

Jalisco comenzó a ser gobernado por el PAN desde el proceso electoral de 1994, cuando se registró la más alta votación hasta entonces alcanzada para la elección del Gobernador en Jalisco. El PAN alcanzó el 52.5% de los escrutinios dejando al PRI con 37.09% de los sufragios y el 3.98% para el PRD. Se propone que este hecho ha acentuado la tradición conservadora por la que es reconocido Jalisco (Gómez-Sustaita, 2002).

Sin embargo, la Encuesta Estatal de Valores, que realizó la Universidad de Guadalajara en 1997 se refirió a Jalisco como una sociedad moralmente menos conservadora que otras regiones del país, no obstante que se acepta que *“pueden localizarse algunos rasgos de conservadurismo político un poco más acentuados que en otras regiones del país”* (Cortés-Guardado y Shibya-Soto, 1999:117).

Esta encuesta reveló datos interesantes, por ejemplo, en todas la regiones del estado, en los distintos grupos de edad, sexo y nivel educativo, la familia fue considerada como muy importante para más del 90%. El trabajo ocupó el segundo lugar (77.5%) y la religión el tercer sitio (51%).

El estudio reveló que la permisividad de los jaliscienses era mayor que su tolerancia civil, es decir, que la permisividad

moral no estaba reñida con un alto grado de anuencia subjetiva a la obligación jurídica, algo que se hace patente en naciones desarrolladas. Uno de los tópicos evaluados fue la homosexualidad, en el que el 7.9% la justifica, mientras que en el país fue de 5.9. Con respecto a otros países, Estados Unidos fue menos permisivo (3.9) que Jalisco y México, mientras que Canadá fue ligeramente más permisiva (8.3%).

Un segundo aspecto evaluado fue la prostitución que fue justificada por el 5.2% de los jaliscienses. Las regiones Centro, Sur y zona metropolitana de México (ZMM) estuvieron alrededor del 8%. En este aspecto, Jalisco fue más permisivo que la mayoría de los países, a excepción de Alemania (7.5) y Dinamarca (6.5%).

Las relaciones sexuales con alguien menor de edad, tienen al igual que el aborto y el suicidio un bajo grado de justificación (3.4) comparado con el porcentaje nacional (8%), o con las regiones Centro (11%), Sur (13.9%) y ZMM (8%). Sin embargo, no parece serlo tanto cuando se observa la justificación que estas relaciones reciben en otros países como Alemania (4.2).

La permisividad hacia el divorcio en Jalisco puede considerarse amplia (15.2%) incluso si se le compara con la mayor parte de las naciones. Solamente se encontró un mayor grado de permisividad en Argentina (24.8%), Dinamarca (20.6%), España (19.4) y Suecia (17.7%).

Por último, con respecto a las actitudes hacia el consumo de marihuana o hachís, el 2.3% de la población de la ZMG, aceptó tolerarlo. Por sexo, se justificó de manera similar en Jalisco, entre hombres (3.7%) y mujeres (3.3%). El porcentaje para la ZMG, fue el más bajo comparado con las diferentes zonas de Jalisco y con la anuencia nacional que alcanzó el 6.6%. A nivel nacional, la zona centro del país fue la más tolerante (11.4%) y en el contexto internacional, el grado de anuencia es mayor con excepción de Sudáfrica que alcanzó 4.7% (Cortés-Guardado et al, 1999).

Llama la atención que sólo el 2.3% de la población de la ZMG, aceptó tolerar el consumo de marihuana, porcentaje por abajo de la tolerancia nacional que alcanzó el 6.6%, pero en la práctica, el consumo de marihuana *alguna vez en la vida* para Guadalajara alcanzó el 6.74%, mientras que la media nacional fue de 4.70 (SS,1999).

Martínez-Reding (1985) escribió que la historia y tradición de la fundación de Guadalajara, así como su evolución educativa y política delineó lo que él llama la *cultura conservacionista* que prevalece y que ha sido referida popularmente como *hipócritamente conservadora* por la disociación que existe entre *lo que se piensa* y *lo que se hace*.

En lo que concierne al consumo de drogas, Guadalajara era considerada hasta hace algunos años como una ciudad de paso para el traslado de estupefacientes por en narcotráfico.

No se sabe con precisión en qué momento dejó de ser una ciudad de paso, y en qué momento, se convirtió en una sociedad consumidora. Los datos de las tres Encuestas Nacionales de Adicciones muestran un mayor incremento entre 1993 y 1998, sin embargo, este comportamiento fue el mismo para el resto del país.

La población tapatía relaciona el consumo de drogas con la inseguridad pública, la crisis económica del país y los problemas familiares. Como alternativas de solución, proponen medidas de poca tolerancia y represión. Identifican la marihuana, los inhalables y la cocaína como drogas de mayor consumo. Reconocen que existen pocas instituciones en Jalisco que hacen frente a las adicciones y CIJ acepta que son poco conocidos por la población tapatía. En una encuesta que realizaron sólo el 23% refirió conocerlos. CIJ reconoce que son mejor identificados por las personas que laboran en otras instituciones como DIF, iglesias, escuelas, la Secretaría de Salud y otras asociaciones (CIJ, 2001), quienes derivan a la población a los diferentes Centros de la ciudad.

La historia de Guadalajara es basta y extensa, existen tratados completos que han sido compilados por décadas (Gómez Sustaita, 2003; Martínez-Reding, 1985) que sería imposible retomar en este estudio, sin embargo, se han señalados aquellas condiciones sociales y ambientales, que enmarcan la tradición del pensamiento del tapatío, que nos

permitirá anclar el análisis de las representaciones sociales que orientan la toma de decisiones en el proceso adictivo.

IV.3.2 Los Centros de Integración Juvenil en Guadalajara

El estudio se aplicó en cuatro de los cinco CIJ con que cuenta la Ciudad. En el momento de la recolección de datos, el CIJ Tlaquepaque se encontraba desarrollando el *Estudio Básico de Comunidad* (EBCO), por lo que se consideró oportuno sólo tomar el resto de los centros.

Centros de Integración Juvenil se define como *“una institución dedicada a la investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia”* y se ubica *“en el subsector asistencia social del Sector Salud como un organismo de interés social colectivo”* (CIJ,2001:4).

Su objetivo es el de *“promover una cultura de participación de la comunidad en contención de la farmacodependencia y ofrecer servicios de prevención primaria, tratamiento y rehabilitación, así como el desarrollo de programas de investigación y capacitación respecto a este fenómeno”* (www.cij.gob.mx).

En sus antecedentes, se encuentra que:

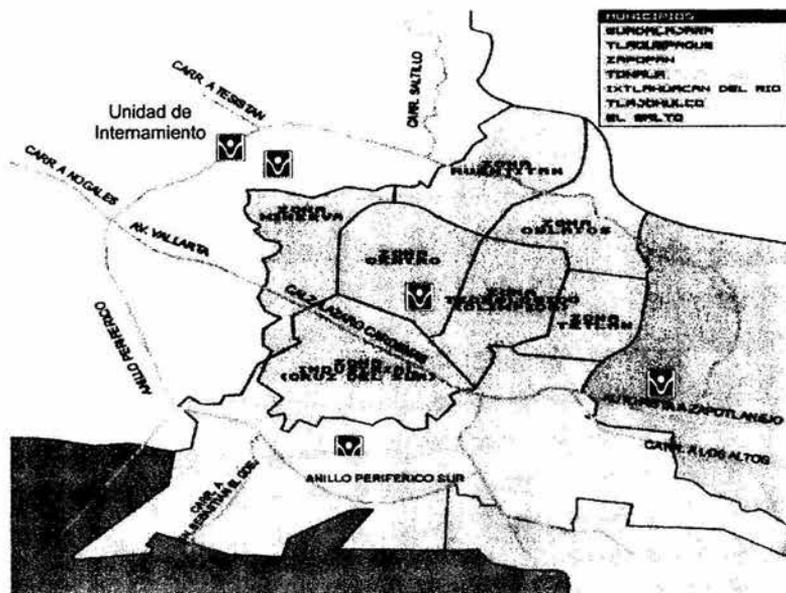
“Surge en 1968, por iniciativa de un grupo de damas al observar que el fenómeno de la farmacodependencia estaba creciendo en forma alarmante en las sociedades industrializadas; se previó, con gran visión, que en nuestro país podría llegar a convertirse en un grave problema social de salud mental. Fue así que se dieron a la tarea de sensibilizar a diversos sectores de la sociedad, sobre la necesidad de constituir una institución especializada capaz de movilizar, por medio de la participación organizada de la comunidad, al conjunto de las fuerzas sociales, a fin de favorecer la cultura de la salud como medio idóneo para alejar al hombre de la droga. Así nace Centros de Integración Juvenil, AC” (www.cij.gob.mx).

Actualmente cuenta con 70 unidades, instaladas en lugares estratégicos del territorio nacional. Dispone de una plantilla de 1,200 personas y de una red de 10 mil voluntarios.

En Guadalajara se localizan cinco centros que ubican en: Guadalajara centro en la Colonia la Perla; Guadalajara sur en la Nogalera; Tlaquepaque y dos en Zapopan, del cual uno es Unidad de Internamiento (Mapa 2). El 75% de las personas que participaron en este estudio, residían en colonias ubicadas por CIJ como zonas de *alto riesgo*. La definición de *colonias de alto riesgo*, es en función de *“aquéllas colonias en*

la que la farmacodependencia aún no se presenta como un problema crítico, pero que hay grandes probabilidades de que se manifieste, se observan algunos grupos sociales, tienen poca respuesta comunitaria hacia la organización, aunque muestran una actitud de interés hacia el problema de la farmacodependencia, la estructura socio-urbana es adecuada, existe una aceptable cobertura de educación, pero no de salud, religiosa y recreativa y existen fuentes de empleo que favorecen la economía de las mismas” (CIJ, 2003:18).

Mapa 2 Ubicación de los Centros de Integración Juvenil en la Zona Metropolitana de Guadalajara



Anualmente ofrece servicios a 2 millones 250 mil personas; 66% en prevención primaria, 32% programas de sensibilización directa y promoción de los servicios y 2% en tratamiento y rehabilitación.

Los servicios se encuentran divididos en cuatro niveles de atención: información, orientación, capacitación y tratamiento, de los cuales se derivan 14 programas de atención con objetivos, metodología y sistemas de evaluación específicos para cada uno. En el cuadro 6 se presenta cada uno de ellos.

El modelo de tratamiento, que interesa para los fines de este estudio, es operado por psiquiatras, médicos generales, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y enfermeros, y se ofrece en dos modalidades: consulta externa y hospitalización. La consulta externa es la forma de tratamiento más frecuente, y sus costos, se basan en un tabulador que provee la Secretaría de Salud y que oscila entre \$10 y \$500 pesos. La cuota se fija de acuerdo a una valoración socioeconómica, que determina la capacidad de una familia para pagar el tratamiento, con base a sus ingresos y egresos. De manera adicional, existe un tabulador para cada región del país. La región occidente, a la que pertenece Jalisco, se ubica en una zona de costo medio. Sin embargo, el tipo de población que acude a CIJ es de clase media y baja, por lo que, en la práctica, las cuotas suelen ser más bien bajas para garantizar el acceso a los servicios.

Los costos para hospitalización también se rigen por el tabulador con una mínima de \$90.00 y una máxima de \$390.00 día-hospitalización. Sin embargo, en la práctica, la población paga alrededor de \$90.00 por día (el equivalente a dos salarios mínimos en 2004).

Por último, los CIJ trabajan en dos turnos, lo que ofrece la posibilidad de atención de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y la Unidad de Internamiento las 24 horas del día, los 365 días del año.

Cuadro 6 Modelo de atención de Centros de Integración Juvenil según nivel programas, objetivos, metodología y evaluación

Nivel de atención	Programas	Objetivo	Metodología	Evaluación
Información	Información a concurrentes Información pública periódica Escuelas (alumnos, padres y profesores)	Sensibilizar a la población magnitud consumo, que es prevenible y que se requiere la participación comunitaria para disminuir o evitar su incidencia	Exposición, participación con preguntas uso material audiovisual	Por sesión
Orientación	Orientación familiar preventiva Orientación a la familia en su conjunto Orientación preventiva para adolescentes Orientación preventiva para adultos jóvenes Orientación preventiva infantil	Proporcionar espacios de reflexión grupal donde los asistentes pueden expresar y trabajar sobre algunas problemáticas que en momentos fundamentales de la vida -la niñez, adolescencia, la etapa de adulto joven, paternidad y maternidad pueden conducir a un individuo a la drogadicción, para ello se identifican factores de riesgo y protección y con ésto se pretende provocar cambios cognitivos y generar alternativas de solución.	Participativa Reflexivas Dramática	Detección de habilidades
Capacitación	Grupos organizados Voluntariado Personal de Servicio al Cliente Capacitación a comunidad	Generar condiciones propicias a través de factores protectores, para promover la prevención de las adicciones e interrelaciones que conformen redes vinculares y sociales que disminuyan los factores de riesgo para evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas	Participativa Reflexivas Dramática	Por taller
Tratamiento	Consulta externa Tratamiento residencial	Suprimir o reducir el uso de drogas. Acoratar el curso y evolución de la conducta adictiva. Identificar y tratar relaciones familiares que propician la adicción. Reintegrar al usuario a una vida productiva.	Modelo de psicoterapia breve, multimodal con objetivos y tiempos limitados. Se ofrece: tratamiento individual, familiar y grupal Consta cuatro etapas: recepción diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y seguimiento. En hospitalización se atiende a pacientes que cursan cuadros de intoxicación y manifestaciones psicofisiológicas por síndrome de abstinencia.	Alta por: remisión total, mejora, referencia a otra institución, por solicitud del paciente, solicitud de familiar, abandono del tratamiento y baja.

Fuente: www.cij.gob.mx

IV.4 Diseño del estudio y método

Se diseñó un estudio cualitativo de tipo analítico-interpretativo, retrospectivo, de tres fases transversales, bajo los supuestos teórico-metodológicos de la Teoría de las Representaciones Sociales (Moscovici, 1979) y de la Terapia Breve Centrada en Soluciones (de Shazer, 1982; 1995) en el que se utilizó un acercamiento plurimetodológico (Abric, 2001).

El diseño del estudio no planteó tres estudios aislados, sino tres fases que generaron información gradual, para producir materiales correlacionados que permitieran entender paso a paso, el pensamiento y las representaciones sociales que emergían de la adicción, como construcción social, y sobre las que, se construían los modelos de toma de decisiones. Por ello el lector no encontrará resultados aislados por cada fase de desarrollo, sino el encadenamiento de las formas de pensamiento social que le dieron vida a dos representaciones sobre las que se basaron las tomas de decisiones. Sin embargo, el lector podrá encontrar en la sección de anexos, ejemplos de los materiales que fueron producidos en cada una de las etapas.

IV.5 Tamaño de la Muestra

Decidido el plan de muestreo, se calculó el tamaño de la muestra. El tamaño requerido para una encuesta dependerá de la confiabilidad que se necesite, la cual, a su vez, dependerá del uso que se haga de los resultados. El grado de exactitud requerido de los datos tiene un efecto directo sobre todo el diseño de la encuesta. Por consiguiente, no hay una simple regla para el tamaño de la muestra que pueda aplicarse a todas las encuestas.

El tamaño de la muestra depende de la consideración de los siguientes elementos:

1. La determinación de las variables clave que se desea estudiar, la proporción que se espera de esas variables que se quieren estudiar y su nivel de desagregación.
2. El grado de precisión de los resultados (se espera entre el 5% al 10%).
3. El nivel de confianza en las estimaciones (se espera del 95%).
4. El tamaño de la población.

Se utilizó la fórmula clásica para el cálculo del tamaño de la muestra:

$$n_w = t^2 s^2 / e^2$$

$$n = n_w / (1 + n_w / N)$$

t = valor de la distribución t de student para el 95%

s = desviación estandar de la variable a estudiar

e = error aceptable (5%)

N = tamaño de la población

n = tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra que se requiere para hacer estimaciones de porcentajes, con un nivel de precisión de 10%, suponiendo un porcentaje esperado del 30% de los casos con las características que se están estudiando, fue de 69 casos. (Tabla 1). Para este estudio, se incluyeron 61 adolescentes, hombres (56%) y mujeres (44%) entre 13 y 19 años de edad, usuarios de drogas ilegales que acudían a tratamiento a los CIJ en Guadalajara y 57 padres acompañantes (78% mamás).

La selección de los participantes abarcó cuatro de los cinco CIJ mediante un método bietápico de tipo aleatorio, considerando que las variables en estudio tenían una variabilidad de tipo cultural, por lo que los datos de este estudio son representativos de la población que acude a CIJ.

Tabla 1. Tamaño de la población según porcentaje esperado con 5% de nivel de precisión

Porcentaje Esperado	Tamaño de la Población							
	50	100	500	1,000	5,000	7,500	10,000	20,000
5%	13	15	18	18	18	18	18	18
10%	20	26	32	33	34	34	34	35
20%	28	38	55	58	61	61	61	61
30%	31	45	<u>69</u>	75	79	80	80	80
40%	32	48	78	84	91	91	91	92
50%	33	49	81	88	94	95	95	96

Fuente: García-Núñez J. 1972.

IV.6 Fase I. Exploratoria

Los objetivos de esta fase fueron tres:

- 1) Identificar la dimensión de información que contenían las diferentes formas de pensamiento social que le daban forma a la imagen de la droga, la imagen del usuario, las justificaciones del consumo, los intentos de solución emprendidos, el contexto social y familiar, el patrón de consumo y los problemas asociados al consumo, para
- 2) Plantear premisas de cómo se estaba objetivando este pensamiento social.
- 3) Por último, identificar el ambiente familiar en el que se tomaban las decisiones, tanto desde la perspectiva de adolescentes y padres.

IV.6.1 Población y muestra

La población estuvo constituida por dos grupos: adolescentes usuarios de drogas ilegales que acudían a tratamiento a los Centros de Integración Juvenil en Guadalajara y su progenitor acompañante.

La población en estudio fue de tipo correlacionada, es decir, se trató de la misma población para las diferentes fases, aunque el tamaño para la tercera fue diferente.

Para esta fase, el grupo número uno, lo constituyeron 61 adolescentes de entre 13 y 17 años de edad, con una media de 16.3 años. En el estudio participaron 25 mujeres y 35 hombres. El criterio de inclusión abarcó a adolescentes hombres y mujeres usuarios de drogas ilegales, que vivían con sus padres y tenían conocimiento de su consumo, que asistían por primera vez a tratamiento a los CIJ en Zapopan, Guadalajara Centro, Guadalajara Sur y Unidad de Internamiento. No se presentaron casos de no respuesta.

El grupo 2 estuvo formado por 57 padres de los adolescentes seleccionados. Los CIJ como norma solicitan que al menos uno de sus padres, acompañe a los adolescentes a tratamiento, por lo que, se tomó como criterio de inclusión al padre acompañante, que en mayor porcentaje fueron las mamás (78%). Como podrá observarse, se tuvieron cuatro casos de no respuesta: tres madres estaban divorciadas o

separadas y se encontraban trabajando en ciudades diferentes, en estos casos, los adolescentes acudían solos a tratamiento, y el cuarto caso, fue de una mujer que sólo autorizó una entrevista, en la cual no se pudo completar toda información, por lo que fue eliminada de la muestra.

La distribución de la población según sus centros de referencia, fue como se muestra en el Cuadro 7. La diferencia del número de la población obedece a que la demanda de cada uno de ellos es variable dependiendo de su ubicación geográfica. Como la intención era tener diversidad cultural, se tomaron los diferentes centros.

Cuadro 7 Distribución de la población en estudio por etapa y centro

Fase	Guadalajara Sur		Guadalajara Centro		Zapopan		Unidad de Internamiento		Total
	Adolesc	Padre	Adolesc	Padre	Adolesc	Padre	Adolesc	Padre	
1	7	7	16	16	30	28	8	6	118
2	5	6	15	14	29	25	8	7	109
3	2	2	2	2	6	6	5	5	30

IV.6.2 Muestreo

El muestreo empleado para la fase uno y dos fue mediante un método de selección sistemática. El procedimiento consistió en la selección de adolescentes mediante dos estratos:

Estrato 1: adolescentes de sexo masculino seleccionados de manera sistemática uno de cada dos, que llegaba a CIJ y hasta completar el tamaño de la muestra.

Estrato 2: adolescentes mujeres seleccionadas en su totalidad y hasta completar su tamaño de muestra.

IV.6.3 Variables en estudio para los adolescentes

1. Historia de consumo: En la que se exploró la edad de inicio del consumo, tipos de droga que había consumido, frecuencia por cada consumo, cantidad por ocasión y formas de administración.

2.- Problemas asociados al consumo: Condiciones problemáticas evaluadas en seis áreas: uso-abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva-delinuencia. Se evaluaron a través del cuestionario estructurado POSIT (Mariño, González-Forteza, Andrade-Palos, Medina-Mora,1998).

3. Imagen de la droga: Descriptores asociados por el participante al término inductor “qué palabras se te vienen a la mente cuando escuchas droga”.

4. Imagen del usuario de drogas: Descriptores asociados por el participante al término “qué piensas de la gente que consume drogas”.

5. Creencias en la etiología del consumo: Descriptores asociados por el participante al término “por qué crees que la gente comienza a consumir drogas”.

6. Intentos de solución emprendidos: Acciones emprendidas por el participante para tratar de resolver el consumo de drogas, incluye, qué, cómo, cuándo, un ejemplo y si funcionó.

IV.6.4 Variables en estudio para los padres

1.- Composición familiar: Que incluyó la composición familiar, el consumo de drogas, morbilidad, mortalidad, violencia y problemas con la justicia de cada de unos miembros integrantes de la familia de tres generaciones, es decir, abuelos, padres y hermanos del adolescente. McGoldrick y Gerson (1987) sostienen que las pautas de comportamiento se aprenden de la influencia de al menos tres generaciones.

2.- Pautas vinculares; interacción, alianzas, jerarquía, fronteras y disfunciones familiares como por ejemplo, padres periféricos, hijos con funciones parentales y coaliciones intergeneracionales, entendidas como la unión emocional de

dos personas de diferente generación, en contra de un tercero de igual o diferente generación. .

3.- Movimientos importantes de la familia, como migración, muertes violentas e inesperadas, pérdida de empleo, cambios repentinos en salud, etc., que fue identificado en el trazado del genograma (McGoldrick et al, 1987).

4. Imagen de la droga: Descriptores asociados por el participante al término inductor “qué palabras se te vienen a la mente cuando escuchas droga”.

5. Imagen del usuario de drogas: Descriptores asociados por el participante al término “qué piensas de la gente que consume drogas”.

6. Creencias en la etiología del consumo: Descriptores asociados por el participante al término “por qué crees que la gente empieza a consumir drogas”.

7. Intentos de solución emprendidos: Acciones emprendidas por el participante para afrontar y tratar de resolver el consumo de drogas, incluye, qué tipo de acción, cómo lo hizo, cuándo lo hizo, que de un ejemplo y si funcionó o no.

IV.6.5 Técnicas de recolección de datos

En esta primera fase se aplicaron dos tipos de técnicas a las muestras: una asociativa y una interrogativa. La técnica asociativa que se utilizó fue la llamada “listados libres” (Abrić,2001; Borgatti, 1996a), que consiste en ofrecer un término inductor – o varios como en este caso– a los participantes para que produzcan de manera libre y espontánea descriptores. Aún cuando no hay límite de tiempo, se solicita al participante que realice la tarea en el menor tiempo que le sea posible, con la finalidad de evitar que la información sea filtrada por su censura.

En la técnica interrogativa se realizaron entrevistas de contexto de sesión única tanto con cuatro padres como con sus cuatro hijos adolescentes. Su finalidad fue contextualizar los descriptores que fueron producidos por los informantes. Tuvieron una duración aproximada de una hora cada una. Fueron audiograbadas con autorización de los participantes.

IV.6.6 Instrumentos de recolección de datos

Para los adolescentes se utilizaron: Una encuesta de caracterización sociodemográfica (anexo 1), historia de consumo (SS, 1998) que exploraba edad de inicio, drogas consumidas, frecuencia, cantidad y vía de administración

(anexo 2); Una escala POSIT para evaluar problemas asociados al consumo (Mariño et al, 1998), (Anexo 3); cinco listados libres con diferentes términos inductores (anexos 4, 5, 6, 7 y 8) que exploraban drogas conocidas, la imagen de la droga, del usuario, justificación del consumo e intentos de solución, y por último, una guía de entrevista de contexto (anexo 9) que exploraba el mundo de las drogas, el ambiente del barrio y de la familia.

En el caso de los padres, se utilizó: Una guía para el trazado del genograma que exploraba estructura y ambiente familiar (anexo 10); cinco listados libres (anexos 11, 12, 13, 14 y 15) que exploraban drogas conocidas, la imagen de la droga, del usuario, justificación del consumo e intentos de solución emprendidos y una guía de entrevista de contexto (anexo 16) que exploró la percepción del mundo de las drogas, el ambiente del barrio y de la familia.

IV.6.7 Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento de recolección de datos inició cuando los adolescentes se encontraban llegando a tratamiento y una vez que les había sido asignado su terapeuta. La prueba piloto arrojó que era necesario seleccionarlos una vez que su terapeuta hubiera construido el enganche terapéutico. Si el adolescente cubría los criterios de inclusión (anexo 17) se

solicitaba su participación mediante un consentimiento informado por escrito (anexo 18), si no cubría los criterios, continuaba su tratamiento sin participar en el estudio. Una vez que se le explicaba al adolescente en qué consistía su participación y otorgaba su consentimiento, se procedía a aplicar la encuesta de caracterización sociodemográfica, la historia de consumo, la escala POSIT y cinco listados libres. La aplicación de estas baterías duró aproximadamente 45 minutos y se realizaba en un cubículo que había sido destinado provisionalmente para estos fines. Una vez que estaban debidamente requisitados los instrumentos, se solicitaba autorización para entrevistar a su familiar, con la garantía de confidencialidad de los datos proporcionados, ya que había casos que habían participado en actos delictivos y los padres no tenían conocimiento. En el 78% de los casos se entrevistó a la mamá, el 11% a la pareja y con un mismo porcentaje al padre, previo consentimiento informado (anexo 19). Con los padres, se aplicó una guía para trazar el genograma y cinco listados libres.

El análisis de datos de los listados libres se realizó en el paquete Anthropac 4.9 (Borgatti, 1996b), lo que permitió identificar a los informantes clave que pensaban de manera más similar al grupo, mediante el cálculo de una correlación de cada informante con respecto al grupo, por lo que se realizaron las entrevistas de contexto con las personas que tenían los valores más altos. El procedimiento de las entrevistas de contexto consistió en tres etapas:

- 1) Establecimiento de rapport, una explicación del objetivo y formato de la sesión y la autorización para audiogravar;
- 2) Fase de entrevista, en la que siguió una guía de entrevista poco estructurada, ya que la finalidad era entender desde su ángulo, el contexto del mundo de la droga, la percepción del ambiente del barrio y de su familia, y por último,
- 3) El cierre, que consistió en recapitular los temas de la sesión y contestar preguntas en el caso de que hubiera.

Esta primera fase del trabajo de campo tuvo una duración de 28 días que abarcó el período del 4 de Febrero al 3 de Marzo de 2002.

IV.6.8 Análisis de datos

Para los cuestionarios de caracterización sociodemográfica se elaboró una base de datos en el software Dbase III. Se utilizó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas, relativas y medias que fueron calculadas en Epi Info para windows.

Para la historia de consumo se elaboró una base de datos en Dbase III y se generó un análisis descriptivo a través de frecuencias absolutas y relativas en Epi Info para windows.

Para la escala POSIT (Mariño et al, 1998) se elaboró una base de datos en Dbase III, se crearon nuevas variables para agrupar las 81 preguntas según las 6 áreas evaluadas: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con los amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia. Se re-codificaron algunas preguntas para asignarles su calificación de acuerdo a lo propuesto por Mariño et al (1998). Se calcularon diferencias de grupo por sexo mediante X^2 .

Para los listados libres se calculó un listado de los descriptores asociados a cada uno de los cinco listados libres según el orden en que fueron mencionados, frecuencia y peso cultural (correlación entre frecuencia y orden de mención) (anexo 20) en el software Anthropac 4.9 (Borgatti, 1996b). Se clasificaron por tipos (anexo 21) a fin de seleccionar 12 descriptores de cada listado libre para la aplicación de los sorteos de montones. Una vez clasificados los descriptores se analizaron a fin de entender esta primera información y plantear algunas premisas de trabajo en las que se tomó en cuenta la frecuencia de cada descriptor (anexo 22) , el marco teórico y los datos cualitativos arrojados por las entrevistas de contexto.

Para las entrevista de contexto se siguió el siguiente procedimiento de análisis: se transcribieron las entrevistas audiograbadas (anexo 23) en el software Atlas Ti (Muhr, 1998), para proceder a su lectura y re-lectura a fin de realizar

una codificación temática (anexo 24) y crear familias de códigos (anexo 25). Por último, se realizó el análisis y su interpretación.

A continuación, se describen las premisas que se plantearon en esta primera etapa y los descriptores que fueron seleccionados para aplicar los sorteos de montones en la segunda etapa. Algunas de las imágenes que se estudiaron fue necesario separarlas por grupos, es decir, para adolescentes y padres, ya que habría diferencias importantes que era necesario tomar en cuenta.

IV.6.9 Premisas de objetivación para la imagen de la droga

IV.6.9.1 Premisas para la imagen de la droga en adolescentes

La presión del grupo y la búsqueda de un mundo diferente.

Si asociaban el tipo 1 con el tipo 2, habría una huella en el pensamiento de los participantes en el que reconocerían a los amigos como una fuente importante de influencia para el ingreso a la droga.

Si asociaban el tipo 1 con el tipo 3, habría una huella en el pensamiento de los participantes en la que trataban de huir de

su realidad a través de la búsqueda de un mundo diferente representado por las drogas.

Si asociaban el tipo 2 con el tipo 3, habría una huella en el pensamiento de los participantes de que reconocerían a los amigos como el vehículo para llegar a ese mundo diferente.

Descriptorios seleccionados para la imagen de la droga en adolescentes

TIPO 1 DROGAS	TIPO 2 INFLUENCIA SOCIAL	TIPO 3 UN MUNDO DIFERENTE
Mariguana	Amigos	Diversión
Cocaína	Compas	Estar a gusto
Pastillas	Compañeros	Echar relajo
Tonzol	Cholos	Libertad

IV.6.9.2 Premisas para la imagen de la droga en padres

La impotencia y las consecuencias sociales

Si asociaban el tipo 1 con el tipo 2, se advertiría una huella en el pensamiento de los participantes de que en el reconocimiento de la adicción del hijo se involucraba un factor emocional por la advertencia de las consecuencias sociales de la droga.

Si asociaban el tipo 1 con el tipo 3, se observaría una huella en el pensamiento de los participantes de que en el reconocimiento de la adicción del hijo se involucraba un factor emocional por la influencia cultural del estereotipo del adicto; la cuestión del rechazo social.

Si asociaban el tipo 2 con el tipo 3, habría una huella en el pensamiento de los participantes de que el reconocimiento de la adicción del hijo es por las consecuencias que trae consigo el estereotipo cultural.

Descriptorios seleccionados para la imagen de la droga en padres

TIPO 1 FACTOR EMOCIONAL	TIPO 2 CONSECUENCIAS	TIPO 3 ESTEREOTIPO	TIPO 4 NEUTRAL
Tristeza	Muerte	Delincuencia	Camino
Desesperación	Pérdida cordura	Desocupado	Salud
Impotencia	Destrucción familiar	Mariguano	Opción

IV.6.10 Premisas de objetivación para la imagen del usuario de drogas en adolescentes y padres

Para adolescentes y padres: la imagen de vicioso o de enfermo: la cuestión de la inclusión social.

Si asociaban el tipo 1 con el tipo 2, habría huellas en el pensamiento de la persona con el estereotipo de vicioso, y por lo tanto; huellas de exclusión, segregación y/o eliminación del grupo social.

Si asociaban el tipo 3 con el tipo 2, habría huellas en el pensamiento del participante de una imagen de enfermo, y habría huellas, de un usuario enfermo que podría rehabilitarse, y por lo tanto, de inclusión social.

Descriptores seleccionados para la imagen del usuario en adolescentes y padres

TIPO 1 ENFERMEDAD	TIPO 2 CARACTERÍSTICAS NEUTRALES	TIPO 3 VICIO
Enfermos	Error	Anormal
Necesitan ayuda	Común	Mariguanos
Pobrecitos	Inquietos	Irresponsables
Deben rehabilitarse	Amigables	Rateros

IV.6.11 Premisas de objetivación para las creencias en el etiología del consumo en adolescentes y padres

Para adolescentes y los padres: La influencia de lo endógeno (la cuestión familiar) o lo exógeno (la influencia del contexto).

Si asociaban el tipo 1 con el 3, habría huellas en el pensamiento del participante que reconocerían las causas endógenas aunadas a sus características personales.

Si asociaban el tipo 2 con el 3, habría huellas en el pensamiento del participante en el que reconocerían las causas exógenas ligadas a las características personales.

Si asociaban el tipo 1 con el tipo 2, habría huellas en el pensamiento del participante tendientes a explicar el consumo tanto desde lo endógeno como desde lo exógeno.

Descriptores seleccionados para creencias en la etiología del consumo en adolescentes y padres

TIPO 1 ENDÓGENAS	TIPO 2 EXOGÉNAS	TIPO 3 CARACTERÍSTICAS PERSONALES
Problemas familiares Ven el ejemplo en familia Descuido de los padres Creen que no son tomados en cuenta	Influencia de los amigos Ven a los demás Ambiente colonia Presión amigos	Curiosidad Es lo prohibido Débil de carácter Se sienten solos

IV.12 Premisas de objetivación para identificar la regla que rige los intentos de solución

IV.12.1 Premisas para identificar la regla que rige los intentos de solución en adolescentes

La regla centrífuga o centrípeta

Si asociaban el tipo 1 con el tipo 2, habría huellas en el pensamiento del participante de que la solución del consumo dependía de la familia y de evitar la influencia social (estilo centrípeta y centrífuga).

Si asociaban el tipo 1 con el tipo 3, habría huellas en el pensamiento del participante de que la solución del consumo de drogas dependía de la familia y del voluntarismo del usuario (estilo centrípeta).

Si asociaban el tipo 1 con el tipo 4, habría huellas en el pensamiento del participante de que la solución al consumo de drogas dependía de la familia (estilo centrípeta).

Si asociaban tipo 2 con el tipo 3, habría huellas en el pensamiento del participante de que la solución al consumo de drogas dependía de evitar la influencia social mediante el voluntarismo (estilo centrífuga y centrípeta).

Si asociaban el tipo 2 con el tipo 4, habría huellas en el pensamiento del participante de que la solución al consumo de drogas dependía de evitar la influencia social (estilo centrífuga).

Si asociaban el tipo 3 con el tipo 4, habría huellas en el pensamiento del participante de que la solución al consumo de drogas dependía del voluntarismo del usuario.

Descriptorios seleccionados para identificar la regla que rige los intentos de solución en adolescentes

TIPO 1 FAMILIAR (CENTRÍPETO)	TIPO 2 INFLUENCIA SOCIAL (CENTRÍFUGO)	TIPO 3 VOLUNTARISMO (CENTRÍPETO)	TIPO 4 NEUTRAL
No salir de la casa Pedir ayuda papás Quedarse más tiempo casa	No juntarse con los amigos Evitar malas influencias Salir con amigos que no consumen	Prometer dejar las drogas Fuerza de voluntad Retirarse poco a poco	Poner en claro qué se quiere Ver televisión Información

IV.6.12.2 Premisas para identificar la regla que rige los intentos de solución en padres.

Lo centrífugo o centrípeto

Si asociaban el tipo 1 con el tipo 2, habría huellas en el pensamiento de los participantes que la solución al consumo de drogas, dependía tanto de la familia como de buscar ayuda fuera de la familia (estilos centrífugos y centrípetos).

Si asociaban el tipo 1 con el tipo 3, habría huellas en el pensamiento de los participantes de que la solución al consumo de drogas, dependía tanto de la familia como de la voluntad del usuario (estilo centrípeto y centrífugo).

Si asociaban el tipo 2 con el tipo 3, habría huellas en el pensamiento de los participantes de que la solución al consumo de drogas dependía de buscar ayuda fuera de la familia y de la voluntad del usuario (estilo centrípeto).

Descriptorios seleccionados para identificar la regla que rige los intentos de solución en padres

TIPO 1 FAMILIA (CENTRÍPETO)	TIPO 2 BUSCAR AYUDA (CENTRÍFUGO)	TIPO 3 VOLUNTARISMO (CENTRÍPETO)
Regaño fuerte	Buscar ayuda	Retirarle los amigos
Acercarse más a él o ella	Llevarlo especialista Acudir a terapia	Que prometa no consumir
Tomarlo cuenta	Platicar con otras personas	Leer
Hablar con él o ella		Ver televisión

IV.7 Fase II. Descriptiva

El objetivo de esta fase fue describir y entender cómo estaban objetivando las diferentes formas de pensamiento social que le daban forma a la imagen de la droga, del usuario, la justificación del consumo y el pensamiento, que orientaba los intentos de solución, así como identificar la representación social de la adicción que construían en el proceso de toma de decisiones los adolescentes y sus padres.

Esta fase inició cuando se tenían planteadas las premisas y seleccionados los descriptorios de cada una de ellas. Lo que

se buscó en esta etapa fue ver cómo se comportaba cada premisas, para entender cómo se objetivaban las representaciones sociales.

IV.7.1 Población y muestra

La población para esta fase fue la misma que en la primera, aún cuando se tuvieron algunas pérdidas, que como se puede observar en el cuadro 7, se tuvieron pérdidas en tres Centros: Guadalajara Sur, Centro y Zapopan. El número total de pérdidas había ascendido a diecisiete casos, sin embargo, se pudieron encontrar ocho casos a través de visitas domiciliarias, con previa solicitud por teléfono. En sus domicilios fueron aplicados los sorteos de montones al adolescente y al padre. Los motivos que refirieron las madres por los que se desertó del tratamiento fueron: cambios laborales, no veían cambios en la conducta y el patrón de consumo del adolescente y la insistencia de los Centros de involucrarlos en procesos terapéuticos familiares, pues *"el muchacho era el que estaba mal"*.

Hubo cuatro casos más que no fue posible localizar, pues los domicilios no correspondían. Como segunda estrategia, se enviaron telegramas con nuevas citas a través del Departamento de Trabajo Social, sin embargo, ninguno acudió.

Hubo otros cinco familiares más que se perdieron: dos casos de no respuesta, presumiblemente muy conflictivos, según el expediente clínico elaborado por CIJ, y tres más, que presentaron cambios laborales fuera de la Ciudad.

La población final para esta fase fue de 57 adolescentes y 52 padres de familia.

IV.7.2 Técnicas de recolección de datos

En esta etapa se aplicó una técnica asociativa llamada *sorteo de montones o sorting* (Abric,2000; Borgatti, 1996a), para que los participantes clasificaran y jerarquizaran los descriptores que habían producido en la etapa previa. La técnica consiste en ofrecer a cada participante los doce descriptores seleccionados en tarjetas. Se aplicaron cuatro paquetes de doce palabras a cada uno: la imagen de la droga, la imagen del usuario de drogas, la justificación del consumo y los intentos de solución.

IV.7.3 Instrumentos de recolección de datos

En esta etapa, los instrumentos fueron los mismos tanto para los adolescentes como para los padres, a excepción de los sorteos de montones "imagen de la droga". Esto obedeció

porque se encontró que la objetivación se comportaba de manera diferente en los dos grupos en estudio. Los descriptores seleccionados para cada uno se pueden observar en las premisas planteadas en la fase anterior.

IV.7.4 Procedimiento de selección y recolección de datos

Durante la primera entrevista, se les comentó a los informantes, que en aproximadamente un mes los volveríamos a buscar para una segunda sesión más breve. Con ayuda de los terapeutas de los CIJ se localizaron las horas y días en que tenían cita en CIJ para aplicar los sorteos.

Las indicaciones para aplicar los sorteos de montones fueron: *“aquí hay 12 formas de describir a la droga [aquí se suple por cada término inductor], le voy a pedir, que las lea con muy bien y elija las cuatro formas que desde su punto de vista la describen mejor”*. Una vez que el informante eligió cuatro tarjetas, quedan ocho. *“De estas ocho formas que quedan, le voy a pedir que ahora elija las cuatro, que desde su punto de vista describen menos a la droga”*. Mientras que el informante realiza su trabajo cognitivo, el investigador registra en el formato de respuestas (Anexo 26) el número que cada tarjeta tiene por la parte posterior. Una vez seleccionadas las cuatro que describían *menos*, de igual forma se registran. Por último,

se recogen y se registran, las cuatro que no fueron seleccionadas. Este procedimiento se repitió con los cuatro términos inductores: imagen de la droga, del usuario de drogas, creencias asociadas al inicio del consumo e intentos de solución, con los 109 informantes.

El tiempo aproximado de aplicación en esta segunda sesión fueron de 10 a 15 minutos por cada persona. El proceso de recolección de datos de esta etapa tuvo una duración de dos semanas y abarcó del 7 al 20 de Marzo de 2002.

IV.7.5 Análisis de datos

Se elaboraron veinticuatro bases de datos en el software Anthropac 4.9 (Borgatti, 1996b), doce para población adolescente y doce para padres. De estas doce, cuatro correspondían a la población femenina, cuatro a la masculina y cuatro al grupo completo a fin realizar las comparaciones entre grupos.

Una vez realizadas las bases de datos, se elaboraron matrices de asociación jerárquica de los descriptores (Anexo 27) por cada base de datos, para evaluar los índices de correlación entre cada par de descriptores y tener elementos para asociar las dimensiones en la escala multidimensional.

Se calcularon veinticuatro escalas multidimensionales para observar cómo se estaba objetivando cada una de las imágenes en estudio. En este procedimiento, se calculó una prueba de bondad llamada *estrés* para evaluar si la dimensionalidad era adecuada o no. Según Borgatti (1996a), si el valor del *estrés* es menor 0.150, entonces, la dimensionalidad es adecuada (anexo 28). En este caso, todas las escalas tuvieron un *estrés* $<.150$.

Por último, se calculó una correlación de los conocimientos que poseía cada informante con relación al grupo (Anexo 29), para identificar a los informantes clave, que eran quienes tenían los puntajes más altos y eran las personas indicadas para realizar las entrevistas a profundidad, ya que tenían las imágenes más similares al grupo. Sin embargo, de manera adicional se incluyeron a aquellas personas que habían tenido buena disposición y eran buenos informantes.

Las escalas multidimensionales fueron estudiadas para contrastarlas con las premisas, no para corroborarlas o refutarlas, sino para observar cómo se estaban objetivando las imágenes para elaborar la guía de la entrevista a profundidad (Anexo 30 y 31) que se iba a utilizar en la tercera y última fase del estudio.

IV.8 Fase III. De profundización

Esta fase inicio planteando nuevamente premisas de cómo se anclaban las representaciones en la vida cotidiana de los participantes (Anexo 30 y 31) y su objetivo fue la elaboración gráfica de los modelos de toma de decisiones del proceso adictivo identificando en función de qué representación social se construían, cómo actuaban para tomar determinadas decisiones y cómo estos se anclaban en la vida cotidiana de los participantes (Figura 2 y 3).

A los dieciocho meses de haber iniciado la recolección de los datos (en la fase I), se estableció un seguimiento telefónico con aquellas familias que tenían ese medio de comunicación. La finalidad del seguimiento era evaluar en qué condiciones había terminado su tratamiento y cómo se encontraban en ese momento.

IV.8.1 Población y muestra

La población en estudio para esta fase fue una sub-muestra correlacionada de 15 adolescentes y 15 padres de familia, que fueron seleccionados mediante índices de correlación. En esta fase no hubo casos de no respuesta.

En el seguimiento se lograron localizar 30 madres de las 61 entrevistadas originalmente.

IV.8.2 Técnica de recolección de datos

Se utilizó una técnica interrogativa mediante entrevistas individuales a profundidad (Denzin & Lincoln, 1994). En promedio, se utilizaron tres sesiones de dos horas cada una. Las entrevistas fueron audiograbadas con autorización de los participantes.

IV.8.3 Instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron dos guías semi-estructuradas, una para adolescentes y otra para padres, mismas que fueron generadas a partir de los resultados de la etapa previa (Anexos 29 y 30). La guía para los adolescentes exploró: la amistad; el ingreso a las drogas; la participación de la familia en su ingreso; la droga en su vida: la *parte chida* y la *parte cruda*; el reconocimiento de la adicción como tal y qué tenía que pasar para reconocerla como un problema; intentos de solución, por qué se buscó ayuda en los padres y características del usuario rehabilitado.

La guía para los padres exploró: cómo habían vivido la adicción de su hijo, cómo les había afectado, la amistad: como se reconoce una buena y mala amistad, características del usuario rehabilitado, cómo se explicaba el ingreso del hijo a las drogas, la participación de las amistades, expectativas de los hijos, por qué la adicción es un problema difícil de enfrentar, por qué se tolera el alcohol y las drogas no, qué ven en la TV, en la radio y qué leen.

En la llamada de seguimiento se solicitó hablar con el padre entrevistado, y se le preguntó cómo seguía su hijo(a).

IV.8.4 Procedimiento de recolección de datos

Una vez identificados los participantes mediante los índices de correlación, se les localizó para establecer una cita para la realización de las entrevistas. El 100% se realizaron en un cubículo destinado provisionalmente para este fin en las instalaciones de los Centros de Integración Juvenil. Las sesiones se desarrollaron en tres fases similares a las entrevistas de contexto:

Fase de rapport: para esta población, era nuestro tercer encuentro, y la empatía ya se había establecido, pues durante la aplicación de las otras fases del trabajo de campo, ya se habían realizado entrevistas previas. Uno de los aspectos que más se cuidó en el trabajo de campo fue el tipo de relación

que se establecía con los usuarios de los CIJ. Cuando acudían a sus citas, y aún cuando no se tenía programado entrevistas con ellos, se les saludaba de mano, se buscaba un acercamiento afectivo, se les preguntaba cómo iba su tratamiento y qué había de nuevo. Por lo que, en esta última etapa, fue muy fácil el establecimiento de la empatía, lo que permitió obtener información muy rica. De hecho, a 18 meses de establecer el primer contacto, existen informantes que aún buscan continuar el contacto sólo para platicar.

En esta fase se explicó el formato de las sesiones, en que consistía su participación y se solicitó autorización para realizar una audiograbación.

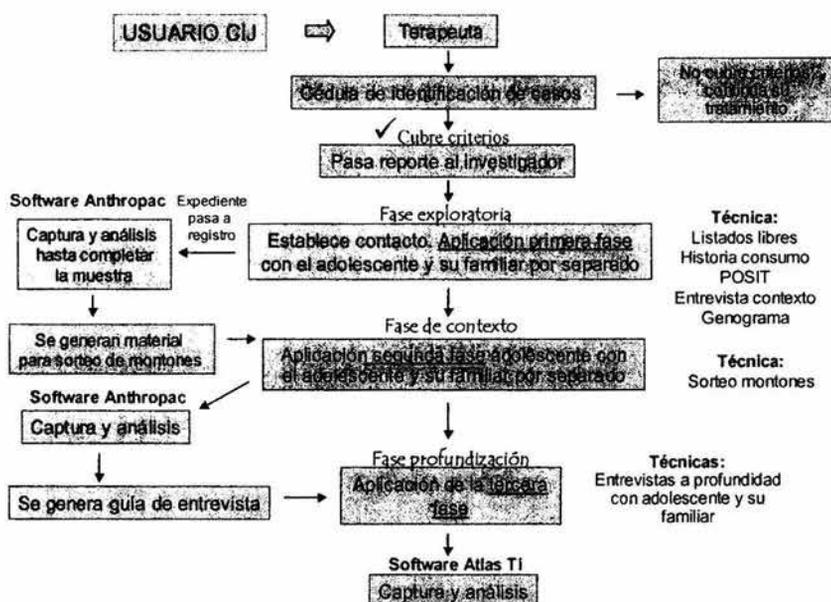
Fase de entrevista: fue conducida por el investigador que moderó mediante el uso de una guía semi-estructurada que orientó los ejes temáticos. Se utilizó un micrófono de clip para garantizar una buena grabación. Esta fase fue la más extensa de las tres. Después de cada sesión, se escuchaban las grabaciones para identificar si había elementos que deberían retomarse en la siguiente sesión o en las que se requería una mayor profundización, se identificaban contradicciones, aspectos confusos o poco claros que fueron rastreados en las sesiones siguientes.

Fase de cierre: en cada sesión, se recapitulaban los puntos abordados, señalando lo que se iba entendiendo para

constatar y clarificar los ejes temáticos. Se fijaba una nueva cita.

En el cierre final, se contestaron dudas y se agradeció la participación. En la figura 1, se presenta el diagrama el procedimiento total de la recolección de datos que abarcó las tres fases.

Figura 1 Procedimiento de recolección de datos en sus diferentes fases



IV.8.5 Análisis de datos

Las audio-grabaciones fueron transcritas en el software Atlas Ti (Muhr,1998). Se realizó una lectura y re-lectura a fin de identificar códigos temáticos. Una vez que se codificaron, se crearon familias de códigos para facilitar su análisis. Por último, se realizó un análisis por familias y se interpretaron.

IV.9 Consideraciones éticas

De acuerdo con la Ley General de Salud (1989) la presente investigación se consideró de riesgo mínimo, ya que se manipularon algunas variables psicológicas y sociales de los individuos que participaron el estudio. Las medidas éticas que se tomaron en cuenta fueron salvaguardar la identidad de los participantes con estricta confidencialidad. Solamente el investigador principal tuvo acceso a los expedientes una vez integrados. Se solicitó el consentimiento libre e informado a todos los participantes que voluntariamente desearon participar en el estudio sin que afectara el tipo de atención que recibían en los Centros de Integración Juvenil. Al 100% se les entregó una tarjeta con los datos de identificación del investigador principal por si llegaban a tener alguna duda o requerían de información adicional.

Se presentaron tres casos de mamás que llamaron solicitando asesoría psicológica. Una de ellas de emergencia ante una

crisis de llanto. Las otras dos requerían de “alguien que las escuchara”. Los tres casos fueron atendidos y canalizados al servicio de psiquiatría y psicología de los CIJ para su seguimiento. Así mismo, durante la aplicación de los instrumentos se detectaron algunos casos de madres que presentaron crisis de llanto, la cual fue asistida por el investigador cuya formación terapéutica la hacía competente. Hubo casos de madres en los que se advirtieron síntomas depresivos, y un caso de depresión mayor severa con riesgo suicida. A estas personas se les comunicó que requerían de atención y fueron canalizados al servicio de psiquiatría de los CIJ y del IMSS para su manejo terapéutico. Se siguió su evolución y no fue posible que continuaran participando en el estudio.

Por último, cabe señalar que este estudio fue aprobado por diferentes instancias: fue evaluado y aprobado por las autoridades locales, regionales y nacionales de los Centros de Integración Juvenil. Por parte de la institución laboral de la autora, el proyecto fue evaluado y registrado por un Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el número de registro 01-268-0007. En cuanto a la institución financiadora, el proyecto fue evaluado por el Fondo de Fomento a la Investigación FOFOI, del Instituto Mexicano del Seguro Social, que otorgó el financiamiento número 2001-055. En lo que respecta a la Universidad Nacional Autónoma de México, fue evaluado y aprobado por el Comité Tutorial del Postgrado de Psicología Social.

Capítulo V. Resultados e interpretación

V. Resultados e interpretación

Los resultados que se presentan en este capítulo, son interpretaciones bajo los supuestos teóricos metodológicos de la teoría de las representaciones sociales y de la terapia breve centrada en soluciones, que fueron construidos por el autor a partir del análisis de las narraciones de los sujetos sociales sobre su vida cotidiana alrededor del consumo de las drogas.

Este material producido se presenta en cuatro secciones: V.1) El ambiente familiar donde se toman las decisiones, V.2) Características de los adolescentes, patrón de consumo y los problemas asociados, V.3) El modelo de toma de decisiones construido por los padres y V.4) El modelo construido por los adolescentes.

V.1 El ambiente familiar donde se toman las decisiones

Esta sección se presenta a su vez en tres áreas: 1) características sociodemográficas de las familias de origen, 2) antecedentes familiares de consumo de alcohol y drogas y 3) características de la estructura familiar.

V.1.1 Características sociodemográficas de los padres participantes

En el cuadro 8, se puede observar, que el 78% de los progenitores entrevistados fueron madres, es decir, quienes acompañaban al adolescente a tratamiento. Este hallazgo podría ser explicado por el rol cultural atribuido a la mujer, pues en él recaen la atención y los cuidados, mientras que el padre es el proveedor. Como veremos en los Modelos, esta división cultural de roles y tareas deja huellas importantes en el pensamiento social de la adicción.

Por otro lado, se encontró que más de la mitad de los participantes, tenía apenas una escolaridad que alcanzaba la primaria, y una tercera parte, la secundaria. Lo que reduce a menos del 5%, la población que tenía una profesión. Más que pensar que el problema de la adicción puede presentarse con mayor frecuencia en padres de baja escolaridad, o que tener una baja escolaridad puede representar un factor de riesgo, se podría sugerir, que estas características se explican en función del escenario donde se realizó el estudio. Como ya se explicó en el capítulo anterior, Centros de Integración Juvenil, es una asociación civil de tipo no lucrativa, que ofrece sus servicios mediante cuotas de recuperación, lo que lo coloca como un servicio de salud accesible para la población más desprotegida, y como lo señala la literatura sobre el uso de centros de tratamiento, suelen acudir personas de nivel medio y bajo con poca escolaridad (CECAJ, 2001; Ortiz et al, 1993).

Llamó la atención el número de parejas con las que algunos padres se habían vinculado. Un 60% se limitó a una relación de tipo monogámico, mientras que el 35% reportó haber convivido con 2 ó 3 parejas, y de éstas, algunos casos de manera simultánea, y otros más, después de una separación conyugal. El 5% restante aceptó haber convivido con más de 4 parejas. Es importante señalar que este comportamiento se presentó tanto en hombres como en mujeres, aunque con un mayor índice en hombres.

Dorotea, mamá de Cayetano: "Yo ya sospechaba que mi esposo andaba con otra ... qué casualidad que llegaba tarde, los fines de semana se arreglaba y se salía, dizque a trabajar ... hasta que un día lo seguí y ví donde se metía ... ahí lo esperé como tres horas en la calle, pero dije, tiene que salir y aquí lo voy a agarrar, porque siempre me decía que no tenía pruebas, que eran mis nervios ... cuando salió y me vio se puso verde, le dije ¿no qué no?, ¿qué más prueba quieres? ... no más me dijo, vete para la casa, al rato voy ... y le dije no, te vas conmigo o voy y te hago un escándalo ... ya mis hijos me habían dicho que lo habían visto y que tenía hijos con otra la relación se puso fea, yo pensé que me iba a dejar, pero es un cobarde, no se quiso ir, yo le dije vete, ándale, vete con ella, a ver si lava tu ropa hedionda y te aguanta cuando llegas borracho".

Hermenegilda, mamá de Paulino: “... Él todo el tiempo ha venido tomando y andando con mujeres, dicen que tiene hijos con varias. En lo personal no siento que se preocupe por nosotros, nada más nos da dinero, pero el dinero no es todo lo que necesitamos de él, sino más atención. Yo como le digo, a mi no me interesa que me dejes nomás el montón de dinero si no estás tu presente, muchas veces yo comía sola con los niños, dormía con ellos, siempre yo sola”.

Petra, mamá de Silvestre: “Siempre me andan vigilando ... nomás viendo a qué hora me salgo y a qué hora regreso luego me preguntan que a dónde fui y con quién andaba ... luego cuando llega su padre le dan la queja. [Petra tiene 37 años, luce atractiva, viste ropa entallada con escotes. Su esposo tiene 53 años. En la entrevista deja entredicho que le gusta salir con diferentes personas de sexo masculino].

En cuanto a la ocupación de los entrevistados, casi el 40% eran empleados de pequeños negocios y de instituciones públicas. Aquellos que eran comerciantes o que tenían algún negocio pequeño representó el 13%. El mismo porcentaje lo ocuparon las personas que desempeñaban algún oficio como costurera. Por último, el 30% de la población correspondía a mujeres que se dedicaban al hogar (cuadro 8).

Con relación a la migración de la familia, en la literatura se plantea esta variable como un factor importante en las familias

de usuarios de drogas, sin embargo, sólo se encontró en el 14% de las familias de origen del adolescente. Las figuras masculinas como el padre o los hermanos fueron los que emigraron. En las familias de los abuelos, el porcentaje alcanzó el 30%, de igual forma, los miembros que emigraron fueron el abuelo y tíos.

En cuanto al estado de salud, se reportó que el 21% tenía antecedentes de muerte por cirrosis en uno o más de los miembros de la familia extensa. Por otra parte, la depresión mayor, se presentó más en los abuelos cuyo porcentaje ascendió a 16% mientras que en familia nuclear sólo representó el 5%.

En los antecedentes de problemas legales en la familia de origen, se encontró que el 14% había tenido al menos un miembro preso, mientras que con abuelos se duplicó el porcentaje (30%). Los motivos referidos fueron el tráfico de drogas, los aspectos relacionados con violencia como pleitos, y finalmente, por accidentes automovilísticos (Cuadro 8).

Domitila, mamá de Claudio: “ Está preso desde hace siete años [se refiere al esposo] ... era chofer de unos narcos, ahorita vivimos con la familia de él, a mi suegro lo mataron porque él sembraba, otro de mis cuñados también está en la cárcel. No tenía mucho en eso, apenas era su tercer viaje, le pagaban bien y quería construir la casa, pero pronto lo agarraron”.

Las mayores referencias de migración, problemas con la justicia y de salud se encontraron en la familia extensa. Lo que nos podría remitir a la hipótesis de que los padres provienen de una familia poco estable, y posiblemente, multiproblemática.

En padres de adolescentes escolares –no consumidores– se han encontrado características diferentes. En cuanto a la escolaridad, se ha observado una menor concentración en los niveles educativos bajos y una mayor distribución en los diferentes grados. En lo que se refiere al número de parejas con las que han convivido, el 89% había sido monogámica y sólo el 11% con dos o tres parejas, a diferencia de la población consumidora (35%). En ocupación, también encontramos diferencias interesantes; un mayor número de empleados (70%), menor porcentaje de comerciantes (19%) y menor porcentaje de amas de casa (2%). El comportamiento en migración fue similar. En problemas con la justicia, sólo se reportó en el 2% de los padres de escolares y el 12% en la familia de los abuelos.

En lo que se refiere al estado civil de los padres, también se encuentran datos interesantes; el 65% de los padres de los usuarios estaban casados, mientras que en los padres de escolares fue del 93%. Por último, en lo que se refiere a salud, la depresión y muertes por cirrosis y violencia, se reportaron exclusivamente en la familia de los usuarios (21%),

comparado con el 5% y el 4%, respectivamente en población no usuaria (Nuño, 2003).

Podemos pensar, que el comportamiento de las variables sociodemográficas como la escolaridad y la ocupación, pueden explicarse en función del tipo de población que acude a los Centros de Integración Juvenil, pues se trata de servicios de salud de bajo costo, y en general, nuestros informantes procedían de colonias marginales. Sin embargo, otras características están vinculadas con los elementos estabilizadores de la familia, como el número de parejas con las que habían convivido y el estado civil. La tercera parte de los padres de usuarios reportó que había tenido de dos a tres parejas, incluso algunos de manera simultánea, con las que habría procreado hijos fuera de matrimonio. Durante las entrevistas, se narraron historias que involucraban conflictos propios de los triángulos amorosos, algunos terminaban en la separación de los cónyuges, pero otros más, con “una segunda oportunidad”. En los padres de escolares, en menos de la octava parte se observó este comportamiento con características similares. En cuanto al estado civil, en los padres de usuarios, la tercera parte estaba separada o divorciada, mientras que en los padres de escolares, la cifra no alcanzó el 10%.

El tipo de vínculo que existe en las parejas repercute en el ambiente familiar, pues la escisión o la problemática conyugal llega a signar condiciones de riesgo para todo el grupo

familiar. El estrés que trae consigo una separación conyugal afecta no sólo a la pareja, sino a todo el conjunto, pues además de la relación conflictiva con que suelen terminar las relaciones, existen sentimientos de culpa tanto en los hijos como en el padre que queda al frente, sentimientos de soledad, desesperanza y fracaso entre otras. Las condiciones económicas a las que se ve expuesta el grupo familiar decaen considerablemente. La madre tiene que salir a trabajar en empleos no especializados, mal remunerados y se ve en la necesidad de dejar a los hijos al cuidado de los mayores. Estas condiciones pueden favorecer una mayor vulnerabilidad del sistema familiar para brotes autodestructivos.

El comportamiento de estas variables en su conjunto, vistas desde un ángulo psicoterapéutico, sugieren la existencia de un ambiente familiar poco estable, que su vez, se comporta como una fuente permanente generadora de estrés que se encierra en un círculo vicioso, que es difícil romper y fácil mantener, veamos la interrelación de las características sociodemográficas: los escasos ingresos a consecuencia del desempeño de un oficio mal remunerado, las condiciones propias del país, el número de miembros en la familia, las colonias marginales donde viven, generalmente caracterizadas por la escasa existencia de condiciones que proporcionan bienestar y la falta de seguridad social posibilita que se genera un ambiente familiar poco estable en su interior, como veremos más ampliamente en el punto tres de este apartado.

**Cuadro 8 Características sociodemográficas de las familias
n studio**

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA n=57	
	f	%
Entrevistado		
Madre	44	77.2
Padre	6	10.5
Ambos	6	10.5
Nivel educativo de los padres		
0-6 años escolaridad	31	54
7-9 años escolaridad	19	33
10-12 años escolaridad	4	7
13-17 años escolaridad	3	5
17 en adelante escolaridad	0	0
Edad promedio de padres	42 años	
Estado civil		
Casados	37	65
Separados o divorciados	22	32
Número de hijos		
Promedio 3.7	28	49
1-3		
4-5	21	37
6-9	8	14
Número de parejas		
1	34	60
2-3	20	35
4-6	3	5
Ocupación de los padres		
Empleado	28	39
Pequeño negocio o comerciante	7	13
Oficio	7	13
Hogar	18	35
Migración		
Familia de origen	8	14
Familia extensa	20	35
Problemas con la justicia		
Familia de origen	8	14
Familia extensa	17	30
Depresión mayor		
Familia de origen	3	5
Familia extensa	9	16
Muerte por cirrosis		
Familia de origen	0	0
Familia extensa	12	21
Muerte violenta		
Familia de origen	0	0
Familia extensa	8	14
Suicidios		
Familia de origen	1	2
Familia extensa	3	5

V.1.2 Antecedentes familiares del consumo de alcohol y drogas

En lo que se refiere al consumo de alcohol, los padres clasificaron el consumo en dos tipos: el “bebedor social”, que fue definido como aquel consumo en fiestas y reuniones sociales sin embriaguez, y el alcoholismo, como un consumo con episodios de embriaguez consuetudinaria –de entre cada semana a una vez por mes – con la presencia de quejas o problemas familiares, ausentismo laboral y juramentos o promesas para dejar de tomar.

En la familia extensa paterna, se encontró que el consumo clasificado como “*alcoholismo*” alcanzó el 67%, representado generalmente por las figuras masculinas como son el abuelo, el padre y los tíos varones. Se reportó que el consumo fue más moderado en las mujeres, aunque también se identificaron algunos casos de alcoholismo. El consumo de drogas ilegales estuvo presente en el 33% de estas familias con consumo de marihuana, cocaína e inhalables y casi exclusivamente en figuras masculinas como tíos, papás o primos (Cuadro 9).

En la familia extensa materna, los porcentajes se comportaron de la misma forma, pues el alcoholismo se registró en un 70%, también en figuras masculinas. En cuanto al consumo de drogas ilegales, el comportamiento fue similar, el 39%

aceptó que al menos un miembro de la familia, era consumidor y el consumo se reportó casi exclusivamente en los hombres.

En ambas líneas, se encontraron casos de hasta quince miembros con consumo problemático de alcohol, y hasta ocho miembros, con consumo de drogas ilegales.

En la familia de origen del adolescente, el 12% reconoció que los papás consumían alcohol en reuniones sociales y el 54% manifestó que tenía problemas en su forma de beber y los consideraba alcohólicos por su consumo excesivo y sin control. Así mismo, aceptaron que esto a su vez, causaba conflictos al interior de su familia, principalmente con la cónyuge. Se registró que el 21% de los padres consumía drogas ilegales de manera frecuente, como marihuana, cocaína y solventes. Por último, el 11% refirió que su esposo era alcohólico rehabilitado. En el caso de la madre, sólo el 2% reportó consumir alcohol en exceso, mientras que el 5% había consumido drogas ilegales como solventes, marihuana y cocaína. Este comportamiento diferencial en el consumo entre hombres y mujeres nos remite a la explicaciones de orden cultural; el consumo en las mujeres suele ser más rechazado y estigmatizado (Galvan et al, 1994).

Adelaida, hija de Anastasia: "Pues mira, yo lo veía mal y luego lo veía que tomaba, y se ponía bien contento... a reír, ya después le daban ataques de

nervios y empezaba a querer madrear a la gentepero, pero me influyó bastante empecé a ver que con el alcohol la vida se hacía más amena frente a los problemas... me influyó mucho verlo... verlo siempre porque siempre lo veía tomando siempre, siempre era verlo tomando y a mí me influyo mucho”.

Amanda, mamá de Calixto: “Él siempre estaba drogado [se refiere al esposo] llegaba en las tardes y a estas horas era la necesidad mayor de él, a estas horas [18:00 hs], llegaba se metía al baño, se encerraba bien en el baño, yo nunca lo vi afuera, se metía al baño, se encerraba en su recámara y ya ... ahí fumaba, ahí todo y ya que empecé a ver otras cosas, le decía, no, no, espérate porque yo duré separada de él cinco años, a la edad de cinco años de mi niño el pequeño nos venimos a vivir otra vez con él y yo le decía que ya no, que para tragar humo, en el rancho debajo de un fogón, yo le decía si a mí ya me dañaste a mi persona, ya no voy a permitir que sigas dañando a los niños y siempre le quitaba los cigarros a escondidas ... yo detesto el olor a cigarro, yo fumo, pero detesto el olor al cigarro, o sea, yo fumo, pero que cargue cigarros en mi bolsa o en mi casa, no, no soporto el olor, todavía en el aire todavía, como ahorita fumarme un cigarro para poder platicar a gusto, no, no me agrada yo siento que eso repercutió mucho en Calixto porque me comparo en su dolor de él, has de cuenta que llegaba a casa y me decía, ah mami, mi papi otra vez!, ¿otra vez, otra vez

qué? ... ah mira cómo está ... voy a la recámara y lo veo que bajaba y entraba, yo creo que es lo que yo sentía antes, ya no sabía como lo prefería si todo torombolo o bien, porque después de la cruda moral, al día siguiente andaba así como ogro, como un ogro, ya empecé a hacerme bien grosera, con un vocabulario bien feo y ya le empecé a decir, un día de estos te voy a traer un costal de esa porquería para que te hartes y te llenes y a ver si ya te muertes y de una vez se acaba el problema, así le decía yo ya enojada”

Al comparar estos datos con padres de adolescentes escolares, se encuentran diferencias importantes. Para la familia de los usuarios, el consumo de alcohol fue más *húmedo*, mientras que en los padres de escolares es más bien *seco*. Dicho en otras palabras, en los padres de los usuarios, una menor proporción consume alcohol de manera moderada (12%), pero una mayor proporción consume en exceso (54%). Mientras que los padres de escolares, el comportamiento es invertido; una proporción mayor consume de manera moderada (35%) y un porcentaje menor consume en exceso (7%) (Nuño, 2003).

La incidencia de consumo de drogas en los padres de los escolares alcanzó apenas el 2%, mientras que en los padres de usuarios el 21%.

Por último, en los adolescentes escolares no se presentaron casos de consumo de drogas ilegales de forma recurrente, aunque aceptaron que ya “se les habían ofrecido”, o “habían tenido oportunidad de acceder a ellas”. Únicamente el 11% aceptó haber “probado” la marihuana alguna vez en la vida. El 19% reportó consumir alcohol de forma moderada, en fiestas o reuniones sociales, mientras que el 2% consideró tener problemas con su forma de beber (Nuño, 2003).

Cuadro 9 Consumo de alcohol y drogas en las generaciones de la población en estudio

CONSUMO SEGÚN FAMILIA	FRECUENCIA n=57	
	f	%
Familia extensa línea paterna		
Consumo de alcohol en reuniones	2	4
Consumo de alcohol problemático	38	67
Consumo de drogas ilegales	19	33
Familia extensa línea materna		
Consumo de alcohol en reuniones	4	7
Consumo de alcohol problemático	40	70
Consumo de drogas ilegales	22	39
Padres		
Consumo de alcohol en reuniones	7	12
Consumo de alcohol problemático	31	54
Consumo de drogas ilegales	12	21
Adicto rehabilitado	0	0
Alcohólico rehabilitado	6	11
Madres		
Consumo de alcohol en reuniones	0	0
Consumo de alcohol problemático	1	2
Consumo de drogas ilegales	3	5
Adolescentes		
Consumo de alcohol en reuniones	30	53
Consumo de alcohol problemático	16	28
Consumo de drogas ilegales	57	100

Por último, hay que considerar que los dos padres del adolescente usuario, provienen de familias con consumo problemático de alcohol, y en algunos casos, de drogas, lo que significa que ya habían aprendido a sobrevivir con el problema. Las reglas y normas familiares se flexibilizaron de tal forma que se toleraba el consumo de drogas, sobre todo las legales, que han estado presentes prácticamente a lo largo de todos sus ciclos evolutivos, por lo que, ya había pasado a representar una conducta socialmente permitida.

V.1.3 Características de la estructura familiar

En cuanto a la interacción familiar se encontraron hallazgos interesantes que se comentaran en cuanto a; la relación de los esposos entre sí; las características del ejercicio parental; los límites y la existencia de triángulos y alianzas.

Los triángulos son definidos como una unión emocional de dos personas –de diferente generación– en contra de un tercero. La existencia de triángulos en una familia, es considerada como una disfunción familiar. Las alianzas, por su parte, se definen como la unión emocional de dos personas de la misma generación para ir en contra de un tercero. Aún cuando a priori, también pueden ser conceptualizadas como una disfunción, los triángulos suelen considerarse como más perversos, y las alianzas, dependiendo de la función que cumplan, suelen ser más sanas (Simon et al, 1984). En esta

población, se encontró que el 27% presentaba triángulos, protagonizados generalmente por una abuela y la madre en contra del adolescente consumidor.

Una alianza que se constituyó posterior al descubrimiento del consumo, fue la de los padres (como se referirán a ambos) contra el adolescente usuario. Llamó la atención este movimiento estructural que hizo la familia ante el consumo del hijo(a), ya que el papá había estado jugando un rol periférico y la madre un rol sobreprotector. Ante la presencia de un síntoma –el consumo de drogas ilegales de un hijo–, la pareja se conecta emocionalmente, como si el padre quisiera imponer su autoridad que como jefe de familia le es otorgado culturalmente, pues como la madre, “fracasó” en su labor educativa de “sacar a los hijos adelante”, el padre se vio obligado a asumir un rol de autoridad. Aunque pareciera un movimiento saludable, esta unión emocional fue más bien de tipo conflictivo, pues en el intento de explicarse a sí mismos, el consumo de drogas, se tendió, como todo razonamiento lógico, a buscar culpables. Una parte de la responsabilidad recayó en la madre, pero otra parte en el padre, pues él era consumidor de alcohol, y en algunos casos, de droga. En otras palabras, la adicción unió a los padres, aunque disfuncional y conflictivamente.

En cuanto a la parentalidad, se registró que en el 70% de las familias, existía un ejercicio periférico en la jerarquía por parte de los padres varones, caracterizado por la poca presencia

física y afectiva con los hijos, mientras que el 52% de las madres era sobreprotectoras (cuadro 10).

Como pareja, ejercían una variación inconstante y sin reglas claras en la parentalidad, que oscilaba entre los extremos “rígido asfixiante y flexible relajado”, mientras un padre apretaba, otro consentía y no había acuerdos entre la pareja en cuanto a la dirección que deberían llevar los hijos. En los límites padres-hijos, se encontraron características propias de los límites difusos en el 32% de la familias

En las pautas vinculares, el 23% de los padres y el 19% de la madres señaló que tenía una relación cercana afectivamente entre el adolescente consumidor. Por el contrario, al explorar relaciones conflictivas, el 33% aceptó tener una “*mala relación*”. A excepción de que las adolescentes mujeres reconocieron como principal área de conflicto la relación con sus padres, no hubo otras percepciones sustancialmente diferentes en comparación con la información obtenida con los padres entrevistados (cuadro 10).

Las relaciones conflictivas entre la pareja estuvieron presentes en el 54% de las familias de origen, mientras que sólo se reportaron en el 28% de las extendidas. Creemos, que una posible explicación podría estar vinculada con el ciclo vital por el que atraviesan. La adolescencia es una etapa difícil no sólo para el individuo sino para todo el grupo familiar, y si a esto, le agregamos la conflictiva propia del un consumo de

drogas, pues necesariamente se refleja en la relación de pareja y más específicamente, en los acuerdos para definir una dirección que guíe y oriente a todo el grupo familiar. Sin embargo, algunos reconocieron que la relación de pareja “nunca había estado bien”.

Amanda, mamá de Calixto: “Yo quiero que manden citar a mi pareja, porque yo ocupo el apoyo de él, moralmente, por ejemplo, el lunes que venimos aquí un día antes por la tarde yo le dije que me tenía que apoyar con Calixto para que estudie, para que termine su secundaria, le faltan unos meses para terminarla y él nunca me apoya, pero claro que está enfermo también, no? [consume drogas], él me dice no te preocupes, porque si no termina, se va a ayudarme a mi, pero es por convencerlo a él y eso me llena de rabia y de coraje y de impotencia, pero es que no nada más eres tú, él y yo, no nada más somos los tres, somos un grupito y si estamos tan dañados es por tu causa, siempre avienta la pelotita para todos lados y donde caiga eso es lo que yo pido, que me ayuden a orientarlo como papá, porque como papá, cuando mis hijos eran pequeños no me interesaba si el papá iba a ser buen padre o no, porque mis problemas no eran como son ahorita, pero conforme va el tiempo, el relajo, la juventud, ahora si que necesita tener un buen padre, para un hijo así, con todos sus defectos que tiene, porque dentro de sus cualidades tiene buenas cualidades ¿eh?”

Si bien es cierto, Amanda reconoce que necesita de su pareja, pues de alguna manera piensa que sola no puede hacer casi nada por su hijo. En su esquema cognitivo, necesita que el marido cambie para hacer algo, o sea, que su posición es un tanto pasiva, pues en tanto, el marido no cambié, ella siente que no puede hacer nada.

Abigail, mamá de Ruperto: "A él le da tristeza [se refiere al esposo], dice: ay, pero en qué momento, en qué momento fue cayendo?, pero en qué momento!, quiere saber todavía!, pues yo le digo, yo pienso, verdad, que todo esto... hace uno un recuento de su vida y en realidad no, no hay buen clima en la casa... porque, por el problema de mi marido del alcoholismo, yo siempre he estado en el papel de hombre-mujer. Él se iba por temporadas, se le antojaba y a nosotros nos dejaba a la buena de Dios, ahí a ver como le haces. Lo bueno es que, mi familia siempre nos ha tendido la mano y como le digo a él, tú nunca, nunca tuviste la satisfacción de ver a tus hijos chiquitos, yo los he visto crecer... le digo, y pos a uno también a lo mejor, tal vez yo pienso que en la rutina del trabajo, del hogar, el ver de qué manera les da uno, les hace uno para darles de comer, que los estudios y todas esas cosas. Es cuando uno los pierde uno de vista. Él se queja de que es un cero a la izquierda, pero qué ha hecho para no ser un cero a la izquierda? ... que me diga qué ha hecho?"

En términos teóricos, en gran medida, el ambiente familiar está marcado por el posible grado de armonía que logre la pareja. Los hijos no son ajenos a este ambiente, y en este caso, los adolescentes reconocieron en las entrevistas, que la relación entre sus padres no era la deseable.

Adelaida hija de Anastasia: "Había muchos conflictos, no aceptaba los golpes que le daba a mi mamá [se refiere al papá], los abandonos ... nos dejaba y luego volvía, volvía y nos chingaba, nos ponía una unas putizas, que nos dejaba sangrando luego verlo con sus delirios tremen ... yo tenía 8 años y ya tomaba, a los 15 ya era bien adicta".

En cuanto a la violencia familiar, se encontró presente en el 11%, tanto en la familia nuclear como en la de los abuelos. Sin embargo, la población refiere a la violencia como el maltrato físico ejercido, ya que el maltrato psicológico no fue percibido como un tipo de violencia, y por lo tanto, pasa más bien desapercibido (cuadro 10).

Por último, se encontró que el 23% de las familias tuvieron características de familias *desligadas*, es decir, que la perciben con poca cohesión, poca integración y ausencia de apoyo entre sus miembros, en donde *"cada uno se jala por su lado"*.

Cayetano, hijo de Dorotea: “Yo creo que por la falta de atención de mis padres [se refiere al ingreso a las drogas], no por coraje, ni por desquitarme de ellos, simplemente tenía muchas libertades, o sea, yo llegaba a la hora que quería, si quería iba a la escuela, sino no, si no trabajaba no había problema, no me exigían pues. Yo digo que a mi papá nunca le importaron mis amistades, no me preguntaba ¿con quién te juntas?, ¿a dónde fuiste?. No lo hice por coraje simplemente caí, tuve todas las facilidades vamos. A veces pienso que de algo me sirvió, como que maduré a golpes ... he madurado mucho, mucho, yo tengo una frase muy buena, uno pide muchas cosas para disfrutar la vida y ahorita creo que tengo más vida para poder disfrutar esas cosas”.

¿Habrán diferencias en el tipo de estructura familiar con adolescentes no usuarios?. Un estudio realizado con padres de adolescentes escolares (Nuño 2003) que buscó caracterizar la estructura familiar, encontró algunas diferencias interesantes.

En cuanto a la parentalidad, los límites difusos estuvieron presentes sólo en el 4%, mientras que en los usuarios en el 32%. Las relaciones de los padres con el escolar eran proporcionalmente más cercanas; 39% con los padres y 53% con las madres, en tanto que los usuarios fue del 23% y 19% respectivamente. Sin embargo, se desconoce si el consumo

fue facilitado por la relación distante con los padres o si la relación era distante por el consumo.

La última diferencia importante fue el rol periférico del papá que parecía más acentuado en los usuarios que alcanzó el 70%, mientras que en los escolares fue del 12%.

En la medida en que un padre suele ser más periférico, deja de cumplir funciones afectivas que suelen ser cubiertas de manera compensatoria por el otro padre, aunque a veces suelen ser también defectuosas como la sobreprotección. Sin embargo, este movimiento, genera estabilidad en el sistema familiar para reducir los niveles de estrés y hostilidad.

Cuadro 10 Características de la estructura de las familias de adolescentes consumidores

CARACTERÍSTICA	FRECUENCIA n=57	
	f	%
Violencia intrafamiliar		
Violencia en familias extendidas	6	11
Violencia en familias de origen	6	11
Ejercicio parental		
Límites difusos o ausencia de límites	18	32
Ausencia de jerarquía	16	28
Pautas vinculares		
Relación cercana adolescente-padre	13	23
Relación cercana adolescente-madre	11	19
Relación conflictiva del adolescente con sus padres	19	33
Relación conyugal conflictiva entre los abuelos	16	28
Relación conyugal conflictiva entre los padres	31	54
Disfunciones estructurales		
Padre periférico	40	70
Madre sobreprotectora	30	53
Carencia de nutrición emocional	7	12
Hijos parentalizados	4	7
Triángulos	15	27
Crisis por emancipación	3	5
Funcionamiento familiar		
Familia multiproblemática	5	9
Familia desligada	13	23
Familia aglutinada	3	5

El comportamiento de estos tres ejes (características sociodemográficas, antecedentes del consumo de alcohol y drogas y características de la estructura) en las familias de

usuarios, comparada con los escolares, fue diferente. En los usuarios, la tendencia fue más desfavorable, y con menos recursos en todos los sentidos, para “salir adelante”; menor escolaridad, un consumo más húmedo, problemáticas más severas que afectaban los elementos centrales del funcionamiento familiar, como la jerarquía y su distribución, así como las pautas vinculares de los adolescentes con sus padres.

La interacción de estos elementos aunado a la concepción cultural de la familia, en la que el consumo del alcohol, era visualizado como un *comportamiento normal*, al menos en las figuras masculinas, por su propia experiencia subjetiva, favorecen el mantenimiento, de lo que McGoldrick & Gerson (1985) han llamado la pauta [adictiva] que va conectando a una generación con otra. En el capítulo seis que corresponde a discusión, se explica con mayor detalle cómo se va manteniendo esta pauta a través de las generaciones.

V.2 Características de los adolescentes, patrón de consumo y problemas asociados

Esta sección se presenta tres partes: V.2.1 las características sociodemográficas de los adolescentes que participaron en el estudio, V.2.2 el patrón de consumo y V.2.3 los problemas asociados a su consumo.

V.2.1 Características sociodemográficas de los adolescentes

La población en estudio fueron 57 adolescentes; 54% hombres y 46% mujeres. Su edad osciló entre los 13 y los 19 años de edad. La media se ubicó en 16.3 años. Por grupo de edad, los de 16 a 19 representaron el 70%, mientras que el de 13 a 15 el 30%. La edad promedio de inicio de consumo de drogas fue de 12 años y como se mostrará en la sección tres y cuatro de este capítulo, buscan la rehabilitación después de permanecer consumiendo de uno y hasta seis años. Por lo tanto, ahí podría estar la explicación del por qué el grupo de 16 a 19 años dobló en porcentaje al menor (cuadro 11).

En cuanto a escolaridad, poco más de la mitad (65%) de hombres y mujeres se ubicaron entre los siete y nueve años de instrucción escolar, es decir, el equivalente a secundaria, y el resto, quedó distribuido entre el equivalente a primaria y preparatoria. Sólo se encontró un caso de un universitario. La media se ubicó en 8.7 años de escolaridad.

Sobre este hallazgo se puede comentar que, como parte inherente del proceso adictivo, se suele abandonar los estudios, pues como se reportará en el apartado de problemas asociados al consumo, la escuela *les parece difícil*,

o son expulsados por encontrarlos consumiendo dentro del plantel.

Fortunato, hijo de Salomé: Yo empecé con mi compita de la escuela ... un día me dijo, qué onda, vamos a probar el tiner ¿no? y así estuvimos hasta que un día el prefecto nos agarró atrás del taller y pues nos corrieron”.

En cuanto a la ocupación que tenían al momento de la entrevista, la mitad de las mujeres reportó que se encontraban estudiando, la cuarta parte trabajaba, y el otro porcentaje dijo estar desocupada o dedicarse al hogar. En cambio, el 52% de los hombres, dijo estar trabajando, el 35% estudiando y sólo el 13% estaba desocupado (Cuadro 11).

Esta marcada diferencia puede ser explicada en función del *sistema de género*, que como señala Flores (2001:4), “... la diferencia biológica no representa el origen de las funciones cognitivas específicas de cada sexo [...] son las regulaciones sociales [las] que establecen la diferencia entre los sexos y orientan desigualdades en la conducta de los sujetos”.

Desde esta postura, ser mujer o ser hombre, marca una diferencia cultural que puede explicar el por qué más mujeres *están en la casa* y más hombres *en el trabajo*. La competencia social y las destrezas que la mujer debe desarrollar están en el hogar, en cambio, el hombre debe proyectarse como futuro proveedor.

Un estudio reportó que los adolescentes, a esta edad, ya habían asimilado esta cultura diferencial de género (Nuño, 1999a), por lo que los usuarios de drogas, no tenían por qué ser diferentes si son parte de una misma la cultura, aunque como grupo consumidor, puedan tener elementos distintivos que los diferencia de otras subculturas.

Cuadro 11 Características sociodemográficas de los adolescentes en estudio

Característica	Hombres N=31		Mujeres n=26		Total n=57	
	f	%	f	%	f	%
Edad						
13	1	3	4	15	5	9
14	3	10	2	8	5	9
15	4	13	3	12	7	13
16	8	26	3	12	11	20
17	7	23	6	23	13	23
18	4	13	3	12	7	13
19	4	13	5	19	9	14
Media 16.3						
Escolaridad						
5 años	0	0	1	4	1	2
6	6	19	0	0	6	11
7	2	6	3	12	5	9
8	8	26	7	27	15	26
9	7	23	10	38	17	30
10	3	10	1	4	4	7
11	3	10	2	8	5	9
12	1	3	1	4	2	4
14	1	3	0	0	1	2
15	0	0	1	4	1	2
Media 8.7						
Ocupación						
Estudia	11	35	13	50	24	42
Trabaja	16	52	6	23	22	39
Desocupado	4	13	7	27	11	19

V.2.2 Patrón de consumo de los adolescentes

La Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (SS, 1999) encontró que la mayor proporción de usuarios (5.6%) en Guadalajara consumía sólo una droga, comparada con los poliusuarios (1.9%).

Sin embargo, los datos epidemiológicos que generan CIJ de la población que atiende, muestran una tendencia hacia la disminución de monousuarios y el incremento de poliusuarios (cuadro 12), que se reflejó en los datos que se obtuvieron en este estudio (CIJ, 2003).

Es probable que la población que usa los servicios que ofrece CIJ sean precisamente las personas con un consumo más problematizado.

Cuadro 12 Tipo de población atendida en los Centros de Integración Juvenil de Guadalajara 1997 – 1999

Tipo de población	1997		1998		1999	
	f	%	f	%	f	%
Monousuarios	2,685	22.8	3,351	20.4	2,888	16.8
Poliusuarios	9,615	78.2	12,112	79.6	14,267	83.2

Fuente: CIJ Epidemiología de pacientes farmacodependientes atendidos 1997-1999.

En el cuadro 13, se presenta el tipo de drogas que los participantes consumían según *alguna vez en la vida, el último año y el último mes*. Las drogas con mayor uso *alguna vez en la vida*, fueron las de tipo legal: el alcohol 91% y el tabaco 88%, seguidas de la cocaína con 74%, la marihuana con 70%. Con porcentajes menores se ubicaron los inhalables con 30%, los tranquilizantes con 16%, los alucinógenos 16%, los sedantes 14% y las anfetaminas 12%, y por último, con porcentajes muy bajos estuvieron la heroína (3%) y los opiáceos (2%).

Desde otro punto de vista, las drogas de uso médico (tranquilizantes, sedantes y anfetaminas) representaron el 42% del consumo.

En el consumo *alguna vez en la vida*, se reportó en promedio, el uso de 4.1 drogas.

El consumo de drogas en el *último* año fueron, alcohol 93%, cocaína 67%, tabaco 63%, marihuana 49%, drogas médicas 31%, inhalables 30%, alucinógenos 9%, heroína y opiáceos 2%. En promedio se usaron 3.6 drogas.

En el consumo durante el *último mes*, el alcohol se mantuvo con 93%, tabaco 63%, cocaína 30%, marihuana 25%, inhalables 14% y drogas médicas 9%. La abstinencia fue en anfetaminas, heroína y opiáceos. En promedio se usaron 2.5 drogas.

Si comparamos el tipo de consumo de la población en estudio con los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (SS, 1999), los datos se elevan considerablemente para el grupo en estudio. Según la ENA, las drogas ilegales de mayor uso en el *último año* para Guadalajara fueron, los tranquilizantes (1.4%), la marihuana (1.2%) y la cocaína (.8%), mientras que para el grupo en estudio fueron, cocaína (67%) marihuana (49%) y tranquilizantes (14%). Sin embargo, se debe tomar en cuenta que estos los datos de este estudio, corresponden únicamente a población usuaria y no a población general como en las Encuestas Nacionales.

En cuanto al consumo de alcohol, la ENA (SS, 1999) reportó que la mayor proporción de bebedores consuetudinarios (11%) se encontraba en el grupo de los 18 a 29 años de edad, y la mayor proporción de edad, para el inicio del consumo fue en el grupo de 12 a 15 años de edad (34.5%). En el grupo en estudio, el consumo de alcohol alcanzó la mayor proporción de todas las drogas en *alguna vez en la vida* (91%), *último año* (93%) y *último mes* o consumo actual (93%) y sin diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, es decir, hombres y mujeres consume con el mismo patrón. Estos datos coinciden con lo reportado (Ortiz et al, 1993).

La tendencia del consumo, en el grupo en estudio, comparado porcentualmente, entre *alguna vez en la vida* y *el último año* fue hacia la reducción en todas las drogas, incluyendo el

tabaco, con excepción de los inhalables y el alcohol. Al comparar el *último año* con el *último mes*, la tendencia fue también hacia la reducción en todas las drogas, excepto tabaco y alcohol en los que se mantuvieron los mismos porcentajes.

Por último, al comparar el consumo, en el grupo en estudio, *alguna vez en la vida* con el *último mes*, la tendencia también fue hacia la reducción en todas las drogas a excepción del consumo de tabaco que mostró un incremento porcentual de 25 puntos y de dos puntos más en el consumo de alcohol.

Esta tendencia hacia la reducción en todas las drogas ilegales, puede ser explicada en función del tratamiento que recibía la población al momento de la entrevista. Pero, el incremento de *alguna vez en la vida* hacia el *último año*, y el mantenimiento del *último año* hacia el *último mes* en las drogas legales, puede explicarse como resultado de la ansiedad que ocasiona la reducción del consumo de las drogas ilegales (Cuadro 13) y de que existe mayor tolerancia social hacia este tipo de consumo.

Sin embargo, se debe hacer hincapié en que el consumo de alcohol no es de manera ocasional, sino de forma consuetudinaria y con episodios de embriaguez de al menos una en el *último mes*, y a pesar de ello, alcanzó proporciones altas (93%). La bebida de mayor preferencia, al igual que lo reporta la ENA (1998) fue la cerveza (38%).

Cuadro 13 Consumo de drogas en la población estudiada según tipo de consumo

<i>Tipo de droga</i>	<i>Alguna vez</i>		<i>Último año</i>		<i>Último mes</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Tabaco	50	88	46	63	45	63
Tranquilizantes	9	16	8	14	3	5
Sedantes	8	14	7	12	2	4
Anfetaminas	7	12	3	5	0	0
Mariguana	40	70	28	49	14	25
Alucinógenos	9	16	5	9	1	2
Cocaína	42	74	38	67	17	30
Heroína	2	4	1	2	0	0
Opiáceos	2	4	1	2	0	0
Inhalables	17	30	17	30	8	14
Alcohol	52	91	53	93	53	93

Al analizar el consumo *alguna vez en la vida, el último año y el último mes*, según el sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que se traduce en que el patrón de consumo fue igual para hombres y mujeres.

Este hecho es de llamar la atención, pues las tres Encuestas Nacionales (1988, 1993 y 1998) han reportado diferencias importantes entre hombres y mujeres. Sin embargo, hay que tener presente que las ENAS se aplican en población consumidora y no consumidora, y estos datos, dan cuenta exclusivamente de un grupo consumidor con evolución de uno a seis años, y que la mayoría, ya había aceptado tener un consumo problemático que era superior al control de su voluntad. Por otro lado, se trata de una población pequeña en estudio, en la que se encontraron celdas en ceros.

Habría que tomar en cuenta el aspecto cultural, al que se refiere Galvan et al (1994), en donde no hay *nada prohibido* o nada que las mujeres *no puedan hacer*. Durante las entrevistas, ellas señalaron que consumían de manera similar o frecuentemente más que ellos, en parte, para demostrar que sabían consumir y para ganarse el respeto del grupo. En el cuadro 14 podrán observarse algunos puntos porcentuales mayores en las mujeres como es el caso de los tranquilizantes, sedantes, alucinógenos, cocaína, heroína e inhalables, aunque no representan diferencias estadísticamente significativas.

Por último, las droga de inicio en esta población fueron las legales; el tabaco y alcohol, con una edad promedio de 12.8 y 12.9 años. Las drogas ilegales de inicio fueron los inhalables a los 13.8 años, la heroína a los 14, la marihuana, cocaína y tranquilizantes a los 14.4 (Cuadro 15).

Podría pensarse que la droga de inicio es el tabaco, y como lo señala Medina-Mora, Peña-Corona, Cravioto, Villatoro y Kuri (2002b), el uso temprano de tabaco (antes de los 15 años) incrementa la probabilidad de uso y abuso de otras sustancias. La ENA (SS, 1999), encontró que el 60% de los consumidores de sustancias iniciaban el consumo de tabaco entre los 15 y los 19 años de edad. En el caso de las mujeres, los resultados no parecen ser tan concluyentes por el bajo índice de las dos conductas en esta población.

**Cuadro 14 Consumo de drogas en la población
studiada según tipo de consumo y sexo**

Tipo de droga	Alguna vez		Último año		Último mes	
	f	%	f	%	f	%
Tabaco						
<i>Hombres (n=31)</i>	28	90	26	84	26	84
<i>Mujeres (n=26)</i>	22	85	20	77	19	73
Tranquilizantes						
<i>Hombres</i>	3	10	3	10	1	3
<i>Mujeres</i>	6	23	5	19	2	8
Sedantes						
<i>Hombres</i>	4	13	4	13	1	3
<i>Mujeres</i>	4	15	3	12	1	4
Anfetaminas						
<i>Hombres</i>	3	10	1	3	0	0
<i>Mujeres</i>	4	15	2	8	0	0
Mariguana						
<i>Hombres</i>	21	68	15	48	8	26
<i>Mujeres</i>	19	73	13	50	6	23
Alucinógenos						
<i>Hombres</i>	2	6	2	6	0	0
<i>Mujeres</i>	7	27	3	12	1	4
Cocaína						
<i>Hombres</i>	20	65	20	65	6	19
<i>Mujeres</i>	22	85	18	69	11	42
Heroína						
<i>Hombres</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Mujeres</i>	2	8	1	4	0	0
Opiáceos						
<i>Hombres</i>	1	3	1	3	0	0
<i>Mujeres</i>	1	4	0	0	0	0
Inhalabes						
<i>Hombres</i>	6	19	7	23	2	6
<i>Mujeres</i>	11	42	10	38	6	23
Alcohol						
<i>Hombres</i>	29	94	29	94	29	94
<i>Mujeres</i>	23	88	24	92	24	92

Cuadro 15 Consumo de drogas según edad promedio de inicio por primera vez y tiempos de uso en la vida

Tipo de droga	Edad promedio primera vez uso	Tiempo de uso en la vida				
		1 – 2 veces %	3 – 5 veces %	6 – 10 veces %	11 – 49 veces %	50 ó más veces %
Tabaco	12.8	2	0	4	2	81
Tranquilizantes	14.4	4	2	2	4	5
Sedantes	15.0	2	2	2	4	5
Anfetaminas	14.5	5	0	2	2	4
Mariguana	14.4	26	4	7	5	28
Alucinógenos	15.4	7	4	0	4	2
Cocaína	14.4	5	7	14	9	39
Heroína	14.0	2	2	0	0	0
Opiáceos	16.5	4	0	0	0	0
Inhalables	13.8	21	4	4	5	18

V.2.3 Problemas asociados al consumo de los adolescentes

De las siete áreas de funcionamiento evaluadas a través del POSIT (Mariño et al, 1998), en todas se encontraron proporciones de adolescentes con problemas que oscilaron entre el 39% y hasta el 98%. Las áreas más problemáticas fueron cuatro: abuso de sustancias (98%), relaciones con los amigos (98%), relaciones familiares (82%), nivel educativo (70%) y salud mental (59%) (Cuadro 16). De manera adicional, se contaron con datos de las entrevistas profundas, en las que observaron resultados similares que pudieron contextualizar las proporciones.

En *abuso de sustancias*, se reconoció que la droga había llegado a representar un elemento central en su vida, como podemos observarlo en la siguiente narración:

Servando, hijo de Domingo y Leoncia: “Yo la quise dejar porque ya no era una satisfacción para mí, ya no era para sentirme bien ... ya era como una necesidad ... todo el tiempo pensaba en droga ya me sentía cansado de que llegaba a mi casa bien pasado y agredía bien mucho a mi mamá”.

En *relaciones con los amigos*, aceptaron tener amistad con personas que no les agradaban a sus padres, que causaban daños de manera intencional, golpeaban sin razón y robaban.

Emiliano (adolescente que asistía sin progenitor a tratamiento): “Pues tengo que hacer lo que ellos dicen ... que vamos a robar, pues vamóse, nunca hay que decir no ... así es cuando quieres entrar. Yo me acuerdo que decía, yo quiero ser como este cabrón. Yo lo veía cómo robaba y cómo lo respetaban. Entonces cuando yo me empecé a meterme con ellos, fue lo que hice en una bronca le entraba ... tumbamos gente en la calle, les decíamos, órale, caite y a chingar a tu madre! ... echábamos leona con las mismas primas y siempre locos. Vivimos en la pinta cinco años”.

En estas dos áreas, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres o por grupos de edad.

En relaciones familiares (82%), se mostró una problemática más severa en las mujeres (92%) comparada con los hombres (73%) ($p < .005$). Aún cuando Mariño et al (1998) señala que el POSIT sólo es un instrumento de tamizaje, la problemática familiar se constató en las entrevistas cuando reconocieron tener dificultades con sus padres como consecuencia de su consumo de drogas.

Entrevistador: ¿Qué pasaba en tu casa cuando estabas en este ambiente?

Florencia, hija de Eusebia: "No pues puras broncas ... mi jefa se aguitaba, hablaba conmigo, platicaba, pero a mi me valía madre. Yo le decía que era la última vez, pero pura madre ... me corrían, me valía madre!, me la pasaba peleando ... puro pelear, puras broncas, estaba cabrón! pero en ese momento a mi me valía madre lo que me dijera mi mamá nomás no llegaba, era un desmadre ... a mi me gustaba la emoción".

Como se mostró en el apartado de *estructura familiar*, había mayor tolerancia y aceptación en el consumo de los hombres, y un consecuente rechazo, en el consumo de las mujeres, pues no es lo que se espera socialmente de ellas, la preparación para el oficio de madre no armoniza con el consumo de drogas.

Raymunda, mamá de Jovana: "Yo me preguntó por qué me pasó a mí? ... si quiera fuera hombre pero ella de mujer va a sufrir más ... ¿quién se va a querer casar con una

drogadicta? ... yo no fumo, no tomo, bueno mi esposo sí toma, pero él es hombre y ya está grandecito pero ella? [llanto]”.

La cuarta área con proporciones altas fue la *conducta agresiva y la delincuencia* (82%), que también se mostró más acentuada en las mujeres (96%) comparada con los hombres (63%) ($p < .005$). Reconocieron que habían participado en peleas, habían robado, amenazado a alguien con un arma, decían vulgaridades, se percibían a sí mismos con mal genio y testarudos, tenían la sensación de levantar la voz más que los demás, y ya habían pasado alguna noche fuera de su casa sin que sus padres supieran dónde estaban.

Entrevistadora: “¿Tu mamá sabe por todo lo que has pasado?” [cuando dejó el hogar paterno vendió drogas, se prostituyó, la violaron, estuvo en prisión, vio morir a gente cercana a ella y participó en riñas y robos].

Leocadia hija de Sabina: “No ... sí le platico, pero así todo no sabe algunas cosas, pero todo no”.

Sabina, mamá de Leocadia: A lo que platica ella, se la pasaban tomando, echándole coca para bajarse el vino y seguirle ... nunca me ha dicho lo que hacía, pero a lo que platica se me pone la carne de gallina de oír tanta cosa, tan difícil de confrontar, de entender una chamaca a los 16, 17 años pasando por eso”.

En parte, Sabina sospecha que hay cosas de las que Leocadia no ha hablado, pero también Leocadia, sabe que su mamá no *entendería* lo que ella ha pasado.

La diferencia de la *conducta agresiva y la delincuencia*, podría explicarse, en parte porque la agresión, fue una estrategia utilizada como autodefensa ante el rechazo y las agresiones de su propia familia y del resto de la sociedad, pero por otro lado, por la *noción de equidad* de las mujeres. En las entrevistas, se reconoció que no por ser mujer había *cosas prohibidas* para ellas, *y si un hombre las podía hacer, ¿por qué una mujer no?*

Aunque el área de *salud mental* no presentó proporciones tan altas como las anteriores, alcanzó el 59% para la población en general y hubo diferencias significativas, entre hombres (40%) y mujeres (81%). Afirmaron que se sentían cansados, frustrados, nerviosos, con deseos de llorar y temor de estar con gente porque sentían que estaban en contra de ellos, que perdían el control de sí mismos, se asustaban con facilidad, actuaban impulsivamente y tenían dificultades para concentrarse, para dormir y para seguir instrucciones.

De alguna manera, esta diferencia entre hombres y mujeres puede explicarse retomando el comportamiento de todas las áreas, es decir, las mujeres aparecen más conflictuadas por el consumo, posiblemente, por la respuesta de rechazo hacia ellas, tanto de la sociedad como de su familia, por

consiguiente, la reacción emocional se debe reflejar en su salud mental.

El *nivel educativo* representó problema para el 70% de la población y no mostró diferencias significativas entre los grupos, aunque una mayor proporción de mujeres estudiaba (50%) comparada con los hombres (35%). Ambos aceptaron haber tenido problemas en la escuela porque consumían drogas, tenían la sensación de no tener buena ortografía, de no saber leer bien, de perder el hilo del pensamiento, sentían que tenían mala memoria, tenían problemas con trabajos escritos, dificultad en seguir instrucciones, dificultad para organizar actividades y hacer planes; la escuela les parecía difícil, los hacía sentirse estúpidos y sentían que no podían estar mucho tiempo sentados.

En las entrevistas, dejaron claro que las drogas llegaron a invadir prácticamente todas las áreas de su vida, y modificaron sus intereses, aspiraciones y metas escolares. La respuesta habitual de las instituciones escolares, suele ser la expulsión de los alumnos que son sorprendidos consumiendo. Es una forma de *resolver el problema* y evitar que *la epidemia se propague* porque las drogas asustan. A veces, las respuestas suelen ser más positivas al condicionar a los alumnos a un tratamiento. Desde el punto de vista terapéutico, expulsarlos se traduce en el retiro de una red de apoyo importante, además de que ese tiempo suele ser invertido en

actividades de reconocimiento social propias de su grupo de amigos, lo que los coloca en una situación de mayor riesgo.

El área que apareció con menor problemática fue el *interés laboral* que estuvo presente en el 39% de la población y no mostró diferencias entre grupos. En ésta, se exploró si habían trabajado con sueldo y si había durado al menos un mes, si habían estado ausentes o habían llegado tarde con frecuencia y si había dejado algún empleo porque no le interesaban las consecuencias de dejarlo. Como se presentó en *características sociodemográficas*, la mitad de los hombres estaban trabajando, preparándose de alguna manera para su rol de proveedores, mientras que sólo lo hacía la cuarta parte de las mujeres.

Cabe señalar que las áreas que representaban una problemática específica, no actuaban de manera separada en la vida cotidiana de la población consumidora, sino de manera simultánea, y les afectaban durante todo el período en el que estaba presente el consumo.

Cuadro 16 Problemas asociados al consumo de la población estudiada según sexo y edad

AREA DE FUNCIONAMIENTO	PUNTO CORTE	SEXO						EDAD			
		TOTAL n=56		HOMBRES n=31		MUJERES n=26		13-15 n=17		16-19 n=40	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Uso/abuso sustancias	17 RF	55	98	29	97	26	100	15	94	40	100
Salud Mental	5	33	59	12	40*	21	81*	9	56	24	60
Relaciones familiares	3	46	82	22	73*	24	92*	12	75	34	85
Relaciones con amigos	6 RF	55	98	30	100	25	96	15	94	40	100
Nivel educativo	5	39	70	18	60	21	81	12	75	27	68
Interés laboral	3	22	39	12	40	10	38	7	44	15	37
Conducta agresiva/delinuencia	5	44	82	19	63*	25	96*	12	75	32	80

* $p < .005$

RF= Todas son red flags

Por último, como se verá en la parte final de este capítulo, en el modelo de toma de decisiones del adolescente, parte del *reconocimiento de la droga como un problema*, estuvo relacionado con la aceptación de que su consumo había afectado éstas áreas de su vida y que han sido denominadas: *el sí mismo*, en donde reconocen el estado de su salud mental; *los otros*, donde visualizan desde otro ángulo al grupo de pares; *la escuela y el trabajo*, en donde reflexionan sobre las condiciones pasadas comparándolas con las del momento de la entrevista, y por último, *la familia*, en la que reconocen la problemática familiar que vivían.

V.3 El Modelo de toma de decisiones de los padres

En la figura 2 se presenta el diagrama del modelo construido por los padres que se encuentra organizado en tres momentos que se identificaron y que engloban el proceso adictivo y sus tomas de decisiones y que han sido llamados:

- 1) Descubriendo la adicción
- 2) La permanencia en las drogas
- 3) La retirada.

V.3.1 Descubriendo la adicción

El modelo inició cuando los padres descubrieron la adicción del hijo ante un hecho que lo hizo evidente. A pesar de que existían indicios y sospechas por parte de la madre, el consumo no se descubrió ni se aceptó hasta que el adolescente fue expulsado de la escuela por consumir dentro del plantel o porque fue detenido por la policía.

Renata, mamá de Zenón: Nos acabamos enterar llegando aquí [al CIJ] porque lo agarraron con el problema ... me dijeron que lo acababan de detener .. yo pensé que porque andaba de grafitico, porque le encanta andar pintando, entonces, yo me imaginé que otra vez era por lo mismo. Pero cuando llegamos a la policía, me dijeron que habían agarrado a tres muchachos y que no sabían cuál de los tres había

tirado el paquete [de marihuana] ... yo me negaba a creer que mi hijo podía haber hecho eso ... yo nunca había visto nada que me delatara que él hiciera eso ... que sí, le gustaba tener dos, tres plantitas de marihuana yo se la secaba con agua caliente y me preguntaba y yo le decía: sabe hijo, se secó ya le digo, pero ya llegando al Tutelar, le dije hijo por qué haces eso?, él me dijo que ellos le habían echado la culpa, yo quería creerle, pero como que algo me iluminó y ya llegando aquí [al CIJ] porque de allá [del Tutelar] nos mandaron, le dije que le iban a hacer estudios y que, que mejor que aquí me dijeran que él no ... se quedó muy callado y le dije, porque pues tú no le has hecho a las drogas y me dijo, tengo poquito tiempo”.

Domingo, papá de Servando: *“Yo le veía a los ojos cada vez que entraba a la casa y le decía mira nada más cómo andas ... no que ando bien que sabe qué. Mira, andas mal, echándole de eso, no yo no soy decía ... siempre negaba que él era un adicto, hasta que lo agarré con las grapas, lo agarré con eso”.*

Las madres, no querían darse cuenta de su consumo casi evidente, pues se trataba de su hijo y la madre es, ante todo, madre. Los padres (como se referirán a ambos) depositaron en los hijos expectativas que no incluían el consumo de drogas, aún cuando el 70% de las familias participantes reportaron tener consumo problemático de alcohol y el 67%

consumo de drogas en algún familiar cercano. Este conjunto de expectativas, esperanzas y deseos hacia los hijos encarna la representación que ha sido denominada *la oferta de un mundo mejor*. Esta oferta se deposita en los hijos con la esperanza de que ellos vivirán un ambiente y una situación más favorable al que cada padre ha vivido. Aún el albañil más humilde desea que su hijo llegue a ser si no el maestro de obras, sí un albañil mejor que él y que tenga mayores posibilidades en su vida para salir adelante.

Sabina, mamá de Leocadia: La idea que tiene uno de los hijos sobre todo cuando van a crecer, es que van a ser personas productivas, no el hecho de tener un hijo rico, no, puede ser un albañil y ser muy buen albañil, que sea productivo, no necesariamente una persona con título, los títulos no son tan importantes como que sean personas productivas que trabajen, que sean honradas”

Augusta, mamá de Mariano: “Yo esperaba que mi hijo algún día estudiara y tuviera una vida para adelante, no como yo la tuve, porque yo me estancué. Yo no quería que se estancara, yo quería que fuera mejor que yo, para que el día de mañana no sufra como yo he sufrido, sobre todo, en lo económico, para que el día de mañana supiera trabajar y tuviera una forma de vivir mejor”.

La oferta del mundo mejor, no incluía por supuesto el consumo de drogas, aún cuando el abuelo, el padre y los tíos sean usuarios de drogas. Se cree que por haber vivido de cerca el consumo de drogas, se aprendería de los errores de su familia y evitarían “caer en el mismo error”. Sin embargo, el aprendizaje fue opuesto, pues en gran medida, la familia, y en este caso, las figuras masculinas más importantes, modelaron conductas que se introyectaron inconscientemente y definieron posturas y actitudes de tolerancia con respecto al consumo de alcohol y drogas.

Renata, mamá de Zenón: “Yo le he platicado la problemática de su padre, porque es alcohólico, pero nada más alcohólico ... y le decía a él y a su hermano que vieran el ejemplo de su padre, para que no siguieran ellos lo mismo, y quiere decir que andaban por otro lado, por las drogas!”

Sobre la representación la *oferta de un mundo mejor* fue que se construyó este modelo de toma de decisiones. Cuando se enteraron del consumo del hijo, se hizo evidente el rechazo de este mundo mejor que les estaba reservado y la existencia de un *mundo diferente* que era construido por ellos mismos. La reacción de los padres no pudo ser otra que la decepción moral y emocional, porque se dieron cuenta que las expectativas, esperanzas y deseos de ese *mundo mejor* que les estaban reservado, no sólo no se cumplirían, sino que además, desde su concepción, les esperaba un mundo peor

que el que ellos había tenido. De manera adicional, tuvieron la sensación de haber fracasado en la tarea de guiar al hijo hacia ese mundo, se cuestionaron si había sido adecuado su ejercicio parental y buscaron culpables.

Salomé, mamá de Fortunato: "Cuando aceptó que le hacía a eso, yo le dije ah! ,¿cómo que le haces a eso? a mi me dio coraje, me dio tristeza, me dio de todo, sentimiento, frustración ... empecé a sentirme bien mal y le dije hay hijo me decepcionas, me decepcionas, yo no pensé que tú fueras a hacer eso ... y le dije qué haces? ... yo no sé qué tanto o qué cantidades o cuánto tiempo tenga haciéndolo".

Romeo, papá de Crispín: "Quién quiere tener un hijo así?, a uno le duele ver la manera en como el hijo se está consumiendo, a veces uno ve muchachos drogadictos que andan por la calle, inhalando sus bolsitas y comparé a mi hijo con uno de ellos ... yo no quiero eso para él".

Si alguien era culpable de la adicción del hijo(a), era la madre, por dos razones: la primera porque culturalmente su rol ha sido definido como el de cuidadora y educadora de los hijos (Ramírez, 1978), y segunda, porque como algunos padres mexicanos, éstos, ocupaban un rol periférico dentro del sistema familiar. Su rol de proveedor no les exige estar al cuidado de los hijos de manera afectiva y cercana (Ramírez, 1978) como la madre, entonces, por consecuencia, el

descuido era de la madre, quien fue percibida como ineficiente e incapaz de guiar al hijo hacia ese mundo mejor y seguro que le estaba reservado. Esta imagen de la madre ineficiente y culpígena fue compartida y aceptada incluso por ellas mismas, como podemos observarlo en las narraciones.

Eusebia, mamá de Florencia y Eustaquia: *“Me derrumbó, me cayó de peso, porque nunca en mi vida esperaba esto. Todavía temía otras cosas [un embarazo], pero menos esto, droga jamás, porque yo ni las conozco y nunca pensé que ellas podían probar eso. No me hacía a la idea, pero cuando desafortunadamente lo escuché de ellas, se me derrumbó el castillo que yo tenía sobre ellas ... yo me siento culpable, porque digo, a lo mejor yo no fui buena madre, no fui amiga de mis hijas”.*

Abigail, mamá de Ruperto: *“Sentí que me hundía, no sé ni lo que sentí me quería morir, nomás porque tenía más hijos, sino ... dije ¿y ahora cómo voy a salir de esto?”.*

La aceptación de la culpa se observó de manera más consensuada en el caso de las madres de usuarias mujeres, pues tradicionalmente se espera que ellas estén más vinculadas a su familia y se preparen, en esta edad, para el *oficio de madre* que incluye aprender los quehaceres del hogar y la preparación de alimentos, entre otros. Como podemos ver en el cuadro 11, sólo la cuarta parte de ellas

trabajaba, el 50% estudiaba y la otra cuarta parte estaba dedicada al hogar. En cambio, en los hombres, hubo mayores divergencias, pues algunas madres no aceptaban ser las responsables del consumo del hijo y la culpa fue atribuida a las *malas compañías* con quienes ellos compartían su tiempo. Los hombres, en la preparación de su rol como proveedor, deben tener un mayor protagonismo en espacios más sociales que familiares, pues el tipo de competencias que necesitan desarrollar para ser buen proveedor se encuentran fuera de la familia, no dentro como en el caso de las mujeres. Como también podemos observar en el cuadro 11, el 50% reportó estar trabajando, el 34% dijo estudiar y sólo el 16% estar desocupado.

Sabina, mamá de Leocadia: “No sé, yo digo, a lo mejor estaré mal, a lo mejor no les he dado todo lo que podía darles, pero también a lo mejor no les he limitado muchas cosas, mi marido dice que yo tengo la culpa, que no las supe educar”.

Nicasio, papá de Placido: “Empezó por las amistades más que todo, para mí fueron las amistades, el barrio es muy conflictivo, es de esos que hay mucho adicto ahí, para mí que de ahí viene todo”.

Las representaciones sociales tienen por objetivo facilitar la comunicación y el entendimiento entre los grupos sociales, de esta manera toda explicación sobre el por qué y el cómo el

hijo consumía drogas es parte de la representación. Toda explicación de sentido común es ingenua, reduccionista y con tendencia a la simplificación. Desde este punto de partida, los padres, buscaron razonamientos para explicar el por qué y el cómo del ingreso a las drogas. De manera adicional al papel ineficiente que le fue atribuido a la madre, también se le encontraron justificaciones en la imagen y figura de las *malas amistades*, que fueron caracterizadas por aquellos amigos que “*andaban en malos pasos*”, que se reunían en las esquinas, que no desempeñaban alguna actividad productiva, que se les veía un brillo especial en los ojos, no tenían el aliño personal que acepta la sociedad, usaban pantalones flojos y ya habían perdido valores elementales como la responsabilidad y el respeto por su familia.

Renata, mamá de Zenón: “Uno sabe que andan en malos pasos y también que son malas amistades, por los rumores y porque a veces uno también los ha visto que huelen cosas y eso no está bien”.

Domingo, papá de Servando: “Se reconocen por su comportamiento, por andar en la bola, andan con la caguama en la mano, nomás andan ideando paseos, de visten de negro con pantalones todos aguadotes y flojotes ... se les ve en los ojos, tienen un brillo especial y la mirada perdida”.

En esta imagen de las malas compañías se develó a un *mal amigo* que ofreció y presionó para ingresar al mundo de las

drogas, y a un hijo que fue su presa y víctima de ellos, en el que minimizaron su voluntad propia. Con este razonamiento, la culpa fue atribuida en mayor escala a la imagen de las *malas compañías*, y por consecuencia, se rescató la *maldad* del hijo al atribuirle cierta vulnerabilidad emocional por la atmósfera familiar que vivían, y que describieron como problemática, por carencias afectivas y la deficiente calidad de la comunicación.

Dario, papá de Dionisio: "Yo creo que a lo mejor ellos no quieren y los amigos empiezan a decirle ándale y ándale, y si no quieren, pues yo creo empiezan a decirles huélele para andar todos igual".

Renata, mamá de Zenón: "Yo a veces, a lo mejor soy muy agresiva, porque yo desde chicos así lo hacía, o sea, una cosa que yo siento que fue muy mala de parte mía, porque siempre yo con los nervios, los trataba a puras madres ... a lo mejor tienen resentimientos y pues por lo mismo de la casa, puro grito, en realidad, no hay buen termino en la casa".

Una vez que los padres conocieron abiertamente el consumo del hijo(a) y que habían superado la crisis inmediata del impacto emocional, asumieron su papel como directores de la familia para emprender en este momento, los primeros movimientos, en los que se pudieron advertir claramente dos:

el involucramiento afectivo del padre y la búsqueda del juramento del hijo(a).

Hasta esta etapa, el padre había asumido un rol periférico, pero como la madre resultó incompetente, el padre se vio obligado a adoptar un nuevo rol que implicó la imposición de su autoridad como jefe de familia, por lo que abandonó su rol periférico y asumió un involucramiento afectivo con el hijo que requería de un mayor acercamiento.

Domingo, papá de Servando: No le gusta que le pregunte ... yo le quiero aconsejar, pero él no quiere ... desde que empezamos a venir aquí no hemos fallado a ninguna cita, porque le estamos demostrando que sí lo amamos, todo esto nos cuesta, me cuesta en mi tiempo en el trabajo y en dinero, pero no importa, con tal de que él aproveche y nosotros veamos de que va sobrellevando”.

El segundo movimiento, que correspondió al juramento del hijo, se encontró anclado en la creencia *querer es poder*, y por consecuencia, no estuvo disponible la opción de acudir a los servicios de salud, en parte, porque *querer es poder* absorbió toda su creatividad para la búsqueda de soluciones, y por otro lado, porque aceptar la adicción del hijo significaba reconocerlo socialmente como adicto y vicioso, que puede traducirse en la exclusión de los grupos sociales. Este pensamiento, el sentimiento de vergüenza por tener un hijo(a)

adicto y la creencia *poder es querer*, ocasionaron sentimientos de pena, que por un lado, frenaron la búsqueda de otras alternativas de solución, pero también, le dieron cobijo emocional al hijo, pues al no exponerlo a su reconocimiento público como adicto, no posibilitaron su exclusión.

Natividad, mamá de Silvestre: *“Mi esposo le dijo que tenía que ir al templo a jurar, yo no quería, yo quería que lo curaran, que le dieran algo, porque yo he visto que el juramento nomás dura un año”.*

Leoncia, esposa de Domingo y mamá de Servando: *“Eso se deja dejando de consumirlos, dejando de fumar, lo que sea, depende de la persona, de la voluntad, de la fuerza de la voluntad”.*

Darío, papá de Dionisio: *“Si ya duró una semana sin consumir, pues puede durar fácil otra semana y así sucesivamente, porque eso no es bueno”.*

Dorotea, mamá de Cayetano: *“ Se debe tener en mente que va a poder, es bueno tener atención, pero todo está en la mente, en querer, es cosa de sentarse en una caja de huevos de gallina, a ver si se le pegan algunos quebrados”.*

El juramento es un rito con tintes religiosos, que tiene un gran peso en la recuperación del alcoholismo. Un estudio lo reportó como una estrategia no médica, ampliamente difundida en la

cultura, que parece ser efectiva para lograr la abstinencia de consumir alcohol (Zabicky y Solis, 2000). Este rito, como nos referiremos a esta maniobra, por sus características y procedimientos para su obtención (a través de afectos, presiones y castigos administrados en un orden lógico), se encuentra anclada en la creencia *querer es poder*, fue identificada en el pensamiento social de la adicción. Popularmente se reconoce a las adicciones como vicios, y los vicios, se dejan por voluntad propia, entonces obtener el juramento se respalda en *querer es poder* y que se revela como una estrategia efectiva para dejar los vicios.

Siete de cada diez entrevistados, aceptaron tener al menos un miembro de su familia con consumo de drogas y/o alcohol, pero hubo familias donde se registraron hasta quince personas en esta condición. Estas familias ya sabían lo que era vivir cerca de las drogas y habían aprendido cómo sobrevivir, tenían la experiencia subjetiva de que alguien muy cercano a ellos, muchas veces el propio padre, el esposo o ambos, ya habían jurado dejar las drogas y les habían funcionado, o bien, habían asistido a algún grupo de autoayuda en donde el ingrediente número uno para la rehabilitación era la fuerza de voluntad. Entonces, buscar el juramento del hijo era la opción más viable para resolver el problema. En los casos en que el padre o la madre tenían un consumo problemático de alcohol o tabaco, ambos juraron para demostrarle al hijo que “querer” significaba “poder hacerlo”.

Renata, mamá de Zenón: “La familia de mi marido, sus hermano y sus familiares a mi no me ven muy bien, pero a el si lo quieren mucho, entonces cada vez que viene mi marido de tomar, ellos luego, luego van y lo llevan al grupo y así dura un tiempo. A mi a veces me dicen “oye que llévalo ¿no? llévalo”, y pues yo ahí ando llevándolo. Ahora que supo que el negro le entraba a las drogas, solo dijo que ya no iba a tomar para ponerle el ejemplo”.

Filomena, mamá de Roberta: “Yo dejé de fumar, yo quería que viera que también uno hace su esfuerzo pero más que nada por ponerle el ejemplo, ¿cómo le decía que dejara las drogas si yo fumaba?”.

Se observó que en el caso de los padres con antecedentes de consumo de alcohol y/o drogas, hubo un mayor entendimiento, comprensión y menos reproches hacia el hijo. En caso contrario, había menor tolerancia, menor comprensión y más reproches, es decir, el padre imponía su autoridad para obtener el juramento.

Natividad, mamá de Silvestre: “Mi esposo cuando estaba borracho le decía: pelón, si tantas ganas tienes de tomar, ¿por qué no tomas aquí? ... pregúntale a tu madre, cuándo me he largado yo a tomar a la calle? ... él nomás peló los ojos, no lo podía creer”.

En síntesis, este primer momento inicia con el descubrimiento de la adicción, que provocó una primera crisis desencadenada por la respuesta afectiva y de conducta de los padres. Esta crisis terapéuticamente hablando, fue paralizante por la resonancia emocional que causó en el sistema, y por consecuencia, inmovilizó la capacidad creativa para emprender otros mecanismos de afrontamiento, al grado de reducir a dos los movimientos. La resonancia afectiva de la que fue presa el subsistema parental, lo que favoreció que la atención se centrara en el adolescente consumidor, con el consecuente descuido del resto de los hijos, lo que a su vez, provocó cierta vulnerabilidad. En esta primera parte, se empleó un estilo de solución centrípeto, es decir, estrategias hacia dentro de la familia basados en la creencia querer es poder.

Sus tiempos oscilaron entre los seis y los doce meses, sin embargo, el tiempo no fue lo determinante para transitar a la siguiente etapa, sino el tipo de movimientos que realizaron las familias; el ejercicio inconsistente de la parentalidad y la periferia del padre.

V.3.2 La permanencia en el mundo de las drogas

En esta fase, el adolescente ya había dejado de esconder su consumo, pues como ya sabían, se preocupaba menos por llegar temprano, le importaba menos en qué condiciones

llegaba, dejaba la droga a la vista y alcance de los demás, lo que ocasionó mayores conflictos en la relación padres-hijo(a). Esto hizo evidente que las estrategias emprendidas no habían dado los resultados que ellos esperaban, pues no sólo el hijo no había dejado de consumir, sino que ya “se *había descarado*”. Esta situación generó nuevas medidas como alternar el ejercicio parental entre amor-comprensión y castigos severos-rechazo.

Sabina, mamá de Leocadia: “Cuando ya estuvo así a lo descarado, de plano faltó a dormir, su papá ya le había pegado, ya habíamos hablado con ella, nos hacía creer que se portaba bien y no asistía a clases, llegó un día en que hacía lo que se le pegaba su gana”.

Anastasia, mamá de Adelaida: “A veces entraba a su cuarto y veía sus porquerías [se refiere a las pastillas], yo le decía que si quiera las guardara ... yo le decía ya no hallo qué hacer contigo y ella me decía, nada amá, déjeme, a mí me gusta esta vida”.

Jurar al hijo y ejercer una parentalidad inconsistente, no fueron otra cosa que estrategias *más de lo mismo*, es decir, prácticas aparentemente diferentes ancladas en una misma creencia, que sólo complicaron más el problema de origen, pues evolucionó en el tiempo sin el empleo de una solución efectiva. La creencia compartida era *querer es poder*. Los padres tenían la certeza de que bastaba querer, pues ya lo

habían visto en otras personas, e incluso, en ellos mismos, entonces, a veces, eran cariñosos para mover la voluntad con el afecto, los dejaban hacer lo que ellos querían, los buscaban cuando no llegaban, no les negaban nada, pero cuando veían que no les funcionaba, empleaban castigos como correrles a los amigos, no dejarlos salir, no darles dinero, ponerlos a trabajar, e incluso castigos más severos como golpearlos, dejarlos sin comer y no abrirles la puerta de la casa. Esta imposición de la autoridad paterna, tenía un significado; que se dieran cuenta lo que era tener un hogar, pero un hogar, donde eran aceptados y queridos sin drogas, por lo que tenían que entender y convencerse que había que dejarlas.

Abigail, mamá de Ruperto: “Yo la verdad, ya no sé ni cómo manejarlo, ya no sé qué hacer, a veces digo lo voy a castigar y no le voy a echar lonche, a veces, hasta le llevo el chocomilk hasta a la cama, y luego digo, para qué sirven tantos esfuerzos? ... mi esposo le ha pegado a veces, lo maltrata, habla con él y nada, él me dice déjeme aprender de mis errores porque si usted me lo dice, no se la creo, déjeme a mí”.

Sabina, mamá de Leocadia: “Yo ya no hallo si dejarla hacer lo que se le de su gana, pero si necesito tenerla cerca por si necesita algo, a veces la chiqueo, pero a veces he pensado que de plano necesita verse como hemos visto a tanta gente tirada en el suelo, que pasan con asco, con miedo,

para mi eso es fondo ... lo único que a veces consigo es que diga a dónde va ... ya de pérdida. Se llega la noche y le digo, bueno, que te vaya bien, vamos a cerrar con seguro, ya sé que no vienes hasta otro día”.

Estos movimientos *más de lo mismo*, crearon un *primer círculo vicioso*, que detuvo la evolución natural del problema, al paralizar, el proceso creativo del conflicto, prácticamente durante toda esta fase, pues aunque reconocieron que era un problema que ameritaba su atención, no era lo suficientemente grave como para buscar alternativas centrífugas, es decir, fuera de ellos mismos, y prosiguió su esfuerzo, mediante acciones de rutina.

Esta fue la etapa más prolongada y desgastante tanto para los padres como para los adolescentes, por la cantidad de recursos psico-emocionales y afectivos que se invirtieron y por las pérdidas sufridas. Su duración osciló entre doce meses y seis años.

Eduviges, mamá de Domitila: *“No la podemos detener, ¿la amarramos o qué? ... no tiene respeto. Un día, mi esposo la sentó y le dijo no se me va a salir y aquí se me va a quedar, no, pues cómo no, ahí va para afuera y él le pegó, dijo no le hace que me vaya hasta la penal ... y no, nada nos funcionó y ahora pues ya no se dirigen la palabra, se hablan bien feo, a puro grito. La otra vez él le dijo,*

¿pero es que usted no me va a entender?, ¿qué quiere que la mate a fregadazos?, ella le dijo que con fregadazos y malas palabras no iba a entender”.

Cuando se dieron cuenta que, nuevamente estos intentos no surtieron los efectos esperados, se instauraron en los padres, pero con mayor intensidad en la madre, sensaciones de frustración, tensión y desaliento, que provocaron una desactivación del nivel óptimo de motivación que paralizó temporalmente el segundo proceso natural de evolución del problema; el proceso cooperativo, en el que el papá, volvió temporalmente a su rol periférico para disminuir la tensión y la angustia generada, y la madre, se dejó envolver temporalmente por la rutina cotidiana de tolerancia, que le imponía cansancio y desesperación.

Amanda, mamá de Calixto: “A veces quisiera llorar, pero ya no puedo llorar, a veces quiero gritar y ya no puedo gritar, antes de todo lloraba, yo no podía estar hablando como estoy hablando ahora, no podía, la verdad ... no sé si ya estoy tan dañada aún más adentro o ya sobrepasé el límite porque ya no lloro”.

Abigail, mamá de Ruperto: “Yo siento que no he hecho nada como mamá, me siento bien defraudada. Yo tengo un esposo que cuando yo aprieto, él afloja, yo le digo que con trabajar no

basta, que hay que estar con él para que se de cuenta cómo está”.

En cuanto a la relación de pareja, los conflictos estaban en uno de los puntos máximos, pues generalmente, existen significaciones, interpretaciones y puntos de vista diferentes, aún cuando estén en *más de lo mismo*. En la población en estudio se observó que se activaron viejos conflictos no resueltos en la relación de pareja, principalmente por las diferencias en el ejercicio de la parentalidad, es decir, cada uno tenía su propio estilo y concepción; el papá imponía más su autoridad y la madre era más tolerante, o viceversa. Otra fuente de estrés permanente fue la relación con las familias de origen de cada progenitor, en donde, el tipo de comunicación y la relación afectiva fueron calificadas como poco satisfactorias, seguramente como resultado de la baja tolerancia a la frustración que vivían en este momento.

Por último, se observó cierta intolerancia por parte de los padres, hacia conductas propias de la adolescencia en otros hijos, como medida *preventiva* para evitar que hubiera nuevos brotes de consumo de drogas.

Renata, mamá de Zenón: “Yo le dije a Zenón, tienes que dejar de hacer eso, qué quieres que te vea el más chico y empiece con sus cochinadas ... tengo que estar muy al pendiente de este otro, no lo puedo descuidar, no permito que llegue tarde,

luego, luego voy a buscarlo, a ver qué anda haciendo, casi no lo dejo ir a fiestas ... no quiero que le pase lo mismo”

En esta fase, los padres se encontraron con una conducta adicional: el robo de artículos electrónicos, alhajas de poco valor y dinero en el hogar. Conforme aumentaban las necesidades de la adicción, y no había otras opciones para mantenerlas, empezaron a “desaparecer” televisiones, radiograbadoras, dinero y hasta teléfonos, con lo que supusieron que sus hijos(a) compraban la droga.

Sabina, mamá de Leocadia: *“Según nosotros la dejábamos sin dinero, empezó a robar, a mi y a él [esposo], había cosas que desaparecieron, televisiones, grabadoras, nunca nada grande, nada más para venderlos para su droga”.*

Todo este conjunto de nuevas conductas perfiló un ambiente familiar poco óptimo para todo el grupo familiar, así como los estados emocionales resultantes, el alto grado de estrés provocado y los nuevos conflictos que aparecieron, caracterizaron lo que ellos llamaron la *destrucción familiar*. Desde el sentido común de los padres, que operaba bajo reglas ingenuas, simplistas y pesimistas, la destrucción familiar fue explicada por una causa: el consumo de drogas del hijo. Desde este razonamiento, una vez que el hijo dejara

de consumir drogas, la familia volvería a ser lo que fue y desaparecerían todos los problemas que tenían.

Amanda, mamá de Calixto: “Yo le digo, hijo no se puede tener todo en la vida, o droga o familia ... o estás con Dios o estás con el diablo ... las dos cosas no se pueden tener ... gracias a esta adicción has perdido tu trabajo, tu estabilidad, mira cómo estás ... se nos vinieron desatando problemas ... de manera lógica nosotros deducimos que es la droga hemos tenido problemas legales ... la droga nos está destruyendo”

El último elemento que caracterizó a este primer círculo vicioso fue *la confrontación con el mundo real*, que se hizo presente, cuando el hijo no dejó las drogas, después de transcurrido un tiempo que ellos consideraron como natural.

Ante el síndrome de abstinencia, que hasta este momento había sido ignorado, los padres se dieron cuenta que el consumo continuaba y advirtieron que el hijo consumía *“por necesidad”*, que *“su cuerpo se lo pedía”* y aceptaron que el problema era superior a la voluntad y que no bastaba con querer.

Telésfora, mamá de Silvina: “Yo veía que cada vez estaba más mal y que necesitaba ayuda, que no podía sola, yo veo que sola no ha podido hacer nada”.

Este choque de creencias con la realidad y ante la impotencia, sufrimiento, cansancio e incapacidad para resolver el consumo del hijo, se hizo evidente que el problema requería otro tipo de solución más compleja.

Por primera vez, se consideró la posibilidad de buscar ayuda fuera de la familia al despojarse de la creencia *querer es poder*. Con todo lo recorrido, se dieron cuenta que no era un problema de mala conducta o de voluntad, sino un problema que ameritaba un tratamiento especializado. Esta nueva concepción implicaba reconocer socialmente al hijo como un adicto, pero un adicto enfermo, no un adicto vicioso. Como enfermo, implicaba su aceptación y la posibilidad de darle cobijo emocional, pues a los enfermos no se les excluye de los grupos sociales, se les quiere, se les cuida y se les atiende para que se recuperen. Desde este razonamiento, surge la concepción del ingreso a las drogas por *error*. Un error que sería enmendado a través de la rehabilitación, que significaba la salida de ese mundo. Este nuevo razonamiento condujo a un nuevo movimiento: ofrecerle al hijo buscar ayuda especializada, con la promesa de encontrarle *un mundo liberado de las drogas*.

Natividad, mamá de Silvestre: "Mi esposo me dijo, ya cometió este error, consigue dónde lo internemos, yo le dije, no es de internarlo, es de que él quiera internarse ... nosotros no lo vamos a meter a la fuerza como si estuviera preso. Si él se quiere

rehabilitar, nosotros lo vamos a apoyar, pero no lo vamos a internar a la fuerza. Él me dijo, bueno, entonces, lo que se tenga que hacer, inclusive vendemos la casa y nos vamos de aquí ... yo le dije que donde quiera que estemos iba a ser lo mismo o más peor, porque vamos a caer en un barrio que no conocemos, aquí como quiera que sea ya nos conocen...”.

Sabina, mamá de Leocadia: *“Háblame como quieras porque hablaba con puras groserías, está bien, le dije, lo acepto, pero dime ¿cómo te sientes?, ¿qué puedo hacer yo?, ¿qué quieres?, ¿qué ocupas? ... vamos a un centro para que te ayuden y él sólo decía, no quiero nada, sólo quiero que me dejes”*

Sin embargo, a pesar de considerar una nueva posibilidad, este primer círculo vicioso no concluyó, en tanto el hijo, no aceptó la ayuda ofrecida por los padres, pues como lo veremos en el modelo de los adolescentes, operaba la creencia *mi consumo no es problema*, y en tanto, el consumo no fue aceptado como tal, el círculo permaneció en *más de lo mismo*.

Servando, hijo de Domingo y Leoncia: *“No sé, se me figuraba como que no era un problema, yo decía, cuando quiera la dejo, pero ya después no podía dejarla y entonces, le pedí ayuda a mi mamá”.*

V.3.3 La retirada

Esta tercera fase, inició cuando finalmente el adolescente aceptó que su consumo era problemático y superior a sus fuerzas. Los criterios para reconocerlo como tal se basaron en él mismo, en los otros, en la escuela o en el trabajo y en su familia, que se detallan en el siguiente apartado. En este momento fue cuando aceptaron la ayuda ofertada por los padres.

Salomé, mamá de Fortunato: “Mi esposo le llegó a pegar varias veces, yo la verdad, no lo defendía, porque yo sé que lo que hace está mal ... le dije, hijo tú te lo buscas, y está mal. Yo lo agarraba y le daba consejos, le decía de una y otra forma, estás muy chico [12 años], se te van a deshacer los sesos hasta que finalmente dijo: no amá, ya no le quiero hacer a eso, vamos a buscar ayuda”.

La madre, buscó ayuda en amistades, familiares y personas conocidas que había vivido un problema similar y en opciones reconocidas culturalmente como son: sacerdotes y líderes de otras religiones. Estuvieron disponibles encuentros espirituales para jóvenes, consejos y cambios de religión.

Romeo, papá de Crispín: “Tratamos de ayudarlo, teníamos un amigo que nos informó, porque él también tenía un problema con uno de sus hijos ...”.

Sabina, mamá de Leocadia: "Fuimos a unos encuentros al templo, me hacía creer que iba, pero me jugaba el dedo en la boca y le decía cada vez que me dices que sí, yo te creo".

Otras opciones culturalmente disponibles fueron los maestros, psicólogos de las escuelas de los otros hijos o privados, drogadictos anónimos, el Centro de Integración Juvenil, el uso de medios de comunicación como programas de televisión y radio, consulta médica y la elaboración de remedios caseros para controlar el deseo de consumir drogas.

Abigail, mamá de Rupeto: "Yo fui con el maestro a preguntarle cómo le hacía, porque a mi como que se me cerraba el mundo. Ya me dijo vaya al DIF, ahí le pueden ayudar a su hijo, entonces, ya en el DIF me dieron el teléfono de aquí [CIJ].

Natividad, mamá de Silvestre: "Me dijeron que había una medicina para hacerle un remedio, para que con eso dejara de tomar eso ... se lo daba con la comida, pero nunca le sirvió".

Telésfora, mamá de Silvina: "Me gusta ver programas sobre drogas, películas o eso, me pongo a verlas, a sufrir más y a que me de más lástima .. ya que uno no puede hacer lo que quisiera ... a veces salen casos como el de uno y hasta lloro, pero también comprendo eso un poco más".

Esta búsqueda de servicios de salud se caracterizó por el pensamiento de *la última esperanza*, en la que depositaron expectativas altas, mágicas e ingenuas de que el síntoma iba a desaparecer una vez iniciado su tratamiento. Se observó a una madre con nuevas motivaciones y una mayor aceptación del hijo como usuario de drogas, pero bajo la concepción de *un enfermo* que tenía la posibilidad de rehabilitarse. Así mismo se encontraron síntomas depresivos por la inversión emocional y de recursos en las fases previas.

Abigail, mamá de Ruperto: "La verdad yo he pensado en quitarme la vida, me siento bien fracasada, mi hijo se me salió del guacal y no he podido meterlo."

Los padres querían encontrar en los CIJ la alternativa profesional que les daría a sus hijos el *mundo liberado de las drogas*, y a ellos, la posibilidad de que los problemas familiares desaparecieran. En esta última esperanza, depositaban sus deseos de devolver al buen camino al hijo y que su familia volvería a reconstruirse.

Amanda, mamá de Calixto: "Uno como padre siempre tiene la esperanza de que las va a dejar [las drogas] ... mi matrimonio ya no me interesa, ya se acabó, ahorita me interesa que me ayuden a guiar a mi hijo por el buen camino, esa es mi meta, no importa que tenga que cambiar de religión, lo que sea, pero que nos ayude".

¿Cómo se darían cuenta que los hijos tomarían el camino hacia el mundo liberado? Por lo conocido, las representaciones sociales familiarizan con lo extraño. En el imaginario social de los padres, un ex-usuario o un usuario rehabilitado, se revelaba como un hijo que volvería a buscar un nuevo acercamiento afectivo con ellos, habrían modificado su apariencia física, no tendrían ese brillo en los ojos y su aliño personal sería como el de antes, ya no reuniría con las *malas compañías*, desempeñarían actividades productivas, como trabajar o estudiar y volverían sus valores.

Natividad, mamá de Silvestre: “Qué ya no se junten con las malas compañías, que tengan algo que hacer de provecho”.

Seledonia, mamá de Macedonio: “Simplemente que tenga un comportamiento normal, como cualquier persona, si trabajara que sea trabajador, que cumpla con sus cosas ... que viva una vida normal dentro de una familia, dentro de la casa ... es cuando me daría cuenta, porque antes a veces llegaba tarde, pero llegaba ... ahora no llega, eso no es de una persona normal. Anteriormente decía voy a una fiesta y llegaba bien, como una persona normal y ahorita se va a una fiesta y no llega hasta el otro día, y ahí es cuando uno se da cuenta que no anda bien”.

Estos símbolos de re-inserción social se vieron frustrados porque conforme avanzaban “en las citas” (tratamiento), no observaban cambios, pues el consumo y las conductas asociadas seguían, lo que provocó sensaciones de desesperanza y mayor frustración.

Natividad, mamá de Silvestre: “Yo salgo de aquí muy motivada y al salir afuera no me siento lo suficientemente adecuada como para enfrentarlo, yo quisiera que cuando sale mi hijo de aquí, ya no volviera atrás y no he podido hacerlo, no avanza nada. Anoche se me fue, llegó a las tres de la mañana, llegó bien mal, como le están dando medicamento, a lo mejor le hizo reacción y empezó vómito y vómito”.

Por otro lado, el modelo de intervención de CIJ inicia con una fase diagnóstica por los diferentes miembros del equipo, que a veces, lleva semanas, y por consiguiente, no se observan cambios de manera inmediata. Por otro lado, no todos los CIJ cuentan con grupos de orientación para padres, por lo que desconocían el tipo de tratamiento que se ofertaba, la conducta adictiva y el proceso adictivo, y no se atendían sus estados emocionales. En muchas de las madres se observaron síntomas depresivos y estados emocionales que ameritaban tratamiento especializado.

Ante este panorama tan desalentador y si le agregamos lo vivido previamente, no es difícil que deserten del tratamiento y continúen *haciendo más de lo mismo*.

Sabina, mamá de Leocadia: *"Fui a un grupo de drogadictos y vino una muchacha a hablar con ella, aparentemente como que entendió y se aplacó un tiempo".*

Anastasia, mamá de Adelaida: *"Fuimos a donde me dijeron que daban terapia, que ayudaban a personas, pero sobre todo con problemas de drogas y alcohol por parte del templo, la llevé a un encuentro, empecé a ir a terapia, la empecé a llevar yo, le daban medicamento homeopático, según yo íbamos muy bien, y luego, me dijeron que fumaba marihuana en el encuentro, que no se veía avance, nos salimos de ahí y otra recaída".*

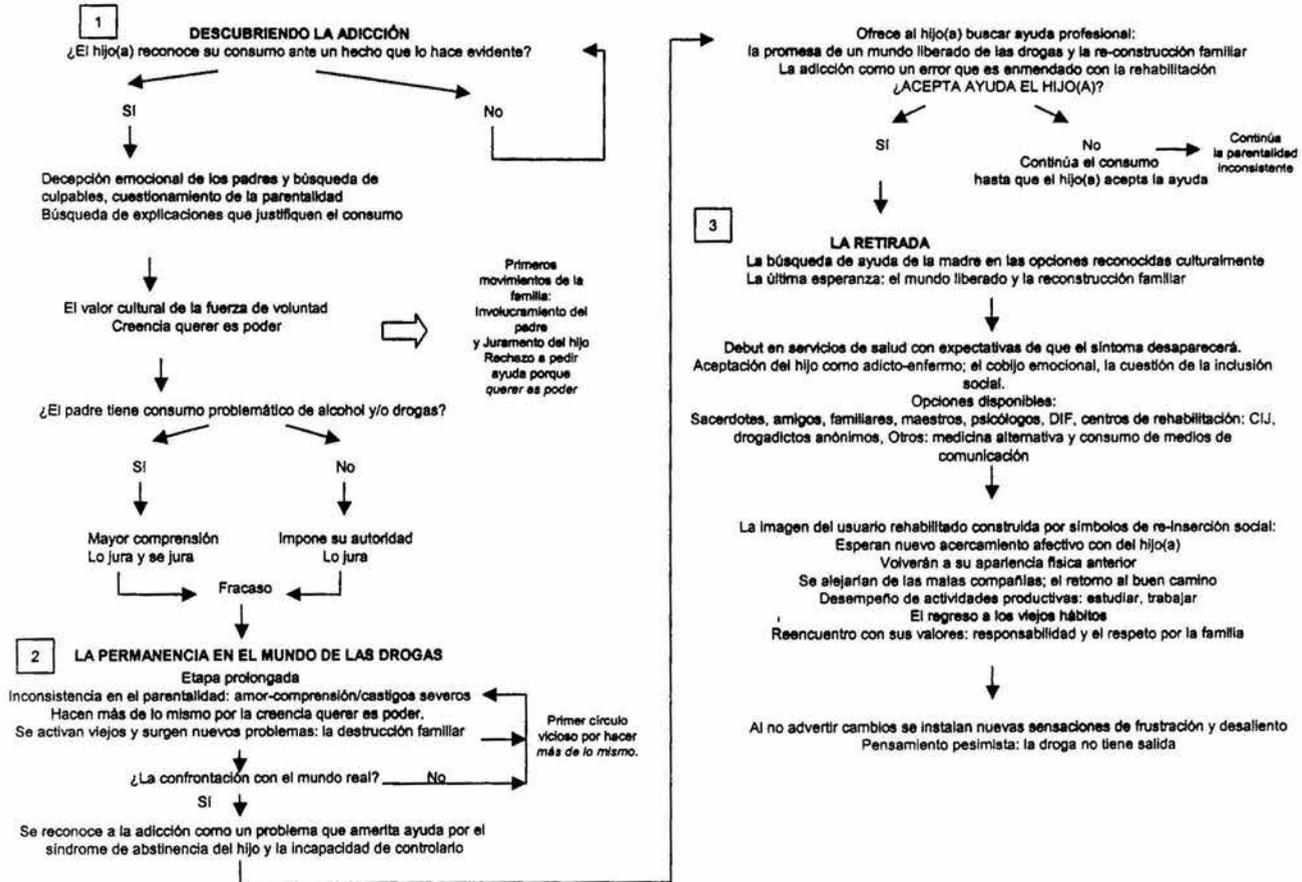
En el seguimiento que se realizó con 30 madres, a dieciocho meses de la recolección de los datos, encontramos que el 50% reportó que su hijo(a) *había mejorado*. En una mayor profundización *el mejoramiento* incluía una disminución del consumo de drogas ilegales, pero aumento en el consumo de alcohol y tabaco, así como también un mayor control paterno sobre la conducta del hijo(a). Coincidentemente, en estas familias había consumo problemático de alcohol en el papá; su juramento no había sido del todo exitoso (reportaron menor consumo) y había relaciones conflictivas o distantes.

El 27% reportó *tratamiento exitoso*, y de éstos, la mitad había contraído nupcias. Coincidentemente, en estas familias sólo se encontró un caso con consumo de alcohol nuclear. El 14% señaló que su hijo(a) *andaba muy mal y con mayor consumo*, con características similares a la *permanencia*. En la mitad de éstos, el padre era usuario de drogas y se reportaban malas relaciones en la familia. Por último, el 10% *estaba internado* en otro programa de tratamiento como resultado de un agravamiento. Coincidentemente, en estas familias había antecedentes de consumo de alcohol nuclear.

Estos datos, podrían plantear la hipótesis de que el tratamiento es más exitosos, cuando en las familias no existe un consumo problemático, o como diría McGoldrick (1988) cuando no hay una pauta adictiva que va conectando a una generación con otra, por lo que habría que profundizar en su estudio a través de estudios de cohortes.

En esta última etapa, el pensamiento de los padres era pesimista al revelar a la adicción como *un problema sin salida*. Se observó a una madre agotada, depresiva, con poco aliento para continuar realizando inversiones, y a un papá, que había vuelto a la periferia. Sistémicamente hablando, una familia vulnerable para un segundo brote o la aparición de otras conductas autodestructivas en el hijo(a) activo o en algún otro miembro de la familia.

Figura 2 M delo d toma d decis i n s de padres ant l consumo de drogas de sus hijos basado en la Representación Social la oferta d un mundo mejor



V.4. El Modelo de Toma de Decisiones de los Adolescentes

Como se puede observar en la figura 3, el modelo de toma de decisiones construido por los adolescentes se organizó también en tres momentos: el ingreso, la permanencia y la retirada.

V.4.1 El ingreso a las drogas

Este modelo inició cuando decidieron ingresar al mundo de las drogas, un *mundo diferente* al que les estaba reservado por sus padres, “*un mundo en el que se prueba de todo ... el que quiere lo deja ... y el que no se queda*”. A pesar de que la edad de los participantes fue desde los 13 años, ellos tenían claro que ese mundo no estaba reservado para ellos y que sus padres esperaban algo más que tener un hijo adicto.

Silvina, hija de Telésfora: “Mi mamá nunca pensó que me fuera a ser adicta ... porque yo era todo, era la niña perfecta, qué esperanzas que ni por la mente les pasara que yo algún día iba a consumir drogas para mí no existía eso”.

Servando, hijo de Domingo y Leoncia: “Yo no quería que supieran que le ponía a las drogas, no les quería

decir, porque no quería ver a mi mamá llorando, a mi papá desanimado y triste”.

En las narraciones se pudo advertir que ellos explicaron su ingreso por la curiosidad, la invitación de los amigos, su sensación de soledad, las malas relaciones que tenían con sus padres, la deficiente calidad de la comunicación con ellos, el ambiente familiar poco cálido y el hecho de observar el consumo en sus familiares, principalmente las figuras masculinas, como el abuelo, tíos, padres, hermanos y primos.

Leocadia, hija de Sabina: “Empecé con mis amigos con los que me juntaba, ellos le ponían, pero nunca me ofrecieron, yo tenía ganas de probarla, y pues yo solita fui y agarré, fumaban marihuana, nunca me decían ponle, decían, nel morra, no te envicies, yo sabía dónde compraban y pues el día que a mi se me antojó, pues ya sabía cómo y dónde”.

A pesar de que reconocieron varias causas en su ingreso a las drogas, destacaron que iniciaron su consumo por voluntad propia, pues a pesar de que siempre estuvo presente un *amigo consumidor*, lo justificaron en esta etapa del modelo. Este voluntarismo con el que ingresaron, representaría más tarde, la salida del mundo de las drogas.

Calixto, hijo de Amanda: “Hay algunos amigos que sí invitan ... te dicen, no pues mira morro, ponle, pruébala, te pones bien chido y que la chingada ... y ahí te entra la

espinita. Hay unos que si te ofrece y otros no te ofrecen de decir toma, pero al platicarte que no que mira que bien perro, y pues la neta se te antoja y viene siendo casi lo mismo, pero en mi caso no ... fue por voluntad propia y ya valió madre ... desde ahí empecé”.

La imagen del que creían *amigo* o *amiga*, se encarnó en alguien emocionalmente cercano, vecino del barrio y que cubría las necesidades psico-afectivas que estaban carentes en su hogar; eran amigos con los que se podían comunicar, los escuchaban, los entendían y compartían idiosincrasias similares, lo que les daba sentido de pertenencia.

Filomena, hija de Roberta: “Yo nunca tuve comunicación con mis papás, siempre me refugié con las personas que decían ser mis amigos yo entré a la secundaria y pues conocí a un cuate ahí, siempre nos íbamos juntos, con mi mamá siempre peleaba mucho, y pues él me decía, vamos para allá, vamos para acá y pues yo lo seguía mucho y yo decía, a qué padre, él sí me acepta. Una vez me dijo, mira prueba esto y pues va, primero fue curiosidad, decía a pues qué chido, un churro de marihuana, poca madre, después ya fue el puta qué padre se siente, ya no quiero estar en mi casa, pero realmente fue porque nunca tuve comunicación con mi papá, me refugiaba en otras personas”.

Las drogas vinieron a representar un mundo aparentemente sin dolor, en el que no existían carencias, era pleno y

placentero, mágico y fantasioso, un mundo alucinante que les permitió vivir lo que ellos deseaban. Sin embargo, el retorno al mundo real era doloroso, por lo que había que buscar una nueva dosis para aliviarlo.

Adelaida, hija de Anastasia: *“Me sentía relajada, no pensaba en nada, como si anduviera en otra parte, no me preocupaba nada, me valía todo”.*

Fortunato, hijo de Salomé: *“Me gustó la mota porque me gusta ser egoísta, egocéntrico, me gusta pensar en mí ... los demás no me importan, porque los demás me dañaron, lo que importa soy yo, yo y en ese momento, nada más estaba pensando en mí”.*

El grupo de pares se reveló cercano emocionalmente y selectivo, en el que no cualquiera se podía unir, generalmente era introducido por otro miembro *“los amigos de mis amigos, son mis amigos”*. Se reunían no sólo para drogarse, sino también para compartir sus carencias, escuchar música o simplemente platicar. El grupo como tal cohesionó, ofreció las gratificaciones y el reconocimiento que no estaban disponibles en ningún otro lugar.

Ruperto, hijo de Abigail: *“Nos juntábamos en la azotea de unos departamentos, cada quién traía algo, que uno llegaba con un litrito de toncho, otro con pastillas y así como intercambiando las cosas, yo traigo marihuana, yo traigo base y hacíamos una fiesta, nosotros solos o a*

veces, nomás escuchábamos música, platicábamos las broncas, cada quien decía lo que quería ... no necesariamente era drogarse, drogarse”.

Los adolescentes reportaron que antes de que su consumo se hiciera evidente, su madre les preguntó más de alguna vez si consumían drogas, porque *“llegaban rumores”*, pero siempre lo negaron. Cuando el consumo se hizo evidente, no pudieron negarlo más y refirieron que en la *“bronca”* familiar que se desató hubo reproches, lágrimas de su madre, amenazas y agresiones de su padre, pero también acercamientos afectivos para hacerles prometer o jurar dejar las drogas. Sin embargo, como para ellos, prevalecía la creencia de que su consumo no *representaba ningún problema*, tenían la sensación de que la crisis era algo pasajero.

Florencia, hija de Eusebia: “Estuve en la Cruz Roja por sobredosis ... ya corrían rumores de que le ponía, pero qué esperanzas que se lo creyeran. En la Cruz Roja me andaba yendo ... a mi mamá le dijeron que consumía drogas, que era una sobredosis ... mi mamá ahí se enteró. Cuando salí me hicieron prometerles que ya no la iba a probar, me hicieron prometerles que me metería a la secundaria, me metieron a una abierta, pero allá me drogaba más que en mi barrio. Como siempre, les prometí que sí ... y así era cada rato ... después me volvió a pasar y estuve otra vez en la Cruz Roja, se volvieron a enterar, le volvía prometer ... eso querían oír”.

Macedonio, hijo de Seledonia: "No pues puras broncas ... mi jefa se agütaba ... hablaba conmigo, platicaba ... a mi me valía madre, me corrían, me pegaban, puro pelear, puras broncas, estaba cabrón! ... pero en ese momento a mi me valía madre lo que dijera mi mamá o mi papá ... no me llegaba, yo estaba feliz en el desmadre, a mi me gustaba la emoción, de que llegó la ley y a correr! ya ahorita sí, veo a mi jefa, pobre de mi mamá, pero antes no ...".

Leocadia, hija de Sabina: "Yo decía que en el momento que yo realmente decidiera no drogarme, ya no lo iba a hacer, decía hoy me drogo, mañana no y nunca se llegaba el mañana".

Como estrategia de autodefensa, ellos respondían con agresión e indiferencia al sufrimiento de su padres y buscaron aún más refugio en su grupo de pares que ofrecía el apoyo y la aceptación que necesitaban.

Eduwiges, hija de Domitila: "Ellos [se refiere a sus padres] me decían métete temprano y yo les decía qué prefieren, que me meta temprano o que me drogue? ... los ponía a que decidieran, ellos creían que me metía tarde por estar consumiendo y no, estábamos ahí todos en las canchas y pues no, no consumíamos, los martes y los viernes no consumíamos y yo les decía ustedes decidan, si me meto temprano me drogo ... me sentía sola, como que quería que me tomaran en cuenta, porque como soy la de en medio, pues como que no me

tomaban en cuenta, las pastillas hacen que se me olvide”.

Este mundo diferente se hacía presente al experimentar los viajes, los alucines y la alegría desbordada, que no podían sentir en el mundo real.

Calixto hijo de Amanda: *“...bailamos como locos, como si todos estuviéramos locos, se siente la adrenalina que te da la droga ... ¿sabes lo que es ver la música, verla pasar, que te hable y oír las letras, la a, la e,?... es una sensación única!, ... puedes hablar con las piedras y la chingadera es que te contestan! .. si pasa una pinche lagartija platicas con ella, te dicen cosas, pasa un perro y hablas con él, es euforia!, ese querer desnudarte pero todo es falso”.*

La sensación de que podían dejar las drogas en cualquier momento y la percepción de que su consumo *no representaba un problema* que necesitara ayuda, lo explicaron en función de que vivían un enamoramiento con la droga, por lo que rechazaron la opción de buscar ayuda o de establecer un verdadero juramento o promesa para los padres, pues aún no era tiempo de retirarse, estaban viviendo un ‘romance’.

Crispín, hijo de Romeo: *“La parte padre de la droga es al principio, cuando no hay mucho consumo ... yo sentía que la mente me hacía sentirme bien ... me daba seguridad, hay quien busca esa seguridad en la droga ..*

era el chico tímido, te avientas un toque y te sientes Juan Camaney, hablaba donde quería, sacaba a bailar a un chica ... después andaba todo tembloroso y ya no podía hablar en público”.

Victorino, hijo de Emiliano: *“En un principio hasta nos daba status social, porque no había muchos, el que traía coca era el chingón, se sentía uff! ... hasta la presumía, ¿me entiendes? ... y así por varios años, es como tu novia, haces amigos ... entonces, pues está chido, no la quieres dejar!....”.*

V.4.2 Aprendiendo a permanecer y a conducirse en el mundo de las drogas

Una vez dentro de este mundo, el grupo de pares modeló el aprendizaje necesario para permanecer; conocieron y experimentaron los diferentes tipos de drogas, sus usos, sus efectos y a evitar el síndrome de abstinencia, conocido como por ellos como la *malilla*.

Silvina, hija de Telésfora: *“Conocí el cristal, conocí el esplick, conocí las anfetaminas, que era otro pedo las anfetaminas!, y me latían bien mucho y empecé a ponerme de todo! ... me ponía chiva [heroína], pero no en el mismo lugar, me ponía aquí, allá, porque se te nota, me ponía en la pata, en el dedo, en diferentes*

lugares ... luego ya no sentía nada, tenía que cambiarle de droga”.

Cayetano, hija de Dorotea: “Al otro día ...[le da risa], la malilla es horrible!, el síndrome de la tacha es muy feo, es como una cruda, pero gruesa. A mi me dolía mucho la cabeza y luego la cruda moral era horrible ... yo me sentía súper mal ... la malilla de la arponeada es gacha!, el alucín es chido, pero al día siguiente no te la acabas, te aguantas madre! ... empecé a meterme muchas anfetaminas, en cuanto me daba la cruda, en vez de arponearme, me metía anfetaminas y ya no era tanta la malilla ...era otro tipo de loquera”

Adelaida, hija de Anastasia: “Una vez probé los hongos, me dijeron que les pusiera lechera y mermelada de fresa, porque así solos los iba a vomitar y sí me dieron ganas de vomitarme ... el peyote es fácil de conseguir, te comes un pedacito y duras como tres horas con un avionzote”

En esta etapa, también aprendieron a distinguir una droga de mala calidad de una de buena calidad, los diferentes lugares de venta, sus precios y a venderlas para mantener su consumo.

Calixto, hijo de Amanda: “Con la mala amaneces con dolor de cabeza y a veces hasta te sale sangre de la nariz por las cosas que le meten para cortarla. Si andas bien pedo y se te quita el pedo, es buena, se puede

decir, te vas pa'arriba, sino, no te hace ni cosquillas, ya no vuelves a comprar ahí".

Leocadia, hija de Sabina: "Sacábamos tres mil pesos al día [se refiere a vender droga], ya libres y no más pa'mí, porque como yo iba por lo que les daba a las meseras, entonces, pues yo repartía 100 grapas y las tienes que vender, yo se las daba a 35 para que las dieran a 50, pero yo le ganaba 10 ó 15 pesos a cada una, depende a como te la den a ti".

Las mujeres señalaron que en su caso, era más difícil conseguir droga, pues algunos vendedores, no querían "enviciar mujeres" y tenían que utilizar otras estrategias para obtenerla, como por ejemplo, pedirle a un amigo que les fuera a comprar.

Jovana, hija de Raymunda: "Uno nos va a vender y yo la mando comprar con otro muchacho, porque a mí no me vendían no venden a mujeres".

Célida, hija de Carmensita: "Una vez le dije a un amigo que si me daba y dijo no, tú no, yo no envicio a mujeres y se fue y mi amiga me dijo, vente no le pidas, son bien tacaños, después llegó y me dijo ¿me das un baño? [una estopa mojada con tonzol], y le dije que no, que no, que yo no envicio hombres. A veces nadie quería ir a comprarnos y pues no tonchábamos".

Otra estrategia que reportaron utilizar para mantener su consumo fue robar, tanto en la calle como en su casa, y en el caso de algunas mujeres, pedir dinero en la vía pública.

Silvina, hija de Telésfora: *“Pedía dinero en el Centro [de Guadalajara], es fácil llegar y decir: oiga, ¿no tiene un peso que me presté para el camión? Me decían ... ah claro!, me daban hasta 10 ... le pedía la primero que veía pasar ... realmente era una buena táctica para pedirle a todos los muchachos y todos me daban, le pedía a señoras, porque no tengo cara de drogadicta y tampoco hablo tan feo, nomás cuando quiero hablo feo ... y las señoras me prestaban 5 pesos, o sea, con 5 ó 10 personas que les pidiera, ya tenía yo 50 pesos, me traía hasta 400 pesos ... también le agarraba dinero a mi hermano a mi mamá nunca porque yo sabía que se mataba todo el día trabajando y no era justo, fue lo único que no dejé que la droga me manipulara”.*

Ruperto, hijo de Abigail: *“Con los que eran mis amigos entrábamos a las casas y robábamos lo que se podía ... cuando uno ya anda bien pasado, con las pastillas por ejemplo, me daban ganas de robar ... robaba y vendía las cosas y sacaba pa’ la base, pa’ la piedra, pa’ comprar la desgraciada piedra”.*

Silvina, hija de Telésfora: *“He robado carros con una chola, una llave que sirve para abrir cualquier tipo de carro, los abría y es más, ni ruido hacía, les quitaba el estéreo, me acompañaba un amigo, y luego los vendía*

a dos cuadras de mi casa ... con Don Migue, en Lomas o Altagracia”.

Al igual que para sus padres, esta segunda etapa también fue para ellos, la más prolongada en cuanto a tiempo de permanencia, que fue de uno y hasta seis años, y fue en la que sufrieron sus mayores pérdidas. En los relatos, se advirtieron historias crudas como homicidios y muertes de amigos y situaciones de violencia.

Isidro, hijo de Bulmara: “Por intento de homicidio caí en la penal y por robo al tutelar. En la penal me aventé mes y medio y al consejo he caído como cinco veces en todo el año pasado fue en defensa propia, unos cuates me picaron y traían machetes, entonces yo saqué la pistola ... la había rentado con unos narcos por 800 pesos y me habían dado una caja de tiros”.

Leocadia, hija de Sabina: “El mudo ... se me murió en los brazos, yo lo jalé cuando llegó la policía, pero ya le había tocado un balazo ... había una puerta en un pasillo que tenía un espejo, y cuando yo iba corriendo para meternos ahí, alguien dijo que ya le habían dado, voltié y era ese buey y pues lo jalé y lo metimos y dijimos ahorita lo llevamos para que lo curen, le decía, háblame, háblame, dime algo, él hablaba, pero no se le entendía, duró como 5 minutos y se murió. Yo esperaba que se levantara y los otros bueyes me decían vámonos y yo les decía, no, ahorita se va a parar y yo le decía

párate .. me dieron unas buenas cachetadas y pues ya ví que estaba muerto”.

Aún cuando no a todos les ocurrieron estas situaciones, de alguna manera todos estuvieron expuestos a uno u otro riesgo. La gran mayoría, por ejemplo, relató detenciones, abusos de la policía, peleas entre bandas y participación en robos. En el caso de algunas de las mujeres, se encontraron intentos suicidas y dos casos de prostitución.

Cayetano, hijo de Dorotea: *“Muchas veces me agarró la policía .. a veces te estás dando un tirito con otro bato, pasan y pa’ arribao te ven consumiendo o simplemente estás con una grabadora oyendo rolas, no les importa, te ven vicioso y jalan contigo”.*

Silvina, hija de Telésfora: *“Cuando no cargan dinero, yo si lo veo normal y lo veo seguido [habla de prostitución], sino traes dinero y te invitan algo de droga, tú ya sabes lo que tienes que hacer. También hay unas pastillas que son estimulantes, se llaman éxtasis, les dicen la droga del sexo, se toman con agua mineral, sin cerveza, ni nada y cuestan 80 pesos”.*

Adelaida, hija de Anastasia: *“Te cortas las venas y no te mueres ... córtate el cuello, yo lo tengo calado ... es falso, es falsedad, no te mueres, no te mueres”.*

La conflictiva se advirtió mayor en las mujeres, que como podrá observarse en la última parte de este capítulo, afectó casi todas sus áreas. Culturalmente, los adictos son rechazados por la sociedad, y excluidos de los grupos sociales, porque ingresan a la categoría de sujetos estigmatizados y desacreditados (Goffman, 1995). Si a este razonamiento le agregamos, el hecho de ser mujer, el rechazo es aún mayor y su conflictiva asociada también por consecuencia.

Sin embargo, llamó la atención, el aplanamiento emocional con el que fueron relatadas estas historias, incluyendo las mujeres. En el caso de los padres, en más de alguna sesión hubo crisis de llanto, actitudes de desesperación y hasta síntomas depresivos, mientras que en ningún adolescente hubo llanto. De alguna manera, esto se puede entender en dos vertientes: por un lado, como parte de este aprendizaje, en el que para poder salir del mundo de las drogas, hay que aprender a permanecer y a sobrevivir dentro de él, y por otro lado, como un mecanismo de negación o disociación de las emociones si existiera una psicopatología grave.

Paulino, hijo de Hermenegilda: "Aquí te tienes que defender, si te dejas, pendejo, si peleas machín ... ah! ¿a poco muy cabrón? "

Adelaida, hija de Anastasia: "Nunca me llegó el pensar cómo le vas a hacer para cambiar, nunca me interesó

cambiar ... yo estaba feliz, yo era feliz así... has de cuenta yo reía con una máscara por dentro, porque por dentro mi alma toda estaba gritando, estaba llorando, casi arrastrándome y por fuera me estaba carcajeando ... ¿es tu pedo, no?... así se hace, así es la droga ...”.

En este momento empezaron a darse cuenta que su consumo les traía problemas en su vida familiar, en su vida productiva, en su desempeño individual, y todos los adolescentes, ya habían vivido conductas de rechazo social. De manera adicional, ya habían sufrido otras pérdidas como amigos de infancia, algunos valores como la responsabilidad, el respeto, la honestidad, el entusiasmo por vivir, y por primera vez, se sintieron presa de la droga, ya que el síndrome de abstinencia les ocasionaba desesperación y sufrimiento al no consumir.

Celida, hija de Carmensita: “Mi papá llegó a decir más de alguna vez que era una basura de la sociedad, todo mundo nos ve con una cara diferente, así como drogadictos, piensan que somos unos lacras, lacras de la sociedad y no lo somos, piensan que por ser drogadictos te peleas con todo el mundo o que robas, tienen una imagen del drogadicto errónea, nos ven como basura de la sociedad, a mi me molesta mucho que nos vean así, muchas veces no saben por qué caímos a las drogas, pues en parte por la misma sociedad. Mi familia me veía peor que un sidoso, mis amigos que no se drogaban, me veían y se volteaban para otro lado o me decían ah ... estás drogada vete

para allá o ah pinche borracha, qué asco, vete ... te rechazan muchísimo ... cuando estás en la loquera, pues no sentía nada, decía ah pobres bueyes ... pero ya después cuando me acordaba, decía puta!, qué feo ¿no?, que gacho que me rechazan”.

Isidro, hijo de Bulmara: “La droga es reír, llorar y sufrir. Yo a veces, cuando andaba loco me andaba riendo, miraba a mi chava llorando y pues sufría. Lloraba también porque extrañaba a mi jefa cuando estaba en la cárcel y no me iban a ver ... no sabía nada de mi mamá.

Sin embargo, y a pesar de reconocer sus pérdidas, aún pensaban que solos podrían dejar las drogas y tomaron la decisión de dejarlas por sí mismos, pues *querer* significaba *poder*. Entre las estrategias utilizadas, se encontró que buscaron alejarse de su grupo de amigos consumidores, y ahora, se reunían con antiguos amigos o con amigos que no consumían. Trataban de regresar temprano a su casa y salir menos, se entretenían viendo televisión o escuchando música.

Fortunato, hijo de Salomé: “Me empecé a alejar de los amigos, me iba con otros, me iba con mi novia, con mis primos ... trataba de distraerme yo solo, a veces veía televisión, pero salían anuncios de cigarros y cervezas, y pues no podía”.

Bajo estas condiciones de vida rutinaria, se formó un círculo vicioso que frenó la búsqueda de otras alternativas de solución diferentes a las emprendidas, que aunque aparentemente eran estrategias diferentes, eran *más de lo mismo*, ancladas en la creencia *querer es poder*, pues la droga *se deja cuando uno quiera*, ya que como se ingresa por voluntad propia, la salida por consecuencia, es por voluntad propia.

Esta primera intención por dejar las drogas no funcionó pues se confrontaron con un mundo real: el síndrome de abstinencia, que les provocó sensaciones de malestar que los orilló a darse cuenta que la droga era un problema que ameritaba ayuda.

Celida, hija de Carmensita: "Por la misma impotencia de no poder dejarla sola, me sentía ya tan, tan ... derrumbada, yo sentía que podía dejarla sola, cuando yo quisiera, pero llegó el momento que no, estaba sufriendo mucho, yo estaba sufriendo muchísimo ... veía a mi mamá cómo le dolía cada que yo llegaba mal, porque ya no me importaban, ya era un descaro de llegar a mi casa toda drogada, alcoholizada ... y ya no me importaba si mi mamá me estaba buscando o no ... pasaban semanas y no llegaba a mi casa, y no sé ... dije qué necesidad tengo de drogarme y me di cuenta que por mi misma no podía dejarla, que ya no podía, que era una necesidad".

Reconocer su adicción como un problema que ameritaba atención fue un paso difícil de dar, porque chocó con todas las concepciones, imágenes y creencias con las que hasta este momento se había conducido y desecharlas no era fácil.

Silvina hija de Telésfora: “Me di cuenta cuando empecé a depender de ella ... dice hasta aquí! ... mi mamá platicaba conmigo, pero no me interesaba porque yo no quería cambiar, yo decía el día que yo quiera cambiar, yo voy a cambiar y no ocupo que nadie me diga nada, yo voy a cambiar sola porque tengo fuerza de voluntad, siempre la he tenido siempre he sido de carácter muy fuerte y por eso mi mamá confiaba en mi, porque yo era responsable ... pero mi voluntad se doblegó, empecé a ver que era débil, que me manipulaba ... ese fue el problema”.

Macedonio, hijo de Seledonia: “Yo no reconocía mi enfermedad, yo decía sólo voy a salir, voy a salir,, no admitía mi enfermedad, siempre decía cuando quiera me salgo, cuando yo quiera, yo la puedo controlar ... pero la verdad es que nunca la pude controlar, ella me controlaba a mi. Fue como mi novia, pero qué novia ... pasaron seis años para que me diera cuenta”.

En tanto no admitieron, que su adicción era un problema que ameritaba ayuda, se continuó en el círculo de *hacer más de lo mismo*, es decir, intentando dejar la droga por sus mismos medios.

V.4.3 La retirada

La verdadera intención de retirarse de las drogas comenzó, cuando finalmente aceptaron la ayuda ofrecida por sus padres para buscar un tratamiento profesional. Sin embargo, ¿qué los hizo desechar la imagen *“la droga se deja cuando uno quiera”*?, ¿modificar la concepción de que *no era un problema* y eliminar la creencia *querer es poder*?

Como ellos lo dijeron *“me quité la venda de los ojos”, “como que empecé a darme cuenta ... empecé a oír y ver lo que los otros me decían”*.

Se encontraron cuatro criterios bajo los cuales reconocieron que la droga era un problema que ameritaba atención: a) ellos mismos, b) los otros, c) el trabajo o la escuela, y d) su familia (cuadro 17).

V.4.3.1 Ellos mismos

Reconocieron el deterioro de su salud, se dieron cuenta que su memoria no funcionaba como antes, que ahora con mucha frecuencia se olvidaban de cosas importantes o lo que habían hecho la noche anterior. Su aliño personal también se encontraba deteriorado, no les importaba verse bien o cómo se podían ver, sus intereses habían cambiado y todo su

mundo era la droga. Cayeron en la cuenta que desde que se levantaban pensaban sólo en consumir, en cómo conseguir dinero para comprarla, y que no pasaba un día, sin que ellos pudieran dejar de consumir. Tenían problemas económicos, pues todo lo que podían conseguir, ya sea de sus padres, de su trabajo, de lo que robaban, de lo que pedían o de lo que vendían, lo destinaban a la compra de droga y no podían comprar nada más.

Algunos de ellos se dieron cuenta, como cuando alguien acaba de despertar, que tenían que vender droga para poder mantener su adicción, que ya se habían “*manchado las manos*”. La gran mayoría ya había sufrido actitudes de rechazo social, habían tenido problemas con la policía, y por último, tenían la sensación “*de haber tocado fondo*” por algo “*malo*” que les había pasado, por algo que verdaderamente les había dolido.

Célida, hija de Carmensita: “*Me di cuenta que ya no podía, ya la necesitaba, ya no era de un fin de semana, ya era de diario, que una rayita y entre rayita y rayita te la seguías ... y en la noche era de tacha, o sea, era de todos los días, no era de hoy sí mañana no, ya no podía hacerlo ... desde que me levantaba ocupaba las drogas, sino ya no andaba a gusto, desde que me levantaba ocupaba droga, me di cuenta que era una adicta ... me levantaba y quería salir a conseguirla, mi mamá me decía vente a desayunar y yo le decía, quiero salir, no quiero desayunar ... no tenía dinero, tenía que pensar*

cómo conseguir, si le pedía mi mamá no me quería dar y llegué a agredirla, llegué a levantarle la mano y pegarle ... dije no es posible que haya llegado a este punto para darme cuenta que estoy mal ... yo no quería seguir así... por eso decidí, un día no tenía cocaína en mi casa y me puse histérica y dije no, no quiero seguir dependiendo de esto, ya he sufrido mucho, por eso quise la ayuda”.

V.4.3.2 El grupo de pares

En esta nueva condición de permitirse ver lo que no querían ver, comenzaron por observar de otra forma lo cotidiano y lo habitual. Observaron cómo se veían sus amigos, sus condiciones, su forma de vida, su deterioro y se preguntaron si ellos se verían así y cómo los vería la sociedad. Hasta este momento, no les había importado, habían vivido un romance con la droga. Detenerse a observar su entorno bajo una actitud diferente, les mostró una nueva realidad que no les gustó, *“me di cuenta lo bajo que había caído”*, y lo que consideraron más importante, fue descubrir que este grupo de amigos, no eran en realidad, *verdaderos amigos*.

Paulino, hijo de Hermenegildo: “Éramos amigos, estábamos juntos desde hacía buen rato, nos drogábamos juntos, yo pura coca inhalada y él siguió con heroína, base y ya incluso tomaba puro alcohol, porque la cerveza ya ni le hacía para bajarse las

pastillas, entonces, yo lo vi muy mal, pero no me separaba de las drogas, yo lo veía muy destrozado, pero ni eso me movió a alejarme de las drogas. Lo dejé de ver un tiempo por lo mismo, yo no me quería ver igual que él, pero o sea, ¿qué incongruencia, no?, si también me seguía drogando, pero no al punto de él”.

Isidro, hijo de Bulmaro: “Yo al final ya me aislaba, ya no quería andar con drogadictos, no sé, como que me reflejaba en ellos, me veía como ellos y yo no quería ver, porque me imaginaba que iba a llegar yo a ese punto”.

Los verdaderos amigos se revelaron ahora como aquéllas personas que ellos mismos habían alejado, los que los estimulaban para que dejaran las drogas, no los amigos que les habían ofrecido droga y con los que se drogaban.

Isidro, hijo de Bulmaro: “Cuando te das cuenta de todo, se valora todo, se valora a uno mismo y se valora a los amigos que le quisieron ayudar a uno y bueno, yo he pensado que si todavía será posible recuperar a esos amigos que realmente valen la pena, pero creo que va a estar difícil volver a encontrarlos, o encontrar a otros, pero no imposible. Si uno vuelve a caer, se va a encontrar uno en situaciones similares, no?, con chavos que van a tratar de engañarte”.

Crispín, hijo de Romeo: “Ahora te puedo decir que un amigo verdadero es cuando te trata de apoyar, te trata

de alejar de las drogas, cuando no te influencia a las malas actitudes, a los malos hábitos, pero cuando uno está en esa situación [las drogas], es muy difícil querer darse cuenta de los verdaderos amigos, porque tú crees que un amigo es aquél que te invita droga, el que te da, el que te apoya, el que si yo me pongo loco, tú también te pones loco junto conmigo, si mi alucin es este, tú también alucina lo mismo ¿qué chingón, no?, este buey sí es mi compa, no me deja abajo y me da vicio”.

V.4.3.3 El trabajo y la escuela

Algunos de los que en ese momento estaban trabajando, lo hacían, porque de la escuela ya los habían expulsado o voluntariamente la habían dejado. Reportaron que en los trabajos no tenían permanencia, porque faltaban o llegaban tarde y los despedían, o porque ellos voluntariamente, dejaban el empleo. Los que estudiaban, se dieron cuenta que la escuela les parecía difícil, ya no entendían como antes, frecuentemente faltaban, no entraban a clase y no cumplían con sus tareas.

Reconocieron esta inestabilidad laboral y escolar, adicionalmente, se sintieron diferentes a los demás, y se dieron cuenta que antes de su consumo, no estaban en esas condiciones.

Eduviges, hija de Domitila: “Empecé a consumir pastillas y las combinaba con coca [cocaína], primero era de cada ocho días, luego de dos veces por semana y ya luego de casi diario, como trabajaba, pues tenía dinero para comprarlas, pero luego, empecé a faltar, a llegar tarde porque no me podía levantar y como trabajaba con mi tío, pues se dio cuenta y me dijo, no pues ya no vengas hasta que estés bien, porque a veces llegaba mal al trabajo y pues no podía hacer nada”.

Silvestre, hijo de Natividad: “Antes [de las drogas] yo era de los mejores, era de los que ganaba más, nunca llegaba tarde ahora casi no duro en los trabajos, como me desvelo mucho, pues no me puedo levantar”.

Leocadia, hija de Sabina: “Como mi mamá trabajaba, pues me mandaba a la escuela y no entraba, me iba de pinta, hasta que la mandaron llamar de la escuela, tenía cinco materias reprobadas y muchas faltas ... no me interesaba estudiar, no se me pegaba nada ... yo sólo quería droga”.

V.4.3.4 La familia

Uno de los elementos más importantes fue el advertir el estado emocional deteriorado de su madre. En la *permanencia* no era preocupante, porque no era observado,

pero cuando fue evidente, actuó como un disparador para reconocer el consumo como problemático. En parte, se puede explicar por la alianza emocional que se establece entre madre-hijo(a), pero además porque la madre siempre dio cobijo emocional tanto a hombres como a mujeres, a diferencia, del papá que imponía su autoridad y era más periférico.

Ruperto, hijo de Abigail: *“Llegó un momento en que vi a mi mamá bien deteriorada, yo la agredía mucho, se veía bien triste, bien acabada por mi culpa, siempre se desvelada esperándome no era justo, no era justo, yo tenía que responderle”.*

Célida, hija de Carmensita: *“Destrocé horrible a mi mamá, porque pues ella vivía todo, ella veía cuando yo llegaba mal, veía que estaba sufriendo muchísimo ... mi hermanito, pobrecito, está bien traumatado, confundido, porque obviamente él veía las palizas que me metían cuando yo llegaba mal ... nos desunió muchísimo, sobre todo a mis papás ... estuvieron a punto de divorciarse por mi, porque mi mamá me apoyaba, mi mamá me hacía los paros y mi papá le decía ¿por qué la concientes?, déjala es una lacra ... tenían ideas diferentes y chocaban”.*

Se dieron cuenta que la familia, los excluía de actividades familiares, que “era la oveja negra y la vergüenza de la familia”, eran agredidos y reprochados. Empezó a tomar

importancia la actitud de rechazo de los hermanos, del padre y de otros miembros de la familia extensa.

Romualdo, hijo de Fabiana: *“No más se salían [se refiere a su familia] y nunca me decían .. los domingos se salían en la mañanas, que a un balneario o algo por el estilo, como me quedaba dormido, decían no, ahí déjenlo, no lo levanten, ahí que se quede. Yo me levantaba y no había nadie en mi casa y decía como no hay nadie, vámonos a la calle y me salía”.*

La sensación que tenían de “no importarle a nadie”, estaba siendo confrontada en este momento, al darse cuenta que su mamá ya lo había querido “llevar a tratamiento” en otras ocasiones, pero él no había aceptado. Esta preocupación materna fue interpretada como “me quiere”.

Mariano, hijo de Augusta: *“Cuando decidí dejar las drogas, vi que mi mamá se puso bien contenta, cuando venimos aquí estaba llorando de alegría, no podía creer que yo aceptaba quedarme aquí ... me di cuenta que si le importaba”.*

Esta introspección en las diferentes áreas fue lo que permitió romper con este círculo vicioso de *hacer más de lo mismo*, que había frenado la búsqueda de atención en los servicios de salud. La sensación de vacío que los motivó a ingresar al mundo de las drogas estaba siendo confrontada y revalorada.

Si había un vacío emocional era el que estaban viviendo ahora al sentirse verdaderamente desprotegidos y segregados por las pérdidas sufridas. Además, esta autorreflexión, les permitió contrastar su vida anterior al consumo de drogas, y reconocer, que estos problemas y esta nueva condición de vida no la tenían, sino que era una consecuencia del consumo. Esta autorreflexión, se reveló como un pre-requisito para tomar la decisión de aceptar la ayuda de los padres, y acudir por voluntad propia, a buscar un tratamiento.

Servando, hijo de Domingo y Leoncia: "Un día llegué bien pasado de la cocaína y yo me sentía bien nervioso y asustado ... le dije a mi mamá, estoy muy asustado y ya no puedo más, quiero que me ayudes, llévame a algún lugar .. yo ya quería, le dije ¿sabes qué amá? ... yo ya me siento bien cansado, quiero que me ayudes ... ya quiero descansar de esto".

Se dieron cuenta que ese mundo diferente que representaban las drogas no correspondía con sus expectativas iniciales, pues como lo dijo Crispín: *"el romance se vive mientras no hay mucho consumo"*.

Desde estas formas de pensamiento social, es necesario ingresar, aprender a permanecer dentro, para después estar en condiciones de emprender la retirada. Dicho de otra forma, para salir del mundo de las drogas, hay que aprender a permanecer dentro.

Hubo casos de adolescentes entrevistados, que no estaban convencidos del tratamiento que estaban recibiendo, pues eran enviados de su escuela (6%), donde los habían encontrado consumiendo marihuana, o bien, por el Centro Tutelar para Menores (8%), porque habían sido detenidos por la policía por consumir drogas en la vía pública. La actitud de los adolescentes hacia el tratamiento obviamente era diferente, pues no había convencimiento propio, se observó que faltaban a sus citas y/o llegaban tarde, y eran los padres, quienes acudían a solicitar una nueva cita.

Sin embargo, el camino a recorrer no sería diferente. Estos adolescentes no convencidos, se encontraban transitando *la permanencia en el mundo de las drogas*. Desde estas formas de pensamiento social, aún les faltaba confrontarse con *el mundo real*, experimentar pérdidas dolorosas, autorreflexionar para ver lo que no se quiere ver y admitir que su consumo era un problema.

Adelaida, hija de Anastasia: "Te tiene que pasar algo, algo muy malo, algo que te duela, pero que de veras te duela. Varias veces estuve a punto de que me mataran y no agarraba el rollo. Me decían los doctores que me atendían que dejara las drogas, que eso no iba a salir bien, que no iba a aguantar otra golpiza varias veces caí al hospital y no agarraba el rollo".

Isidro, hijo de Bulmaro: *“Mira, hay mucha gente aquí en el CIJ ... que yo los veo, los analizo y digo, este cuando salga se va a tronar, porque es una persona adicta, muy adicta, no viene, lo traen y él necesita tocar un fondo bien cabrón para decir, quiero cambiar. Necesita haber sufrido mucho, necesita haber pasado ya todo, que le haya pasado de todo, que la vida lo haya tratado de la chingada”.*

Cuando finalmente decidieron aceptar la ayuda de los padres, parece que los dos modelos, el de padres y el de adolescentes, se unen, pues al reconocer el consumo como problemático y al aceptar la ayuda materna, se concreta una nueva representación: la oferta de *un mundo liberado de las drogas*, que se operacionaliza con el apoyo afectivo de la madre al debutar en los servicios de salud.

Los adolescentes, al igual que los padres, asistieron con expectativas altas e ingenuas de que el deseo de consumir desaparecería por completo, pero en la medida en que no se cumplió, se instalaron sensaciones de angustia, desesperación y estrés. Ante esta situación, no es difícil que haya deserciones y se forme un segundo círculo vicioso para hacer *más de lo mismo*, es decir, probar los diferentes servicios de salud que se oferten.

Cuando los adolescentes son internados en el CIJ, el tratamiento, parece más efectivo a la luz de ambas partes,

pues al retirar al adolescente de su medio e instalarlo en uno artificial, libre del acceso de drogas, con pares en sus mismas circunstancias, y profesionistas, a quienes ven casi todo el tiempo y con quienes pueden establecer una relación afectivamente más cercana, los cambios de actitud fueron mayores y observables. Además, los padres pudieron por fin descansar, pues sabían que estaban en un internamiento para rehabilitarse, ya no tenían que salir a buscarlos o preocuparse por no saber qué estaban haciendo.

En cambio, en el tratamiento ambulatorio, los cambios son menos drásticos, y por consiguiente, menos observables. Adolescentes y padres, quieren ver resultados importantes, los primeros en la disminución del deseo de consumo, y los segundos, en la conducta. Al no retirarlos de su ambiente, es más factible que el consumo continúe, pues el grupo de amigos sigue realizando actividades de *permanencia del mundo de las drogas*.

Por último, los razonamientos de los adolescentes fueron menos pesimistas comparándolos con los padres, pues para éstos, había dos puntos de comparación: su vida antes de las drogas y su vida después de las drogas. En ellos no estaba instalado el pensamiento *la droga no tiene salida*, sino *¿cuál es la salida?* y sus esfuerzos estaban dirigidos hacia esa búsqueda. La respuesta a su pregunta fue simple: volver por el mismo camino que entraron y dejar atrás todo lo vivido. La construcción de la imagen del usuario rehabilitado tenía que

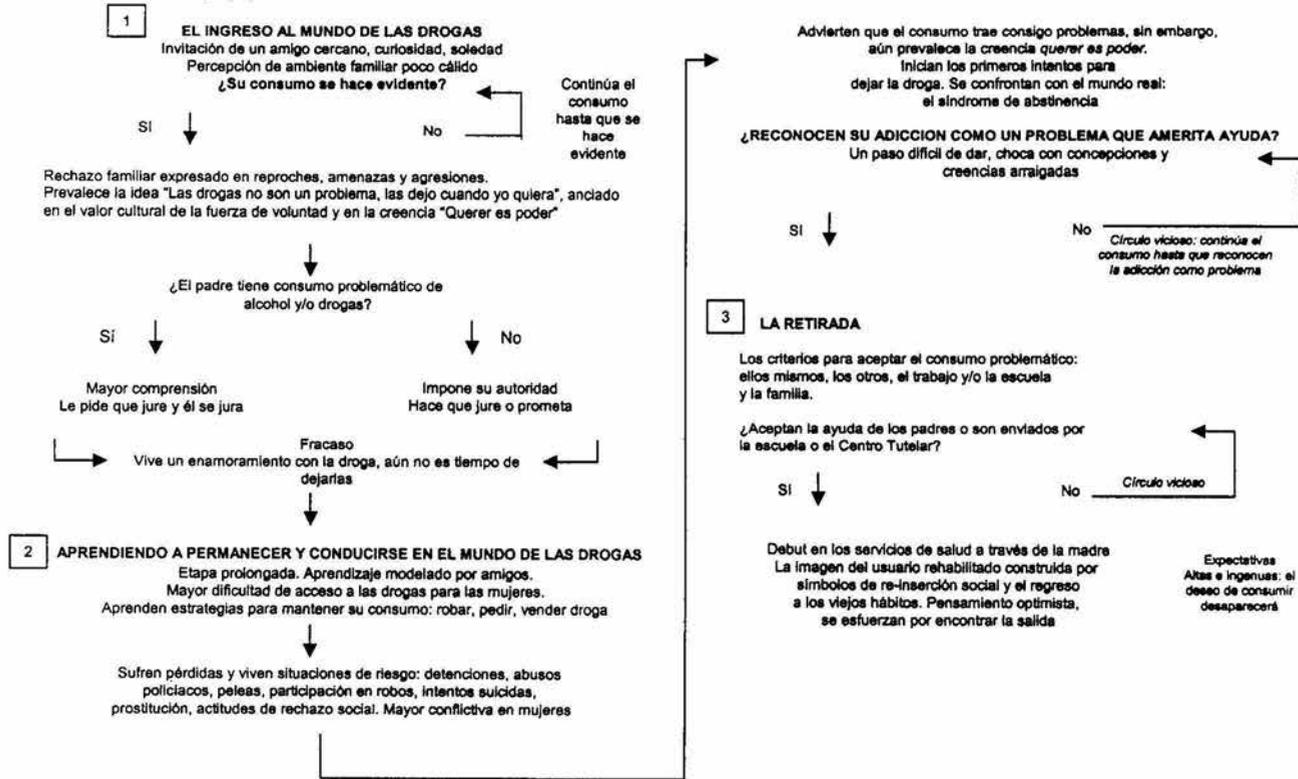
ver con ese camino: el re-encuentro con sus valores, la recuperación de lo perdido, el re-encuentro con las *verdaderas amistades*, el desempeño de actividades productivas y el retorno a los viejos hábitos.

Florencia, hija de Eusebia: "Por su cambio, porque un adicto es muy agresivo, cuando se droga es muy diferente a la gente, se aísla mucho de la gente, cuando cambia, pues cambia la persona, es otra, se relaciona con su familia y con la gente ya no sea aísla tanto, convive más con la gente sana como antes".

Isidro, hijo de Bulmaro: "Yo tengo una meta quiero seguir estudiando, quiero ser terapeuta, porque me gusta ayudar a la gente y pienso que en el estudio, estando ocupado con tareas y todo eso, se me va a olvidar la droga. Mi objetivo es estudiar en la mañana, ya en la tarde me duermo un rato, hago mi tarea, me levanto y me baño y luego me voy con la novia, así va a ser y adiós amigos".

Estos signos de re-inserción social, serían alcanzados gracias a su tratamiento, por lo que al proceso de rehabilitación le fue depositado este conjunto de expectativas y deseos. Sin embargo, habría que profundizar en el estudio del modelo de intervención de Centros de Integración Juvenil, para contrastar en qué medida estas expectativas se cumplen.

Figura 3 Mod lo d toma d d cisiones d adol scentes usuarios d drogas ilegales basado en la representación "la búsqueda de un mundo diferente"



Cuadro 17 Criterios para ac ptar el consumo como un problema que amerita ayuda

El mismo	El grupo de pares	El trabajo y la escuela	La familia
<i>Advierte:</i>	<i>Observa:</i>	<i>Reconoce:</i>	Se da cuenta:
<ul style="list-style-type: none"> - El deterioro de su salud - Que desde que se levanta y piensa en consumir droga - Que no pasa un día sin que pueda consumir - Que tiene problemas económicos - Ya robó para comprar droga - Que vende drogas para mantener su adicción - Que ha sufrido actitudes de rechazo social - Que ha tenidos problemas con la policía - Que tiene la sensación de haber tocado fondo. 	<ul style="list-style-type: none"> - A sus amigos muy deteriorados y se pregunta si así lo verán a él - Un entorno bajo una actitud diferente y no le gusta - Que su grupo de pares no son amigos y redefine lo que es un amigo verdadero 	<ul style="list-style-type: none"> - Que ha perdido empleos y no dura en ellos - Que lo expulsaron de la escuela o que él voluntariamente la dejó 	<ul style="list-style-type: none"> - Del estado emocional deteriorado de su madre - Que lo excluyen de actividades familiares - Que es la vergüenza de la familia - Que lo quieren, pues lo habían intentado llevar a rehabilitación y no había querido

A manera de síntesis, podemos observar representaciones objetivadas en pensamientos, creencias, conocimientos y actitudes diferentes, que se anclan en experiencias, afectividades y prácticas diferentes.

Para los padres, la adicción del hijo es más devastadora, en cierta forma, porque no esperaban tener un hijo adicto, no estaban preparados para ello a pesar del modelaje que se presenta al interior de la familia, pero también porque les tenían reservado un *mundo mejor*.

Los hijos en cambio, operan bajo el razonamiento de buscar un mundo diferente al de su tradición familiar, en el que “no les va a pasar lo mismo” que a su padre, abuelo y tíos. En cierta forma, piensan que no son “tan tontos” y que podrán consumir sin atraparse. Es una forma de pensamiento con el que creen ser invulnerables.

El reconocimiento de su adicción como problema ocurre una vez que han sufrido daños y pérdidas.

Sin embargo, estas dos formas de pensamiento social que parecen diferentes e irreconciliables, se conectan en un punto al coincidir en una forma de pensamiento social más: la representación de un mundo liberado de las drogas, que se vincula a su vez, con una más: lo que es, o mejor dicho, lo que debe ser *una familia* en términos normativos.

Dicho de otra forma, lo que se espera y lo que no se espera de un hijo o de un padre.

Por lo tanto, parece que los razonamientos para decidir usar drogas no son directos. Están siendo filtrados por formas de pensamiento social que involucran la representación de la familia.

Capítulo VI. Discusión

VI. Discusión

Uno de los elementos teóricos que son centrales en las representaciones sociales, es que poseen dos texturas; una sociológica que circula y que es compartida por los grupos sociales; y la psicológica, que atañe a aquellas cualidades idiosincrásicas propias de ciertos grupos, que son más o menos estructurados y homogéneos, como es el caso de los usuarios de drogas, que poseen una identidad propia que los distingue de otros grupos.

En este capítulo se retoman por un lado estas dos texturas, que con fines de discusión teórica, se presentan de manera separada, pero que en la realidad social, operan sin límites y fronteras tan claras. En lo sociológico, se retoman las condiciones de emergencia de las representaciones sociales que surgen del consumo de drogas como práctica social, y cómo éstas, son mantenidas por la existencia de un sistema de creencias, conocimientos de sentido común, actitudes hacia la droga, hacia los usuarios como tales, hacia la rehabilitación, hacia el usuario rehabilitado y las afectividades idiosincrásicas que las enmarcan.

En la textura psicológica, se discute cómo estas representaciones sociales, orientan las tomas de posición y en la que los propios actores sociales le añaden su experiencia subjetiva, siguiendo la línea de pensamiento de Moscovici, o

como diría De Shazer, desde la terapia breve centrada en soluciones, con las que construyen los modelos de toma de decisión.

Aunque estos modelos pudieran parecer diferentes entre los dos grupos sociales; padres por un lado, e hijos(as) adolescentes por otro, se encuentran realimentadas por un mismo contexto sociológico, aunque con objetivaciones y anclajes propios, en donde las experiencias, subjetividades y afectos que desde el punto de vista psicológico, son diferentes y aparentemente irreconciliables.

En la figura 4, se encuentra un esquema gráfico que reúne los elementos anteriormente expuestos, y adicionalmente, un concepto sistémico que se introdujo en el capítulo de resultados; *la pauta adictiva que va conectando a una generación con otra*, con la que se intenta explicar cómo es que la adicción se mantiene y se *hereda* de una generación a otra.

Como se propone en la figura 4, el mantenimiento de la adicción opera en tres vertientes; 1) el contexto social, familiar y el consumo como práctica que se encuentra en los grupos y que le da vida a las representaciones sociales; 2) los conocimientos, creencias, actitudes y afectividades que forman parte y mantienen esas representaciones y 3) un círculo vicioso que se crea como resultado de la adopción de

decisiones con las que tratan de resolver el consumo, como producto razonado de los dos elementos previos.

VI.1 El contexto social, familiar y el consumo como práctica social

Uno de los componentes de mayor dificultad, teórica y empírica, de las representaciones sociales radica precisamente en el hecho de vincularlas con el contexto social de donde emergen y el cual las enmarca.

Es precisamente a lo que Moscovici (1976) se refería, cuando señalaba que las representaciones sociales están sometidas a una doble lógica: su componente cognoscitivo y social. Esta coexistencia es a la que él se refería para explicar lo racional de lo irracional, y las aparentes contradicciones que coexisten en el sentido común.

¿Cómo es que la población tapatía rechaza en mayor proporción el consumo de drogas, cuando se le compara con otras entidades? Cortés-Guardado et al (1999), reportaron que sólo un 2.3% de la población aceptaba el consumo de marihuana en Jalisco, mientras que la media nacional de aceptación fue de 6.6%. ¿Cómo explicamos entonces, que su consumo en Jalisco sea por arriba de la media nacional?.

Desde el punto de vista cognoscitivo, el consumo de drogas es rechazado, porque como dice Goffman (1995), se ingresa a la categoría de sujetos estigmatizados y desacreditados. Pero desde el punto de vista social, la realidad parece ser otra. La Ciudad de Guadalajara, ha sido reconocida por algunos historiadores, como una cultura marcada por un *conservadurismo moral* que parece distinguirla de otras regiones del país (Cortés-Guardado et al, 1999; Martínez-Reding, 1985) o como la refieren los propios tapatíos *hipócritamente conservadora*, por el proceso de disociación cognitiva o lo que popularmente se conoce como que “*el tapatío no hace lo que piensa*”. Adicionalmente, hay que considerar que en Guadalajara operan redes de narcotráfico.

Parece que esta doble lógica de las representaciones sociales que permite entender lo racional y lo irracional, a la que se refería Moscovici, puede explicar cómo es que en Guadalajara se rechaza el consumo de drogas al ser estigmatizado, pero también, es la entidad que ocupa el segundo lugar en consumo de drogas por arriba de la media nacional. La explicación de sentido común permite la coexistencia de estos dos elementos.

De manera adicional, se debe considerar, que el 47% de los tapatíos es población joven, y como lo señala la literatura, es justamente la población más vulnerable para el inicio del consumo de drogas, lo que podría significar, que no sólo sería

difícil controlar el problema de las adicciones, sino que además pudiera continuar incrementándose.

La condición problemática de donde emergen las representaciones sociales que circulan alrededor del consumo de drogas, y que más tarde, proporcionan moldes de conducta surge, precisamente del rechazo cognoscitivo del consumo de drogas, que se contrapone con la práctica social del consumo de la población tapatía, y de la lucha de los grupos a favor, que la comercializan y distribuyen, creando en los adolescentes un mercado blanco, y de los grupos en contra, como son las instituciones de salud, entre otras. Estas son, al menos teóricamente, las condiciones de emergencia de las representaciones sociales que emergen del consumo de drogas, y al que Guimelli (1988) y Flament (2001), hacen referencia como los elementos que están ligados directamente a los efectos del contexto, porque son socialmente compartidos.

El contexto social del tapatío, como condición de emergencia, puede ayudar a entender en parte, por qué el consumo de drogas tiende a esconderse tanto en los consumidores como en las familias. De manera adicional, al rechazo que señala Goffman, la familia adopta esta conducta porque es la única fuente de apoyo donde se daría protección y cobijo emocional al consumidor. El grupo de pares, en parte provee la identidad y el sentido de pertenencia (Villalón y Torres, 1989) que la familia parece retirar cuando se descubre el consumo, pero, a

largo plazo, la familia es la única red que promueve el uso de los servicios de rehabilitación, y como dice Barber (1995), es la fuente más importante para que puedan mantenerse sin consumo.

Aquí puede residir una posible explicación del por qué la búsqueda de tratamiento en los servicios de salud no es temprana, pues acudir, significa reconocerse públicamente como consumidor, y ser potencialmente, objeto de rechazo y de exclusión de los grupos sociales.

Como se planteará en párrafos subsecuentes, existen otras condiciones y razonamientos adicionales que se van entrelazando y van formando moldes de conducta social, o como lo plantea Di Giacomo (1987) en términos teóricos, cuando señala que la representación estaría cumpliendo su función al proporcionar un molde que guía la acción de los sujetos, y sobre todo, porque remodela y reconstituye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener.

Aquí es además, cuando se devela, la cuestión del objeto y sujeto al que Moscovici (1973:vi) se refería cuando señalaba que *“objeto y sujeto no son considerados como funcionalmente separados”*. El consumo de drogas, como objeto, está ubicado en un contexto, que en este caso, está matizado por la cultura conservadora del tapatío, desde el cual el consumo es lo que es, porque en parte está siendo considerado, como una extensión de su propia conducta y que

podría ser caracterizado como una conducta privada que debe ser evitada socialmente para exponerse a ser rechazados.

De manera adicional al contexto de donde emergen las representaciones que circulan alrededor del consumo de drogas, está presente un sistema de referencia más concreto y cercano, desde el punto de vista emocional: la familia.

En parte, mucho de lo que el individuo cree y sabe, es provisto por el paradigma cultural de la familia y por el ambiente emocional donde la persona crece (Nuño,1999b). Las creencias son sistemas de configuraciones compartidas que actúan como una especie de paradigma, en donde, por su tipo de adherencia no son cuestionadas, y de manera adicional, van formando moldes de conducta individual. En este sentido, las creencias van siendo transmitidas de una generación a otra.

Al revisar la investigación que se ha producido en las familias de usuarios de drogas, ésta se ha centrado en caracterizarlas, pero se ha dejado de lado su exploración cultural y su vinculación con el comportamiento.

Los hallazgos encontrados en este estudio coinciden con lo reportado, sin embargo, este estudio aporta datos adicionales para contextualizar la naturaleza prescriptiva de los comportamientos. Por ejemplo, Klein et al (1997), reportaron la existencia de una comunicación defectuosa y triangulada.

Las características de esta comunicación, están vinculadas en gran medida por la decepción emocional que sufren los padres al enterarse de su consumo, pues aunque en su familia hay antecedentes, no están preparados para afrontar la adicción del hijo, porque sus expectativas son otras.

Así como este ejemplo, podría comentarse cada uno de los estudios, que se presentan en el apartado *asociación entre la variable familiar y el consumo de drogas*, del capítulo *"Panorama del consumo de drogas en México"*, donde se perfila una larga lista entre la que se destaca: la existencia de familias multi-problemáticas (Climent et al, 1990; Sokol, et al, 1997), conflictos maritales y falta de acuerdos comunes (Klein et al, 1997), conflictos entre padres e hijos (Klein et al, 1997; Yeh et al, 1995), la existencia de alianzas y coaliciones intergeneracionales (Straus et al, 1994; Graham, 1996), la presencia de violencia (Straus et al, 1994; Graham, 1996), un ambiente familiar privado de afecto y reconocimiento (Yeh et al, 1995) (Yeh et al, 1995; Choquet et al, 1993), baja satisfacción familiar, entre otras características similares.

Terapéuticamente hablando, estas disfunciones podrían corregirse bajo una intervención no muy prolongada, y estas familias, podrían pasar a una nueva condición, pero desde el marco de las representaciones sociales, los hallazgos indican que *la adicción trasciende a la disfunción familiar*.

La adicción no sólo puede ser explicada y atribuida, como causa-efecto a la disfunción familiar como lo sugieren los estudios de familias con uso de drogas, e incluso, el mismo marco teórico de la terapia familiar sistémica, aunque este último, no lo visualiza como causa efecto, sino como una condición más circular, en donde se cuestionaría si el síntoma brota por la disfunción, o si la disfunción es consecuencia del síntoma y apelaría a explicaciones de segundo orden, donde se tomarían en cuenta las interacciones y las creencias de las generaciones previas para identificar *la pauta que conecta a una generación con otra*. Sin embargo, se ignoraría el contexto social y ambiental de donde emergen las representaciones, así como las experiencias, conocimientos, creencias y afectividades que las mantienen y dan origen a las tomas de posición.

La tesis central de este estudio consiste en proponer que las familias entrevistadas son altamente sensibles a consumir drogas, en parte porque ha sido un comportamiento modelado por sus generaciones previas, pero también porque es una forma de afrontar el estrés y la ansiedad que genera el tratar a toda costa, el materializar un mundo mejor para los hijos, bajo circunstancias adversas como la baja escolaridad, empleos no especializados, bajo compromiso conyugal, rupturas y separaciones constantes, problemas con la justicia, morbilidad mental, presencia de problemáticas severas que afectan los elementos centrales del funcionamiento familiar, tales como: la jerarquía y su distribución, el ejercicio de una parentalidad

inconsistente, así como las pautas de interacción conflictivas entre los esposos y entre los adolescentes con sus padres.

De ello resulta una tipología de padres: los sobreprotectores y los periféricos. En palabras de Markova (1997), se trata de una relación dialógica, que desde el punto de vista sistémico, cumple una función compensatoria; mientras el padre se comporta de manera periférica, la madre compensa su función con estrategias de tipo sobreprotector para guiar al hijo a ese mundo prometido. De ahí que no sólo no se sientan obligados, sino hasta culpables por el fracaso del hijo en las drogas.

Aún cuando estas condiciones adversas generadoras de estrés se ubican en el medio familiar, la representación *del mundo mejor* es de carácter eminentemente social, pues se encuentra anclado en un componente cultural de los padres. Sin embargo, los padres intentan materializar *la oferta del mundo mejor* sólo al interior del ámbito familiar, como si el propósito dependiera sólo de la voluntad. Es como si trataran de hacer un recorte de su familia con el resto del mundo, que subyace en la creencia popular de invulnerabilidad *a mi no me va a pasar nada*.

Esta teoría de sentido común de la adicción, que explica cómo se ingresa a las drogas, es reduccionista, en el sentido de que seguramente va más allá de lo que la ciencia pudiera proponer. Sin embargo, estos parámetros son los que la población están utilizando para explicar sus ideas de la

realidad que viven, ¿por qué habrían de cotejar sus ideas con el parámetro de la ciencia?. Lo único con lo que cuentan son con sus creencias, sentimientos y actitudes, y con esto, verifican, distinguen o infieren las explicaciones de lo que les acontece.

Sin embargo, en esta teoría de la adicción, prevalece el poder de la imagen de un *mundo mejor* para los hijos que está siendo contextualizado en un ambiente familiar lleno de carencias emocionales, materiales y espirituales que los hace ser altamente sensibles al consumo de drogas. Es como si no hubieran aprendido otras formas más eficaces, o al menos menos evitativas, para concretar ese mundo prometido. Por eso es que ni los padres se percatan cuando el hijo inicia con el consumo de drogas a pesar de los indicios en su conducta.

Los razonamientos de sentido común están perfilando al proceso adictivo como un fenómeno que trasciende al individuo y a la familia, porque existe un componente sociológico, que se ubica precisamente en el terreno de la influencia y de las relaciones sociales, y de manera adicional, un componente cognoscitivo, afectivo e ideológico tanto individual como familiar que está prescribiendo comportamientos.

En otras palabras, las tomas de decisión para afrontar la adicción no sólo están siendo respaldadas por el paradigma familiar, sino por las representaciones sociales que emergen

del contexto cultural, tanto con su componente social como psicológico.

El ambiente familiar previo al brote del consumo de drogas es, al menos, desde la perspectiva subjetiva de los adolescentes consumidores, un elemento disparador que favorece el consumo, y como lo demuestran los estudios de Campbell, 1986; Climent et al, 1990; Choquet et al, 1993; Straus et al, 1994; Tomori, 1994; Anderson et al, 1994; Denton et al, 1994; Foxcroft et al, 1995; Yeh et al, 1995; McGaha y Leoni, 1995; Foshee et al, 1996; Stephenson et al, 1996; Graham, 1996; Klein et al, 1997; Sokol et al, 1997, tiene una asociación positiva.

De manera posterior al descubrimiento del consumo, la familia también actúa como un elemento que mantiene al consumo, en parte, porque necesita buscar un equilibrio para sobrevivir emocionalmente y se vuelve tolerante, pero por otro lado, porque la respuesta de los padres, es ineficiente.

Esta ineficacia es tal, porque los padres no están en condiciones de hacer algo más; el impacto y el choque emocional de tener un hijo adicto no les permite hacer nada más. Nadie está preparado para tener un hijo(a) adicto. En todo caso, se espera que aprendan de los errores de la familia y vivan un mundo mejor. Pero por otro lado, se tiene presente la presión cultural del contexto inmediato, que tiende a rechazar y a segregar a los usuarios, así, la familia se perfila

como el único ambiente disponible que puede protegerlos ante esa amenaza.

La familia de los usuarios de drogas, como se perfiló en este estudio y como se coincide con la literatura disponible, posee características con tendencias más desfavorecedoras y con menos recursos en todos los sentidos (menor escolaridad, empleos no especializados, un consumo más húmedo y problemáticas más severas), para afrontar y resolver de manera eficiente la adicción.

La disfunción familiar, como se propone, no explica en su totalidad la adicción, pero sí aporta algunos de los elementos que complica su resolución y delinea una especie de círculo vicioso que mantiene la adicción y perfila que su resolución requiera de una intervención multifacética que aborde las diferentes instancias involucradas en el proceso adictivo.

En la familia, el crecimiento y el desarrollo de los miembros ocurre bajo el modelamiento del consumo de alcohol y drogas de las figuras con autoridad y una cultura de tolerancia y permisividad que se va gestando en su interior, un ambiente poco estable y las propias características sociodemográficas de estas familias que le impiden romper con esta tradición.

Como lo propone la OPS (Almeida, 1992), mientras más alto es el nivel de rechazo social hacia el uso de drogas dentro de la familia, menos probable será que el hijo(a) las consuma. En

estas familias, no sólo se toleraba el consumo de drogas en las figuras de autoridad, sino de manera implícita se modelaba su uso. Si a esto le agregamos la baja percepción de riesgo en los adolescentes, la propia condición crítica de la etapa de la adolescencia y un ambiente familiar poco estable, se generan condiciones favorables para su mantenimiento.

De manera adicional, los adolescentes que participaron en este estudio, provenían de familias de estratos medios-bajos y bajos, que residían en colonias marginales y periféricas, y como lo propone Urenda (1985), bajo estas condiciones, los adolescentes inician el uso de drogas y/o tráfico de drogas porque es una de las pocas opciones que están disponibles para ellos en esas estructuras socioeconómicas, ya que otras como la educación o un empleo adecuado para su edad, se encuentran restringidos, y yo agregaría que, aún cuando no estén dadas las condiciones estructurales, los propios actores sociales no las buscan, en parte, porque dentro de su esquema cognoscitivo y de su plan de vida, no está salir de este medio, porque se han *alienado* a este estilo de vida que les ha sido heredado de su tradición familiar. Modificar este esquema, implica romper con las estructuras ideológicas que sostienen la tradición familiar, y como dice Ramírez (1978), la psicología del mexicano tiende más bien a mantener y reproducir compulsivamente la tradición.

En este sentido es que la familia *hereda* las condiciones favorables para que el consumo no sólo se mantenga a través

de las generaciones, sino que además, como dice McGoldrick et al (1987), esta pauta se va pervirtiendo y va adoptando conductas más autodestructivas en las generaciones contemporáneas.

Repasemos las características del inicio del consumo de drogas en esta población: se trata de un inicio temprano, en donde la ingesta de tabaco fue en promedio a los 12.8, seguido del alcohol a los 12.9, inhalables a los 13.8, marihuana, cocaína, tranquilizantes y alucinógenos a los 14.4 años.

Además del inicio temprano, se trata de un poli-consumo, en donde no se encontraron diferencias significativas en el patrón de consumo entre hombres y mujeres. Tal como lo reporta la literatura, hay que tomar en cuenta el aspecto cultural, al que se refiere Galvan et al (1994), en el que señalan, que para las mujeres no hay *nada prohibido* o nada que ellas *no puedan hacer*. Durante las entrevistas, ellas señalaron que consumían de manera similar o frecuentemente más que ellos, para demostrar que sabían consumir, para ganarse el respeto del grupo y porque para las mujeres no hay cosas prohibidas.

Se trata pues de una práctica que va siendo modelada por el grupo familiar y social. Nuevamente esta práctica incide en el componente sociológico de la adicción, en donde la influencia y las relaciones sociales están vinculadas y matizadas por el

componente psicológico, que en este caso, está asociado a las características idiosincrásicas propias del género.

El resultado de la interacción de estos tres elementos (contexto social, familiar y el consumo como práctica) le dan vida a dos representaciones sociales: la oferta de un mundo mejor y la búsqueda de un mundo diferente, que son mantenidos a su vez, por un conjunto de conocimientos, creencias, actitudes y afectividades que prescriben tomas de posición.

VI.2. Conocimientos, creencias, actitudes y afectividades que alimentan a las representaciones sociales

Moscovici sugirió en 1979, que para calificar de *social* a una representación no era suficiente definir al agente que la producía, sino saber *por qué* la producía. En este sentido, los hallazgos indican que la *función* de la representación social, es doble. Por un lado, emerge de una condición problemática de la práctica del consumo del alcohol y las drogas de las generaciones, para dar protección y cobijo emocional a los hijos(a) usuarios de drogas ilegales y evitar, al menos desde este razonamiento, la posibilidad de que sean excluidos de los grupos sociales. La segunda función que se observa es *comunicarles* a sus hijos(a) adolescentes que existen expectativas de vida mejor que les tienen reservadas, en la

medida que *ellos aprendan a evitar caer en los mismos errores* de sus padres, tíos y abuelos.

Sin embargo, como dice Moscovici, la representación social condensa una reflexión colectiva diversificada y difusa. De ahí que sean multifacéticas. Como los resultados lo demuestran, el proceso adictivo y el contexto que lo sostiene, le dieron vida a dos representaciones sociales: *la oferta de un mundo mejor* y *la búsqueda de un mundo diferente*. Los padres depositaron expectativas en los hijos(as), para que tuvieran *una vida mejor* a la de ellos. Los hallazgos revelan, que los adolescentes buscaban un mundo diferente al de los padres. Las comunicaciones coinciden en este punto, pues tanto padres como hijos deseaban vidas diferentes, sin embargo, la objetivación fue diferente en cada caso.

Moscovici (1979) apuntó, cuando se refería a las representaciones sociales como proceso, que la objetivación, consistía en *hacer real el esquema conceptual*, es decir, en sustituir lo percibido por lo conocido. Es aquí cuando ese carácter multifacético del contenido de las representaciones sociales se encarna en la drogas como un sustituto del afecto, para los adolescentes, y en la decepción moral de los padres. Las formas de objetivar ese mundo fueron diferentes.

Por consecuencia, el comportamiento del anclaje tuvo el mismo comportamiento. Para Moscovici (1979), el anclaje designa la inserción de un objeto en la jerarquía de los

valores, es decir, lo que determina el significado del objeto en esa jerarquía de valores al transformar el objeto desde su marco de referencia y colocarlo en una red de significados.

Mientras que para los adolescentes, la droga representaba inicialmente una especie de *romance* que satisfacía sus carencias emocionales y la posibilidad de convivir con un grupo en el que era bien acogido. Más tarde, cuando se aceptó el problema de la adicción como tal, el anclaje de la droga se transformó en *un error que podría ser enmendable*. Para los padres significó *la destrucción familiar* por la cantidad de problemas asociados y ante la imposibilidad de hacer algo efectivo que los llevara a la resolución.

Las representaciones sociales vistas como productos socioculturales, poseen de manera inherente a su contenido tres dimensiones: la información, actitud y campo de representación.

La información, como lo señala Ibáñez (1988), se refiere a los conocimientos que tiene un grupo y cómo éste, se aproxima al objeto, que puede ser por medio de una comunicación o de un contacto directo. Tanto en adolescentes como en padres, había un acercamiento directo con drogas, por lo que sus conocimientos estaban siendo relacionados por su experiencia, es decir, no sólo aparecían elementos de carácter normativo, sino prácticas relacionadas con la experiencia. De ahí que los padres sabían que obtener el

juramento del hijo(a) era una opción porque ya habían advertido su efectividad. La creencia que respaldaba este conocimiento era *querer es poder*, que se encontró arraigada en el valor popular que se le otorga a la voluntad.

En los adolescentes, por el contrario, prevalecía el conocimiento de que la droga satisfacía necesidades, y por lo tanto, no representaba un problema. La creencia que respaldaba este conocimiento era *querer es poder* o la droga se deja en el momento que cada uno lo decidiera.

Con respecto a la segunda dimensión, Moscovici (1979) señaló que las actitudes le daban una orientación global de tipo evaluativa y afectiva al objeto. Como lo demuestran los hallazgos, la actitud hacia la droga, era más positiva para los adolescentes, al menos, en el ingreso y permanencia. Hacia el final, había un reconocimiento del problema como tal, la actitud hacia la droga se modificaba como de rechazo, lo que habilitaba una actitud positiva hacia el tratamiento, pues tenían una certeza: su vida antes y después de las drogas. Sabían que la droga tenía una salida, y todos sus esfuerzos, estaban dirigidos hacia esa búsqueda.

En cambio, para los padres, el consumo de drogas ilegales *son palabras mayores*, pues existen actitudes de mayor tolerancia hacia las drogas legales. En parte, porque durante algunos de sus ciclos evolutivos, el alcohol y el tabaco han estado presentes, y porque a estos usuarios, no los excluye

de los grupos sociales. En la última etapa, después de haber vivido con toda su afectividad el proceso adictivo de su hijo(a) adolescente, no tenían certezas, no habían visto resultados exitosos y su actitud fue predominantemente pesimista en donde se perfiló un nuevo conocimiento: la droga no tiene salida.

Uno de los elementos centrales y más ricos de este estudio, radica precisamente, en el hecho de retomar uno de los componentes más olvidados de la actitud: la emotividad y afectividad de los actores sociales. En este sentido, se coincide con González-Rey (1994) cuando señala que los estudios de representaciones sociales, omiten el desarrollo de esta subjetividad en la que se involucran los afectos, motivaciones, pulsiones inconscientes o contenidos reprimidos.

Blanch (1996) sugiere que para entender la emotividad y afectividad en la constitución de las representaciones sociales, hay que recurrir a las investigaciones empíricas, ya que son las que podrían precisar su papel.

Los hallazgos de este estudio, indican que el componente afectivo está mediando, junto con la propia condición problematizadora, la construcción y el mantenimiento de las representaciones sociales. *La oferta de un mundo mejor*, surge precisamente a partir de un componente afectivo, en donde se espera que el hijo viva mejor. En gran medida, en

las decisiones tomadas, se oferta también el cobijo emocional. Las respuestas y las conductas de los padres estaban matizadas por esta afectividad.

En los adolescentes, la *búsqueda de un mundo diferente*, emerge también de un vacío emocional que es desplazado y compensado por el consumo. El ocultamiento a los padres, en gran medida estaba dado para evitar una respuesta emocional de decepción. El romance y el sentido de pertenencia del grupo son otros de los componente afectivos que giran alrededor del consumo de drogas.

Pero como dice Blanch (1991), más que tratar de visualizar las emociones en un enfoque lineal-causal, o de antecedente y consecuente, se propone, visualizar emociones, representaciones y tomas de decisión como un todo unificado que se da conjuntamente, sin fronteras claras que los separen como componentes aislados de su contexto social y ambiental donde se producen. Desde esta perspectiva, en el marco de las representaciones sociales y del enfoque sistémico, la afectividad es visualizada circularmente como una espiralidad cruzada.

Por último, la tercera dimensión que fue considerada por Moscovici (1979), se refiere al campo de representación, que hace alusión el conjunto de imágenes o el modelo social de un contenido concreto, en donde sus elementos son jerarquizados.

En la representación social que orientó la construcción del modelo de toma de decisiones se identificaron razonamientos entrelazados bajo un orden lógico que no fue arbitrario. En los padres, se encontró la decepción emocional que posibilitó prescripciones del comportamiento; la redefinición de la adicción como enfermedad, que habilitó el debut en los servicios de salud, y en los adolescentes, la aceptación del consumo como problemático ante la presencia de problemas asociados.

Esta jerarquía impuesta por los razonamientos y los conocimientos de sentido común, son alimentados a su vez, por las creencias familiares y culturales provenientes del contexto social, que cumplen las cuatro funciones que señalaba Jodelet (2000), Abric (2001) y Mugny et al (1985): a) En las funciones del saber, buscaban entender y explicarse el proceso adictivo, que es, en parte nuevo, ajeno y extraño, pero que a la vez no lo es, porque tienen experiencia familiar; b) En las funciones identitarias, se advirtió cómo, a través de un nuevo razonamiento se re-define la identidad del adicto como vicioso a una nueva condición como enfermo, que ya no puede ser excluido de los grupos sociales; c) la función de orientación es la que permite prescribir comportamientos, que como se discutirá en el siguiente apartado, no son acciones arbitrarias, sino producto de razonamientos previamente jerarquizados. d) Por último, se encuentran las funciones justificadoras, que permiten, justificar a posteriori las posturas

y los razonamientos. Es esta última función, la que en realidad nos permite integrar y entender el proceso de explicación y justificación de la adicción, que finalmente permitió proponer desde la conjunción de dos caudales teóricos, la teoría de las representaciones sociales y el enfoque sistémico, una teoría de la adicción desde el sentido común de este grupo de estudio, que incluye las texturas sociológicas que son compartidas por la cultura, y las psicológicas que son añadidas por la experiencia y subjetividad de los sujetos sociales.

VI.3. La adopción de decisiones y la búsqueda de atención

Este último punto que se refiere a las decisiones emprendidas, son finalmente, el producto de las representaciones sociales que se concreta en hechos que emergen del proceso adictivo, y que son necesariamente, razonados no sólo por los propios actores sociales, sino por la influencia del contexto cultural de referencia.

La tesis central de este estudio, a la que ya se hizo referencia previamente, es que las tomas de decisión son influenciadas por factores adicionales al paradigma cultural de la familia. Estos factores cognoscitivos y sociales de los razonamientos se encuentran anclados en las texturas sociológicas, tal como

lo propone Moscovici. El intento de los padres y de los adolescentes, por resolver en una primera instancia la adicción, subyace por un lado, en el valor popular que se le ha otorgado a la voluntad, y por otro, en el estigma social del que son objeto los usuarios de drogas.

Tras el fracaso de los intentos endógenos, como la búsqueda del juramento y el ejercicio de la parentalidad inconsistente, los padres re-definen la adicción como una enfermedad superior a sus propios recursos, lo cual los conduce a emprender estrategias exógenas como la búsqueda de los servicios de salud.

Esta nueva condición de re-definición de la adicción como enfermedad, gestó una nueva representación: *la oferta de un mundo liberado de las drogas*, que se desprende de *la oferta de un mundo mejor*. Una vez que han aceptado al hijo como usuario de drogas, pero ahora, bajo la condición de enfermo, se ofreció la posibilidad de buscar un tratamiento especializado en los servicios de salud, con la esperanza de que pueda liberarse de las drogas.

Sin embargo, esta posibilidad no se concretó en tanto el hijo no aceptó que su consumo era problemático, y voluntariamente aceptó asistir. Este hecho es diferente de lo que ocurre cuando es llevado por la familia o derivado por otras instituciones como la escuela o el centro tutelar.

Cuando el adolescente está en condiciones de aceptar su consumo como problemático, adicionalmente se devela la imagen del ingreso a las drogas como un *error que puede ser enmendable* y un *sujeto que puede ser rescatable*. Los servicios de salud aparecen entonces como el instrumento adecuado para enmendar el error y rescatar al sujeto. Es precisamente de aquí de donde se desprende una imagen más: la del usuario rehabilitado, que se ancla en símbolos de reinserción social como estudiar o trabajar. De nuevo, se echa mano de componentes sociológicos que prescriben un comportamiento psicológico.

Como podrá advertirse, la búsqueda de tratamiento, es una conducta que obedece a un conjunto de razonamientos y no sólo a un acto arbitrario. Los actores sociales acuden con expectativas que esperan puedan cumplirse. Tanto padres como adolescentes esperan que el deseo de consumir desaparezca y que su vida cotidiana pueda ser como antes. Sin embargo, todo parece indicar que esas expectativas no están siendo cumplidas. En el seguimiento que se realizó a 18 meses, se encontró que sólo el 27% reportó su tratamiento como exitoso.

Como lo señala Fletcher et al, 1999; Broome et al 1999; Joe et al, 1999; Grella et al, 1999 y Hser et al, 1999, la intervención debe ser multifáctica, es decir, que tome en cuenta las diferentes áreas relacionadas con la adicción: el holón individual, familiar y social.

Un elemento que se reveló como central en la conducción hacia proceso adictivo fue la cuestión de la afectividad. Esto significa que el ingreso hacia al consumo de drogas es a través de un amigo emocionalmente cercano y motivado por un vacío emocional, posteriormente se establece un romance con la droga, y finalmente, el grupo de pares ofrece el sentido de pertenencia y el apoyo que la familia retira temporalmente. Desde estas formas de pensamiento social, es lo que facilitaría volver a las drogas, pues sentirse miembro de un grupo es parte de la identidad y del reconocimiento que le da sentido a la vida de las personas en sociedad. Por ello, el tratamiento debe ofrecer ese sentido de pertenencia y la reconstrucción de una identidad como grupo de ex usuarios.

Por otro lado, en los padres se vivió una decepción emocional, de manera posterior, el papá se involucró y se retiró emocionalmente en diferentes momentos, mientras que la madre sufrió un deterioro emocional con tendencia a síntomas depresivos y tuvo la sensación de que necesitaba orientación.

La afectividad es una parte esencial que debe retomarse en el tratamiento y como lo demuestran los estudios, el enganche afectivo que el terapeuta establece con el paciente es un predictor para la adherencia terapéutica.

Por otro lado, los estudios también destacan la influencia del contexto social. Parece haber una asociación entre un tiempo de permanencia del paciente más o menos prolongado (tres

meses o más) y el incremento de la posibilidad de un resultado exitoso del tratamiento. Esto debido en parte, a la posibilidad de adquisición de habilidades sociales para rechazar el consumo, pero también como lo reportan los hallazgos de este estudio, a: que existe una re-definición en su sistema de creencias con respecto a las *verdaderas amistades*; su re-definición como enfermos; la observación de sus problemas asociados al consumo; al estado de salud deteriorado de su madre y la instalación de símbolos de reinserción social del usuario rehabilitado.

Tal como lo postulan tanto la terapia breve centrada en soluciones como el estudio de los pacientes reincidentes (Hsert et al, 1999), las familias *barracudas* (Bergman, 1991), es decir, aquellas que van de un tratamiento a otro sin mostrar adherencia a ninguno, parecen tener menos probabilidades de tratamientos exitosos que los de primera vez.

Hser et al, 1999, proponen que las historias de abuso de drogas e índices de delincuencia son mayores en los pacientes reincidentes, porque es más difícil establecer un enganche terapéutico. De manera adicional, los datos de este estudio señalan que existen sensaciones de desesperanza, desaliento y razonamientos que los hacen pensar que la droga no tiene salida.

Los hallazgos de este estudio, permiten apoyar con los razonamientos derivados de la lógica del sentido común, la

propuesta de Fletcher et al (1999), quienes sostienen que parecen ofrecer mejores resultados el establecimiento de diferentes modalidades de tratamiento, como sesiones terapéuticas orientadas a satisfacer otras necesidades alrededor del consumo, grupos de autoayuda post-tratamiento, sesiones individuales y grupales.

De la misma manera, se agregaría que sería oportuno trabajar en grupos psico-educativos con los padres, para atender su estado emocional, fortalecer habilidades parentales, orientarlos sobre el proceso y la conducta adictiva y modificar las creencias que paralizan el curso natural del conflicto. Se ha reportado que el uso de estos programas proveen modelos de roles para la conducta en salud (Perry,1986), impactan positivamente en la reducción de barreras cognitivas, promueven la utilización adecuada de respuestas parentales y la moderación del consumo (Johnson, Bryant,, Strader, Bucholtz,, Berbaum, Collins et al, 1996; Pierre, Mark, Kaltreider & Aikin, 1997) e indican que se promueve una red de apoyo y cohesión que a largo plazo, es la más importante para mantenerse sin consumo (Barber, 1995).

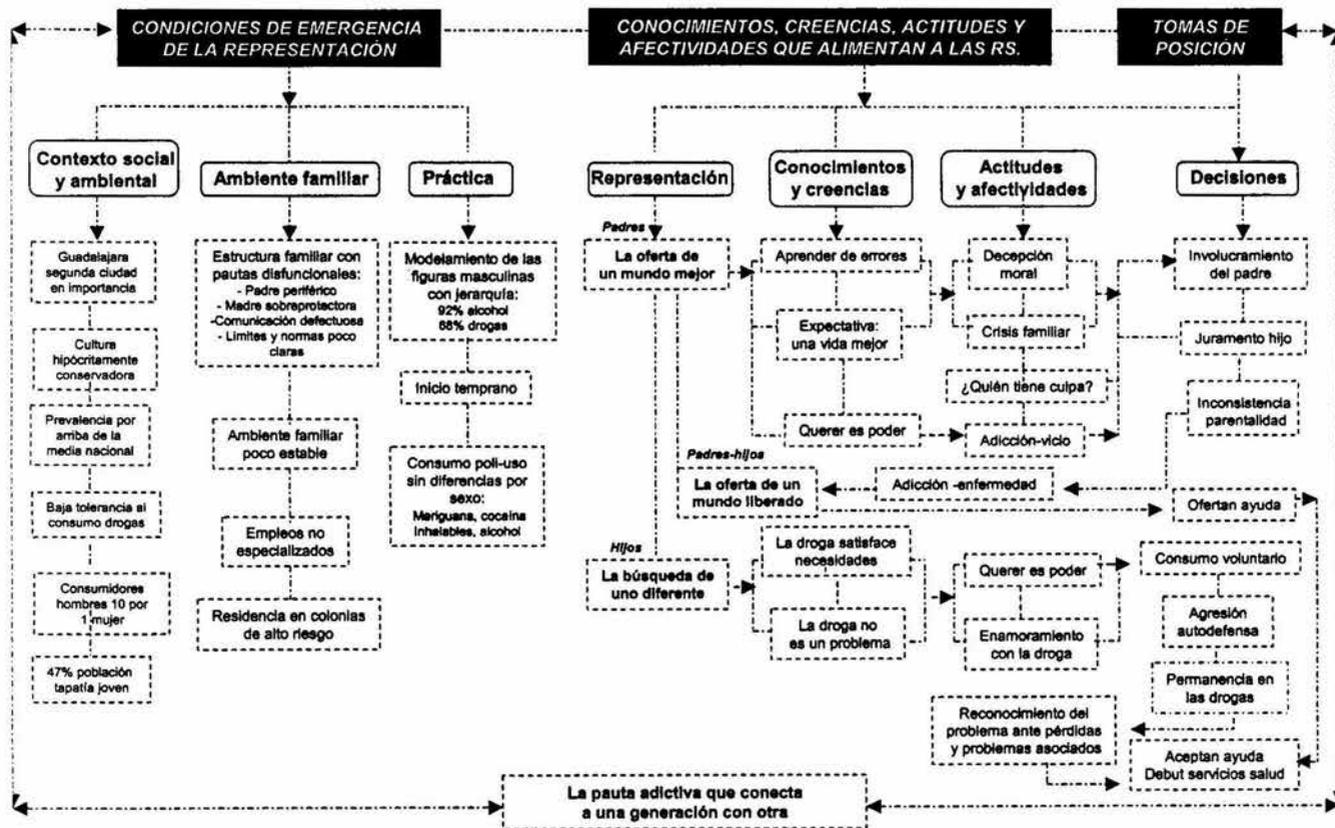
Desde estas formas de pensamiento social, la adicción trasciende al individuo y a la familia, lo que va propiciando que la intervención tome en cuenta el componente social y cultural del contexto. Tratarla tomando en cuenta estos componentes podría posibilitar un tratamiento exitoso, por lo que sería oportuno implementar y evaluar una intervención multifacética.

A manera de síntesis, este estudio presenta una teoría de la adicción que proviene del sentido común de adolescentes y padres, que fue construida en retrospectiva. Este primer acercamiento presenta cómo las diferentes formas de pensamiento social, familiar e individual explican la adicción y orientan la toma de decisiones. Sin embargo, ¿este modelo opera de manera similar en otras poblaciones o es eminentemente de carácter idiosincrásico? ¿será posible predecir, ahora en prospectiva, tales decisiones? Estas preguntas podrían ser contestadas utilizando la metodología de modelos de decisiones de árboles etnográficos (Gladwin, 1989).

Los hallazgos indican que las diferentes formas de pensamiento social que orientan la toma de decisiones en la población estudiada son autónomas, se encuentran ligadas al menos, a otra representación: lo que es, o más bien, lo que debe ser una familia a nivel normativo, por lo que, habría que continuar profundizando cómo esta representación familiar, a nivel normativo, influye en el consumo de drogas como práctica social.

Por último, los resultados pueden ser extrapolados en aquellos adolescentes que transitan por las tres etapas de la adicción. Adicionalmente se debe considerar que la muestra en estudio fue exclusivamente de la población que acude a CIJ en Guadalajara.

Figura 4 Representaciones sociales sobre las que construyen los modelos de toma de decisiones con los que intentan resolver el consumo de drogas ilegales adolescentes y sus padres que acuden a tratamiento a Centros de Integración Juvenil en Guadalajara



Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones y recomendaciones

Las conclusiones se presentan en cuatro partes; a) el contexto social y familiar, b) las características sociodemográficas asociadas al consumo, c) el modelo de toma de decisiones de los padres y d) el modelo de toma de decisiones de los adolescentes.

Las recomendaciones se orientan en dos áreas: a) en políticas de salud y b) en investigación.

I. Conclusiones

a. El contexto social y familiar

Guadalajara ha sido reconocida como una ciudad que posee una cultura conservadora, en la que cognoscitivamente se rechaza abiertamente el consumo de drogas, sin embargo, también es reconocida como la segunda ciudad con mayor consumo en la República Mexicana, por arriba de la media nacional. Este hecho de disociación cognoscitiva referida por los propios tapatíos, como *hipócritamente conservadora*, favorece de manera concomitante a la lucha de grupos en contra y a favor del consumo, las condiciones de emergencia de las representaciones sociales específicas. Por otro lado, los conocimientos de sentido común, las creencias y el

ambiente familiar favorecen la persistencia de dichas representaciones sociales.

Entre las características sociodemográficas más relevantes de las familias, encontramos: baja escolaridad, empleos no especializados, bajo compromiso conyugal que ocasiona rupturas y separaciones constantes, problemas con la justicia y morbilidad mental.

Desde el punto de vista terapéutico, el comportamiento de estas variables en su conjunto, sugieren la existencia de un ambiente poco estable, que a su vez, se comporta como una fuente permanente generadora de estrés, que parece ser afrontada mediante estrategias evitativas, como el consumo de drogas, más que de tipo confrontativo.

Los antecedentes del consumo de alcohol en las familias de origen de los adolescentes, se registraron en el 91.4% y de 72.4% para el caso de drogas ilegales, lo que podría traducirse en que la familia es un ambiente de aprendizaje y modelamiento para los adolescentes en el que se definen actitudes de tolerancia hacia su consumo. La familia crea un contexto que define conductas para el resto del grupo familiar.

Adicionalmente, las características de la estructura de las familias de usuarios tiene una tendencia más desfavorecedora y con menos recursos, comparada con las familias sin usuarios, para afrontar la adicción del hijo. Una menor

escolaridad, un consumo más *húmedo* y la presencia de problemáticas más severas que afectan los elementos centrales del funcionamiento familiar, tales como: la jerarquía y su distribución, el ejercicio de una parentalidad inconsistente, así como las pautas de interacción conflictivas entre los esposos y entre los adolescentes con sus padres. Estos fueron los aspectos más relevantes identificados a este respecto.

Estas condiciones del ambiente familiar, en su conjunto, representan una ideología cultural en la que su adherencia y la alienación de los miembros, forman parte de la tradición familiar, que se hereda de una generación a otra, y que de manera adicional, forman parte del círculo vicioso que contribuye a que la pauta adictiva vaya conectando a una generación con otra.

b. Características sociodemográficas asociadas al consumo

Las características sociodemográficas de los adolescentes en estudio, en parte, son explicadas por el tipo de población que acude a los servicios de salud, tal como lo reportan los estudios: bajo promedio de escolaridad y empleos no especializados en los adolescentes, así como una mayor proporción de mujeres que estudiaban y mayor proporción de

hombres que trabajaban (CECAJ, 2001; Ortiz et al, 1993). Sin embargo, un elemento que debe destacarse es que la rehabilitación se busca posteriormente a una duración media de consumo estimada en seis años.

Al comparar la tendencia del consumo en los adolescentes, entre *alguna vez en la vida* y *el último año*, únicamente el alcohol y los inhalables estuvieron asociadas en el último año. Al comparar *el último año* con *el último mes*, la tendencia fue también hacia la reducción, excepto en tabaco y alcohol, en los que se mantuvieron los mismos porcentajes. Este hecho puede ser explicado como una forma de afrontar el estrés que se produce al disminuir el consumo de drogas ilegales, por lo que habría que enfocarse también hacia el tratamiento de drogas legales y habilitar otras formas de afrontamiento.

En el patrón de consumo entre hombres y mujeres no se encontraron diferencias significativas. Su explicación nos remite a los aspectos de género, en donde las mujeres tienen la percepción de que para ellas no hay nada prohibido.

Los problemas asociados al consumo registraron proporciones entre el 39 y 98% de prevalencia en la población en estudio. Las áreas más problemáticas fueron: abuso de sustancias, relaciones con los amigos, relaciones familiares, nivel educativo y salud mental. Sin embargo, se encontraron problemáticas más severas en las mujeres en: relaciones familiares, conducta agresiva-delinuencia y salud mental.

c. El modelo de toma de decisiones de los padres

El modelo de toma de decisiones en los padres se orientó por la representación social: *la oferta de un mundo mejor* y de la cual se derivó de manera posterior, *la oferta de un mundo liberado de las drogas*.

La oferta de un mundo mejor surgió como resultado de una condición problemática en donde culturalmente los adictos son rechazados y segregados por los grupos sociales. De manera adicional, influyó en su conformación el ambiente familiar y sus experiencias subjetivas, en la que durante prácticamente todos sus ciclos evolutivos han vivido un consumo problemático de alcohol y drogas en las principales figuras de autoridad.

De esta experiencia, se desprenden conocimientos de sentido común, como la estrategia del juramento, que se ancló en la creencia popular del valor que se le otorga a la voluntad, y que finalmente, fue la que mantuvo la existencia de esta representación.

Por otro lado, *la oferta de un mundo liberado de las drogas*, surge como resultado de la ineficacia de las estrategias emprendidas.

En este modelo se identificaron tres etapas: 1) descubriendo la adicción, 2) la permanencia y 3) la retirada.

1) En el descubrimiento de la adicción, se hizo presente el rechazo de ese mundo mejor y seguro que les estaba siendo reservado por los padres. La representación de *una vida mejor*, actúa como una filosofía que parece prevalecer en el contexto social, en la que los padres incluyen expectativas superiores para sus hijos(as) con la esperanza de que vivan mejor, y en la que por supuesto, no se incluye el consumo de drogas, y menos, de tipo ilegal. Por lo que, las reacciones de los padres no pueden ser de otro tipo que no sean emocionales.

Las estrategias que emprendió la familia en esta primera fase fueron: el involucramiento afectivo del padre y la búsqueda del juramento del hijo(a).

Como todo razonamiento lógico, trataron de explicarse el consumo de drogas y la búsqueda de chivos expiatorios. La culpa del consumo de drogas recayó en la figura de la madre, pues culturalmente es definida como la educadora de los hijos. En el caso de los adolescentes hombres, la madre no aceptó tal culpa, pues el hombre como futuro proveedor, debe vincularse a espacios más sociales que familiares, por lo que la culpa fue atribuida a la imagen de las *malas amistades*. En el caso de las adolescentes mujeres, la madre se auto-culpó, pues tenían la sensación de haber fallado en su rol para capacitarla como *ama de casa*.

La utilización de servicios de salud no fue una opción culturalmente disponible porque acudir, significaba reconocer socialmente al hijo(a) como adicto, lo que implica la posibilidad de exponerlo a ser rechazado y estigmatizado.

La duración de esta primera etapa fue de un máximo de seis meses, y lo que marcó el ingreso a la segunda fase, fue el movimiento emprendido por la familia: el ejercicio de una parentalidad inconsistente.

2) La permanencia en el mundo de las drogas fue la etapa más prolonga en cuanto a tiempo (hasta seis años) e inversión de recursos, pues aún prevalecía la creencia *querer es poder* que absorbió toda la creatividad del curso natural del conflicto y creó un círculo vicioso que se caracterizó por emprender estrategias *más de lo mismo*.

En tanto el hijo no reconoció que su adicción era un problema que ameritaba ayuda, la evolución del problema estuvo detenida. Su aceptación marcó el inicio de la tercera y última fase, con la consecuente re-definición del adicto-vicioso al adicto como enfermo, que posibilitó la búsqueda de tratamiento en los servicios de salud.

3) La retirada inició cuando la madre buscó en opciones culturalmente disponibles estrategias diferentes de las emprendidas anteriormente, como: platicar con sacerdotes, amigos, familiares, maestros, psicólogos, acudir al DIF y

centros de rehabilitación como CIJ. A este último acudieron con la expectativa de que el deseo de consumir desaparecería por completo; la posibilidad de encontrar orientación sobre cómo manejar al hijo(a) y un tratamiento para re-construir su vida familiar.

La imagen del usuario de drogas fue construida en función de símbolos de re-inserción social, como el desempeño de actividades productivas, el re-encuentro con viejos valores y el regreso con hábitos anteriores.

Sin embargo, en la medida en que las expectativas no fueron satisfechas, y los símbolos de re-inserción social no se hicieron presentes, se instalaron en los padres, sensaciones de frustración, desaliento, síntomas depresivos y el pensamiento pesimista de que la droga no tiene salida.

d. El modelo de toma de decisiones de los adolescentes

La representación social sobre la que se construyó el modelo de toma de decisiones fue la *búsqueda de un mundo diferente al que les estaba reservado por sus padres*, en el que se identificaron tres momentos: 1) el ingreso, 2) la permanencia y 3) la retirada.

1) El ingreso fue explicado por curiosidad, invitación de los amigos, sensación de soledad y ambiente familiar poco cálido. Sin embargo, destacaron que el involucramiento fue su

voluntad propia. Este voluntarismo, representaría más tarde, la búsqueda de la salida. La imagen del amigo se encarnó en alguien emocionalmente cercano, vecino de su barrio que cubría necesidades psico-afectivas y le daba sentido de pertenencia. La droga vino a representar un mundo aparentemente sin dolor, pleno y placentero en el que no existían carencias. Cuando el consumo se hizo evidente en la familia, hubo reacciones tales como lágrimas de la madre y amenazas y agresiones del padre. Le hicieron prometer dejar las drogas, sin embargo aún no era momento de dejarlas, *no era un problema*, vivía un romance con la droga y tenía la sensación de que podían dejarla cuando el/ella quisiera.

2) La permanencia. El grupo de pares modeló el aprendizaje necesario para permanecer en el mundo de las drogas. Conocieron diferentes tipos de drogas, usos, efectos, precios, calidades, lugares de venta, estrategias para obtener dinero para mantener su consumo y cómo evitar el síndrome de abstinencia. Las mujeres reportaron mayores dificultades de acceso. Esta etapa fue la más prolongada en cuanto a tiempo que osciló entre tres y seis años, e inversión de recursos, pues fue en la que sufrieron las mayores pérdidas. La conflictiva asociada fue mayor para las mujeres comparada con los hombres; relaciones más hostiles en la familia, mayor consumo y agresividad. Culturalmente, los adictos son rechazados por la sociedad y excluidos de los grupos sociales, porque ingresan en la categoría de sujetos estigmatizados y desacreditados. Si a esto le agregamos el

hecho de ser mujer, el rechazo es mayor y por consecuencia la conflictiva asociada.

En este momento del modelo, aún prevalecía la idea *querer es poder*, es decir, *las drogas se dejan con voluntad*, por lo que se emprendieron estrategias como alejarse de amigos consumidores, reunirse con antiguos amigos no consumidores, regresar temprano a casa y escuchar música. Bajo estas condiciones de vida rutinaria se formó un círculo vicioso que frenó la búsqueda de otras opciones diferentes a las emprendidas, que aunque aparentemente son diferentes, estaban ancladas en la creencia *querer es poder*. El síndrome de abstinencia hizo evidente que estas estrategias no funcionaban, por lo que se dieron cuenta que la droga sí era un problema que ameritaba ayuda. Sin embargo, reconocerlo fue un paso difícil, porque chocó con todas las concepciones y creencias con las que se había conducido.

3. La retirada. La verdadera intención de dejar las drogas comenzó cuando finalmente decidieron aceptar la ayuda ofrecida por lo padres para buscar tratamiento profesional. Fueron cuatro criterios los que los hizo desechar la imagen *la droga se deja cuando uno quiera*, así como modificar la concepción que no era un problema y eliminar la creencia *querer es poder*: 1) ellos mismos, al advertir el deterioro en su salud, su aliño personal, el cambio de sus hábitos e intereses y que no pasaba un día sin que no pudieran consumir; 2) el grupo de pares, al observar las condiciones en cómo se veían

sus *amigos* y preguntarse si ellos se verían así. Re-definieron a las verdaderas amistades como aquéllas que los estimulaban para dejar las drogas; 3) El trabajo y la escuela. Los que trabajaban (52% de los hombres y 39% de las mujeres) reportaron que no permanecían en los empleos porque faltaban o llegaban tarde. Les parecía difícil la escuela a los que estudiaban (35% de los hombres y 41% de las mujeres). Esta inestabilidad laboral y escolar los hizo sentirse diferentes y darse cuenta que antes no era así; 4) la familia. Uno de los elementos más importantes fue advertir el estado emocional deteriorado de la madre y el rechazo de otros miembros de la familia.

Esta introspección en las diferentes áreas permitió romper con el círculo vicioso que había frenado la búsqueda de atención en los servicios de salud. En este momento, la sensación de vacío emocional estaba siendo confrontada y revalorada. Se dieron cuenta que ese mundo diferente que representaban las drogas no correspondía con su expectativa inicial, pues *“el romance se vive mientras no hay mucho consumo”*.

Desde estas formas de pensamiento social, para salir del mundo de las drogas, hay que aprender a permanecer dentro, es decir, para reconocer la adicción como un problema, hay que sufrir sus pérdidas.

Cuando finalmente decidieron acudir a los servicios de salud, tenían expectativas altas e ingenuas de que el deseo de consumir iba a desaparecer y no estaban instalados razonamientos pesimistas, pues tenían dos puntos de comparación: su vida antes y después de las drogas. La imagen del usuario rehabilitado estaba relacionado con la salida: el re-encuentro con sus valores, con sus verdaderos amigos, con el desempeño de actividades productivas y el retorno a los viejos hábitos.

En un seguimiento a 30 madres, a dieciocho meses de haber iniciado la recolección de los datos, se encontró que el 50% reportó que su hijo(a) *había mejorado*, aunque continuaba el consumo; el 27% indicó que el tratamiento había sido exitoso y el 14% señaló que su hijo(a) tenía un mayor consumo. El consumo de la familia nuclear parece estar relacionado con el resultado del tratamiento, por lo que habría que continuar profundizando.

Las formas de pensamiento social entre padres e hijos son aparentemente diferentes, cada uno opera bajo cogniciones, conocimientos, afectividades y actitudes diferentes, que necesariamente conduce a objetivaciones y anclajes diferentes. Sin embargo, no se trata de pensamientos sociales irreconciliables, sino complementarios. Siguiendo a Markova, se trata de una relación dialógica que se ancla en la relación padre-hijo, y por consecuencia, la oferta de un mundo mejor y la búsqueda de uno diferente que proviene de un mismo

contexto cultural. De ahí que las formas de tratamiento deben ser por un lado complementarias, es decir, tanto a padres como a hijos, pero por otro lado, que retomen esa diversidad cultural que las distingue como entidades psicológicamente diferentes.

II. Recomendaciones

II.1 En políticas de salud

Diseño e implementación de una intervención multifacética que tome en cuenta:

Objetivos terapéuticos para adolescentes:

- A. Internamiento de al menos tres meses de residencia.
Desde estas formas de pensamiento social, el grupo de pares ofrece identidad, reconocimiento y satisface las carencias psico-afectivas, bajo las cuales razonan el inicio y la permanencia del consumo de drogas. Estos mismos elementos psico-afectivos son los que deben trasladarse al tratamiento. El internamiento de al menos tres meses, es una forma de lograr tal transferencia.
- B. En las sesiones individuales, se debe establecer del enganche terapéutico atendiendo el aspecto emocional, identificar otras necesidades y expectativas

del tratamiento, que no están directamente relacionadas con el consumo, re-definir su proyecto de vida y análisis de su familia de origen enfatizando en la *pauta adictiva que los va conectando*. Rescate por parte del terapeuta si llegara a desertar.

- C. Basar las intervenciones en las creencias que predominan como *querer es poder*, la imagen del *verdadero amigo*, *el error enmendable* y *el sujeto rescatable*.
- D. Sesiones grupales para habilitar estrategias de afrontamiento más confrontativas al estrés y frustración, identificación de ambientes y situaciones de riesgo para el consumo (incluyendo drogas legales).
- E. Grupos de autoayuda posterior al tratamiento bajo la dirección del terapeuta que trató y la adición de un ex usuario rehabilitado, para mantener la identidad y el reconocimiento necesarios para mantener la abstinencia. Desde estas formas de pensamiento social, es lo que facilitaría tener recaídas.

Objetivos terapéuticos para los padres

- A. Sesiones de terapia con los miembros de la familia disponibles bajo un enfoque sistémico para: modificar pautas de interacción familiar, corregir jerarquías, coaliciones intergeneracionales, dibujar límites entre los diferentes holones, favorecer canales de comunicación más clara y abierta, re-negociar normas

familiares, re-definir actitudes de rechazo hacia las drogas y promover abstinencia en los padres. Es fundamental identificar la función de las alianzas antes de modificarlas, ya que en algunos casos se encontraron funciones de protección a determinados miembros. Es conveniente que el terapeuta realice al menos una visita al domicilio para observar la organización del escenario familiar, la conducta de la familia en su hábitat natural, así como el contexto social del barrio.

- B. Sesiones con la pareja para re-negociar el contrato matrimonial, estructurar un frente unido, habilitar funciones parentales, atender estados emocionales, cuestionar y modificar creencias que paralizan el curso natural del conflicto, mediante la técnica de *sembrado de ideas* (O'Hanlon,1993), así como la identificación de otras necesidades periféricas al consumo.
- C. Sesiones grupales de tipo re-educativas y de orientación para padres enfocados a: orientarlos sobre el proceso y la conducta adictiva.
- D. Grupos de seguimiento posteriores al tratamiento con características similares a los grupos de auto-ayuda y bajo la dirección del terapeuta que originalmente fue asignado.

II.2 En investigación

- A. Evaluar una intervención terapéutica con adolescentes bajo un diseño experimental, de tres grupos paralelos, con seguimiento a seis, nueve y doce meses; Grupo A) Proveerle la intervención terapéutica multifacética (internamiento convencional de 3 meses, sesiones individuales, grupales y grupo de ayuda post-tratamiento a adolescentes, terapia familiar, terapia de pareja, grupo de orientación y grupo de autoayuda a sus padres. Grupo B) el tratamiento convencional de internamiento. Grupo C) el tratamiento convencional ambulatorio.
- B. Determinar el valor de predicibilidad del modelo de toma de decisiones tanto en adolescentes como en padres, bajo la metodología de *modelos de árbol de decisiones etnográficos* (Gladwin, 1989).
- C. Profundizar en la duración de cada una de las fases de los modelos.
- D. Profundizar en la representación social de la familia, para identificar qué conocimientos, creencias, afectividades y actitudes la alimentan para determinar si se trata de una representación social autónoma y cómo se vincula al proceso adictivo.

Bibliografía

Bibliografía

- Aberasturi, A. & Knobel, M. (1992). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México; Ed. Paidós.
- Abric, J. C. (2001). Prácticas sociales y Representaciones. Filosofía y Cultura Contemporánea. México, D.F. Ed. Coyoacán.
- Almeida, F. N. (1992). Epidemiología sin números. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud. Washington D.C. EE.UU.: OPS.
- Anderson, A. & Henry, C. (1994). Family system characteristics and parental behaviors as predictors of adolescent substance use. Adolescence 28, 405–420.
- Arruda, A. (2000). Representaciones sociales y cultura en el pensamiento ambientalista brasileño. En: Jodelet D. & Guerrero A. (Eds.). Develando la cultura (pp. 31–60). México, D.F. : Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ayala, N. & Liveaga, E. B. (1992, Mayo-Junio). Consideraciones desde el punto de vista psicológico acerca de los jóvenes farmacodependientes. Revista Psicología, 34–45.
- Bachman, J., Johnston, L. & O'Malley, P. (1990). Explaining the recent decline in cocaine use among young adults: further evidence that perceived risk and disapproval lead to reduced drugs use. Journal of Health and Social Behavior, 31, 173–184.

- Bailey, S. & Hubbard, R. L. (1990). Developmental Variation in the Context of Marijuana Initiation among adolescents. Journal of Health Social Behavior, 31, 58–70.
- Blackson, T. C. Tarter, R. E., Loeber, R., Ammerman, R. T. & Windle, M. (1996). The influence of paternal substance and difficult temperament in fathers and son on son's disengagement from family to deviant peers. Journal of Youth and Adolescence, 25, 389-411.
- Barber, J. G. (1995) Social work with addictions. England.: Macmillan Press LTD.
- Basabe, N. & Páez, D. (1992). Los jóvenes y el consumo de alcohol. Representaciones sociales. Madrid, España: Ed. Fundamentos.
- Berenzon S., Medina-Mora, M.M., Carreño, S., Juárez, F., Villatoro, J. & Rojas, E.(1996). Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. Salud Mental, 19, 1–5.
- Bergman, J. E. (1991). Pescando barracudas. Pragmática de terapia sistémica breve. Madrid, España.; Paidós.
- Bertalanffy. L.V. (1998). Teoría General de los Sistemas. México, D.F.: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Blanch, M. A. (1996). El papel de la emoción en la construcción de representaciones sociales: invitación para una reflexión teórica. Papers on social representations. Threads of discussion, 5, 113-125.

- Bloch, D. A. (1973). The clinical home visit. En Bloch, D. A. (Ed). Techniques of family psychotherapy: a primer. (pp. 39-45). New York.: Grune & Stratton.
- Boltvinik, J. La pobreza en México. II. Magnitud. (1995). Salud Pública de México, 37, 298-309.
- Borgatti S. Anthropac 4.9 Methods guide. (1996a) EE.UU.: Natick, MA. Analytic Technologies.
- Borgatti, S.: Anthropac 4.9 (1996b). [Software de computadora]. EE.UU.: Natick, MA. Analytic Technologies.
- Bradley, R. Whiteside, L. Mundfrom, D. Casey, P. Kelleher, K. & Pope, S. (1994) Early indicators of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birth weight premature children living in poverty. Child Development, 65, 346-360.
- Broome, K. M. , Simpson, D. D & Joe, G. W. (1999). Patient and program attributes related to treatment process indicators in DATOS. Drug and Alcohol Dependence, 57, 127-135.
- Caballero H. R., Madrigal, L. E, Hidalgo, S.A. & Villaseñor, S. A. (1999). Consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en los adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos de Guadalajara. Salud Mental, 22, 1-8.
- Campbell, T. L. (1986). Family's impact on health. A critical review. Family Systems Medicine, 4, 135-200.
- Castro, M. Ortiz, A., Caudillo, C. & Chávez, A. M. (1985). Alteraciones cognitivas y problemática psicosocial

- asociadas con el consumo de drogas. Salud Mental, 4, 74–79.
- Castro, S. M. , García, Z. G., Rojas, E. & Serna, J. (1988). Conducta antisocial y uso de drogas en una muestra nacional de estudiantes mexicanos. Salud Pública de México, 30, 216–226.
- Castro, S. M. (1991). Aproximaciones terapéuticas con el adolescente farmacodependiente. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 37, 47–52.
- Centros de Integración Juvenil. (2001). Estudio Básico de Comunidad. El consumo de drogas en el Municipio de Guadalajara. Análisis de condiciones y líneas de acción 1995-2000. (Informe de investigación No 96-19). Guadalajara, Jalisco, México.
- Centros de Integración Juvenil (2003). Informe a la comunidad “Avances y compromisos 2002 – 2003. México.
- Chávez, M. I., Solís, A. A., Pacheco, G. & Salinas, O. (1986). Drogas y pobreza. Estudio etnográfico del fenómeno de la farmacodependencia en una colonia suburbana de la Ciudad de México. México.: Ed. Trillas.
- Clarac, P. (1989). Interrupción en el tratamiento por parte de pacientes farmacodependientes durante el período 1981-1982. Aportaciones teóricas y prácticas para el conocimiento del farmacodependiente. En: Centros de Integración Juvenil. México. Serie Técnica, 5, 101.
- Clauss, G. & Hiebsch H. (1986). Psicología del niño escolar. México: Grijalbo.

- Climent, C. E. & Guerrero, M. E. (1990). Cómo proteger a su hijo de la droga. Colombia: Ed. Norma.
- Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco. 2000. Directorio de Instituciones con Programas contra las Adicciones en Jalisco. [folleto informativo]. Guadalajara Jalisco, México.
- Consejo Estatal contra las Adicciones en Jalisco (2001). Manual de información Básica de Adicciones. Guadalajara.
- Cortés-Guardado, M. A. & Shibya, C. (1999). Los valores de los jaliscienses. Encuesta estatal de valores. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara.
- Cronen, V. E., Johnson, K. M. & Lannaman, J. W. (1982). Paradoxes, double binds and reflexive loops: An alternative theoretical perspective. Family Process, 21, 21-41.
- Choquet, M., Kovess, V. & Poutignat, N. (1993). Suicidal thoughts among adolescents: an intercultural approach. Adolescence, 28, 649-653.
- De Shazer, S. (1982). Patterns of brief family therapy: An ecosystemic approach. New York. EE.UU.: Guilford Press.
- De Shazer S. (1995). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona, España.: Paidós.
- Denton, R. & Kampfe, C. H. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review. Adolescence, 29, 475-495.

- Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). Entering the Field of Qualitative Research. En: Denzin N, Lincoln Y (Eds.). Handbook of Qualitative Research. (pp. 1–17). EE.UU.: Sage publications.
- Di Giacomo J. P. (1986). Alliance et rejets intergroupes d'un mouvement de revendication. En: Doise W y Palmonari A. (Eds.). L'étude des Représentations Sociales. París: Delachaux & Niestlé.
- Di Giacomo, J. P. (1987). Teoría y métodos de análisis de las representaciones sociales. En Paéz D. (Ed). Pensamiento, individuo y sociedad: cognición social y presentación social. (78–85). Madrid:- Fundamentos.
- Doise, W. 1991. Las representaciones Sociales: Presentación de un Campo de Investigación. El Conflicto Estructurante. Veinte Años de Psicología Social Experimental de la Escuela de Ginebra (1970-1990). Antropos. Monografías Temáticas, (Supl.27), 196–206.
- Doise, W. 1992. (como se cita en Abric J. C. 2001).
- Durkheim, E. (1947). Les règles de la méthode sociologique. Paris, France: P.U.F.
- Encinas, G. J. (1994). Bandas juveniles. México.: Trillas.
- Ferguson, D. & Lynskey, M., 1994. Adolescent resilience to family adversity. Journal of child Psychology and Psychiatry, 37, 281–291.
- Fernández, G. H., Escobedo, P.M., Hernández, T.D., Tudón, G.H., Ramírez, G. J. & Benítez, M. M. (1997). Consumo de tabaco en la población derechohabiente del Instituto

- Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México, 39, 125–132.
- Flament, C. (1987). (Como se cita en Guimelli 2001:75).
- Flament, C. (1989). (Como se cita en Flores, F. 2001:15).
- Flament, C. (2001). (Como se cita en Abric, J. C. 2001:15).
- Fletcher, B. & Battjes, R. (1999). Introduction to the special issue: treatment process in DATOS. Drug and alcohol dependence, 57, 81-87.
- Flores, F. (2001). Psicología social y género. El sexo como objeto de representación social. México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Flores, F. & Díaz, J. A. (2000). Normalidad y anormalidad: esquemas dicotómicos de la representación social en un grupo de profesionales de la salud mental. Polis, 00, 247–263.
- Flores, F. (1993). La representación social de la feminidad en los profesionales de la salud mental: posibles repercusiones en la intervención clínica. Disertación doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Flores, F. (2002). La función simbólica de la virginidad como prescriptor de género. En: Flores, F. (Ed). Senderos del pensamiento social. (pp. 55-67). México, D.F. Ed. Coyoacán.
- Foshee, V. A. & Hollinger, B. R. (1996). Maternal religiosity, adolescent social bonding, and adolescent alcohol use. The Journal of Early Adolescence, 16, 451–468.

- Foxcroft, J. D. & Lowe, G. (1995). Adolescent drinking, smoking and other substance use involvement: links with perceived family life. Journal of Adolescence, 18,159–177.
- Galván, J., Rodríguez E. M. & Ortiz, A. (1994). Diferencias por género respecto a patrones de consumo y problemas asociados al uso de cocaína: un análisis cualitativo. (pp. 65-73). En: CONADIC. Las adicciones: hacia un enfoque multidisciplinario. México.
- Garbarito, J. (1995). Raising children in a socially toxic environment. California, EE.UU.: Jossey-Bass Publisher.
- García-Núñez J. (1972). Manual de Muestreo. EE.UU: Kumarian Press.
- Garmezly, N. & Rutter M. (1988). Stress, coping and Development in children. EE.UU.: John Hopkins University Press.
- Gladwin, C. H. (1989). Etnographic decision tree modeling. Qualitative research methods. Ca. E.U.: SAGE.
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. (2000). Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. [En red]. Disponible en <http://www.pnd.gob.mx>
- Goffman, E. (1995). Estigma. La identidad deteriorada. Argentina: Amorrortu.
- Gómez-Sustaita, G. 2002. El siglo XX los decenios de Guadalajara. Guadalajara, México.: Instituto Cultural Ignacio Dávila Garibi, A.C. Grupo Modelo S.A. de C.V.
- González, M. A. (2001). La Teoría de las Representaciones Sociales. En: González M. A., Mendoza, G.J. (Eds.).

- Significados colectivos: procesos y reflexiones teóricas.
(pp. 127-153). México: Tec de Monterrey-CIIACSO.
- González-Rey F. (1994). Personalidad, Sujeto y Psicología Social. En: Montero M. (Ed.). Construcción y Crítica de la Psicología Social. Barcelona.: Anthropos.
- González-Rey, F. (2002). Sujeto y Subjetividad. Una aproximación histórico cultural. México.: Ed Thomson.
- Graham, N. (1996). The influence of predictors on adolescent drug use. An examination of individual effects. Youth & Society, 28, 215-235.
- Grella, C. E., Hser, Y. I., Joshi, V. Anglin M. D. (1999). Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. Drug and Alcohol Dependence, 57, 151-166.
- Guimelli, C. (1988). Agresión idéologique, pratiques nouvelles et transformation progressive d'une représentation sociales. Doctorat de l'université de Provence. Aix-en-Provence. Citado en Abric, J. C. (Ed.). 2001. Prácticas sociales y Representaciones. Filosofía y Cultura Contemporánea. México, D.F.: Ed. Coyoacán.
- Guimelli, C. (2001). La función de enfermera. Prácticas y representaciones sociales. En: Abric, J. C. 2001 (Ed.). Prácticas sociales y Representaciones. Filosofía y Cultura Contemporánea. (pp. 75-96). México, D. F.: Ed. Coyoacán.
- Hoffman L. (1994). Fundamentos de la terapia familiar. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

- Horrocs, J. E. (1989). Psicología de la adolescencia. México, D.F.: Ed. Trillas.
- Hser, Y. I., Grella C. E, Hsieh S. CH., Anglin, M. D. & Brown, B. S. (1999). Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. Drug and Alcohol Dependence, 57, 137-150.
- Hurlock, B. E. (1989). Psicología de la adolescencia. México, D.F.: Ed. Paidós Psicología Evolutiva.
- Huselid, R..F. & Cooper, M. L. (1992). Gender Roles as Mediators of Sex Differences in Adolescent Alcohol Use and Abuse. Journal of Health and Social Behavior, 33, 348-362.
- Ibáñez, T. 1988. Representaciones Sociales: teoría y Método: en Ibáñez T (Ed.). Ideologías de la vida cotidiana. (pp. 34-47). Barcelona, España.: Sendai.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Historia. (2000). XII Censo General de Población y Vivienda. México.
- Jodelet, D. (1989). Folies et Représentations Sociales. París.: P.U.F.
- Jodelet, D. (1991). Representaciones sociales: un área en expansión. En: Paéz D., San Juan, C., Romo, I. & Vergara, A. S. (Eds.). Imagen y prevención. Madrid, España.: Fundamentos.
- Jodelet, D. (2000). Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En: Jodelet, D. & Guerrero A. (Eds.). Develando la cultura. (pp. 7-30). Estudios en representaciones sociales. México, D.F.: Editorial UNAM.

- Joe, G. G., Simpson, D. D. & Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. Drug and Alcohol Dependence, 57, 113-125.
- Johnson, K., Bryant, D., Strader, T., Bucholtz, G., Berbaum, M., Collins, D., et al. (1996). Reducing alcohol and other drug use by strengthening community, family, and youth resiliency: an evaluation of the creating lasting connections program. Adolescent Research, 11, 36-67.
- Kantor, D. & Lehr, W. (1975). Inside the family: toward a theory of family process. San Francisco, Ca. EE.UU.: Jossey-Bass.
- Kaplan, L. J. (1991) Adolescencia. El adiós a la infancia. México D. F.: Ed. Paidós.
- Keeney, B. P. (1979). Ecosystemic epistemology: An alternative paradigm for diagnosis. Family Process, 18, 117 – 129.
- Klein, K., Forehand, R., Armistead, L. & Long, P. (1997). Delinquency during the transition to early adulthood: family and parenting predictors from early adolescence. Adolescence, 32 61 – 80.
- Kuhn, T. (1962). La estructura de las revoluciones científicas. México, D. F.: Fondo de cultura económica.
- Landau, J. (1982). Therapy with families in cultural transition. En: McGoldrick, M., Pearce, J. K. & Giordano, J. (Eds.): Ethnicity and family therapy. (552–572). New York. EE.UU.: Guilford Press.

- Lane, S. (1995). A medicao emocional na Constituco do Psiquismo Humano. En: Lane, S. & Burihan, S. (Eds.) Novas Veredas da Psicologia Social. Sao Paulo: Brasiliense.
- Lara, M. A., Romero, M., Dallal, C., Stern R. & Molina K. (1998). Percepción que tiene una comunidad sobre el uso de solventes inhalables. Salud Mental, 21, 19-28.
- Lara, A., Stern, S., Santamaría, C., Obregón, S. & Sosa, R. (1991) Entrevistas a jóvenes pertenecientes a una banda juvenil en una comunidad marginada. Revista del Departamento de Psicología, 4, 78-95.
- Lewin, K. (1973). Dinámica de la personalidad. Madrid, España.: Morata.
- Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México. (1989). México D.F.: Ed. Porrúa.
- López. E., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. & Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas, resultado de una encuesta a población estudiantil. Salud Mental, 18, 25-32.
- Lutte, G. (1991). Liberar la adolescencia. Barcelona, España.: Ed. Herder.
- Mariño, M. C., González-Forteza, C., Andrade, P. & Medina-Mora, M .E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. Salud Mental, 21, 27-36.

- Markova, I. (1997). The individual and the community: A post-communist perspective. Journal of Community & Applied Social Psychology, 7, 3–17.
- Martínez-Reding F. (1985). Guadalajara. Guadalajara, México.: H. Ayuntamiento de Guadalajara.
- McGaha, J. E., Leoni, E. L. (1995). Family violence, abuse, and related family issues of incarcerated delinquents with alcoholic parents compared to those with nonalcoholic parents. Adolescence, 30, 473–482 .
- McGoldrick, M. & Gerson R. (1987). Genogramas en la evaluación familiar. Argentina.: Gedisa.
- Mckinney, J. P., Fitzgerald, H. E. & Strommen, E. A. (1982) Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México, D.F.: Ed. Manual Moderno.
- Medina-Mora, M. E. (1994). Uso, abuso, dependencia y su medición. En: Tapia R. (Ed.). Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. (pp. 25–55). México: Manual Moderno.
- Medina-Mora M. E. (2001). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En: Tapia R. (Ed.). Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. (pp. 21–44). México: Manual Moderno.
- Medina-Mora M. E. (2002, Octubre). ¿Por qué usan drogas los adolescentes?. Documento presentado en el Congreso Virtual en Salud de Adolescencia y Juventud, Guadalajara, Jalisco, México.
- Medina-Mora, M. E., Peña-Corona M. P., Cravioto, P., Villatoro, J. & Kuri P. (2002). Del tabaco al uso de otras

drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. Salud Pública de México, 44, S109-S115.

Medina-Mora, M. E., Rojas, E., Juárez, F., Berenzon, S. & Carreno, S. (1993). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. Salud Mental, 16–21.

Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. A., López, E. K., Berenzon, S., Carreño, S. & Juárez, F. (1995). Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. Gaceta Médica, 4, 383–393.

Minuchin, S. (1986). Familias y terapia familiar. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.

Moscovici, S. (1973). Foreword. En: Herzlich, S. (Ed.) Health and Illness. (pp. 13–26) London: Academic Press.

Moscovici S. (1976). Como se cita en Abric, J. C. 2001. Prácticas sociales y Representaciones. Filosofía y Cultura Contemporánea. México, D. F.: Ed. Coyoacán.

Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires, Argentina: Ed. Huemul.

Moscovici, S. (1984). The phenomenon of Social Representations. En: Farr, R. & Moscovici, S. (Eds.). Social Representations. (pp. 15-23). Cambridge, London: Cambridge University Press.

Moscovici, S. (1986). Psicología Social Tomo I. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Moscovici, S. (1988). Notes toward a description of social representations. European Journal of Social Psychology, 18, 210-250.
- Moscovici, S. (1997). Social representation theory and social constructionism. [En red]. Disponible en: <http://www.nsu.ru/ppsych/internet/bits/mosc1.htm>
- Mugny, G. & Carugati, F. (1985). L'intelligence au pluriel: les représentations sociales de l'intelligence et de son développement. (Como se cita en Abric J. C. 2001. Prácticas sociales y Representaciones. Filosofía y Cultura Contemporánea. México, D.F.: Ed. Coyoacán. México).
- Muhr, T. (1998). Atlas Ti 4.0 Scientific software Development [software de computadora]. (1998). Washington D.C. EE.UU.: SAGE publications.
- Nazar, A., Tapia, R., Villa, A., León, G., Medina-Mora M. E. & Salvatierra, B. (1994). Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. Salud Pública de México, 36, 646-654.
- Nuño, B. (1999a). La familia con adolescentes. En: Nuño, B. & Madrigal E. (Eds). Orientaciones educativas para padres de adolescentes. (pp.61-75). Guadalajara, México.: Universidad de Guadalajara-UNICEF.
- Nuño, B. (1999b). Narraciones autobiográficas de adolescentes escolares sobre su vida personal, familiar y social. Disertación de maestría no publicada. Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara, México.

- Nuño, B. (2003). Estructura familiar de adolescentes consumidores de drogas y adolescentes escolares de la Preparatoria No 5. [Inf. Téc. No 3]. Guadalajara, México : Preparatoria No 5, Universidad de Guadalajara.
- O'Hanlon, W. H. (1993). Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. España: Piados.
- OMS. (1987). Problemas relacionados con la dependencia de las drogas y el alcohol. Ginebra.
- OMS. (1989). Documento básico para las discusiones técnicas sobre la salud de los jóvenes. Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra.
- OPS/OMS. (1990). Las condiciones de Salud en las Américas. Washington D. C. EE.UU.
- Ortiz, A., Rodríguez, E., Galván, J., Unikel, C. & González L. (Junio, 1993). Grupo interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte en Información en Drogas. Informe individual sobre consumo de drogas. Tendencias en el área metropolitana. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Osborn, A. (1990). Resilient children: a longitudinal study of high achieving socially disadvantaged children. Early child Development and Care, 62, 23-47.
- Pelaéz, P. & Luengo, X. (1991). El adolescente y sus problemas. Santiago, Chile.: Ed. Andrés Bello.
- Pelcastre-Villafuerte, B. & Garrido-Latorre, F. (2001). Menopausia: representaciones sociales y prácticas. Salud Pública de México, 43, 408-414.

- Perry, C. L. (1986). Community wide health promotion and drug abuse prevention. Journal of School Health, 56, 36-42.
- Pierre T. L., Mark, M. M., Kaltreider, D. L. & Aikin, H. L. (1997). Involving parents of high-risk youth in drug prevention: a three-year longitudinal study in boys & girls clubs. The Journal of Early Adolescence, 17, 21-50.
- Powell, M. (1992). La psicología de la adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ramírez, S. (1978). El mexicano, psicología de sus motivaciones. México.:Grijalbo.
- Rappoport, L. (1986). La personalidad desde los 13 a los 25 años. El adolescente y el joven. España: Paidós.
- Reiss, D. (1981). The family's construction of reality. Cambridge, London.: Harvard University Press.
- Roa, A. (1992). El mundo del adolescente. Santiago, Chile: Ed. Universitaria.
- Rodríguez-Cerda, O., Cadena-Herrera, C. A., Saldívar-Moreno, D. M. & Mendoza-Romero, A. (1999). Representación social de la democracia: de lo ideal a lo real. Polis 98, 33-55.
- Ruiz J. I., Ponce de León E., Herrera, A. N., Sánchez, N. R., Ávila-Jiménez, H. & Lozano-Medellín E. (2001). Avances en medición y evaluación en Psicología y Educación. Bogotá, Colombia: Ed. Universidad del Bosque.
- Sameroff, A. & Séller, R. (1992). Early contributors to developmental risk. Rolf, J., Master, A., Cicchetti, D., Nuechterlein, K. & Weintraub, Sh. (eds). Risk and

protective factors in the development of Psychopathology. Cambridge: University Press.

- Sánchez, H. R., Ramón, T. E. & Ortiz, M. R. (1989). Investigación documental de estudios epidemiológicos sobre farmacodependencia en la Ciudad de México. Aportaciones teóricas y prácticas para el conocimiento del farmacodependiente. Serie técnica perfil farmacodependiente, 5,11-39.
- Satir, V., Stachowiak, J. & Taschman, H. A. (1975). Helping families to change. New York: Jason Aronson.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. (1994). Encuesta sobre el consumo de drogas en la Frontera Norte de México. México.: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. (1999). El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones. México.: SSA.
- Secretaría de Salud-CECAJ. (1995). II Encuesta Nacional de Adicciones 1993. Datos de la Región Occidente. Guadalajara, México: SSA-Gobierno del Estado de Jalisco.
- Secretaría de Salud-Conadic. (1992-1994). Programa contra la farmacodependencia. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Coordinación General. México.
- Secretaría de Salud. (1998). Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Dirección General de Epidemiología.

- Consejo Nacional contra las Adicciones: Cuestionario de la Encuesta Nacional de Adicciones. México.
- Simon, F. B., Stierlin, H. & Wynne, L. C. (1997). Vocabulario de terapia familiar. España.: Gedisa.
- Sokol, K. J, Dunham, R. & Zimmerman, R. (1997). Family structure versus parental attachment in controlling adolescence deviant behavior: a social control model. Adolescence, 32:199-215.
- Soto-Ramírez, J. & Nateras-Domínguez, J. O. (1999). La política en la cultura. Análisis político de la vida cotidiana. Polis, 98, 11-32.
- Stephenson, A. L., Henry, C. S. & Robinson, L. C. (1996). Family characteristics and adolescent substance use. Adolescence, 31:59-77.
- Straus, M. & Kaufman, G. (1994). Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. Adolescence, 29;543-561.
- Tomori, M. (1994). Personality characteristics of adolescents with alcoholic parents. Adolescence, 29;949-959.
- Urenda, B. J. (1985). Drogodependencias y marginación social. Revista de Estudios e Investigaciones de Juventud, 17:103-113.
- Viesca-Treviño, C. (2001). Bosquejo histórico de las adicciones. En: Tapia-Conyer R. Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. (pp. 3-19). México, D.F: Manual Moderno.

- Villalón, B. M. & Torres, P. E. (1989). Trabajo con farmacodependientes en una comunidad marginal de Guadalajara, Jalisco. Aportaciones teóricas y prácticas para el conocimiento del farmacodependiente. Centros de Integración Juvenil. Serie Técnica Perfil farmacodependiente, 5:41-55.
- Villatoro, J. A., Medina-Mora, M. E., López, E. K., Rivera, E. & Fleiz, C. (1996). La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. Salud Mental, 19:1-6.
- Yeh, L. & Hedgespeth, J.. (1995). A multiple case study comparison of normal private preparatory school and substance abusing/mood disordered adolescents and their families. Adolescence, 30,413-428.
- Zabicky, G. & Solis L. (2000). El juramento: una maniobra no médica, coadyuvante en el manejo de los sujetos con consumo patológico de etanol en México. Aproximación inicial. Salud Mental, 23, 22-27.

Anexos

**Anexo 1 Cuestionario de datos sociodemográficos
aplicado a adolescentes y sus padres**

Registro No _____

Para el adolescente

Nombre adolescente: _____ edad _____

Ocupación _____ (si trabaja registrar en qué)

Máximo grado de escolaridad _____

Colonia donde vive _____

Próxima cita: _____

Terapeuta: _____

Para el padre acompañante:

Nombre _____

edad _____

Parentesco con el adolescente _____

Ocupación _____ Máximo grado de escolaridad _____

No de hijos _____ Teléfono: _____

Cómo se enteró del CIJ: _____

HISTORIA DEL CONSUMO DE DROGAS

Sólo para aplicar a adolescentes

Registro _____

TIPO DE DROGA	ALGUNA VEZ HAS USADO	CUANTOS AÑOS TENÍAS CUANDO LA USASTE POR PRIMERA VEZ	CUANTAS VECES EN TU VIDA HAS USADO	HACE CUANTO TIEMPO LA USASTE POR PRIMERA VEZ	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HAS CONSUMIDO	EN EL ÚLTIMO MES HAS CONSUMIDO	COMO LA HAS USADO
TABACO	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1 1 - 2 veces <input type="checkbox"/> 2 3 - 5 veces <input type="checkbox"/> 3 6 - 10 veces <input type="checkbox"/> 4 11 - 49 veces <input type="checkbox"/> 5 50 ó más	<input type="checkbox"/> 1 Menos 1 mes <input type="checkbox"/> 2 2 - 6 meses <input type="checkbox"/> 3 7 - 12 meses <input type="checkbox"/> 4 Más de 1 año	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 SI, de 1 - 5 días <input type="checkbox"/> 3 SI, de 6 - 19 días <input type="checkbox"/> 4 SI, de 20 días a más	
TRANQUILIZANTES Sin que un médico te los haya recetado?	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1 1 - 2 veces <input type="checkbox"/> 2 3 - 5 veces <input type="checkbox"/> 3 6 - 10 veces <input type="checkbox"/> 4 11 - 49 veces <input type="checkbox"/> 5 50 ó más	<input type="checkbox"/> 1 Menos 1 mes <input type="checkbox"/> 2 2 - 6 meses <input type="checkbox"/> 3 7 - 12 meses <input type="checkbox"/> 4 Más de 1 año	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 SI, de 1 - 5 días <input type="checkbox"/> 3 SI, de 6 - 19 días <input type="checkbox"/> 4 SI, de 20 días a más	
SEDANTES para dormir, relajarse como barbitúricos, equianil, madrax, sopor "chochos", "pastas", sin que médico los haya recetado?	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1 1 - 2 veces <input type="checkbox"/> 2 3 - 5 veces <input type="checkbox"/> 3 6 - 10 veces <input type="checkbox"/> 4 11 - 49 veces <input type="checkbox"/> 5 50 ó más	<input type="checkbox"/> 1 Menos 1 mes <input type="checkbox"/> 2 2 - 6 meses <input type="checkbox"/> 3 7 - 12 meses <input type="checkbox"/> 4 Más de 1 año	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 SI, de 1 - 5 días <input type="checkbox"/> 3 SI, de 6 - 19 días <input type="checkbox"/> 4 SI, de 20 días a más	
ANFETAMINAS U OTROS ESTIMULANTES para perder peso, tener más energía como benzadrina, altradón, esbelcaps, "anfetas" o "pastas" sin que médico haya recetado	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1 1 - 2 veces <input type="checkbox"/> 2 3 - 5 veces <input type="checkbox"/> 3 6 - 10 veces <input type="checkbox"/> 4 11 - 49 veces <input type="checkbox"/> 5 50 ó más	<input type="checkbox"/> 1 Menos 1 mes <input type="checkbox"/> 2 2 - 6 meses <input type="checkbox"/> 3 7 - 12 meses <input type="checkbox"/> 4 Más de 1 año	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 SI, de 1 - 5 días <input type="checkbox"/> 3 SI, de 6 - 19 días <input type="checkbox"/> 4 SI, de 20 días a más	
MARIGUANA o HASHISH También llamada "mota" o "churro"	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1 1 - 2 veces <input type="checkbox"/> 2 3 - 5 veces <input type="checkbox"/> 3 6 - 10 veces <input type="checkbox"/> 4 11 - 49 veces <input type="checkbox"/> 5 50 ó más	<input type="checkbox"/> 1 Menos 1 mes <input type="checkbox"/> 2 2 - 6 meses <input type="checkbox"/> 3 7 - 12 meses <input type="checkbox"/> 4 Más de 1 año	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 SI, de 1 - 5 días <input type="checkbox"/> 3 SI, de 6 - 19 días <input type="checkbox"/> 4 SI, de 20 días a más	
ALUCINÓGENOS Como hongos, peyote, mezcalina, LSD y a veces le llaman "champiñones" o "ácidos".	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1 1 - 2 veces <input type="checkbox"/> 2 3 - 5 veces <input type="checkbox"/> 3 6 - 10 veces <input type="checkbox"/> 4 11 - 49 veces <input type="checkbox"/> 5 50 ó más	<input type="checkbox"/> 1 Menos 1 mes <input type="checkbox"/> 2 2 - 6 meses <input type="checkbox"/> 3 7 - 12 meses <input type="checkbox"/> 4 Más de 1 año	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 SI, de 1 - 5 días <input type="checkbox"/> 3 SI, de 6 - 19 días <input type="checkbox"/> 4 SI, de 20 días a más	
COCAÍNA Incluyendo sus diferentes formas como crack, pasta básica y pasta de coca llamada perico, nieve, grape	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1 1 - 2 veces <input type="checkbox"/> 2 3 - 5 veces <input type="checkbox"/> 3 6 - 10 veces <input type="checkbox"/> 4 11 - 49 veces <input type="checkbox"/> 5 50 ó más	<input type="checkbox"/> 1 Menos 1 mes <input type="checkbox"/> 2 2 - 6 meses <input type="checkbox"/> 3 7 - 12 meses <input type="checkbox"/> 4 Más de 1 año	<input type="checkbox"/> 1 SI <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 SI, de 1 - 5 días <input type="checkbox"/> 3 SI, de 6 - 19 días <input type="checkbox"/> 4 SI, de 20 días a más	<input type="checkbox"/> 1 Fumada <input type="checkbox"/> 2 Inyectada <input type="checkbox"/> 3 Inhalada <input type="checkbox"/> 4 Tomada

Anexo 2 Historia de consumo aplicada a los adolescentes que participaron en el estudio

TIPO DE DROGA	ALGUNA VEZ HAS USADO	CUANTOS AÑOS TENÍAS CUANDO LA USASTE POR PRIMERA VEZ	CUANTAS VECES EN TU VIDA HAS USADO	HACE CUANTO TIEMPO LA USASTE POR PRIMERA VEZ	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HAS CONSUMIDO	EN EL ÚLTIMO MES HAS CONSUMIDO	COMO LA HAS USADO
HEROÍNA Llamada apón, "ficción" o "la 7"	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1 1 - 2 veces <input type="checkbox"/> 2 3 - 5 veces <input type="checkbox"/> 3 6 - 10 veces <input type="checkbox"/> 4 11 - 49 veces <input type="checkbox"/> 5 50 ó más	<input type="checkbox"/> 1 Menos 1 mes <input type="checkbox"/> 2 2 - 6 meses <input type="checkbox"/> 3 7 - 12 meses <input type="checkbox"/> 4 Más de 1 año	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Si, de 1 - 5 días <input type="checkbox"/> 3 Si, de 6 - 19 días <input type="checkbox"/> 4 Si, de 20 días a más	<input type="checkbox"/> 1 Fumada <input type="checkbox"/> 2 Inyectada <input type="checkbox"/> 3 Inhalada <input type="checkbox"/> 4 Tomada
OPIÁCEOS para aliviar el dolor severo, evitar los o controlar diarrea como morfina, nubain, demerol, talwin, sin que un médico haya recetado	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1 1 - 2 veces <input type="checkbox"/> 2 3 - 5 veces <input type="checkbox"/> 3 6 - 10 veces <input type="checkbox"/> 4 11 - 49 veces <input type="checkbox"/> 5 50 ó más	<input type="checkbox"/> 1 Menos 1 mes <input type="checkbox"/> 2 2 - 6 meses <input type="checkbox"/> 3 7 - 12 meses <input type="checkbox"/> 4 Más de 1 año	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Si, de 1 - 5 días <input type="checkbox"/> 3 Si, de 6 - 19 días <input type="checkbox"/> 4 Si, de 20 días a más	
INHALABLES Como thiner, pegamento, gasolina, sprays, llamado "chamo", "memo" etc.	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1 1 - 2 veces <input type="checkbox"/> 2 3 - 5 veces <input type="checkbox"/> 3 6 - 10 veces <input type="checkbox"/> 4 11 - 49 veces <input type="checkbox"/> 5 50 ó más	<input type="checkbox"/> 1 Menos 1 mes <input type="checkbox"/> 2 2 - 6 meses <input type="checkbox"/> 3 7 - 12 meses <input type="checkbox"/> 4 Más de 1 año	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No	<input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Si, de 1 - 5 días <input type="checkbox"/> 3 Si, de 6 - 19 días <input type="checkbox"/> 4 Si, de 20 días a más	

TIPO DE DROGA	ALGUNA VEZ HAS TOMADO	QUE EDAD TENÍAS LA PRIMERA VEZ QUE TOMASTE	CON QUÉ FRECUENCIA TOMASTE EN EL ÚLTIMO AÑO UNA COPA O MÁS EN UNA SOLA OCASIÓN	CON QUÉ FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO MES TOMASTE UNA COPA	CON QUÉ FRECUENCIA EN EL ÚLTIMO MES TOMASTE 3 COPAS O MÁS EN UNA SOLA OCASIÓN	CON QUÉ FRECUENCIA TE EMBORRACHASTE EN EL ÚLTIMO MES
UNA COPA COMPLETA DE BEBIDA ALCOHÓLICA Como cerveza, vino, ron, brandy, cooler, vodka o bebidas preparadas	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No		<input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 1 - 2 veces año <input type="checkbox"/> 3 3 - 11 veces año <input type="checkbox"/> 4 1 - 3 veces mes <input type="checkbox"/> 5 1 ó más semana	<input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 1 vez mes <input type="checkbox"/> 3 2 - 3 mes <input type="checkbox"/> 4 1 - 2 semana	<input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 1 vez mes <input type="checkbox"/> 3 2 - 3 mes <input type="checkbox"/> 4 1 - 2 semana	<input type="checkbox"/> 1 Nunca último mes <input type="checkbox"/> 2 1 último mes <input type="checkbox"/> 3 2 - 3 último mes <input type="checkbox"/> 4 1 - 2 semana

Anexo 3 Cuestionario para detectar adol scentes con probl mas por el uso de drogas (POSIT)

Cuestionario de tamizaje de problemas en adolescentes (POSIT)

Opciones de respuesta: si/no

1. ¿Eres arrogante?
2. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?
3. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no se sirven bebidas alcohólicas?
4. ¿Discuten demasiado tus padres o tutores?
5. ¿Te cansas con frecuencia?
6. ¿Te asustas con facilidad?
7. ¿Tienes menos energía de la que crees que deberías tener?
8. ¿Te sientes frustrado(a) con facilidad?
9. ¿Amenazas a otros con hacerles daño?
10. ¿Te sientes solo (a) la mayor parte del tiempo?
11. ¿Dices groserías o vulgaridades?
12. ¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?
13. ¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?
14. ¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enfadan contigo?
15. ¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?
16. ¿Has tenido algún trabajo eventual con sueldo?
17. ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?
18. ¿Tienes buena ortografía?
19. ¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?
20. La mayoría de las veces, ¿saben tus padres o tutores dónde estás y lo que que estás haciendo?
21. ¿Sueles perder actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?
22. ¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres o tutores?
23. ¿Te sientes nervioso (a) la mayor parte del tiempo?
24. ¿Has robado alguna vez?
25. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o las drogas?
26. ¿Sabes leer bien?
27. ¿Has estado ausente o llegado tarde a tu trabajo con frecuencia?
28. ¿Sientes que la gente está en contra tuya?
29. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?
30. ¿Peleeas a menudo o muchas veces?
31. ¿Tienes mal genio?
32. ¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando les hablas?
33. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?
34. ¿Te dice la gente que eres descuidado(a)?
35. ¿Eres testarudo(a)?
36. ¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?
37. ¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?
38. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?
39. ¿Saben tus padres o tutores cómo realmente piensas o te sientes?
40. ¿Actúas impulsivamente con frecuencia?
41. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?
42. ¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?
43. ¿Tienes dificultades para concentrarte?
44. ¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?
45. ¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores, levantando la voz y gritando?

46. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?
47. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?
48. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?
49. ¿Levantas la voz más que los demás muchachos de tu edad?
50. ¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?
51. ¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?
52. ¿Les gusta a tus padres o tutores hablar y estar contigo?
53. ¿Has pasado alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran dónde estabas?
54. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?
55. ¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?
56. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?
57. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?
58. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?
59. ¿Molestas mucho a tus amigos?
60. ¿Tienes dificultades para dormir?
61. ¿Tienes dificultades con trabajos escritos?
62. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?
63. ¿Sientes que a veces pierdes control de ti mismo(a) y terminas peleando?
64. ¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?
65. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?
66. ¿Tienes dificultad en seguir instrucciones?
67. ¿Tienes amigos que han golpeado o amenazado a alguien sin razón?
68. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?
69. ¿Tienes buena memoria?
70. ¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?
71. ¿Están tus padres o tutores de acuerdo en cuanto a la forma en que te deben manejar a ti?
72. ¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?
73. ¿Faltan tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?
74. ¿Te hace la escuela sentirte estúpido (a) a veces?
75. ¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?
76. ¿Te da miedo estar con la gente?
77. ¿Tienes amigos que han robado?
78. ¿Has reprobado algún curso en la escuela?
79. ¿Es difícil para ti la escuela?
80. ¿Eres una persona nerviosa, de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?
81. ¿Gritas mucho?

**Anexo 4 Cuestionari de listado libre con el término
inductor “droga” aplicado a adolescentes**

LISTADO LIBRE PARA ADOLESCENTES

DROGA

Registro _____

QUÉ PALABRAS SE TE VIENEN A LA MENTE CUANDO
OYES LA PALABRA DROGA

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

**Anexo 5 Cuestionario de listado libre para explorar la
imagen del usuario de drogas” aplicado a
adolescentes**

**LISTADO LIBRE PARA ADOLESCENTES
IMAGEN DEL USUARIO DE DROGAS**

Registro _____

Imagínate que saliendo de aquí [del CIJ] ves en la esquina a un grupo de muchachos consumiendo drogas, con una o dos palabras dime, qué pensarías de ellos

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

**Anexo 6 Cuestionario de listado libre para explorar
“creencias asociadas al inicio del consumo de
drogas” aplicado a adolescentes**

**LISTADO LIBRE PARA ADOLESCENTES
CREENCIAS EN LA ETIOLOGÍA DEL CONSUMO**

Registro _____

**POR QUÉ CREES QUE LOS JÓVENES INICIAN A
CONSUMIR DROGAS**

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

**Anexo 7 Cuestionario de listado libre para explorar
"intentos de solución emprendidos" aplicado a
adolescentes**

LISTADO LIBRE PARA ADOLESCENTES
INTENTOS DE SOLUCIÓN

REGISTRO _____

¿HAS INTENTADO DEJAS LAS DROGAS? ... QUÉ HAS HECHO?

	QUÉ	COMO	CUANDO	EJEMPLO	FUNCIONO	ACT
1						
2						
3						
4						
5						

**Anexo 8 Cuestionario de listado libre para explorar
“drogas que conoce y percepción de su
gravedad” aplicado a adolescentes**

TIPOS DE DROGAS Y SU GRAVEDAD

Registro _____

QUÉ DROGAS CONOCES

(Enlistar todas las que refiera y con lo nombres que refiera)

Una vez enlistadas, hay que solicitarle que las ordene de mayor a menor gravedad. La número 1 será la más grave, la última la menos grave o peligrosa.

1. _____ ()
2. _____ ()
3. _____ ()
4. _____ ()
5. _____ ()
6. _____ ()
7. _____ ()
8. _____ ()
9. _____ ()
10. _____ ()

Anexo 9 Guía de entrevistas de contexto aplicadas a adolescentes

Ejes temáticos explorados

I El mundo de las drogas

Su experiencia subjetiva, cómo explica su ingreso, cómo se vive consumiendo drogas

II El ambiente del barrio

Cómo es su barrio, quienes son sus amigos, qué hacen

III El ambiente familiar

Su percepción subjetiva, alianzas (uniones emocionales) y coaliciones (quien o quienes están en su contra), reacciones de su familia ante el descubrimiento de su consumo

Anexo 10 Guía de entrevista para la evaluación de la estructura familiar aplicada a padres

1.- COMPOSICIÓN FAMILIAR

a. Abuelos del adolescente (MATERNOS Y PATERNOS)

- Nombre, edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, religión
- Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales; de qué tipo y cuánto tiempo
- Problemas médicos, emocionales o de conducta importantes (p.e. cirrosis),
- Defunciones y causas (por qué enfermedad, accidente, violencia),
- Violencia familiar
- Problemas con la justicia (detenido o preso)

b. Padres del adolescente

- Nombre, edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, religión
- Identificar al familiar entrevistado (FI)
- Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales; de qué tipo y cuánto tiempo (TÍOS Y/O PRIMOS)
- Problemas médicos, emocionales o de conducta importantes (p.e. cirrosis),
- Defunciones y causas (por qué enfermedad, accidente, violencia),
- Violencia familiar
- Problemas con la justicia (detenido o preso)

c. Hermanos del adolescente

- Nombre, edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, religión
- Identificar al paciente identificado (PI)
- Consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales; de qué tipo y cuánto tiempo
- Problemas médicos, emocionales o de conducta importantes (p.e. cirrosis),
- Causas muerte (por qué enfermedad, accidente, violencia),
- Violencia familiar
- Problemas con la justicia (detenido o preso)

INCLUIR A OTROS MIEMBROS IMPORTANTES PARA LA FAMILIA. SEÑALAR MOVIMIENTOS IMPORTANTES DE LA FAMILIA (p.e migración, desempleo etc..)

2.- ESTRUCTURA FAMILIAR

- a. Pautas vinculares (pautas de interacción y fronteras)
 - Explorar relaciones del adolescente con cada uno de los miembros (íntima, distante o conflictiva, dependiente)
 - Explorar relaciones entre los esposos (íntima, distante o conflictiva, dependiente)
 - Identificar relaciones entre el resto los miembros (términos anteriores)
- b. Alianzas
 - Identificar si existe apoyo y unión emocional del adolescente con algún miembro (alianza)
 - Identificar si existen uniones emocionales de otros miembros (alianzas)
- c. Jerarquía
 - Identificar personas que tienen poder (quién manda y cuando no está esa persona, quién cumple esa función)
- d. Disfunciones
 - Explorar si existen hijos con poder o funciones parentales (hijo parentalizado)
 - Explorar si alguno de los padres no se involucra en los problemas familiares, toma de decisiones cotidianas (padre periférico)
 - Explorar apoyo y unión emocional de dos miembros de diferente generación para atacar, descalificar o agredir al PI. (Coalición intergeneracional).

**Anexo 11 Cu estionario de listado libre con el término
inductor “droga” aplicado a padres**

LISTADO LIBRE PARA FAMILIAR
I. CONCEPTO DROGA

Registro _____

QUÉ PALABRAS SE LE VIENEN A LA MENTE CUANDO
OYE LA PALABRA DROGA

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Anexo 12 Cuestionario de listado libre para explorar “la imagen del usuario de drogas” aplicado a padres

**LISTADO LIBRE PARA FAMILIAR
IMAGEN DEL USUARIO DE DROGAS**

Registro _____

Imagínese que saliendo de aquí [del CIJ] ve a un grupo de muchachos consumiendo droga, con una o dos palabras, dígame que pensaría de ellos

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

**Anexo 13 Cu stionario de listado libre para explorar
“creencias asociadas al inicio del consumo de” aplicado
a padres**

**LISTADO LIBRE PARA FAMILIAR
CREENCIAS EN LA ETIOLOGÍA DEL CONSUMO**

Registro _____

**CON UNA O DOS PALABRAS DÍGAME POR QUÉ CREE
QUE LOS JÓVENES EMPIEZAN A CONSUMIR DROGAS**

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

**Anexo 14 Cuestionario de listado libre para explorar
“intentos de solución emprendidos” aplicado a padres**

LISTADO LIBRE PARA FAMILIAR
Intentos de solución emprendidos

Registro _____

HA TRATADO DE HACER ALGO PARA QUE SU HIJO DEJE LAS DROGAS?, ¿QUÉ HA HECHO?

	QUÉ	COMO	CUANDO	EJEMPLO	FUNCIONO	ACT
1						
2						
3						
4						
5						

**Anexo 15 Cuestionario de listado libre para explorar
"drogas que conoce y percepción de su gravedad"
aplicado a padres**

**TIPOS DE DROGAS Y SU GRAVEDAD
SOLO PARA EL FAMILIAR**

Registro _____

QUÉ DROGAS CONOCE

(Enlistar todas las que refiera y con lo nombres que refiera)

Una vez enlistadas, hay que solicitarle que las ordene de mayor a menor gravedad.
La número 1 será la más grave, la última la menos grave

1. _____ ()
2. _____ ()
3. _____ ()
4. _____ ()
5. _____ ()
6. _____ ()
7. _____ ()
8. _____ ()
9. _____ ()
10. _____ ()

Anexo 16 Guía de entrevista de contexto aplicadas a padres

Ejes temáticos explorados

I Percepción del mundo de las drogas

Su experiencia subjetiva, cómo explica el ingreso del hijo(a) a las drogas, cómo ha vivido la adicción del hijo(a)

II El ambiente del barrio

Cómo es su barrio, quienes son los amigos de su hijo(a), qué hacen

III El ambiente familiar

Su percepción subjetiva, reacciones del familiar y de la familia completa ante el descubrimiento de su consumo, qué ha hecho para afrontarlo

Anexo 17 Cédula de identificación de los casos

El adolescente es candidato a participar si reúne los seis criterios.

Coloca \checkmark si el criterio se cumple

- 1.- El adolescente tiene entre 15 y 19 años?
- 2.- Acude por primera vez a tratamiento?
- 3.- Vive con sus padres?
- 4.- Sus padres tienen conocimiento de su consumo?
- 5.- Estudia o trabaja?
6. Voluntariamente aceptó participar en el estudio?

Quién es el familiar que los acompaña? (Nombre y parentesco) _____

Próxima cita: _____

Domicilio y teléfono para establecer contacto. _____

Nombre de la persona que recoge datos: _____

Registro asignado _____

Anexo 18 Carta de consentimiento informado para adolescentes

Indicaciones para el aplicador:

Este formato debe leerse junto con el participante para obtener su consentimiento. Debe entregársele una copia.

Registro _____

Estás llegando al Centro de Integración Juvenil para recibir tratamiento y como parte de tu tratamiento se realizarán algunas evaluaciones para planificar tu tratamiento.

Como parte del desarrollo de un proyecto, te estamos solicitando tu autorización para realizar algunas evaluaciones adicionales, que nos ayudarán a comprender mejor el problema que tienes tú y otros jóvenes. Tu participación consistirá en concedernos tres entrevistas en diferentes momentos y autorizarnos a realizar otras tres entrevistas a tu papá o mamá (quien te acompañe). La finalidad de las entrevistas es obtener información sobre tu consumo de drogas, los problemas que hayas tenido como consecuencia de tu consumo y algunas cosas que tu pienses con respecto a las drogas. La información que nos proporciones será confidencial, es decir, lo que tú nos digas, no le será comentado a nadie, incluyendo tus padres.

Tu participación es voluntaria y en caso de que no aceptes participar, no afectará en nada la atención que estás recibiendo aquí.

Por nuestra parte, nos comprometemos a que la información que nos proporciones será anónima cuando se elaboren los reportes, así como también nos comprometemos a contestar todas tus dudas en el momento que lo necesites.

Mtra. Bertha Lidia Nuño Gutiérrez
Investigadora responsable del proyecto
Datos de localización: Av. Tonalá No 121
Tonalá Jalisco, Tel 3683 29 70

¿Aceptas participar?

Si _____ No _____

Firma de consentimiento

Anexo 19 Carta de consentimiento informado para padres

Indicaciones para el aplicador:

Este formato debe leerse junto con el participante para obtener su consentimiento. Debe entregársele una copia.

Registro _____

Está llegando al Centro de Integración Juvenil, para recibir un tratamiento para la adicción de su hijo(a) _____.
Como parte del tratamiento se realizarán algunas evaluaciones médicas y psicológicas para planificar el tratamiento.

Como parte del desarrollo de un proyecto de investigación, le estamos solicitando su autorización para realizar algunas evaluaciones adicionales que nos ayudarán a comprender mejor el problema que tiene su hijo(a) y otros jóvenes. En caso de aceptar, su participación consistirá en concedernos tres entrevistas en diferentes momentos. La finalidad de las entrevistas es obtener información sobre el consumo de drogas de su hijo, conocer los problemas que han tenido como consecuencia del consumo y qué han hecho para afrontar el problema. La información que nos proporcione será confidencial, es decir, lo que usted nos diga, no le será comentado a nadie, incluyendo su hijo(a).

Su participación es voluntaria, y en caso de que no acepte participar, no afectará en nada la atención que está recibiendo aquí.

Por nuestra parte, nos comprometemos a que la información que nos proporcione será anónima cuando se elaboren los reportes, así como también nos comprometemos a contestar todas tus dudas en el momento que lo necesite.

Mtra. Bertha Lidia Nuño Gutiérrez
Investigadora responsable del proyecto
Datos de localización: Av. Tonalá No 121
Tonalá Jalisco, Tel 3683 29 70

¿Acepta participar?

Si _____ No _____

Firma de consentimiento

Anexo 20 Ejemplo de los descriptores asociados a los términos inductores aplicados mediante listados libres, calculados en *Anthropac 4.9* según frecuencia, orden de mención y peso cultural

Descriptores asociados a droga

No	Palabra	Fr	Orden	mención	Peso	cultural
1	Mariguana	8	2			0.371
2	Alcohol	6	3			0.243
3	Cocaína	6	3.1			0.242
4	Pastilla	6	3.6			0.197
5	Fiesta	3	2.3			0.141
6	Sexo	4	4.7			0.116
7	Deseo	3	3.3			0.119
8	Muerte	4	5			0.109
9	Matar	3	4.6			0.096
10	Riñas	3	4.3			0.103
11	Peligro	2	2			0.097
12	Violencia	3	4.3			0.090
13	Hongos	3	5.6			0.070
14	Heroína	2	4.5			0.063
15	Hijos	2	4.5			0.063
16	Desesperación	3	6			0.059
17	No quiero	1	1			0.056
18	Diversión	3	5.5			0.054
19	Problema	2	5.5			0.052
20	Tacha	2	5			0.051
21	Desconfianza	2	6.5			0.043
22	Soledad	2	6.5			0.040
23	Deporte	2	6.5			0.038
24	Cristal	2	6.5			0.037
25	Música	2	7			0.019
26	Cárcel	2	8.5			0.014
27	Crack	2	7.5			0.014
28	Medicina	1	7			0.014
29	Tristeza	1	8			0.012
30	Desintegración	2	7.5			0.006

Anexo 21 Ej mplo de una clasificación por tipos de los descriptores asociados a los listados libres

Creencias asociadas al inicio en el consumo de drogas de los
adolescentes en padres

n=57

TIPO 1 LO ENDOGENO	TIPO 2 LO EXÓGENO	TIPO 3 CARACTERÍSTICAS PERSONALES
Problemas familiares	Amigos	Curiosidad
Falta de comunicación	Amistades	Probar
Problemas	Ambiente	Vaquetones
Falta de apoyo	Medio	Ver qué se siente
Violencia familiar.	ambiente	Probarla
Falta de comunicación	Medio	Experimentar
Falta de amor	Malas	Se quieren sentir gatones
No hay unión familiar	amistades	Gusta
Falta de atención	No quedar mal	Gusto
Descuido padres		Falta de comprensión
Pleitos en el hogar		Soledad
Falta de apoyo padres		Desubicados
Llamar la atención		Sentir que puede
Se sienten menos que los hermanos		Mimados
Falta demostrarles afecto		Frustración
Falta de consejos		Sienten rechazados
Falta atención padres		Desamor
No tienen apoyo familiar		Desilusión
No tienen quien los vea		Decepción amorosa
Antecedentes familiares		Débil de carácter
Problema con los padres		Fácil acceso
Responsabilidad padres		Cobardes
Descuido		Tontos
Comunicación padres		Lástima
No tienen apoyo		Falta de trabajo
No se comunican		Facilidad adquirir droga
Enfermos		Inundaron las drogas
		Presión económica
		Económico
		Traen dinero
		No estudian

Anexo 22 Ejemplo de descriptores clasificados por tipos según frecuencia absoluta y relativa, orden de mención y peso cultural

Creencias asociadas a lo endógeno para el inicio del consumo de drogas en padres. n= 57

Descriptores	Frecuencia	Fr %	Orden de mención	Peso cultural
Problemas familiares	10	19	2.1	0.208
Falta comunicación	6	12	1.9	0.111
Incomprensión	5	9.6	2	0.103
Falta de atención	5	9.6	2.2	0.094
Falta demostrarles amor	4	7.7	3	0.073
Desintegración familiar	3	5.8	2.3	0.061
Descuido de los padres	3	5.8	2.2	0.061
Culpa de los padres	2	3.8	1	0.058
Violencia familiar	3	5.8	2.5	0.056
Falta de apoyo	2	3.8	2.5	0.043
Problemas con los padres	2	3.8	2	0.038
No tienen quién vea por ellos	2	3.8	2	0.038
Problemas en la pareja	1	1.9	1	0.029
Falta unión familiar	1	1.9	1	0.029
Sienten menos que hermanos	1	1.9	3	0.016
Ven ejemplo en la familia	2	3.8	4	0.016
Total	52	100	0.7	1.034

Anexo 23 Ejemplo d un trozo de entrevista transcrita en *Atlas Ti*

HU: Los amigos
File: [c:\archivos de programa\scientific
software\atlasti\textbank\Anexo]
Edited by: Super
Date/Time: 2002/10/14 - 11:52:40

P 1: Entrevista atlas.txt [C:\Mis documentos\Tesis
doctorado\Entrevista atlas.txt]

- 1 E: Cómo te das cuenta cuando alguien es amigo?
2 A: Ahorita te puedo decir, cuando un amigo te trata de
3 apoyar, te trata de alejar de las drogas, cuando no te
4 influencia a las malas actitudes, a los malos hábitos,
5 pero cuando uno está en esta situación es muy difícil
6 querer darse cuenta de los verdaderos amigos
7 E: En el mundo de las drogas, quienes son los amigos?
8 En el mundo de las drogas, uno ve a los amigos cuando
9 el que invita a la droga, el que invita la droga, el
10 que invita la pachanga uno piensa que ese es el
11 amigo, o el que trae más drogas, o el que mejor carro
12 pero ya estando bien sobrio y todo, te das
13 cuenta de todo, se valora todo, se valora uno mismo y
14 valora a los amigos que le quisieron ayudar a uno y
15 bueno, yo he pensado que si todavía ser posible
16 recuperar a esos amigos, que realmente valen a pena,
17 que va a estar muy difícil, y volver a encontrar a
18 otros va a estar difícil, pero no imposible si
19 porque si vuelve uno a caer, que se va a volver a
20 encontrar uno en situaciones similares no, con chavos
21 que van a tratar de engañarte y todo, pero yo como
22 estoy ahorita tengo mis bases muy bien cimentadas no?
23 E: y por ejemplo, cuando tu entraste en esto de las
24 drogas entraste a través de amigos?
25 A: Sí, si, a través de ellos, yo tenía 17 años, o
26 sea, era un círculo social bueno, o sea, ¡vamos a las
27 discos y todo, y el que me ofreció era mi mejor
28 amigo, suponiendo, se supone en ese entonces era mi
29 mejor amigo el que me ofreció cocaína, influyó
30 demasiado

Anexo 24 Ejemplo de un trozo de entrevista codificada en Atlas Ti

Marzo de 2002 CU Santa Margueta
E = Entrevistadora
M = Mamá

E: Ha sido difícil todo esto para ustedes como papás, por qué?
M: Por el dolor tan grande de tener que aceptar a su hijo tal y como es, quisiera uno que con una varita mágica de desapareciera todo lo que a ellos les daña y la impotencia de no poder hacer las cosas como uno quisiera.

E: Me decía que salía de aquí como muy motivada
M: Sí, yo salgo de aquí muy motivada y al salir afuera no me siento lo suficientemente adecuada como para enfrentar las cosas que vienen de afuera

E: ¿Cómo qué cosas vienen de fuera?
M: Yo quisiera por ejemplo, cuando mi hijo sale de aquí que ya no vuelva atrás... y no he podido hacerlo (llanto)

E: Usted siente que sigue atrás
M: Sí... no avanza nada

E: Cuánto tiene en tratamiento?
M: Dos meses

E: Y siente que no avanza nada, han conversado con usted los psicólogos
M: No, apenas es la primera vez... es la primera vez. Anoche se me fue llegó a las 03:00 de la mañana, llegó bien mal, como le están dando medicamento, a lo mejor le hizo reacción diferente y empezó vomitando y vomitando y vomitando y luego me dijo cómo le gustó?, bien amá, le gustó, vi amc, pero yo lo veo bien mal, yo lo veo que no... ya no se qué hacer la verdad, a veces me llevo con él a veces lo manejo de otra manera, trato de hacerme a él, a veces él me rechaza, a veces yo también cometo errores con él, es bien difícil, es bien difícil.

E: Aquí no le han dado una plástica, no les han dicho...
M: Cómo manejarlo...
E: Cómo manejarlo, no han atendido a usted, a la mamá que está viviendo el problema

Sechazo hijo unuano
negro venir niño
Necesidad de orientación

Anexo 25 Familias resultantes según los códigos de las entrevistas

Familias	Códigos
En adolescentes	
1 El ingreso a las drogas	El contexto familiar, el contexto del barrio, consumo experimental y voluntario, la invitación del amigo, la afectividad y el sentido de pertenencia, características del inicio del consumo, el remedio al dolor, la búsqueda de sensaciones agradables, nuevas amistades, nuevos intereses.
2 La permanencia	El ambiente de la droga, delincuencia, muerte, problemas familiares, el grupo de pares y el sentido de pertenencia, vivencia de experiencias, compra-venta de drogas, aplanamiento emocional, el rechazo del mundo mejor de los padres, el pensamiento mágico basado en la voluntad del sujeto, intentos de solución, el síndrome de abstinencia, el reconocimiento de la droga como un problema, los intentos de solución, criterios para su reconocimiento, la aceptación de la ayuda de los padres.
3 La retirada	El debut en los servicios de salud, expectativas de los servicios, la imagen del usuario rehabilitado, la verdadera amistad y la familia, el recuento de sus valores y pérdidas, el desempeño de actividades productivas.
En padres	
1 Descubriendo la adicción	Contexto familiar y del barrio, consumo de drogas por padres y/o otros miembros, funcionamiento de la familia, pautas de interacción, estilos de crianza, falta de un frente unido, comunicación, la madre no quiere darse cuenta del consumo, el hecho que lo hace evidente, la crisis familiar, la decepción moral, la afectividad, la imagen del usuario de drogas, la búsqueda de culpables, cuestionamiento del ejercicio de la parentalidad, justificación del consumo, sentimientos de culpa.
2 La permanencia	Primeros movimientos: involucramiento del papá y la madre periférica y el juramento, la droga como un problema de influencia social, estilos de paternidad entre amor-comprensión/castigos severos, creencias alrededor del consumo, probando soluciones, pensamiento mágico basado en la voluntad del sujeto, síntomas depresivos, la adicción como vicio.
3 La retirada	La adicción como enfermedad, reconocimiento de que necesitan ayuda, debut en los servicios, incapacidad para controlar al hijo(a), sensación de que necesita orientación; qué está bien, qué está mal, intentos de solución fuera de sí mismos, la imagen del usuario rehabilitado, reconocimiento de las malas compañías, el desempeño de actividades productivas, el re-encuentro con los valores.

**Anexo 26 Formato de registro de respuestas de los
descriptores seleccionados en los sorteos de montones
para adolescentes y padres**

FECHA: _____
REGISTRO ADO _____

I. IMAGEN DROGA

++++

++

+

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

II IMAGEN USUARIO

++++

++

+

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

III CREENCIAS

++++

++

+

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

IV MOTIVOS PARA DEJAR LA DROGA

++++

++

+

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

V INTENTOS SOLUCIÓN

++++

++

+

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FECHA: _____
REGISTRO FAM _____

I. IMAGEN DROGA

++++

++

+

II IMAGEN USUARIO

++++

++

+

III CREENCIAS

++++

++

+

IV MOTIVOS DEJAR DROGA

++++

++

+

V INTENTOS SOLUCIÓN

++++

++

+

Anexo 27 Ejemplo de una matriz de asociación jerárquica

JOHNSON'S HIERARCHICAL CLUSTERING

Input dataset: C:\AP\AGPROX
Method: COMPLETE_LINK
Type of Data: Similarities

HIERARCHICAL CLUSTERING

Level	2	7	6	8	0	1	9	4	3	5	1	2
0.5000	.	.	.	.	.	.	XXX	.	.	XXX		
0.4375	.	.	.	.	.	.	XXX	XXX	XXX			
0.4063	.	.	XXX	.	.	.	XXX	XXX	XXX	XXX		
0.3750	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		
0.3438	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXXXXXXX						
0.2813	XXX	XXXXXXXX	XXX	XXXXXXXX								
0.2500	XXXXXXXXXXXX	XXX	XXXXXXXX									
0.1875	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX										
0.0938	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX											

Partition-by-actor indicator matrix saved as
dataset PART

Elapsed time: 1 second. 10/15/2002 11:37 AM.
ANTHROPAC 4.7 Copyright 1994 by Analytic
Technologies.

Anexo 28 Ejemplo de una escala multidimensional

METRIC MULTIDIMENSIONAL SCALING

Starting config: GOWER'S PRINCIPAL COORDINATES

Type of Data: Similarities

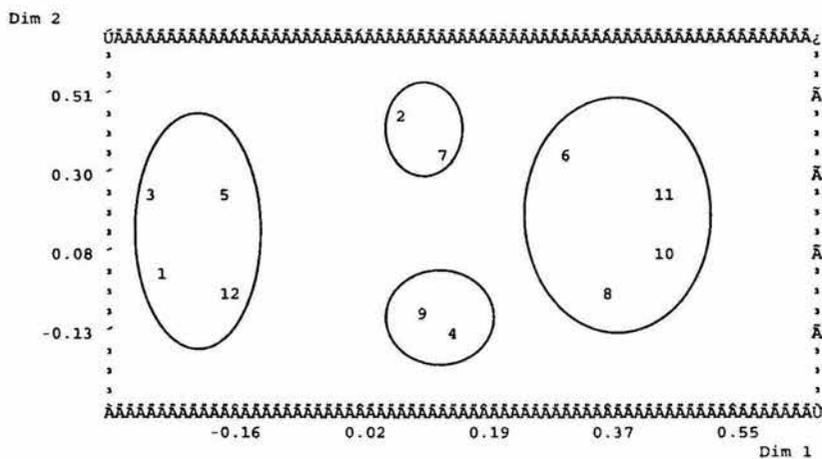
Input dataset: C:\AP\AGPROX

Initial Stress = 0.487

Final Stress = 0.256 after 6 iterations.

	1	2
1	-0.27	0.05
2	0.08	0.59
3	-0.28	0.33
4	0.15	-0.21
5	-0.18	0.27
6	0.33	0.41
7	0.14	0.45
8	0.38	-0.02
9	0.12	-0.11
10	0.46	0.10
11	0.46	0.30
12	-0.18	-0.05

Coordinates saved as dataset COORD



Elapsed time: 1 second. 10/15/2002 11:38 AM.
 ANTHROPAC 4.7 Copyright 1994 by Analytic Technologies.

**Anexo 29 Ejemplo de una matriz de correlación de cada
informante con relación al grupo para identificar a
informantes clave**

Estimated Knowledge of each Respondent

		1
		KNOWLEDGE

1	1	0.43
2	2	0.48
3	3	0.55
4	4	0.56
5	5	0.44
6	6	0.46
7	7	0.59
8	8	0.55
9	9	0.66
10	10	0.54
11	11	0.49
12	12	0.52
13	13	0.51
14	14	0.56
15	15	0.52
16	16	0.47
17	17	0.50
18	18	0.50
19	19	0.49
20	20	0.47
21	21	0.52
22	22	0.57
23	23	0.52
24	24	0.55
25	25	0.65
26	26	0.48
27	27	0.50
28	28	0.67
29	29	0.53
30	30	0.56
31	31	0.55
32	32	0.50

Average: 0.528
Std. Dev.: 0.057

Anexo 30 Guía semi-estructurada de las entrevistas a profundidad aplicada a adolescentes

PREMISAS	EJES A EXPLORAR
<p>IMAGEN DE LA DROGA La droga inicia a través de los amigos La droga como un vehículo oportunista para aliviar el dolor [una puerta o salida falsa] En mujeres no hay cosas prohibidas</p>	<p>La amistad, cómo se reconoce a un amigo. Diferencia entre compas, amigos y compañeros. Qué ha representado la droga en tu vida; la parte chida, la parte cruda de la droga El romance con las drogas El papel de la libertad en la mujeres</p>
<p>IMAGEN DEL USUARIO DE DROGAS La imagen del usuario como enfermo o vicioso; la cuestión de la inclusión social. La cuestión del ingreso como un error; el surgimiento de la concepción de la enfermedad y la necesidad de la rehabilitación</p>	<p>Concepción del vicioso y del enfermo Concepción del usuario que comete un error enmendable, ¿quién y cómo? Cómo es que un adicto puede rehabilitarse Cómo se sabe que alguien está rehabilitado</p>
<p>CREENCIAS ASOCIADAS AL INICIO DEL CONSUMO La adicción está en las relaciones sociales: el papel del amigo y de la familia. El usuario como una persona vulnerable que teme a la soledad</p>	<p>La participación de la familia y de los amigos en el ingreso a las drogas El usuario está solo o se siente solo La sensibilidad y vulnerabilidad del usuario de drogas</p>
<p>INTENTOS DE SOLUCIÓN La solución radica en el individuo, en el voluntarismo. En el problema está la solución, su salida está por donde se ingresó, una vez dentro descubren que es falsa y no pueden salir solos, una vez que lo reconocen, piden ayuda a los padres</p>	<p>Cómo se reconoce la adicción, cuándo, y qué tiene que pasar para reconocerla Intentos para salir de las drogas Por qué se pide ayuda a los padres, qué ofrecen Por qué los especialistas no son una opción</p>

Anexo 31 Guía semi-estructurada de las entrevistas a profundidad aplicada a padres

PREMISAS	EJES A EXPLORAR
<p>IMAGEN DE LA DROGA La concepción de la adicción como una opción que destruye a la familia El papel de las malas amistades en el ingreso a las drogas</p>	<p>Cómo ha vivido la adicción del hijo, cómo les ha afectado La amistad, cómo se reconoce a una mala y a una buena influencia La destrucción familiar</p>
<p>IMAGEN DE USUARIO DE DROGAS La imagen del usuario como un enfermo que puede rehabilitarse, la cuestión de la inclusión social</p>	<p>La imagen del vicioso y del enfermo Cómo es que un adicto puede rehabilitarse Cómo se sabe que alguien está rehabilitado</p>
<p>CREENCIAS ASOCIADAS AL INICIO La creencia de que adicción está en las relaciones sociales; las malas amistades y la influencia de la familia El usuario de drogas como una persona vulnerable; tras el recate y cobijo emocional del hijo(a) Las diferencias en la justificación de padres de hijos e hijas</p>	<p>Cómo se explica el ingreso a las drogas La participación de la familia en el ingreso a las drogas La participación de las amistades en el ingreso a las drogas El papel de la voluntad La imagen de un usuario vulnerable como causa del ingreso El ingreso y justificación en hombres y mujeres</p>
<p>INTENTOS DE SOLUCIÓN La solución es endógena al principio y exógena al final; la cuestión de la inclusión social. No están preparados para afrontar una adicción a drogas, no esperan tener un hijo adicto, no hay tolerancia a las drogas El juramento o promesa; la imposición de su autoridad</p>	<p>El papel de la voluntad Los intentos de solución por fases: el inicio, uso continuado y la retirada Qué se espera de un hijo Qué tiene la adicción que la hace ser un problema un problema difícil de enfrentar Qué ve en la TV, radio y qué lee Por qué se tolera el alcohol y las drogas no</p>