



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PREVALENCIA DEL USO DE COCAÍNA Y DERIVADOS EN
UNA MUESTRA DE USUARIOS DE DROGAS DE LA
UNIDAD DE ATENCIÓN TOXICOLÓGICA "XOCHIMILCO"
(TENDENCIAS DE 1996-2000)
UN ENFOQUE SISTÉMICO-FAMILIAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LUCÍA RIVERA ESCALANTE

DIRECTOR: DR. ALBERTO CÓRDOVA ALCARAZ
REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



MÉXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 mis queridos padres, Primo Rivera y Rosa Escalante.

A mis hermanos, Rosa, Lupita, José Luis, Lulú, Alicia, Yolanda, Consuelo, Silvia y en especial a Sergio y a Susana a quienes les ha tocado jugar los roles más difíciles en nuestra familia ¡Sí es posible encontrar nuevos horizontes!

A mis entrañables sobrinos, para ti Karen.

A las personas que más amo, mi hijo Isaac y mi esposo Mario.

Agradecimientos:

Agradezco al Dr. Alberto Córdova Alcaraz, por haber aceptado dirigir mi tesis, por los conocimientos que me ha regalado, y por esa gran paciencia y apoyo me que brindó. Mi agradecimiento también al Prof. José Luis Reyes González, porque sólo a través de sus observaciones me vi obligada a esforzarme más y a concretar lo que quería decir.

Gracias a Araceli, a Flor, al Dr. Alfaro, al Dr. Servín y a mis demás compañeros de trabajo que me brindaron su apoyo. También estoy agradecida con los pacientes de este centro y en especial con las compañeras del Taller de Desarrollo, porque más que enseñarles he aprendido de ellos. A mi mejor amiga, Lety, le externo mi gratitud porque parte de este trabajo es esfuerzo de ella.

Agradezco infinitamente a Juan José Carrillo Carrillo todas sus enseñanzas, su orientación, su paciencia, el apoyo y la amistad que me ha brindado ¡Gracias, porque me has ayudado a cambiar mi concepción del mundo, y ha encontrar de nuevo el rumbo y el porqué de mi existencia!

“Cuando un paradigma cambia, la percepción que tiene el científico sobre cierto problema debe ser reeducada. Esta transformación siempre es gradual y casi siempre irreversible. Pero, mientras esto sucede, el científico pasa por una crisis personal aguda y una gran desorientación. Al final, el resultado es una concepción diferente del problema y de la solución de éste” (Kuhn, 1997).

I N D I C E

Resumen	5
Introducción	7
I. Antecedentes	10
Capítulo Uno	
1.1 Del Uso de Drogas a las Adicciones como Problema de Salud Pública	10
1.2 Conceptos Básicos y Etiología de las Adicciones	14
Capítulos Dos	
2.1 La Salud Pública y las Adicciones en México	27
2.2 La Epidemiología y la Salud Pública	35
2.3 Los Principales Estudios Sobre el Uso de Drogas en México	39
Capítulo Tres	
3.1 Problemática del Consumo de Cocaína en México	41
3.2 La Familia y las Adicciones	45
II. Justificación	52
III. Planteamiento del Problema	53
IV. Objetivos	
4.1 Objetivo General	54
4.2 Objetivos Específicos	54
V. Método	
5.1 Participantes	55
5.2 Materiales	56
5.3 Variables	56
5.4 Procedimiento	63
5.5 Consideraciones Éticas	63
VI. Resultados y Discusión	65
VII. Conclusiones	84
VIII. Alcances, Limitaciones y Sugerencias	86
IX. Bibliografía	88
Anexos	97

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo a través de la revisión de expedientes clínicos de una muestra de 804 usuarios de drogas ilegales que acudieron a la Unidad de Atención Toxicológica Xochimilco de 1996 al 2000, con el objetivo de conocer la prevalencia y tendencia del uso de cocaína y derivados, así como los problemas asociados.

Los resultados muestran que más del ochenta por ciento de la población estudiada presentaba síntomas de adicción (64% de estos eran adictos a cocaína), y dos terceras partes habían utilizado al menos “*alguna vez en la vida*” cocaína o algún derivado (especialmente del tipo *crack*) antes de su ingreso. Se observó también una tendencia al aumento tanto en el índice de consumo de cocaína como en los casos de adicción a ésta. No obstante, lo más importante es que se confirmó que existe una relación estrecha entre el uso de drogas ilegales y los problemas familiares y sociales. Asimismo, se corroboró que los diagnósticos clínicos de *problemas de conducta* y *conducta antisocial*, están asociados a un *conflicto conyugal/parental* o a una *disfunción familiar*.

El fenómeno de las adicciones constituye un problema muy complejo que ocasiona graves repercusiones en la salud, en la integración familiar y en la estabilidad social. En México, diversas instituciones e investigadores han hecho un gran esfuerzo para conocer la extensión, la magnitud, las tendencias, el perfil de los usuarios y los problemas asociados al consumo de drogas ilegales. Así como las variables que incrementan el riesgo de que se experimente, se abuse o se desarrolle dependencia a sustancias.

A través de las encuestas en población general (hogares y escuelas), del Sistema de Registro de Información de Drogas (SRID), del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el Estudio de las Adicciones (SISVEA), y de las investigaciones realizadas en centros de atención especializada, se ha observado que durante el decenio de 1990-2000 nuestro país registra una “*transición epidemiológica*” caracterizada principalmente por el incremento desmesurado del consumo de cocaína, una elevada prevalencia del uso de marihuana, una clara disminución de solventes inhalables, y un paulatino aumento y diseminación de drogas como la heroína y las metanfetaminas (CIJ, 2001d; El Grupo, 1998 y 1999; El Observatorio, 2001 y 2004a y SSA-CONADIC, 1999b y 2001). Situación que indudablemente aumenta los problemas sociales y de salud, especialmente porque el uso de sustancias como la cocaína está vinculado con conductas antisociales y delictivas, y su empleo ha empezado a generalizarse entre los niños y jóvenes de bajos recursos. Además, los usuarios generalmente llegan a desarrollar adicción a esta droga, y utilizan cada vez con mayor frecuencia derivados más peligrosos y adictivos como el *Crack* (Carrillo, Sánchez, Tovar y Becerril, 1998; De la Serna y Castro, 1991; El Grupo, 1998 y 1999; Galván et al., 1994; Galván, Rodríguez y Ortiz, 1994; El Observatorio, 2001; Natera, 1994; Ortiz et al., 1993; Ortiz et al., 1995; Ortiz et al., 1997; Ortiz, Rodríguez, Romero, Gotto y Campillo, 1994; Unikel et al., 1994; Unikel et al., 1998; y Villatoro, Medina-Mora, López, Juárez y Rivera, 1995).

De los problemas asociados, destaca la relación que existe entre el uso de sustancias y los factores familiares. Diversos autores coinciden en que las bases para explicar el papel que juega la familia dentro de las adicciones parten de teorías que conforman un nuevo *paradigma* o visión epistemológica como la Teoría General de los Sistemas, La Cibernética y la Teoría de la Comunicación, el Constructivismo, etc. (Arce, 1985; Cardeña y Vernet, 1985; Caballero, 2000; Carrillo, 2004a y 2004b; CIJ, 1999b; CIJ, 2001a;

Krassoievitch, 1993; López, 1996; López-Negrete, 1981; Molina, 1996; Pérez y Bautista, 2002; Sánchez, 1989; Stanton, Todd y cols., 1988, Tenorio, Figueroa y Natera, 1994; Tenorio y Mendoza, 1998; y Verdeja y Cisneros, 1991). Las características de esta nueva concepción se contraponen con las características del *paradigma clásico* (éste es mecanicista-reduccionista y lineal), principalmente por se estudian totalidades (se busca ampliar el campo de observación en lugar de reducirla a la parte más pequeña del objeto de estudio), y se parte del hecho de que los fenómenos están interrelacionados (el cambio en una parte afecta al todo, por lo que “*se produce algo diferente a la suma de sus partes*”)

Estas nuevas teorías han aportado los conceptos, principios y métodos a la *Terapia Familiar Sistémica* (TFS) como técnica terapéutica utilizada para el estudio y tratamiento de las adicciones. Según la TFS la familia es en esencia un *sistema vivo* de tipo “abierto” (Bertalanffy, 1968 referido por Estrada-Inda, 1997), el cual está ligado con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico. La familia es la base de la sociedad (intermedia entre el individuo y la sociedad), a través de la cual se transmiten la cultura y los valores sociales (Carrillo, 2004b). Por esta función de la familia, se ha sostenido reiteradamente que el consumo de drogas representa con frecuencia un síntoma que expresa la disfunción del sistema familiar, y que el uso, abuso o adicción a las drogas puede tener una función en la estructura relacional de una familia disfuncional (Ackerman, 1976 referido en CIJ, 2001a; Carillo, 2004a; CIJ, 2004; CIJ, 2006; Martínez, 1985; Stanton Todd y cols., 1989; y Verdeja y Cisneros, 1981 entre otros). De este modo, conocer las estructura y dinámica de la familia no sólo ayuda a integrar un mejor diagnóstico de las adicciones, sino que además ofrece nuevas luces en el tratamiento, en la prevención y en la investigación de este problema.

Sobre la estructura y dinámica de la familia mexicana, se sabe que los grandes cambios económicos, políticos y culturales; así como el impacto de la tecnología y la influencia que ejercen los medios de comunicación, principalmente, han llevado a la fracturación de los roles tradicionales por lo que cada vez más la mujer casada tiene un empleo formal, al tiempo que ejerce la maternidad, y pese a las dificultades que enfrenta para cuidar a los hijos; y el hombre, de ser el jefe de familia y único proveedor del hogar, ha tenido que compartir este rol y las responsabilidades económicas con la mujer. De igual forma, hoy en día empiezan a surgir o a observarse con mayor frecuencia nuevos tipos de

organización familiar (como la reconstruida o la de un solo progenitor) que chocan con el modelo de la familia “*nuclear*” (compuesta por padre, madre e hijos) que caracterizaba predominantemente a la sociedad mexicana. No obstante lo anterior, y aun cuando los cambios en la estructura y en las funciones familiares son reales y evidentes, prevalecen todavía las construcciones y las expectativas sociales de familias cuyos modelos ideales demandan a hombres y mujeres el cumplimiento de los roles tradicionalmente asignados. Lo que ha llevado, entre otros factores, a poner en peligro la capacidad de adaptación de la familia mexicana y ha generar un ambiente familiar propicio para la aparición del problema de las adicciones, debido a que los patrones culturales tardan más tiempo en cambiar que los sociales.

Por lo anterior, la presente investigación surgió con el objetivo de realizar un estudio epidemiológico que abordara no sólo las características del consumo (de la cocaína específicamente), sino que permitiera conocer también algunos de los problemas en el ámbito familiar (*conflicto de pareja y disfunción familiar*) y social (*problemas de conducta y conducta antisocial*) de los pacientes, ya que estos factores han sido reconocidos entre las principales causas-consecuencias para el uso, abuso y adicción a las drogas (*factores de riesgo*). Asimismo, se buscaba compartir los conocimientos y la experiencia obtenida al trabajar dentro de un programa para la prevención y tratamiento de las adicciones, diseñado por el Mtro. José J. Carrillo Carrillo, como parte de los servicios que la Unidad de Atención Toxicológica Xochimilco brinda a los usuarios de drogas y a sus familiares.

El trabajo se organizó presentando primeramente una reseña de los principales momentos y acontecimientos que describen cómo el uso de sustancias, que en la antigüedad se circunscribía a actos mágico-religiosos, pasó a convertirse en un problema de salud y social muy complejo en el mundo: las *adicciones*. En la segunda parte se define qué es la farmacodependencia y otros conceptos indispensables para entender el problema. Además, a partir de un análisis de las teorías más importantes que a la luz del nuevo paradigma explican la etiología de las adicciones, se exponen los principales factores individuales, familiares y sociales que propician el uso, abuso y adicción a las drogas, haciendo énfasis en las causas familiares.

En el capítulo dos se define el concepto de salud pública y sus metas principales, y se abordan brevemente las acciones que el Gobierno de México ha venido instrumentando

para atender el problema de las adicciones como uno de los objetivos prioritarios de la salud pública. De igual forma, se precisa la importancia de la epidemiología para establecer un diagnóstico del problema, y para la elaboración de programas de prevención y tratamiento adecuados.

El tercer capítulo trata sobre los principales índices del consumo de la cocaína, los cambios que se han observado en su uso y las consecuencias que se han derivado por el empleo de ésta. Además, se presentan algunas de las investigaciones hechas en familias adictas (al alcohol y/o a drogas ilegales), que sirvieron de guía para determinar qué parámetros se incluirían para estudiar el funcionamiento familiar, los cuales son descritos con mayor detalle en el *Anexo 1*. Los criterios clínicos para establecer los diagnósticos sociales de los pacientes se describen en el *Anexo 2*.

I. Antecedentes

Capítulo Uno

1.1 Del Uso de Sustancias a las Adicciones como Problema de Salud Pública

Desde la edad antigua el Hombre, llevado quizás por la curiosidad que le caracteriza o por la necesidad de explicarse el mundo que le rodea, ha utilizado plantas, animales y diversas sustancias. El vino (alcohol), por ejemplo, era empleado por los griegos y los romanos en las ceremonias de adoración a sus divinidades, agradeciendo a Dionisios (Baco), Dios de la fecundidad y el vino (Lozano, 1994). La *Nicotiana tabacum* o planta del *tabaco*, era consumida por los pueblos antiguos de América para aliviar el cansancio y la monotonía (Brailowsky, 1995 y CEMESAM, 1979)

Otras sustancias como la “*adormidera*” (amapola), un analgésico con las características de propiciar la ensoñación por su alto contenido de *opio*, creció y fue muy utilizado en los imperios Sumerio, Arcadio, Egipcio, Persa y Chino en sus ceremonias secretas o como remedio para diversos problemas de salud (Brailowsky, 1995 y Escohotado, 1990). De igual forma, para los chinos, los hindúes y los vedas la *cannabis* (*marihuana*) tenía un significado sagrado, y la usaban también como tratamiento de ciertas enfermedades (CEMESAM, 1979). Por otro lado, las “*solanáceas*” (psicotomiméticos o alucinógenos naturales) que provienen de plantas u hongos como la belladona, la mandrágora, el beleño y la datura, son las plantas con la mayor tradición e historia escrita de varias culturas europeas, hindúes y americanas, y han sido empleadas para alterar la conciencia, la percepción y para facilitar el contacto con lo sobrenatural (Brailowsky, 1995 y Escohotado, 1990). Respecto a la *hoja de coca* se sabe que la huella más antigua de su uso data de los años 500 d.C., proveniente del Perú donde se encontraron bolsas conteniendo hojas de la planta en una tumba, probablemente como ofrenda para acompañar al muerto en su viaje (Brailowsky, 1995). También hay indicios de que durante el imperio de los Incas esta sustancia se consumía con el objeto de satisfacer el hambre y el cansancio (costumbre que en la actualidad se ha conservado), como analgésico y como remedio popular para algunos trastornos físicos (Meana y Barturen, 1993 y Viesca-Treviño, 1994).

Como se puede observar, es evidente que en estas culturas el uso de las diferentes sustancias estaba permitido predominantemente con motivos mágico-religiosos, para tratar

diversas enfermedades o como una forma de conocerse a sí mismos. Sin embargo, se sabe que para el empleo de estas sustancias existían ciertas restricciones y su uso era designado sólo a determinadas personas (Brailowsky, 1995 y Viesca-Treviño, 1994). En el caso de la *cannabis*, por ejemplo, su consumo era permitido sólo a ciertos individuos que tenían que prepararse a través del ayuno y la abstinencia (Brailowsky, 1995). El empleo de la *hoja de coca* sólo se le podía otorgar como premio al siervo considerado digno por alguna razón (Meana y Barturen, 1993). De igual manera, en las culturas centroamericanas (entre ellas la de México) la persona que consumiera el peyote debía poseer ciertas características, y aquél que lo tomara o manipulara sin ser el elegido era castigado hasta con la muerte (Viesca-Treviño, 1994).

Estas restricciones en la utilización de las sustancias y la aplicación de medidas generalmente drásticas para quienes las consumían fuera de lo establecido, tal vez fueron dos de los factores más importantes que mantuvieron controlado por mucho tiempo el uso de sustancias, y los problemas por el abuso y adicción a las drogas prácticamente no existían. Sin embargo, a partir de la Edad Media (siglos V al XV d.C.) el uso mágico-religioso que acompañaba generalmente a las drogas fue transformándose debido a que en esta época, en la que imperaba el Cristianismo, la mayoría de las drogas comenzaron a ser rechazadas por considerarse que eran sustancias diabólicas, y su uso fue restringido a un fin médico que poco a poco fue afianzándose (Escohotado, 1990). Para los siglos XVI al XVIII, sin embargo, la mayoría de las sustancias volvieron a ser permitidas, pero éstas ya no se consumían solo para aliviar algún padecimiento, sino que ahora empezaban a utilizarse con otros fines. Tal es el caso del opio cuyo uso se extendió entre la población de China hacia mitad del siglo XVII, generando problemas de abuso y dependencia de esta sustancia que se agravaron para el siglo XVIII (Brailowsky, 1995). Al mismo tiempo, el opio se introdujo en Europa y América donde los problemas de adicción por su uso no tardaron en presentarse.

Para el siglo XIX tuvieron lugar otros acontecimientos que revolucionaron el concepto de las drogas, dejando atrás todo halo mágico-religioso que generalmente acompañó el uso de sustancias en las culturas antiguas. En primer lugar, se pueden mencionar los trabajos de la química orgánica desarrollados por los científicos que se dedicaron a estudiar la estructura química de las diferentes plantas ya conocidas

(adormidera, solanáceas, hoja de coca, etc.), logrando extraer las principales sustancias que hoy conocemos como *drogas ilegales*: morfina (1805); codeína (1832); *cocaína* (1860); heroína (1874), mezcalina (1888), barbitúricos (1864), etc. (Escohotado, 1990; Brailowsky, 1995 y Meana y Barturen, 1993). Al conocer los principios activos de las drogas, se facilitó la manipulación química de éstas y las drogas fueron conocidas y llevadas a diferentes partes del mundo. Un caso concreto de esto sucedió con la *cocaína*, cuya difusión por Europa y Estados Unidos se debió primeramente a la fabricación de diversas bebidas (vinos y refrescos), convirtiéndose posteriormente en uno de los fármacos más recetados (Meana y Barturen, 1993). Otro ejemplo es el de la *morfina* que empezó a administrarse por vía intravenosa a los soldados heridos de la guerra civil americana (1861-1865) para ayudarles a mitigar el dolor, gracias a que la jeringa hipodérmica había sido perfeccionada en 1853 (Brailowsky, 1995 y Escohotado, 1990). En segundo lugar, el régimen capitalista de siglo XIX y los grandes avances técnicos y científicos logrados el siglo anterior, trajeron como resultado la Revolución Industrial que llevó a un rápido proceso de proletarización e industrialización en las sociedades de ese tiempo, propiciando la marginación de ciertos sectores de la población. Estos cambios derivaron en un mayor número de usuarios que abusaban y se hacían adictos a las drogas, de tal forma que para el siglo XX el uso de las nuevas drogas sintéticas como la *heroína* (inyectada) y las *anfetaminas* (vía oral) empezaron a extenderse, principalmente entre los soldados de los ejércitos combatientes de las dos guerras mundiales que acontecieron en ese siglo (1914 y 1945).

Posteriormente, tras los grandes problemas políticos, económicos y sociales que se derivaron de las dos guerras mundiales, el problema del uso de drogas se agravó aún más, y empezó a evidenciarse que cualquier persona de cualquier clase social podía tener a su alcance una diversidad de drogas (naturales, sintéticas e industriales) provenientes de todo un mercado que había sido creado para ello y que generaba grandes ganancias para sus dueños: el *narcotráfico*. Todo esto, trajo como resultado que las adicciones cobraran importancia en el mundo y marcó el inicio de múltiples acuerdos y acciones encaminadas principalmente a la prohibición del consumo y del tráfico de las diferentes sustancias ilegales (*oferta de las drogas*). Dentro de estas acciones la farmacodependencia fue considerada como un problema de salud y fue definida por primera vez en 1964 por la

Organización Mundial de la Salud (OMS) como el *estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de alguna droga ilegal (natural o sintética)* (Lorenzo, Leza, Ladero y Lizasoaini, 1998). Poco después, en su XXVIII Asamblea Mundial celebrada en Ginebra, Suiza en 1975, la OMS declaró que los trastornos mentales (que incluyen el uso y abuso de las sustancias) debían ser considerados como problemas prioritarios de la Salud Pública (De la Fuente, 1990a).

La *adicción* hoy es un problema con graves repercusiones en las esferas de lo individual, lo social y en el ámbito de la salud que nos compete a todos: instituciones, profesionistas, padres de familia, estudiantes, etc. Sin embargo, una de las primeras dificultades a las que se enfrenta toda institución o persona que aborda este fenómeno, es que la naturaleza de éste se distingue por una multicausalidad y dimensionalidad de factores intervinientes, que debe ser recordada cuando se diseñen programas de prevención y tratamiento (Lorenzo et al., 1998).

1.2 Conceptos Básicos y Etiología de las Adicciones

Los diferentes términos que se han utilizado y que se usarán para referirse al problema objeto del estudio: adicciones, toxicomanías, farmacodependencia, y drogadicción, han sido empleados en circunstancias y momentos específicos; sin embargo, para efectos prácticos serán considerados como sinónimos.

El término droga (sinónimo de fármaco) se aplica principalmente a aquellas sustancias “psicoactivas”. Llamadas así porque actúan sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), particularmente en las funciones psíquicas o cognoscitivas, son capaces de generar dependencia física, psíquica o ambas; y en muchos casos ocasionan un grave deterioro psicoorgánico y social (Brailowsky, 1995 y Lorenzo et al., 1998).

Las sustancias psicoactivas (drogas de abuso) se clasifican de diferentes maneras. Una primer clasificación, atendiendo a sus características farmacológicas, es la de Levin (1982 referido por Cruz, 2000):

a) Drogas depresoras.- Llamadas así por sus efectos sedantes e hipnóticos en el SNC, tales como: el alcohol, los solventes inhalables, los barbitúricos y las benzodiacepinas.

b) Drogas estimulantes.- Son sustancias que aumentan el estado de vigilia, combaten el sueño y, a dosis elevadas, producen estados de excitación extrema, entre éstas, se encuentran la cocaína, las anfetaminas, las metanfetaminas y la nicotina.

c) Opiáceos.- Sustancias con propiedades analgésicas y anestésicas que se utilizan generalmente para combatir el dolor, como la morfina, la heroína, la codeína y la metadona.

d) Drogas alucinógenas.- Son aquéllas que se caracterizan porque producen alteraciones de la sensación, la percepción, el estado de ánimo y en el nivel de conciencia; quedan incluidas en este grupo la mezcalina, el LSD, la psiclocibina, la cannabis (marihuana) y el PCP (Polvo de angel).

Desde el punto de vista epidemiológico las drogas de abuso se dividen en sustancias legales como el tabaco y el alcohol; y en sustancias ilegales o ilícitas que aparecen en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 1 Drogas Ilegales
Sin utilidad médica: Marihuana Solventes inhalables Alucinógenos Cocaína y otros derivados de la hoja de coca Heroína Estimulantes de tipo anfetamínico
Con utilidad médica: Opiáceos Tranquilizantes Sedantes Otros estimulantes

El término “*uso*” significa sencillamente el consumo, la utilización o el gasto de una sustancia (legal o ilegal) sin que se hayan producido efectos médicos, sociales, familiares, etc. (Lorenzo et al., 1998). De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión cuarta (DSV-IV, 1996), se considera “*abuso*” al patrón desadaptativo de consumo de sustancias que se caracteriza por el incumplimiento de obligaciones importantes; por el consumo repetido en situaciones que resultan peligrosas para la persona; y por la presencia de problemas sociales, interpersonales y legales múltiples; sin que se haya desarrollado dependencia física o psíquica. La dependencia o “*adicción*” hace referencia al conjunto de síntomas y signos fisiológicos que experimenta la persona al suspender el uso de la droga (*dependencia física*); así como a las conductas y los pensamientos que se presentan a consecuencia del deseo irresistible de consumir otra vez la sustancia (*dependencia psicológica*) (Brailowsky, 1995). Ambos tipos de dependencia por el consumo de cocaína se abordan más adelante.

Las teorías que han tratado de explicar en diferentes momentos problemas tan complejos como las adicciones, han llegado al acuerdo que este fenómeno no puede ser abordado desde una sola perspectiva, y se ha considerado que las causas que originan el uso, abuso y adicción a las drogas (legales e ilegales) se deben a tres grandes grupos de factores: *los individuales, los familiares y los sociales*.

Factores Individuales

Comprenden básicamente los factores biológicos; el potencial adictivo de la droga y la respuesta de la persona a la ingesta de ésta; y los aspectos psicológicos propios del individuo.

Factores biológicos

Los factores biológicos incluyen aspectos como la edad, el sexo y la carga genética. Con respecto a la *edad*, este enfoque propone que la adolescencia es una edad de riesgo para muchas dependencias, debido a que con esta etapa de la vida culmina el desarrollo de la personalidad en los planos psicológico, afectivo, intelectual y socioeconómico, y el adolescente puede utilizar las drogas como un mecanismo para enfrentar los problemas que se derivan de estos aspectos de su vida (Lorenzo et al., 1998). Con referencia al *género* y a la carga *genética*, Natera y Tiburcio (1994) señalan que entre los descendientes de familias alcohólicas se ha encontrado que los hombres tienen mayor predisposición al alcoholismo, mientras que las mujeres lo están para la depresión. Sin embargo, en la mayoría de las investigaciones que revisaron estos autores el principal debate ha sido en torno a preguntas tales como ¿qué características pueden heredarse? y ¿cómo son transmitidas? Por otra parte, se ha descubierto que las personas dotadas genéticamente con bajas concentraciones de endorfinas (sustancias endógenas que tienen una actividad similar o parecida a la morfina), presentan una mayor *vulnerabilidad emocional* que podría exponerlas al desarrollo del alcoholismo y de otras adicciones (Lawson, 1993).

Potencial adictivo de la droga y respuesta de la persona a la ingesta de ésta

Según Brailowsky (1995) los factores relacionados con la propia droga y que condicionan la capacidad de una persona para desarrollar una dependencia física y/o

psicológica a la sustancia son: *su precio, su grado de pureza, su potencia farmacológica y, de manera muy importante, sus variables farmacocinéticas* (entendida como la capacidad de absorción de la droga según la vía de administración utilizada y la rapidez del inicio de sus efectos).

La cocaína es considerada como una *droga estimulante del SNC* por sus efectos de euforia, alertamiento, elevación del estado de ánimo y aumento de la energía mental y física; capaz de avivar el tono general del organismo y de reducir la sensación de cansancio o abatimiento de la persona, (Brailowsky, 1995). La cocaína *tiene un alto grado de abuso por sus propiedades como reforzador positivo*, es decir, porque sus efectos se presentan regularmente rápido y resultan demasiado gratificantes para el usuario (Salín, 1997). Aunado a ésta, está su propiedad de *reforzador negativo*, caracterizado por un malestar psicoorgánico que conduce a la persona a tratar de evitarlo (consumiendo otra vez).

La combinación de estos refuerzos positivos y negativos tan intensos hacen que el uso de cocaína derive en una gran dependencia psicológica; es decir, mientras más se usa más se desea (Brailowsky, 1995). Este tipo de dependencia se caracteriza principalmente por:

- a) La conducta de la “*búsqueda de la droga*”.

- b) Las asociaciones que la persona ha hecho entre la droga y todos los implementos que utiliza para drogarse; todos los estímulos ambientales (amigos, hora del día, calle, etc.); y todos los estímulos interoceptivos (pilorección, sudoración, taquicardia, inquietud motora, etc.) que han sido registrados como “señales” de la posible disponibilidad de la droga.

Asimismo, el consumo a dosis elevadas de cocaína lleva rápidamente a una dependencia física, por la aparición de la “*tolerancia*” a esta droga; y a la presencia de diversos signos y síntomas (síndrome de abstinencia) al final de un consumo repetido: agitación, ansiedad, fatiga, depresión intensa, hipersomnolencia, etc.

La potencia farmacológica, en este caso se refiere a los diferentes derivados de la *hoja de coca* que pueden obtenerse a través de un proceso químico. Cada uno de estos tiene diferencias no sólo en su forma de administrarse sino en su capacidad para propiciar

problemas de abuso (Brailowsky, 1995; Meana y Barturen, 1993, y Salín, 1997). Los distintos derivados químicos de la cocaína son:

a) Pasta base:

Llamada también sulfato de cocaína o simplemente pasta; es el producto bruto o no refinado que resulta del *primer proceso de extracción de la cocaína*. Se consume por inhalación de los vapores que se desprenden de su combustión recibiendo el nombre de bazuco. El bazuco se fuma extendido en un papel de periódico, por lo regular, y enrollado como cigarrillo; y suele combinarse con tabaco o marihuana.

b) El clorhidrato de cocaína:

Se obtiene en la segunda fase del proceso químico. Se trata de una sustancia blanca cristalina (polvo blanco). Los cristales tienen forma de hojuelas o rocas y su sabor es amargo. Frecuentemente es diluido con una variedad de ingredientes, los más comunes son lactosa, inositol, manitol y anestésicos locales como la lidocaína; pese a ello contiene aproximadamente del 89 al 98% de cocaína pura.

Esta sal puede ser inyectada y es de gran poder adictógeno. También puede ser inhalada (esnifada). El esnifado es un modo muy común de usar la cocaína. La administración de cocaína por vía intravenosa es también frecuente. A veces se combina con heroína o metadona (speed ball) para evitar los efectos de rebote desagradables producidos por la cocaína. También se han descrito otras formas de administración: a través de la mucosa bucal, rectal y vaginal, así como mediante laceraciones en la piel.

c) Base libre:

Se trata de una cocaína con una concentración de mayor pureza. *Existen dos formas de consumo: la primera consiste en inhalar los vapores de la base libre (free base), extraída del clorhidrato con solventes volátiles (éter) a muy alta temperatura (800 °C) utilizando mecheros de propano. Lo engorroso de su uso (necesidad de pipa, agua, éter, mechero de propano) hacen que su uso esté menos extendido.*

La segunda forma de consumo es el crack o rock, que surgió en 1983, es otra forma de presentación de cocaína base, en cuya obtención se emplea agua en lugar de éter. La

base libre suele ser precipitada en forma de pasta, que una vez seca tiene aspecto de hojuelas que suelen presentarse como gránulos de 125 a 300 mg. (una o dos dosis). Se inhala en recipientes calentados o pulverizado y mezclado con tabaco, marihuana, fenciclidina (PCP), etc., y en forma de cigarrillos. El popular nombre de crack procede del ruido de crepitación que producen los cristales cuando se calientan. Su patrón farmacocinético es semejante al del bazuco por la forma de consumo y administración. Este tipo de cocaína es sumamente barata debido a que es una variedad impura y de baja concentración.

Respecto a las propiedades farmacocinéticas de la cocaína, estos mismos autores dicen que cuando la cocaína es fumada en forma de *bazuco* o como *base (crack)*, se produce una adicción más intensa y de presentación más rápida que cuando se aplica el alcaloide por la nariz o inyectado. El llamado *crack*, llega de los pulmones al cerebro entre 5 y 8 segundos, produciendo una sensación de calor que los usuarios describen como “*intensamente placentera*” (se dice que diez veces más que la cocaína intravenosa y la esnifada). Su efecto es muy fugaz y dura sólo de 8 a 5 minutos, seguido de una depresión (bajada) que puede durar de 10 a 40 minutos tan insufrible para el adicto que casi siempre desencadena un uso compulsivo y muy frecuente, produciendo una fuerte dependencia psicológica. Cuando el clorhidrato de cocaína es administrado por *vía intravenosa* sus efectos farmacológicos y psíquicos se presentan a los 5 ó 6 minutos, son muy potentes pero de breve duración (entre 10-20 minutos). Cuando es *inhalada*, su absorción y sus efectos también se presentan rápidamente y duran entre 20 y 40 minutos; pudiendo influir en la absorción factores tales como la vasoconstricción local, el estado de la mucosa del individuo, etc. Por *vía oral* (mascado de hojas de coca) la absorción es lenta y los efectos de la droga tardan hasta una hora u hora y media en desaparecer.

La rapidez en que aparecen los efectos de las diferentes formas de consumo de la cocaína y su duración varían inversamente; o sea, *mientras más rápidamente aparecen menos tiempo duran*. Lo que intensifica la búsqueda y el consumo de la misma.

Factores psicológicos

Los factores psicológicos son el resultado de cómo el individuo vive y asimila su experiencia con la realidad y su ambiente inmediato, así como las estrategias que escoge y

termina por poner en práctica para enfrentar los problemas y adaptarse a ellos (Carrillo, 2004a). La droga puede ser un facilitador de la interacción con el medio.

Kalina (1988) define al adicto como una persona que intenta modificar su percepción interna de la realidad contextual por medio del consumo de drogas, a pesar de traerle consecuencias autodestructivas a corto y a largo plazo. Por otro lado, señala que en la adolescencia el individuo puede llegar a desarrollar una drogadicción, como un intento de solución a un proceso simbiótico que enmascara en realidad un abandono emocional de uno o ambos padres. Con frecuencia esta simbiosis puede observarse a través de las conductas de atención posesiva de los padres hacia el hijo, no tanto por que éstos lo necesiten, sino porque uno o ambos miembros de la pareja lo necesitan a él para lograr un equilibrio.

Para Stanton, Todd y cols. (1988), el uso de drogas sirve a la función dual de mantener al adicto distante, independiente e individualizado; pero al mismo tiempo, dependiente, necesitado de sostén y leal a la familia, a lo que se ha llamado “*seudoindividuación*”.

Otra aportación importante es la de Reyes del Olmo (1998 referido por Maya, 2001), quien plantea que la adicción tiene que ver con lo emocional. Es decir, la mayoría de los seres humanos tratamos de evitar el dolor, la soledad, la falta de afecto y la sensación de no pertenencia, por lo que cuando se suscitan algunas o todas estas emociones puede iniciarse el consumo de sustancias. En este caso, las drogas desempeñan un papel importante para el individuo al convertirse en el “*colchón del dolor*”, la permisividad de la fantasía y el acompañamiento.

Factores Familiares

Diversos autores coinciden en que las bases para explicar el papel que juega la familia dentro de las adicciones parten de las teorías que conforman un nuevo *paradigma* (o visión epistemológica) como la Teoría General de los Sistemas (TGS); la Cibernética, la Teoría de la Comunicación y el Constructivismo, entre otras (Arce, 1985; Cardeña y Vernet, 1985; Caballero, 2000; Carrillo, 2004a y 2004b; CIJ, 1999b; CIJ, 2001a; CIJ, 2006; Krassoievitch, 1993; López, 1996; López-Negrete, 1981; Molina, 1996; Pérez y Bautista, 2002; Sánchez, 1989; Stanton, Todd y cols. 1988; Tenorio, Figueroa y Natera,

1994; Verdeja y Cisneros, 1991). Las principales características de esta nueva concepción se contraponen con las características del *paradigma clásico* (Carrillo, 2004a; Carrillo, 2004b; Krassoievitch, 1993; De la Fuente, 1990a y Molina, 1996), en el sentido de que se estudian totalidades, (se busca ampliar el campo de observación en lugar de reducirla a la parte más pequeña del objeto de estudio); se parte del hecho de que los fenómenos están interrelacionados (el cambio en una parte afecta al todo); se acepta que las ideas, recuerdos o representaciones del mundo se construyen (cada persona tiene su propia concepción del mundo); y que las representaciones que se hacen de un objeto no coinciden con dicho objeto (las personas son seres socioculturales que interpretan su mundo y no hay forma de evitar esto). En cambio, la *epistemología clásica* parte de una concepción mecanicista, reduccionista, lineal y anticontextual (ven al hombre como una especie de robot o autómatas, consideran que hay una causa que produce un efecto, y que este efecto sólo va de un lado al otro, unidireccional y linealmente. Además, estudian al sujeto aislado, preferentemente en el laboratorio).

Las teorías que comparte la nueva postura aportan los conceptos, principios y métodos a la *Terapia Familiar Sistémica* (TFS) como técnica terapéutica utilizada en el estudio y tratamiento de diversos problemas psicosociales, como la farmacodependencia. Algunos de los supuestos básicos de los que parte la TFS son:

a) La familia como un sistema

Siguiendo los postulados de la Teoría General de Sistemas de von Bertalanffy, la familia es considerada como un sistema y sus elementos –individuos (padre, madre, hijos, etc.) y díadas (marido-mujer; madre-hijo; hermano-hermana, etc.) son subsistemas de ésta. Los cuales interactúan unos con otros de tal forma que se “*produce algo diferente a la suma de sus partes*” (Carrillo, 2004a, CIJ, 1999b y Molina, 1996). De esta manera, la familia es definida como la “Unidad básica de desarrollo y de experiencia; de realización y de fracaso del individuo. Es también la unidad básica de la enfermedad y de la salud” (Ackerman, 1974 referido por Cardaña y Vernet, 1985, Pág. 50).

b) Orden jerárquico de los sistemas

Todo sistema tiene un orden jerárquico, de tal forma que los sistemas existen tanto a nivel macrocósmico como a nivel microcósmico; en donde los primeros tienen influencia

en los segundos, y puede ser a la inversa. En el siguiente cuadro se presenta un esquema de la jerarquía de los sistemas tomado de Engel (1980 en Krassoievitch, 1993):

Cuadro No. 2 Jerarquía de los Sistemas Naturales
Biosfera
Sociedad Nación
Cultura-Subcultura
Comunidad
Familia
Dos personas
Persona (experiencia y conducta)
Sistema Nervioso
Órganos
Tejidos
Células
Organelos
Moléculas
Átomos
Partículas subatómicas

De este esquema se puede observar que la *familia* es en relación a la sociedad un *subsistema* y en relación al individuo un *suprasistema*. Esto quiere decir que la sociedad determina la conformación y el modo de actuar de la familia, la cual a su vez definirá la estructura del individuo. Asimismo, las diferencias y necesidades de cada miembro de la familia, determinarán la conformación de ésta, que a su vez, influirá en la estructura del grupo global (la sociedad) (Ackerman, 1974 en Cardeña y Vernet, 1985). Es por ello que no se puede hablar de individuos enfermos, sino de sistemas o grupos (familia/sociedad) enfermos.

Aplicando esta propiedad de jerarquía de los sistemas Minuchin (1986), en su “*modelo estructural*”, plantea que la familia realiza sus funciones a través de diversos subsistemas (conyugal, parental y fraterno o filial). De estos subsistemas, el parental es el más importante (o el de mayor jerarquía) porque implica el ejercicio de la *autoridad* por parte de los padres hacia los hijos (a través de reglas y normas explícitas e implícitas). Asimismo, para que los diferentes subsistemas funcionen adecuadamente es necesario que existan *límites* que son las fronteras imaginarias que marcan una diferenciación entre los individuos y los subsistemas. De esta manera, el desempeño adecuado de la *autoridad* y la

presencia de límites claros y flexibles es lo que le da a la familia cierta *estructura* (lo que garantiza que los hijos crezcan y se desarrollen adecuadamente). De ahí su concepto de “*estructura familiar*” que define como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

c) Adaptación y ciclo vital de la familia

La teoría de la Cibernética hace una división de los sistemas en “*abiertos*” y “*cerrados*” (Molina, 1996). Los sistemas abiertos son aplicables a los seres vivos, las familias, las sociedades, etc. La familia, como sistema abierto, pasa por un “*ciclo vital*”: nace, crece, se reproduce y muere (Estrada-Inda, 1997) Este ciclo comprende seis etapas: el desprendimiento, el encuentro, los hijos, la adolescencia, el reencuentro y la vejez. Lo que conlleva a una constante interacción entre la familia y la sociedad. Asimismo, este proceso requiere de un adecuado desempeño del núcleo familiar (los padres) y de una adaptación en cada una de las etapas y tareas que comprende el ciclo. De esta forma, si la familia fracasa o se detiene en algunas de estas etapas, se convertirá en un “*sistema enfermo (cerrado)*” que se resiste al cambio y tiende a lograr la homeostasis (el equilibrio) mediante la expresión de un *síntoma* (como el uso de drogas, los problemas de conducta, la conducta antisocial, etc.).

Partiendo de estos supuestos básicos, diversos estudios han sostenido que el consumo de drogas o la adicción no se presentan únicamente en razón de que el individuo obtiene efectos fisiológicos placenteros e inmediatos, sino que la función del uso de drogas en una familia puede tener dos interpretaciones, sin ser excluyentes: postergar la fase de separación (independencia) de los hijos y desviar la tensión familiar generada por un conflicto relacional entre los padres. Es por esto, que la drogadicción de un hijo es considerada como un síntoma o manifestación de la organización disfuncional que existe en la familia (Arce, 1985; CIJ, 2004; CIJ, 2006; Carrillo, 2004a; Stanton, Todd y cols., 1988; Verdeja y Cisneros, 1981). Más aún, los profesionales de la Terapia Familiar han aceptado, casi en forma universal, el hecho de que la ingestión de drogas por algún miembro de la familia puede ser tolerado y apoyado por el sistema. Incluso, existe la posibilidad de que la familia presione o sabotee aquellos esfuerzos de tratamiento que empiezan a tener éxito, con el objeto de no enfrentar otros problemas (como el conflicto de pareja). De ahí la

importancia de incluir a la familia en todo programa de prevención y tratamiento de las adicciones.

Factores sociales

Los factores sociales se relacionan con los aspectos que comprenden la historia, la idiosincrasia, la cultura y la forma en la que se produce y distribuye la riqueza de un país así como su organización y forma de gobierno (Carrillo, 2004a y Carrillo, 1997). Entre los más importantes se encuentran:

a) Político-económicos

En términos económicos, De la Fuente (1990b), dice que en el mundo existe una diferenciación entre países desarrollados y subdesarrollados; en donde los primeros son superiores a los segundos por su gran capacidad económica y tecnológica. Señala que México, con un nivel intermedio de desarrollo, comparte problemas con el mundo industrializado y con el mundo subdesarrollado. Lo que convierte a México en un país con alto riesgo de que sus habitantes presenten problemas de salud mental (como la drogadicción) por tener “*lo peor de ambos mundos*”.

Carrillo (2004a) refiere que la sociedad está determinada por la relación entre los que tienen el dinero y los que carecen de él. Quienes tienen el poder económico (dinero) están aliados con los que tienen el poder político (gobierno). El sistema político, entonces, es producto de esas relaciones establecidas y el ciudadano común (la inmensa mayoría) está sujeto a los vaivenes político-económicos.

b) Idiosincrasia

Según Carrillo (1997), la ideología que actualmente impera en el mundo es el “*neoliberalismo*”, y se ha convertido en una superestructura muy importante a la que están sujetos todos los países. El *neoliberalismo* propicia que naciones pequeñas como México sean “*tragadas*” por las naciones desarrolladas. La consecuencia de esto es que cada vez son menos los que tienen acaparadas las riquezas y cada vez hay más gente desempleada y sin la posibilidad de satisfacer las mínimas necesidades, lo que atañe el bienestar psicológico y emocional de las familias y sus miembros.

Yaira (1999) agrega que el neoliberalismo fomenta y promueve políticas de “*globalización*” (la tendencia de los mercados y las empresas a extenderse, sobrepasando las fronteras nacionales) lo que propicia la descomposición de las ciudades por la desintegración de la cultura y el deterioro de la calidad de vida, y convierte a las comunidades en “*sociedades de riesgo*”.

c) Socioculturales

Dentro de los factores culturales se ha encontrado que en países latinos como México, el alto índice del consumo de drogas legales como el alcohol se debe en gran parte a que hay una amplia aceptación social de su uso (Secades y Fernández, 2003). Esta situación se agrava por la existencia de información incompleta, incluso errónea, sobre el peligro del consumo del alcohol y otras drogas; por la inadecuada orientación del tiempo de ocio a falta de alternativas recreativas; y por el comportamiento de modelos sociales (deportistas, actores, músicos, políticos, etc.) que utilizan y fomentan el uso de drogas legales e ilícitas (Lorenzo et al., 1998).

Además, Yaira (1999) y Carrillo (2004a), señalan que las elites de poder (político-económicas) imponen valores individualistas y materialistas en lo nacional e internacional. De esta forma, para el individuo lo que importa es tener más para “vivir mejor” sin importar los medios. Sin embargo, como estos valores contradicen los valores sociales y familiares, el individuo se ve obligado a resolver por sí solo esta contradicción. Si no consigue resolver ésta no logrará integrarse de manera “satisfactoria” ni en lo económico ni en lo emocional, y se sentirá frustrado, sin futuro, excluido.

d) El narcotráfico y la corrupción

Yaira (1999) comenta que actualmente el narcotráfico ha aprovechado la “*globalización*” y ha formado toda una red de producción y distribución de la droga, colocando a “*punteros*” en cada localidad; al menor coste posible y con la máxima rentabilidad, lo que ha incrementado la disponibilidad y el uso de sustancias ilegales (como es el caso de la cocaína y derivados).

Por otro lado, Carrillo (1997) señala que el narcotráfico es un sistema de intereses a nivel mundial, que compite con los gobiernos por el poder económico y político. Las

mafias están perfectamente organizadas nacional e internacionalmente y obtienen ganancias millonarias, porque muchas veces las autoridades callan y toleran el narcotráfico, aún teniendo la información y los mecanismos jurídicos para detenerlo.

e) La tecnología y los medios de comunicación

Yaira (1999) señala que el impacto de la tecnología sobre la vida cotidiana ha fomentado la deshumanización y el aislamiento de los miembros de la familia, lo que los hace vulnerables ante el problema de las adicciones.

Sobre los medios de comunicación masiva tales como la prensa escrita, la radio y la televisión, principalmente, Carrillo (1997) refiere que a través de éstos se transmiten y se fomentan a gran escala los nuevos *valores* individualistas y materialistas impuestos por el neoliberalismo, con las consecuencias ya mencionadas para la familia y sus miembros.

Concluyendo, podría decirse que los factores individuales y familiares, pero en especial estos últimos, son las posibles causas que facilitan la aparición de la farmacodependencia, entre otros factores. Debido, en primer lugar, a que la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. En segundo lugar, porque la familia tiene las funciones de brindar una protección psicosocial al individuo y facilitar su adaptación al medio externo, puesto que el hombre no es un ser aislado sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales (familia-sociedad). De esta forma, los factores sociales serían las situaciones que por lo general precipitan y desencadenan la problemática de la adicción, cuando la familia ha fallado en sus funciones básicas hacia el individuo.

Capítulo Dos

2.1 La Salud Pública y las Adicciones en México

La salud pública puede definirse como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y administrativas al estudio de los fenómenos de salud íntegros, con una base bien definida de población (Ortiz, Pérez y Félix, 1985).

De la Fuente (1990b) refiere que la salud pública aborda primariamente al grupo y secundariamente a los individuos. El centro principal de interés son las raíces y consecuencias sociales de los trastornos mentales; y, por ende, sus métodos y técnicas de estudio son diferentes a las empleadas en el laboratorio. Las encuestas, los cuestionarios y el análisis estadístico de los datos son algunas de ellas.

Los objetivos principales de la salud pública según Calderón (1978 referido en Buitrón, 1995) y De La Fuente (1990b) son:

- a) Promover el desarrollo sano y la salud mental tanto del individuo como de la comunidad.

- b) Reunir una base sólida de datos que permita *reducir la incidencia y la prevalencia de los llamados trastornos mentales* (incluyendo uso, abuso y adicción a las drogas), mediante el diseño de programas preventivos y el desarrollo de nuevas formas de tratamiento.

- c) Evaluar la utilización de los servicios de salud mental y los resultados de los programas que en forma prominente hacen uso de la educación como medio para lograr cambios de actitudes, patrones de conducta y estilos de vida poco saludables.

En México, la salud pública tiene sus inicios durante el periodo post-revolucionario, cuando es plasmado en la *Constitución de 1917 el Derecho a la Salud para todos los Mexicanos*; reconociéndose como una atribución del Estado la ingerencia directa en la promoción de la salud (Ortiz, Pérez y Félix, 1985). Antes de este hecho trascendental, la atención de la salud era proporcionada fundamentalmente por la medicina herbolaria y

mágico-religiosa de los aztecas. Posteriormente, con la conquista de México se introdujo la medicina occidental, pero la población era atendida por la práctica privada y por las organizaciones caritativas que dependían principalmente de la iglesia y con muy poca participación del estado.

Ante el fenómeno de la farmacodependencia, como problema prioritario de la Salud Pública, El Gobierno mexicano ha venido instrumentando diferentes estrategias desde la década de los setenta (Moctezuma, 1994). Un ejemplo de ello es el marco jurídico-normativo e institucional que se ha desarrollado para dar seguimiento a los acuerdos que México ha firmado en el ámbito internacional, a través de cual se han generado programas para la atención de los problemas de alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia.

El Programa Nacional para el Control de Drogas es el instrumento de política nacional para la atención de las adicciones que surgió como parte de la planeación integral de todos los sectores de la Administración Pública dentro del Plan Nacional de Salud (Moctezuma, 1994 y SSA-CONADIC, 2001) Para garantizar la operación de este programa se crea en 1986 por Decreto Presidencial el *Consejo Nacional contra las Adicciones* (CONADIC) (Velasco, 1993). Los principales objetivos de este organismo de coordinación interinstitucional e intersectorial son:

a) Promover y apoyar todas las acciones de los sectores público, social y privado (Sistema Nacional de Salud), tendientes a la *prevención, tratamiento y reinserción social del adicto*.

b) *Combatir el uso de drogas* y los problemas de salud pública causados por las adicciones, a través de un marco jurídico-penal y con la colaboración internacional.

El Programa Nacional para el Control de Drogas, orienta la respuesta mexicana en dos vertientes complementarias: la oferta y la demanda; ya que no se trata sólo de evitar que las drogas estén al alcance de los niños, jóvenes y ciudadanos, sin tocar las causas de la demanda, complejas pero no inabordables (Velasco, 1993). Por lo tanto, las estrategias para alcanzar estos objetivos deben ser igualmente integradoras: la atención unilateral a “consumidores” y “productores” no es la solución. Por esto, es necesario contar con un diagnóstico preciso del problema de

las adicciones, a través de la investigación epidemiológica, enriquecida por el intercambio de información y por las experiencias de otros países.

Prevención

La prevención de la farmacodependencia se presenta hoy como una labor de primera importancia. Siguiendo el esquema de la historia natural de la enfermedad creado por Sir MacFarlane Burnet en 1940 (SSA-CONADIC, 1992), los esfuerzos preventivos pueden encaminarse a:

- a) Destruir o modificar la influencia del agente (droga).
- b) Fortalecer a la persona o a la población en riesgo (huésped).
- c) Modificar el ambiente.

La interacción de esta tríada está relacionada con el tipo o nivel de prevención que según la mayoría de los textos especializados se divide en primaria, secundaria y terciaria (Bloom y cols. 1981 citado en Buitrón 1995; y SSA-CONADIC, 1992):

Prevención primaria

Es el conjunto de actividades encaminadas a evitar que se presenten nuevos casos de una enfermedad (farmacodependencia). En un primer momento las acciones preventivas se orientan a la colectividad; pero es necesario tomar en cuenta a qué tipo de población se dirigen para que dichas medidas sean eficaces. Las medidas que suelen aplicarse en primera instancia son de tipo educativo y de fomento a la salud.

En un segundo momento, se atiende a grupos expuestos o que tienen un riesgo elevado de consumir drogas. En este caso las acciones están encaminadas a evitar el surgimiento y desarrollo del trastorno (uso, abuso y/o adicción).

De las distintas actividades preventivas para las adicciones que en un nivel primario han venido realizando en nuestro país diversas dependencias gubernamentales y no gubernamentales, medios de comunicación y diversos sectores de la población, Merlo (1999 citado por Maya 2001) ha hecho un análisis de éstas y concluye que los principales objetivos han sido:

a) Promover la reflexión y toma de conciencia acerca de las diferentes formas en que se manifiestan las adicciones.

b) Concientizar y sensibilizar a los jóvenes y a la población en general acerca de la problemática del uso de drogas, promoviendo conductas de autocuidado y de rechazo consciente sobre el uso y tráfico de drogas que implican un gran peligro, y un manejo adecuado del tiempo libre.

c) Fomentar la comunicación entre padres e hijos y otros valores individuales y sociales, que lleven a la población a optar por una vida sana como un modelo de prevención de las adicciones y educación para la salud.

No obstante, según la SSA-CONADIC (1999 referido por Maya, 2001), la mayoría de estas estrategias preventivas han sido informativas y no educativas. Lo que repercute en los objetivos que busca alcanzar nuestro programa contra el uso de drogas. Sin embargo, la misma CONADIC y los Centros de Integración Juvenil (CIJ), están empezando a desarrollar programas que se enfocan a lo educativo, específicamente a la educación para la salud.

Entre otras acciones se incluyen también la *investigación epidemiológica* y las medidas y/o disposiciones jurídicas que en nuestro país se han emitido para controlar el uso y el tráfico de drogas (legislación y combate al narcotráfico).

Prevención secundaria

Se realiza en el momento en que la enfermedad ya se ha instalado en el huésped y *se orienta a la reducción de la prevalencia* (número de casos) de un problema o alteración. Sus principales recursos son la detección temprana y el tratamiento. La prevención secundaria *pretende reducir la cronicidad y gravedad de la enfermedad o problema*, dado que se apoya fuertemente en la intervención terapéutica. Mientras que los esfuerzos de prevención primaria se dirigen hacia poblaciones generales, *la prevención secundaria se orienta a poblaciones de alto riesgo*.

En este nivel de prevención destacan en México las acciones de diversas instituciones que se han dado a la tarea de fomentar la educación para la salud; detectar y canalizar oportunamente los casos de usuarios experimentales, los consumidores habituales y los adictos funcionales y disfuncionales; e identificar los grupos actuales y potenciales de consumidores. Algunas de estas instituciones y sus principales acciones son:

La *Secretaría de Educación Pública (SEP)*, además de detectar casos y canalizarlos a los centros especializados para su tratamiento, ha realizado los cambios necesarios en los programas curriculares de la carrera de maestro de educación básica, lo mismo en los libros de texto de la escuela primaria (Velasco 1993).

La *Procuraduría General de la República (PGR)*, a parte de coordinar el combate a al narcotráfico, se ha dado a la tarea de detener a las personas que poseen alguna sustancia ilícita. Si se determina que la persona es adicta, ésta es liberada con la solicitud de seguir un tratamiento supervisado por alguna institución de salud pública; pero, si se confirma que ha cometido algún delito contra la salud, es sometido al proceso legal correspondiente (Moctezuma, 1994).

La *Dirección General de Epidemiología* de la Secretaría de Salud coordina y participa en las investigaciones epidemiológicas para el estudio e identificación de los casos de uso, abuso y adicción a las drogas (Moctezuma, 1994).

Prevención terciaria

Son las acciones preventivas que se aplican en una fase avanzada de la enfermedad, cuando ya existen complicaciones y secuelas. Los programas de prevención terciaria que existen dentro del campo de las adicciones, se destinan a los pacientes que ya presentan dependencia (física y/o psicológica) a una o varias drogas, con el objeto de mejorar su tratamiento, limitar los daños, y propiciar una pronta rehabilitación y readaptación social. Se busca también evitar las posibles recaídas y/o reingresos del individuo, por lo que es necesario involucrar a la familia del paciente en este nivel de prevención y en los anteriores, con el fin de que apoye y participe en este proceso.

En México las acciones de prevención en el tercer nivel son realizadas principalmente por instituciones públicas, sociales y privadas del Sector Salud que brindan

tratamiento, rehabilitación, canalización y orientación a las personas con problemas de uso de drogas.

Para finalizar con esta parte de la prevención en sus tres niveles, es importante comentar que la SSA-CONADIC (1992) hace hincapié en lo siguiente:

a) *La prevención de la farmacodependencia debe atender en forma integral a la multicausalidad de esta enfermedad. No es posible aplicar aquí esquemas simplificadores y unidireccionales.*

b) En la medida en que descubramos las verdaderas causas individuales y sociales de las adicciones, podremos diseñar medidas preventivas más apropiadas.

c) *Las acciones preventivas deben ser mucho más amplias que la mera eliminación del consumo de drogas, pues la farmacodependencia es una enfermedad individual y social con múltiples y complejas manifestaciones también individuales y sociales.*

Por otra parte, el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 1999 referido en Maya, 2001) ha propuesto algunos de los principios necesarios para la elaboración de programas preventivos:

a) Los programas preventivos deben diseñarse con el fin de *aumentar los factores protectores y reducir los factores de riesgo.*

b) *Los programas preventivos deben incluir a los padres y el ámbito familiar, porque tiene mayor repercusión que trabajar por separado con los padres o los hijos.*

c) Entre más elevado sea el nivel de riesgos en una población, más intensos y tempranos deben ser los esfuerzos preventivos en la misma.

Tratamiento

La literatura sobre los tratamientos para la dependencia del alcohol y las drogas ilegales demuestra que ha sido y es muy complejo establecer las estrategias adecuadas para este tipo de pacientes. Todavía más difícil ha sido evaluar dichas estrategias de tal manera que hasta el momento no hay un modelo único que garantice el éxito (Ortiz, 1992).

A la fecha existen diferentes tipos o modalidades de tratamiento y con diversos enfoques para la atención de las adicciones, en donde participan profesionales, numerosos grupos de no profesionales, exadictos, voluntarios, etc. En el Cuadro No. 3 se hace una breve descripción de los principales tratamientos que existen para la atención de la drogodependencia elaborado a partir de las contribuciones de diferentes autores (Annis, 1989, Lowinson, 1992 y DiNitto y McNeece, 1998, Pauletti, 1999 todos estos referidos por Maya, 2001; Alcohólicos Anónimos, 1986; Leyva, 1988, SSA-CONADIC, 1999 referido por Maya, 2001 y Ortiz, 1992)

Por lo anterior es importante mencionar las líneas de acción que deberían de incluir cualquier tipo de tratamiento, según la SSA-CONADIC (1999 referido por Maya, 2001) son:

- a) Detección y canalización temprana de los casos de abuso en el consumo.
- b) Atención de los trastornos físicos y psicológicos asociados al uso de las sustancias.
- c) *Diversos abordajes terapéuticos hacia el adicto y su familia.*
- d) Desintoxicación y manejo médico de los síndromes de supresión.
- f) Medidas de apoyo al proceso de abandono de drogas.
- g) Prevención de recaídas.
- h) Reinserción social.

En nuestro país, el tratamiento formal que se brinda a las personas con problemas de adicción al alcohol y otras drogas está a cargo de diferentes instituciones de salud pública e instituciones y clínicas de asistencia privada. De manera informal están, principalmente, los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) los cuales, según Leyva (1998), no brindan una atención profesional pues en estos grupos la ayuda es entre “*exadictos*” que han logrado dejar de drogarse (pero no siempre). Además, en estos grupos los aspectos familiares y sociales de las adicciones no son abordados.

2.2 La Epidemiología y la Salud Pública

Definición y Objetivos de la Epidemiología

La epidemiología es una rama de la medicina cuya tradición parte de las enfermedades infecciosas, y que anteriormente estudiaba básicamente la forma en que dichos padecimientos se transmitían (Campillo, Medina-Mora y Castro, 1979). En la actualidad su enfoque se ha ampliado y nadie discute que sus técnicas, perspectivas y contexto teórico sean de gran utilidad para comprender enfermedades no contagiosas como la diabetes, el cáncer y la psicosis. Así como fenómenos con un carácter más social: *uso de drogas*, accidentes de tránsito, suicidios, etc.

Según Marti y Murcia (1987) y Beaglehde, Bonita y Kjellstrom (1994), la epidemiología no sólo se encarga de estudiar los fenómenos de la salud y la enfermedad, sus determinantes sociales y biológicas y su distribución social. La epidemiología también es una intervención en el terreno con miras a promover y proteger la salud de las comunidades; prevenir y curar la enfermedad; prevenir la muerte o la invalidez. Por lo tanto, la epidemiología estudia a los grupos no a las personas, no su individualidad; y supone un análisis completo de la realidad social además del fenómeno biológico.

Para Medina-Mora (1994) la epidemiología es la mejor herramienta de la salud pública, y su paradigma básico (revisado anteriormente) ha sido y sigue siendo la interrelación de tres elementos: el *agente*, el *huésped* y el *medio ambiente*. Pero en el problema de las adicciones el papel de los diferentes elementos de esta tríada epidemiológica se hace más complejo por los múltiples factores psicosociales que participan. Aquí, lo que se busca es identificar los casos, enumerar la población afectada, medir la oportunidad de exposición e identificar la interacción entre los factores de riesgo.

La epidemiología, como toda disciplina científica, posee su propio cuerpo de conocimientos. Entre los más importantes se pueden incluir conceptos tales como *la incidencia y prevalencia*, que dentro del campo de las adicciones, han sido los *principales parámetros para estudiar el uso y abuso de sustancias psicoactivas*, y determinan el tipo de diseño de la investigación (estudios longitudinales, retrospectivos, etc.) (Campillo et al. 1979). Sus técnicas son comunes a otras disciplinas: levantamiento de encuestas, cálculo de muestras representativas, comparación de grupos de población, elaboración de cuestionarios, utilización del conocimiento estadístico, etc.

Explicar los usos o propósitos de la epidemiología dentro de la salud pública ha sido la preocupación de varios investigadores. Hasta el momento, se han logrado postular siete utilidades de la epidemiología que a continuación se mencionan (Hales y Yudofsky 2000 y Medina-Mora, 1994):

- a) Estudiar la salud de una población a través de la historia.
- b) Diagnosticar el estado de salud de una comunidad.
- c) Evaluar los programas de prevención y tratamiento.
- d) Completar el cuadro clínico de los padecimientos.
- e) Calcular el riesgo que tiene un individuo de contraer una enfermedad.
- f) Identificar nuevos síndromes.
- g) Investigar las causas de una enfermedad.

Según Hales y Yudofsky (2000) estos siete usos de la epidemiología son la base de los diferentes tipos de estudios que existen, y que a continuación se describen.

Tipos de Estudio

Estudios descriptivos

Los estudios descriptivos a menudo representan la primera etapa de una investigación epidemiológica y se limitan a la descripción de la frecuencia de una enfermedad (Beaglehole, Bonita y Kjellstrom, 1994). Estos estudios permiten obtener estimaciones de la tasa de presentación de un trastorno en una población determinada y se interesan por los aspectos cuantitativos como la *incidencia* y la *prevalencia* (Campillo et al., 1979 y Medina-Mora, 1994).

La prevalencia es el número de casos presentes en una población determinada y en un momento dados; y la incidencia es el número de casos nuevos que se producen durante un período determinado en una población específica (Beaglehole et al., 1994). La diferencia básica entre ambas estriba en que mientras la prevalencia lidia con antiguos y nuevos casos, la incidencia sólo lo hace con éstos últimos (Campillo et al., 1979). Además, la prevalencia permite conocer *qué tan afectada está la población* y la incidencia indica *qué tan rápido está creciendo un fenómeno* (Medina-Mora, 1994).

Campillo et al. (1979), mencionan que las tasas de prevalencia se deben obtener por medio de estudios *transversales o retrospectivos* y los de incidencia por *longitudinales o prospectivos*. La principal distinción entre estos estudios obedece al número de observaciones que se efectúan en un período determinado. En los estudios transversales se efectúa sólo una observación, y pueden compararse con una “*fotografía instantánea*” porque *dan una imagen estática de un punto en el tiempo*. A través de este tipo de estudios los datos que se recogen son los llamados *retrospectivos*, que se refieren a eventos sucedidos en el pasado y se fundamentan en la memoria del entrevistado. Algunos ejemplos de estos estudios transversales son las encuestas nacionales en población general y en estudiantes y los sistemas de reporte de información de eventos, que se detallan más adelante en el Cuadro No 4.

En los estudios longitudinales hay un mínimo de dos observaciones: una inicial que sirve para establecer las condiciones basales del fenómeno; y otra subsecuente que es la encargada de registrar los cambios que se operaron después de la primera observación. *La imagen que dan estos estudios es mucho más dinámica* que la de los anteriores; y el investigador sí está en posibilidad de garantizar la certeza de las observaciones, ya que las obtiene en forma directa. Estos estudios también se llaman *prospectivos*.

Según Campillo et al. (1979), debido a que los *estudios de incidencia o longitudinales* tienen dos puntos de comparación en el tiempo y a que manejan datos de mayor calidad, la información que se obtiene a través de éstos es más completa que la que proporcionan los estudios de *prevalencia o transversales*. Por esto se puede calcular el riesgo que tiene un sujeto de contraer una enfermedad, completar la historia natural de un padecimiento y obtener conclusiones de índole etiológica. Sin embargo, son estudios que exigen un alto grado de complejidad en su diseño o una tecnología avanzada y un costo elevado. Además, si se realizan estudios de cortes transversales seriados de la prevalencia, es posible obtener la *tendencia*, entendida ésta como el monitoreo cercano del fenómeno que permite captar una imagen dinámica del problema; y a través de éstos es posible conocer las variaciones en el consumo de sustancias a lo largo del tiempo; detectar nuevos tipos de drogas o el abandono de otras ya conocidas, etc. Por estas razones, los estudios de incidencia se utilizan menos que los estudios de prevalencia.

Estudios Analíticos

Estos estudios van más allá que la mera descripción y analizan las relaciones entre el estado de salud y otras variables; exploran las variaciones de las tasas entre diferentes grupos con el fin de identificar los factores de riesgo; estudian los contextos causales: naturaleza de la enfermedad y naturaleza de la población, etc. (Beaglehole et al., 1994 y Medina-Mora, 1994).

Dichos estudios manejan preferentemente aspectos cualitativos y forman parte de la tradición fenomenológica de las ciencias sociales que dependen fundamentalmente de observar a las personas en su propio medio e interactuar con ellas con sus propios códigos de lenguaje, denominada investigación “*naturalística*” o “*etnográfica participante*” (Medina-Mora, 1994).

La investigación naturalística permite obtener una imagen más dinámica del uso de drogas, ya que son fenómenos que se distinguen de otros porque van cambiando con el tiempo. Sin embargo, estos estudios no pueden proporcionar datos a cerca de la extensión y magnitud del problema, como la que se obtiene con los estudios descriptivos.

Estudios experimentales

A diferencia de los estudios descriptivos y analíticos en donde la naturaleza sigue su curso (el investigador mide pero no interviene), los estudios experimentales implican un intento activo de cambiar una determinante de la enfermedad, y son similares en cuanto a diseño a los experimentos realizados en otros campos de la ciencia (Beaglehole et al., 1994). Este tipo de estudios, por tanto, son útiles para evaluar el efecto de las intervenciones preventivas o terapéuticas diseñadas sobre el desarrollo o la evolución de la enfermedad (Medina-Mora, 1994).

2.3 Los Principales Estudios Epidemiológicos en México

El interés por el estudio del problema de las adicciones en nuestro país no es nuevo, pues a principios del siglo XX se realizaron las primeras investigaciones (Unikel, Ortiz, Guerrero y Vázquez, 1993). No obstante, es a partir de la década de los años 70 cuando se establece en México el estudio continuo del problema, con el objetivo de tener una imagen de la extensión del uso de drogas (Campillo et al., 1979). En ese entonces, dieron inicio las encuestas en hogares de ciudades seleccionadas (Medina-Mora et al. 1990 y Tapia, Medina-Mora, Sepúlveda, De La Fuente y Kumate, 1990), así como los estudios en población escolar (Castro. 1987). Por otro lado, se realizaron investigaciones en población carcelaria; y las primeras en población vulnerable (citadas en Campillo et al., 1979) las cuales permitieron mostrar una imagen más dinámica del problema, por los datos cualitativos que aportaron.

Durante la década de los 80s se realizaron pocos estudios, pero al mismo tiempo se desarrollaron metodologías nuevas, abocadas exclusivamente a la población mexicana. Con estas estrategias, se llegó a la conclusión de que la continuidad y la realización de estudios epidemiológicos seriados serían los únicos que brindaría parámetros fijos para conocer y evaluar la magnitud, las tendencias y las consecuencias del uso de drogas. Es decir, qué tanto había aumentado o disminuido el problema en nuestro país a través del tiempo; qué cambios habían sucedido en el empleo de las drogas y en los subgrupos afectados, etc.

Entre estos esfuerzos en 1986 comienza a operar en el área metropolitana el Sistema de Registro de Información (SRID) (Galván, Ortiz y González, 1997). En el mismo año se realizan *encuestas nacionales en estudiantes* de los niveles de enseñanza media y media superior (EPE) y en 1988 se presentan resultados de la primera *Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)* (El Observatorio, 2001).

En los años 90 se estableció el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) con el objetivo de monitorizar integralmente el problema de la farmacodependencia en México. Se realizaron otras encuestas más en estudiantes a nivel nacional y en el Distrito Federal, se efectuaron la segunda y tercera encuestas nacionales en poblaciones urbanas; y se llevaron a cabo diversas investigaciones de carácter cualitativo,

como los estudios sobre mujeres consumidoras de diferentes drogas (SSA-CONADIC, 1999).

A estas estrategias metodológicas, se han ido agregando otras fuentes de información muy importantes como son las estadísticas y/o investigaciones de los *centros especializados para la atención de usuarios de drogas*, mediante las cuales es posible conocer cuántas de las personas que acuden son adictas, a qué tipos de drogas, cómo se ha ido comportando el uso de sustancias, cuáles son las características sociodemográficas de los usuarios, etc. (Medina-Mora, 1994). Estos estudios tienen la ventaja de poder dar datos de manera continua. Sus limitaciones más importantes se deben a que se obtiene información solamente de los casos detectados por la institución que realiza el registro, la cual puede ser diferente y aún aparentemente contraria a la que se desprende de los estudios en población general (El Observatorio, 2001). Pero esto se debe principalmente a que existe un periodo de espera entre el momento en que el individuo empieza a consumir drogas y en el que manifiesta problemas que lo llevan a las instituciones.

Cada uno de estos estudios ya sea en poblaciones determinadas y/o en grupos específicos (con estrategias epidemiológicas diferentes) son importantes, pues es a través de ellos que se ha podido conocer la extensión, magnitud, tendencias y consecuencias del uso de drogas en nuestro país. Es así que Medina-Mora (1994) afirma: *“Cada una de estas aproximaciones epidemiológicas constituye una ventana por la que podemos asomarnos al problema del uso de drogas; y cada una de estas ventanas nos dará una parte diferente y complementaria del mismo”*.

En el Cuadro No. 4 se pueden apreciar algunos de los estudios epidemiológicos más importantes que se llevan a cabo en nuestro país, y que proporcionan datos cuantitativos. En dicho cuadro se incluye una descripción del tipo de estudio y los objetivos principales de cada uno; las poblaciones que estudian y los diferentes escenarios; la periodicidad con que se realizan y las instituciones que participan; así como las ventajas y las limitaciones que cada estudio presenta (Campillo et al., 1979; SSA-CONADIC, 1999; El Grupo, 1998 y 1999; y El Observatorio, 2001; Galván et al., 1997; Medina-Mora et al., 1990; Medina-Mora, 1994; y Tapia et al., 1990).

CUADRO No. 2
TRATAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LA DROGODEPENDENCIA

TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN Y OBJETIVO	MODALIDAD
1. PROGRAMAS DE DESINTOXICACIÓN	Es el primer paso a seguir en el tratamiento de la adicción. No se considera por sí solo como un tratamiento de rehabilitación. Comprende el cese del consumo de la droga bajo supervisión médica.	Hospitalización de breve estancia. Ambulatorio (consulta externa). Residencial (comunidades terapéuticas o casas de medio camino).
2. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO	Es el siguiente paso después de la desintoxicación. Los servicios que generalmente se ofrecen son: -Educación sobre la dependencia química. -Terapia u orientación individual y grupal. -Introducción a programas de autoayuda. -Promoción del bienestar y la salud en general.	Internamiento por cierto período. Ambulatorio. Programas residenciales (comunidad terapéutica, ambulatoria o de día y casas de medio camino).
3. PROGRAMAS DE AUTOAYUDA	Agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia en el problema de beber. No pertenecen a ninguna secta o grupo religioso, político o de otra índole; manteniéndose con sus propias contribuciones. El único objetivo que persiguen es el de la sobriedad. Sus principios básicos están contenidos en sus “Doce Pasos” y sus “Doce Tradiciones”. Fueron creados originalmente para los problemas de alcoholismo, pero actualmente se utilizan para la adicción a otras drogas.	No hay servicio profesional. Juntas cerradas y públicas que sesionan todos los días. Internamiento por periodos determinados. Cobertura a nivel nacional.
4. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS	El enfoque teórico de estos tratamientos varía de forma considerable, y puede estar dirigido al individuo, la pareja, la familia y/o el grupo.	Ambulatorio Psicoterapia individual, de pareja, familiar y de grupo..
5. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS	Existen diversas tipos que emplean diferentes técnicas, y pueden ir acompañados o no de psicoterapia, tales como: Acupuntura, biofeedback, meditación, hipnosis, electroterapia, etc.	Ambulatorio Hospitalización de breve estancia..

**CUADRO No. 3
PRINCIPALES ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS
EN MÉXICO**

TIPO DE ESTUDIO Y POBLACIÓN	INSTITUCIONES QUE REALIZAN EL ESTUDIO Y PERÍODO	O B J E T I V O S	V E N T A J A S	LIMITACIONES
Encuesta Nacional de Adicciones (ENA): Población General (hogares)	Dirección General de Epidemiología (DGP). Instituto Nacional de Psiquiatría (INP). 1988 (1ª encuesta) 1993 (2ª encuesta) 1998 (3ª encuesta) 2002 (4ª encuesta)	Estimar la prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y drogas; y mantener un diagnóstico actualizado, que permita conocer la magnitud, extensión y tendencias del problema	Permite tener una visión más global del problema, por lo que son las más utilizadas para las comparaciones internacionales. Permite obtener tasas de prevalencia de vida, último año y último mes. Permite conocer los niveles de consumo, las tendencias, los subgrupos afectados, los grupos ocultos y los principales problemas asociados. Da información de la proporción de usuarios que han solicitado atención y los que no lo han hecho.	Son muy costosas porque requieren de grandes muestras y de personal capacitado. No incluyen población institucionalizada, y población sin lugar fijo de residencia. Sus cifras están por debajo del valor real, porque se obtienen por interrogatorio directo.
Encuesta en Población Estudiantil (EPE): Estudiantes matriculados de enseñanza media y media superior. Estudiantes de Preparatoria del sistema abierto.	Secretaría de Educación Pública (SEP). INP Sistema escolarizado: Nacionales: 1976 1986 1992 Distrito Federal: Desde 1976 se han llevado a	Conocer la extensión, magnitud y tendencias del problema en estudiantes; identificar las drogas que se están utilizando, los subgrupos afectados, y las consecuencias del uso. Conocer las características psicosociales y factores de riesgo en estudiantes no escolarizados.	Sus costos económicos y de operación son inferiores, comparados con otras estrategias. Proporcionan información de un grupo importante de la población. Es sencillo seleccionar muestras no sesgadas y la validez de la información es	Los datos que se recaban se refieren básicamente al uso experimental. Excluyen a sujetos que no estudian o que han abandonado sus estudios, quienes son los consumidores mayores.

	<p>cabo cada dos o tres años.</p> <p>Sistema abierto: Un reporte efectuado en marzo-mayo del 2000.</p>		<p>muy alta porque utilizan cuestionarios autoaplicables.</p> <p>Permite conocer la asociación entre el uso de drogas y ciertos factores individuales (conducta antisocial, problemas emocionales, etc.) y sociales (percepción de riesgo, tolerancia social del uso, etc.).</p>	
<p>Sistema de Registro de Información de Drogas (SRID):</p> <p>Reporte de <i>eventos</i> relacionados con el uso de drogas de personas que acuden a instituciones de salud y de procuración de justicia del área metropolitana.</p>	<p>Coordinado por INP</p> <p>Dos reportes por año: De 1986 al 2002 se han producido 12 re-portes.</p>	<p>Proporcionar un diagnóstico actualizado y periódico del uso de drogas en la ciudad de México, a fin de identificar las tendencias y los cambios ocurridos, y estimar la trayectoria del problema.</p> <p>Conocer las características del usuario, patrón de consumo y factores de riesgo.</p>	<p>Su operación es económica, proporciona información actual del problema en la Cd. de México, y permite realizar análisis comparativos con otros métodos.</p> <p>Los resultados se expresan en términos de proporciones y tendencias.</p> <p>Estudia el fenómeno desde el interior, a diferencia de otros métodos, porque da cuenta de las características del usuario, hábitos y patrón de consumo, grupos de alto riesgo, drogas nuevas, problemas asociados, etc.</p> <p>Ayuda a la determinar los servicios que se requieren para la atención de los usuarios.</p>	<p>No utiliza muestreo probabilístico y las muestras pueden ser sesgadas.</p> <p>No puede hacer inferencias del número total de casos nuevos ni de la población a la que representan.</p> <p>Únicamente detecta a usuarios que solicitan atención y se sabe que en un número reducido de adictos llega a tratamiento.</p> <p>Los usuarios pueden acudir cuando ya presentan deterioro grave.</p> <p>Existe subregistro de mujeres que no piden atención.</p>

<p>Sistema de Vigilancia Epidemiológica para el Estudio de las Adicciones (SISVEA)</p> <p>Reporte de eventos relacionados con el uso de drogas de poblaciones que acuden a CIJ y organismos no gubernamentales; servicios médico-forense y procuración de justicia en ciudades seleccionadas.</p>	<p>DGE SSA</p> <p>Un reporte por año: De 1990 al 2002 se han producido 12 reportes.</p>	<p>Mantener un diagnóstico actualizado y periódico de los indicadores de salud relacionados directa e indirectamente con el uso alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas y médicas, que permita alimentar la toma de decisiones; así como para evaluar planes y programas.</p>	<p>El es sistema de mayor cobertura a nivel nacional.</p> <p>Permite identificar grupos vulnerables, factores de riesgo y sustancias que pueden ser susceptibles de abuso.</p> <p>Útil para evaluar el costo físico y social de las drogas.</p>	<p>Prácticamente son las mismas que para el SRID.</p>
---	---	---	---	---

Capítulo Tres

3.1 Problemática del Consumo de Cocaína en México

Todos los observadores especializados coinciden en que el uso de psicoestimulantes en el mundo occidental, ha venido incrementándose de manera importante a lo largo de las últimas décadas del Siglo XX (Meana y Barturen, 1993). Un caso muy especial lo ocupa el consumo de cocaína y otros derivados, cuya demanda a nivel internacional ha sido tal que se ha creado todo un sistema de producción, refinamiento y transportación que opera ilegalmente, y que constituye una fuerza económica y política para algunos países como las naciones Andinas (Seymour-Smith, 1995 referido en Maya, 2001).

Las consecuencias médicas y sociales por el consumo de esta droga, han llevado a incluirla como un cuadro patológico en los principales sistemas de diagnóstico desde 1987 (Meana y Barturen, 1993). Además, en países como Estados Unidos, el uso de cocaína ha presentado cambios importantes en las características demográficas de los usuarios y en los hábitos y patrones de su consumo (Meana y Barturen, 1993). Esta situación ha venido observándose también en México, por lo que conviene puntualizar algunos de los datos epidemiológicos más importantes a nivel nacional y en el Distrito Federal:

Tendencias

A través de las encuestas en hogares de 1988, 1993 y 1998 se ha podido constatar que el consumo de drogas ilegales a nivel nacional y en el Distrito Federal ha aumentado. Sobre todo entre 1993 y 1998, en donde los índices nacionales pasaron de 3.90 a 5.27% y en la ciudad de México aumentaron de 3.98 a 7.28% (SSA-CONADIC, 1999). Según estas encuestas, la marihuana y la cocaína son las sustancias ilegales que más se utilizan. El índice de consumo “*alguna vez en la vida*”, en el caso de la marihuana, aumentó del 3.32% en 1993 a 4.70% en 1998; y la cocaína pasó de 0.56 a 1.45% (SSA-CONADIC, 1999).

Asimismo, la ENA 2002 reporta que actualmente la *prevalencia total* (“*alguna vez*”) del uso de drogas (sin incluir tabaco y alcohol) en la República Mexicana es de 5.03%; y que la marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo la cual alcanzó el 3.48% en el uso “*alguna vez*” y 0.31% en el “*último mes*”; la cocaína y otros derivados

ocupan el segundo lugar en las preferencias de la población (1.23% y 0.19) y los inhalables se ubican en el tercer lugar con índices del 0.45% y 0.08%, respectivamente.

Las encuestas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, confirmaron el incremento observado en el uso de drogas ilegales; pero reportan que la preferencia en el consumo de estas sustancias ha cambiado entre los estudiantes: ahora la marihuana y la *cocaína* son las drogas de mayor uso, y ambas han desplazado a los inhalables. El consumo de marihuana se incrementó en el período de 1976 al 2000 de 1.9 a 5.8% y el de la *cocaína* de 0.5 a 5.2%, y los inhalables pasaron del 0.9 a 4.3% (El Observatorio, 2001).

Resultados del SRID de 1987 a 1997 reportaron que hasta ese momento las drogas que más se consumían eran, en primer lugar, la marihuana; en segundo, los inhalables, y en tercer lugar la *cocaína* (El Grupo, 1998). Sin embargo, desde 1998 la *cocaína* alcanzó un nivel de consumo por arriba de ambas, obteniendo en el 2000 un porcentaje de 67.1% en la categoría “*alguna vez en la vida*”; seguida por la marihuana (55.9%) y los inhalables (41.2%) (El Grupo, 2000-1). Además, desde 1996 el incremento en el uso de *cocaína* se ha acentuado cada vez más, al contrario de lo observado en las otras sustancias.

Las tendencias nacionales que reporta el SISVEA de los organismos gubernamentales (1991-2000) y de los no gubernamentales (1994-2000), evidencian que a pesar de que la *cocaína* ha presentado un incremento progresivo en sus cifras como “*droga de inicio*” (de 3.4% pasó a 5.8%), la marihuana (de 0.9 a 12.9%) sigue siendo una de las primeras sustancias con que se inicia el consumo; a diferencia de los inhalables que han registrado un decremento hasta más del 50% (El Observatorio, 2001). Como “*droga de uso actual*” (solamente para la población de CIJ) la *cocaína* ha sido la sustancia de mayor consumo, obteniendo en 1991 el 0.9% y en el 2000 el 12.9% (El Observatorio, 2001). En cambio, los índices de la marihuana y los inhalables han seguido una tendencia a la baja. Como “*droga de impacto*” (solo para los organismos no gubernamentales) la *cocaína* se ha ubicado entre el primero y el segundo lugar con índices variables (El Observatorio, 2001).

Finalmente, de las estadísticas de los centros de atención especializada como Centros de Integración Juvenil (CIJ), se reporta que entre 1990 y 2000 en el registro del uso “*alguna vez*” a nivel nacional se detectó un acusado aumento del consumo de *cocaína* (incluyendo crack), que la colocan en el primer lugar como “*droga de uso*” al pasar de

12.2% en 1990 a 71.4% en el 2000. Por el contrario, el uso de la marihuana que se había mantenido relativamente estable hasta 1996, registró una disminución de 69.3 a 63.4%, que la llevó a situarse en el segundo lugar; y los solventes inhalables también reportaron una caída entre 1991 y 2000, disminuyendo de 61.8 a 35.2% (El Observatorio, 2001). Situación similar se encontró en la población atendida en los CIJ de la ciudad de México, en donde la “prevalencia de vida” de la cocaína pasó de 7% en 1990 a 73.7% en 1999; en cambio, el uso de marihuana y de solventes disminuyeron de manera importante (de 67.1 a 56.8% y de 65.2 a 41.2%, respectivamente) (CIJ, 2001d).

Características sociodemográficas, hábitos y patrón de consumo de la cocaína

De las características sociodemográficas, varios estudios reportan que los usuarios de cocaína cada vez pertenecen más a los niveles medio y bajo (El Grupo, 1998, Natera, 1994 y Unikel et al., 1998).

Respecto a los hábitos y patrón de consumo se ha detectado que *la cocaína ha dejado de ser utilizada de manera experimental*, observándose un importante consumo crónico que se distingue por una frecuencia elevada (Carrillo, Sánchez, Tovar y Becerril, 1998; El Grupo, 1998; Ortiz, Rodríguez, Unikel et al., 1994; Ortiz et al., 1997). Estos estudios coinciden en que una gran parte de los usuarios reportan cada vez más el empleo de *crack* (un derivado más adictivo), y una reciente tendencia al uso de cocaína inyectada.

De igual manera, se ha encontrado que cada vez son más las mujeres que utilizan esta droga y que los patrones de consumo entre hombres y mujeres tienden a ser similares, aunque muchas veces ellas llegan a consumir más que los hombres porque les es más fácil conseguir la droga (se las regalan o se prostituyen para obtenerla) (El Grupo, 1998; Galván, Rodríguez y Ortiz, 1994; y El Observatorio, 2001).

Además, se ha encontrado que la cocaína se consume con mucha frecuencia combinada con otras drogas (principalmente *alcohol* y *marihuana*), ya sea para aumentar su placer o para amortiguar el displacer al suspender su consumo (Carrillo, et al., 1998; El Grupo, 1998; Ortiz, Rodríguez, Unikel et al., 1994; Ortiz et al., 1995; y Servín, et al., 1993).

Consecuencias del uso de cocaína

Diversos estudios reportan que los usuarios de cocaína frecuentemente se involucran en actos antisociales y conductas delictivas de mayor importancia como robos (primero en casa y luego en la calle), fraudes, venta y/o distribución de drogas, riñas, abandono de los estudios o incumplimiento en el trabajo, vagancia, etc. Esto debido a la imperiosa necesidad de consumir, al incremento cada vez mayor en la frecuencia y en la cantidad de la dosis (especialmente si es fumada) y a la ocurrencia de “episodios paranoicos” que les lleva a enfrentamientos (De la Serna y Castro, 1991; Romero, Gotto y Campillo, 1994; Galván et al., 1994; Ortiz, Rodríguez, Galván et al., 1994; Ortiz et al., 1995; Villatoro, Medina-Mora, López, Juárez y Rivera, 1995 y Ortiz et al., 1997).

3.2 La Familia y las Adicciones

Hace algunas décadas las estrategias utilizadas en México para estudiar el uso de alcohol y otras drogas se centraban únicamente en las características del consumo (Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia-Conyer, 2001; Natera, Tenorio, Figueroa y Natera, 1994; y Villatoro, et al. 1995). Actualmente, las encuestas en hogares, los estudios en población estudiantil y los sistemas de información mantienen un seguimiento de los problemas psicosociales asociados al uso de sustancias (Galván, Ortiz y González, 1997; Ortiz, Rodríguez, Galván, Unikel y González, 1994; Romero, Gotto y Campillo, 1994; Villatoro et al., 1995). Asimismo, han venido realizándose diversos estudios que se han centrado sobre la etiología y las repercusiones del uso de sustancias; en la prevención, el tratamiento y en otros aspectos importantes de las adicciones como los de Acosta, Alvarado y Flores (1985); Arce (1985); Cardeña y Vernet (1985); Carrillo (2004a); Castro (2001 referido en SSA-CONADIC, 2001); Castro y Chávez (1986); CIJ (1999a); CIJ (1999b); CIJ (1999c); CIJ (2001a); CIJ (2001b); CIJ (2001c); CIJ (2001d); CIJ (2001e); CIJ (2004); CIJ (2006); Fontanetto (1985); López (1996); López-Negrete (1981); Natera (1993); Natera y Mora (1993); Natera, Tiburcio, Mora y Orford (1999); Ortiz y Vélez (1985); Sánchez (1989); Tenorio, Figueroa y Natera (1994); Torres et al. (1985); y Verdeja y Cisneros (1991), entre otros. Uno de los principales hallazgos de estas investigaciones, que coincide con lo reportado por otros países, es que el consumo de drogas y la presencia de problemas psicosociales son dos aspectos altamente relacionados, destacando la problemática familiar como uno de los principales factores.

La relación entre los problemas familiares y el consumo de sustancias ha sido ampliamente documentada. La mayor parte de estas investigaciones se han realizado en otros países, y han partido básicamente de los fundamentos teóricos discutidos en el primer capítulo (segunda parte). Estos estudios han permitido conocer, entre otros aspectos, las principales características de los adictos y sus familiares, la “*estructura*” y “*dinámica*” de familias con problemas de uso de drogas, las conductas de coadicción y/o la forma en que los familiares afrontan dicha problemática; así como los factores de riesgo y protección para el uso y consumo problemático de sustancias:

Características del adicto y sus familiares

Acosta, Alvarado y Flores (1985); Cardeña y Vernet (1985); Berriel y Luna (1985); CIJ (1999c); CIJ (2001a); CIJ (2001b); CIJ (2001c); Ortiz y Vélez (1985); Servín, Zaldivar, Hernández y Trejo (1993); Stanton, Todd y cols. (1998); Torres, et al. (1985); y Tenorio, Figueroa y Natera (1994), entre otros, han descrito que en estas familias el padre suele ser autoritario y violento (pero controlado fácilmente por la madre), distante (periférico), renuente a integrarse al tratamiento, y generalmente con problemas de alcoholismo o adicción a otras drogas. La madre es indulgente, apegada, sobreprotectora y abiertamente permisiva con el adicto. Algunas de estas características pueden invertirse, sobre todo si el farmacodependiente es del sexo femenino. El adicto por lo regular es dependiente (emocional, mental, social y económicamente) de uno o ambos padres, suele delegar su responsabilidad a los demás y tiene dificultad para manejar sus emociones. Con frecuencia tiene antecedentes de problemas de salud y de conducta durante la infancia, y puede presentar conductas antisociales y delictivas.

Estructura y dinámica familiar

Acosta, Alvarado y Flores (1985); Cardeña y Vernet (1985); Berriel y Luna (1985); Carrillo (2004a); CIJ (1999c); CIJ (2001a); CIJ (2001b); CIJ (2001c); CIJ (2004); CIJ (2006); López (1996); Ortiz y Vélez (1985); Servín, Zaldivar, Hernández y Trejo (1993); Stanton, Todd y cols. (1998); Torres, et al. (1985); Tenorio, Figueroa y Natera (1994); Tenorio y Mendoza (1998); y Verdeja y Cisneros (1991), entre otros, señalan que las familias suelen ser desligadas o amalgamadas; rígidas o caóticas; incompletas (por fallecimiento o separación), permisivas ante el uso de drogas, y con frecuencia hay antecedentes de uso de drogas por otro familiar y/o de padecimientos psiquiátricos. Una de las formas más usuales en que se estructuran las familias de usuarios de drogas se caracteriza por un conflicto no resuelto del subsistema conyugal que se desvía hacia el subsistema filial, triangulando a uno de los hijos, casi siempre el usuario de drogas. En estas relaciones trianguladas generalmente el conflicto existe entre el padre y los varones consumidores, observándose que éstos tienen más cercanía afectiva con la madre (aun cuando esta cercanía incluya discutir con ella). En el caso de las mujeres consumidoras, el conflicto es más con la madre mientras que hay mayor cercanía con el padre. Aunque esta

clase de relación triangular es estresante, sirve a todos para bajar la tensión ocasionada por el conflicto conyugal, de tal manera que concede a la familia cierta estabilidad relacional, al desviar la atención a otro problema. Sin embargo, estas formas de disminuir la ansiedad son temporales, el problema (uso de drogas) que sirve para desviar el conflicto generará a la vez mayor conflicto y reclamos entre los padres y entre todos los demás integrantes.

Asimismo, estas familias pueden distinguirse por presentar múltiples conflictos como violencia familiar, problemas de conducta en alguno otro hijo, problemas de comunicación y dificultad para expresar afecto y emociones, etc. Generalmente hay confusión en los roles familiares o su desempeño es inadecuado. Las reglas son contradictorias (no coincide lo que dice con lo que se hace), por lo que con frecuencia la autoridad de los padres se ha perdido o no es clara. Existe incapacidad para establecer límites claros, especialmente hacia el adicto, quien termina tomando el control de la familia.

Coadicción y estrategias de afrontamiento de las adicciones

En una pareja donde uno de los miembros es alcohólico/adicto el otro tiende a presentar y desarrollar también otra patología: la “coadicción”. La coadicción es una condición específica de la persona, caracterizada por una preocupación y dependencia extrema (emocional, mental, social y hasta física) sobre otra persona (Beattie 1991). Es también un modo de vivir y un patrón de comportamiento en todas las relaciones que la persona establece en su vida (Carrillo, 2004a). En la actualidad se considera que no sólo algún miembro de la familia puede ser un coadicto sino que también los amigos, compañeros de trabajo u otras personas que mantienen una relación estrecha con el alcohólico o adicto pueden desarrollarla (Bejos, 1995 referido por Escamilla, 2002).

Una característica esencial del coadicto es que busca la solución de los problemas tratando de cambiar al otro (alcohólico-adicto) empleando diferentes estrategias como controlar, cuidar, justificar, sobreproteger, asumir responsabilidades del otro, etc. (Escamilla, 2002). De esta forma, la relación entre el coadicto y el adicto se convierte en un “*círculo vicioso*” en el que a medida que la dependencia del alcohólico o adicto aumenta, las conductas de coadicción se incrementan (Carrillo, 2004a; Escamilla, 2002 y Tenorio, Figueroa y Natera, 1994). Esta relación patológica, cuando se da entre la pareja de

esposos/padres, afecta también a los hijos porque se crea una dinámica familiar anormal (Black, 1997), siendo las consecuencias más comunes: que se incrementen las probabilidades de volverse alcohólico/adicto (especialmente en el caso de los hombres); que los hijos (principalmente las mujeres) se casen o se unan a parejas con algún tipo de adicción; y/o que no puedan establecer una relación de pareja.

De la forma en que las familias mexicanas enfrentan el problema de las adicciones Carrillo (2004a); Escamilla (2002); Natera (1992); Natera y Mora (1993); Natera, Mora y Tiburcio (1999); Natera, Tiburcio, Mora, y Orford (1999); Tenorio, Figueroa y Natera (1994), han encontrado que los miembros de estas familias se sienten impotentes ante el problema del uso de sustancias, ven a las drogas (generalmente a las ilegales) como una fuerza todo poderosa contra la cual el usuario no se puede resistir; y creen que el adicto es quien necesita el tratamiento y no ellos. También es común observar que las estrategias empleadas por los familiares pueden inadvertidamente agravar la problemática.

Estas familias tienden a ser controladoras: esconden o tiran la droga para impedir que consuma el usuario; lo vigilan, amenazan con dejarlo, se distancian o dejan de hablar con el paciente, etc. En otras ocasiones toleran el consumo de drogas y la conducta problemática del usuario: dan dinero al usuario aún sabiendo que va a gastarlo en drogas y/o alcohol; aparentan que todo está bien en la familia, cuando no es así; disculpan o encubren la conducta del usuario, etc.. En otras ocasiones la forma de enfrentamiento es una mezcla de tolerante-controlador: rechazan al usuario, pero al mismo tiempo buscan atenderlo y protegerlo porque sienten compasión por él; tratan de obligarlo a que prometa dejar de drogarse o para que acuda a tratamiento; asumen responsabilidades del adicto, etc. Otras formas de reaccionar son negar el problema y no buscar ayuda por el miedo y la vergüenza de comunicar su situación a otras personas.

Factores de riesgo y protección

Los *factores de riesgo* que aparecen en el Cuadro No. 4 hacen referencia a los signos, rasgos o actos que están relacionados con un riesgo para iniciar el consumo de sustancias, y pueden encontrarse en la comunidad, la familia, la escuela y en el individuo. Los factores más importantes son (CIJ, 2003; Carrillo, 2004a; Córdova, 2000; NIDA, 1999 citado por Maya, 2001; Pérez, 2002; y Rodríguez, 2004):

Cuadro No. 4
Factores de Riesgo para Iniciar el Uso de Sustancias Ilegales

Individuo	Familia	Sociedad
<ul style="list-style-type: none"> -Problemas de conducta, conducta antisocial temprana que persiste después de la adolescencia, y otros problemas psiquiátricos. -Desinterés en el desarrollo escolar, deserción o fracaso escolar. -Poca estabilidad laboral. -Aislamiento de actividades sociales y problemas de relación. -Altos niveles de angustia, depresión, timidez e inseguridad. -Crisis de adolescencia. Necesidad de experimentar emociones fuertes y sensaciones intensas durante la adolescencia. -Baja autoestima. -Manejo inadecuado del tiempo libre. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conflicto de pareja. -Disfunción Familiar. -Falta de monitoreo y dirección por parte de los padres. -Disciplina exageradamente rígida o inconsistente. Sobreprotección e intrusión de uno o ambos padres (se asume la responsabilidad del otro, se le revuelven problemas, etc.). -Actitud permisiva hacia el uso de alcohol, tabaco y otras drogas. -Alcoholismo y/o uso de drogas ilegales por parte de alguno o ambos padres y/o de los hermanos mayores. -Padres mentalmente enfermos y/o con conductas antisociales. -Ausencia de uno a ambos padres por separación o fallecimiento. -Antecedentes de enfermedades severas e incapacitantes y/o fallecimientos en la familia. -Violencia intrafamiliar. 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas económicos, falta de oportunidades laborales, etc. -Disponibilidad de la droga. -Uso de drogas y/o conductas antisociales en el grupo de amigos. -Una política escolar indefinida donde se permita el acceso de tabaco, alcohol y otras drogas. -Acceso a lugares públicos en los que se consume. -Aceptación social del uso excesivo de drogas legales. -Valores sociales y personas públicas (músicos, actores, políticos, deportistas, etc.) que propician y fomentan el uso y abuso de drogas legales e ilegales. -Falta de instalaciones deportivas, culturales, y artísticas en la comunidad.

Asimismo, a partir de diversos estudios en muestras representativas de estudiantes mexicanos, y con un enfoque sistémico, Castro y Chávez (1986); Castro(1990) y Castro (2001 referido en El Observatorio, 2001) han seleccionado hasta cincuenta indicadores de riesgo para el *consumo problemático* de sustancias. Muchos de estos coinciden con los descritos en el cuadro anterior; y otros que vale la pena mencionar son:

a) *Demográficos*: Tener su lugar de residencia en la ciudad de México.

b) *En la droga*: Uso experimental de marihuana y cocaína, consumo frecuente de alcohol y/o tabaco, baja percepción del riesgo que significa usar drogas (salud y comunidad).

c) *En el individuo*: tener entre 15 y 18 años, haber iniciado el uso de drogas en la adolescencia temprana, conductas de riesgo, descuido de vida social, problemas escolares en la segunda infancia, etc.

Los *factores de protección* son situaciones y condiciones que protegen a la familia contra el consumo de drogas, incrementan la resistencia y disminuyen el riesgo del uso de sustancias (CIJ, 2003 y NIDA, 1999 citado por Maya 2001). Entre los más importantes se pueden mencionar la enseñanza de valores positivos en la familia; que se desarrolle en la familia una relación afectiva y cercana con el hijo; poner límites y normas para el adecuado funcionamiento familiar, cuidando su cumplimiento y promoviendo que el niño se haga responsable de sus actos; establecer normas contra el uso de sustancias, mejorar la comunicación entre padres e hijos, fomentar el apego a la escuela, desarrollar hábitos de estudio; buscar que los padres y maestros se involucren en el proceso de educación, etc.

Sobre estos *factores de riesgo y protección* se han realizado estudios que afirman que ciertos factores familiares como el uso de drogas por parte de los padres o hermanos y/o la actitud favorable ante el uso de éstas, tienen más peso predictivo para que el individuo inicie el uso de drogas; incluso, por encima de la vinculación con pares que utilizan drogas o que presentan conductas antisociales (Rodríguez, 2004). En cambio, el monitoreo y establecimiento de reglas familiares, representa uno de los *factores de protección* más significativos en comparación con otros.

Otro estudio realizado en adolescentes de la ciudad de México confirma que el uso ocasional, el abuso y la dependencia a las drogas, es mayor entre aquellos sujetos que presentan *factores de riesgo* dentro de la familia como: vínculos emocionales pobres, sobreinvolucramiento de los miembros que limita la autonomía individual; problemas de adaptación, eventos o circunstancias estresantes que la familia ha enfrentado frecuentemente, etc. (Córdova, 2000).

Concluyendo, si al trabajar con la familia -como grupo primario e inmediato del adicto- se está incidiendo en el aspecto social de las adicciones, resulta estratégico continuar con el estudio de las familias con problemas de uso de drogas e incluirlas en todo programa de prevención y tratamiento. Además, es necesario que las acciones preventivas y terapéuticas vayan más allá de la mera eliminación del uso de drogas (*oferta de las drogas*), y se centren en combatir *la demanda*, lo que implica trabajar especialmente con la familia para:

- a) Informar adecuadamente a los padres sobre los peligros y consecuencias del uso de drogas en los hijos.
- b) Detectar y atender oportunamente los *factores de riesgo* en la familia para el uso de drogas.
- c) Formar y ayudar a los padres en la difícil tarea que tienen (fomentando factores de protección) sobre todo en sociedades de riesgo como la nuestra.
- d) Ayudar al individuo y sus familias a que aprendan a convivir con las drogas sin usarlas. Especialmente con sustancias tan adictivas y productivas para el narcotráfico como la cocaína la cual, según lo que se ha observado, está y va a seguir estando tan disponible en el mercado durante algunas (o muchas) décadas más.

II. Justificación

El uso y abuso de drogas constituye una situación compleja que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y la estabilidad social. Por esto, se requiere contar con diversas fuentes de información que permitan tener una visión más completa del problema, y poder formular las políticas y toma de decisiones en materia prevención y tratamiento de las adicciones. En México, a través de las encuestas en población general y escolar, de los sistemas de información y de las estadísticas de centros especializados, entre otras estrategias, ha sido posible conocer que durante el decenio 1990-2000 nuestro país registra una “*transición epidemiológica*” caracterizada principalmente por el incremento alarmante del consumo de cocaína, una elevada prevalencia del uso de marihuana, una clara disminución de solventes inhalables, y un paulatino aumento y diseminación de drogas como la heroína y las metanfetaminas (CIJ, 2001d; El Grupo, 1998 y 1999; El Observatorio, 2001, 2004a y SSA-CONADIC, 1999b y 2001).

Respecto al consumo de cocaína no sólo es preocupante que su consumo se ha incrementado, sino que se ha colocado como la segunda droga de mayor consumo entre la población. Además, se han reportado cambios importantes en las características sociodemográficas de los usuarios (cada vez son más los niños y jóvenes de bajos recursos quienes la utilizan), en sus hábitos y patrón de consumo (ha dejado de utilizarse de manera experimental y se están empleando derivados más adictivos como el *Crack*). Asimismo, se ha observado que su uso está asociado con consecuencias mayores para quienes la consumen y para sus familias, y se ha evidenciado que la cocaína ahora es una droga de fácil acceso y gran disponibilidad (Carrillo et al., 1998; CIJ, 2001d; De la Serna y Castro, 1991; El Grupo, 1998 y 2000-1; El Observatorio, 2001; Natera, 1994; Ortiz et al., 1995; Ortiz et al., 1997; Ortiz, Rodríguez, Galván et al., 1994; Ortiz, Rodríguez, Galván y González, 1993; Ortiz, Rodríguez, Unikel et al., 1994; Romero, Gotto y Campillo, 1994; Servín et al., 1993; SSA-CONADIC, 1999; Unikel et al., 1998 y Villatoro et al., 1995).

Por lo anterior, se hace necesario realizar estudios de este tipo para coadyuvar en la vigilancia cercana de la prevalencia del uso de cocaína y detectar los cambios que sigan presentándose en el perfil del usuario, en los hábitos y en el patrón de consumo. Al realizar esta investigación en la Unidad de Atención Toxicológica Xochimilco, se tendrá la

posibilidad de recabar información más específica sobre el uso y los problemas asociados al consumo de sustancias en esta zona lo que permitiría:

- a) Conocer algunas de las características más importantes de la población que acude a este tipo de centros y los problemas familiares, sociales y legales que presentan.
- b) Contribuir en la investigación sobre la relación que existe entre el uso de drogas y los problemas asociados.
- c) Mejorar la atención y los programas de prevención y tratamiento de las adicciones que brinda este centro especializado.

III. Planteamiento del Problema

Debido a la transformación epidemiológica que se está gestando en el país, y que ha derivado en un incremento del uso de cocaína, surgen las siguientes interrogantes ¿Qué proporción de los pacientes atendidos en la Unidad de Atención Toxicológica Xochimilco utilizaron cocaína durante el período de 1996-2000? ¿El uso de esta sustancia se incrementó durante estos años, y ha seguido la misma tendencia reportada por otros estudios? ¿Qué relación hay entre el uso de esta sustancia y la problemática familiar?

IV. Objetivos

4.1 Objetivo General

Estimar la prevalencia y la tendencia del uso de cocaína y derivados de 1996 al 2000, e identificar los problemas familiares, sociales y legales asociados al consumo de sustancias ilícitas.

4.2 Objetivos Específicos

a) Determinar la prevalencia del uso de cocaína *“alguna vez en la vida”*, *“último año”* y *“último mes”*.

b) Comparar los resultados de la prevalencia del uso de cocaína (en sus diferentes categorías), realizando la curva respectiva que permita estimar la tendencia que presentó de 1996 al 2000.

c) Realizar los diagnósticos familiar y social de los expedientes clínicos que no cuenten con esta información, y determinar la relación que existe entre estas y otras variables.

d) Obtener el total de casos de adicción y las principales drogas de uso.

e) Identificar las características, hábitos y patrón del consumo (edad de inicio, tiempo del consumo, patrón de consumo y forma de consumo).

f) Identificar las características sociodemográficas de los pacientes estudiados.

g) Obtener el número total de pacientes que recibió tratamiento previo, e identificar que tipo de intervención terapéutica se le proporcionó.

V. Método

5.1 Participantes

5.1.1 Descripción de la población

La población estuvo conformada por 2377 usuarios de drogas ilícitas que fueron atendidos en la Unidad de Atención Toxicológica Xochimilco (UAT Xochimilco) de 1996 al 2000, y que cumplieron con los siguientes criterios de:

Inclusión:

- a) Pacientes que reportaron el consumo de cocaína o derivados y/o de cualquier otra sustancia ilícita (con o sin utilidad médica).
- b) Que contaron con al menos el 80% de los datos de identificación en su expediente.

Exclusión:

- a) Pacientes que reportaron exclusivamente el uso de alcohol y tabaco.
- b) Usuarios de drogas ilícitas cuyo expediente no contara con el porcentaje mínimo de datos requeridos.

Eliminación:

- a) Pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, pero que su expediente no se encontró físicamente en las instalaciones o no fue proporcionado.
- b) Usuarios que llevaran más de un año sin consumir y/o que acudieron por otros motivos a solicitar atención.

5.1.2 Descripción de la muestra

Se obtuvo un muestreo no probabilístico e intencional, quedando distribuida la muestra de la siguiente manera:

Cuadro No. 5
Descripción de la Muestra

AÑO	POBLACIÓN	MUESTRA ORIGINAL	CASOS REALES
1996	451	207	87
1997	477	213	182
1998	439	205	193
1999	573	230	175
2000	437	204	167
TOTAL	2377	1059	804

5.2 Materiales

Para realizar la presente investigación se utilizaron los libros de registro de los pacientes que solicitaron atención en la Unidad de Atención Toxicológica Xochimilco de 1996 al 2000, y los expedientes clínicos respectivos.

5.3. Variables

5.3.1 Descripción de variables

Se investigaron las variables que aparecen en el Cuadro No. 6 que aparece en la siguiente página:

Cuadro No. 6
Descripción de Variables

Variables	Categorías
Sociodemográficas	Género Edad Estado civil Nivel socioeconómico Ocupación Escolaridad Procedencia
Tipo de consumo (diagnóstico)	Uso experimental Abuso Adicción
Características, hábitos y patrón del consumo	Droga de uso Edad de inicio Tiempo del consumo Patrón de consumo Forma de consumo
Prevalencia del uso de cocaína	Alguna vez Último año Último mes
Problemas asociados	Problemas familiares Problemas sociales Problemas legales
Tratamientos previos	Tratamiento formal Tratamiento informal Sin tratamiento

5.3.2 Definición conceptual

5.3.2.1 Sociodemográficas

Características sociales y demográficas que distinguen a cada uno de los usuarios.

5.3.2.2 Tipo del consumo (diagnóstico)

Uso experimental.- Es el consumo, la utilización o el gasto de una sustancia sin que se hayan producido efectos médicos, familiares, sociales, etc. (Lorenzo et al., 1998).

Abuso.- Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, se considera abuso al patrón desadaptativo de consumo de sustancias que se caracteriza por el

incumplimiento de obligaciones importantes, por el consumo repetido en situaciones que resultan peligrosas para la persona, y por la presencia de problemas sociales, interpersonales y legales múltiples; sin que se haya desarrollado dependencia física o psíquica (DSM-IV, 1996).

Adicción.- Es el conjunto de síntomas y signos fisiológicos que experimenta la persona al suspender el uso de la droga (dependencia física); así como las conductas y los pensamientos que se presentan a consecuencia del deseo irresistible de consumir otra vez la sustancia (dependencia psicológica) (Brailowsky, 1995).

5.3.2.3 Características, hábitos y patrón del consumo

Droga de uso.- Sustancia(s) utilizada(s) con mayor frecuencia por el paciente.

Edad de inicio.- Edad en la que se inició el uso de drogas legales o ilegales.

Tiempo del consumo.- Período o lapso que lleva el paciente utilizando sustancias legales o ilegales.

Patrón de consumo.- Frecuencia o periodicidad con que se utilizan las diferentes drogas.

Forma de consumo.- Vía de administración que se utiliza para experimentar los efectos de la droga.

5.3.2.4 Prevalencia del uso de cocaína

Según Campillo et al. (1979), la prevalencia es el número de casos presentes en una población y en un tiempo determinados (usuarios de cocaína que acudieron a la UAT Xochimilco entre 1996 y 2000).

5.3.2.5 Problemas asociados

Problemáticas familiar, social y legal relacionadas con el consumo de sustancias (legales o ilegales), ya sea como factores que originaron el uso de drogas o como consecuencias que se presentaron por el empleo de éstas.

5.3.2.6 Tratamientos previos

Intervención terapéutica realizada con anterioridad a la fecha de ingreso del paciente.

5.3.3 Definición operacional

5.3.3.1 Sociodemográficas

Las características sociales y demográficas que se tomaron en cuenta están descritas en el *Cuadro No. 5* del punto 5.3.1. y fueron recogidas de la historia clínica y/o del estudio socioeconómico realizado por el trabajador social.

5.3.3.2 Tipo del consumo

Experimental.- Se obtuvo del diagnóstico efectuado previamente por el profesional que realizó la historia clínica al momento del ingreso, considerando a éste como el diagnóstico de menor importancia con relación al de abuso y adicción.

Abuso.- Se obtuvo del diagnóstico efectuado previamente por el profesional que realizó la historia clínica al momento del ingreso. Este diagnóstico ocupa el segundo lugar de importancia.

Adicción.- Este es el diagnóstico de mayor importancia y, de igual forma, se obtuvo de la valoración que efectuó el profesional que realizó la historia clínica al momento del ingreso.

5.3.3.3 Características, hábitos y patrón del consumo

Droga de uso.- Droga(s) que consumía el paciente con mayor frecuencia al momento de su ingreso. No necesariamente se trata de aquella(s) a la(s) que se había desarrollado dependencia física y/o psicológica. Debido a que en este tipo de centros generalmente acuden pacientes poliusuarios se tomaron en cuenta las dos primeras drogas. De los que reportaron el uso de cocaína se optó por diferenciar a los que consumían preferentemente sólo cocaína y los que empleaban cocaína conjuntamente con otra sustancia (alcohol, marihuana, inhalables y otras drogas ilegales)”.

Edad de inicio.- Edad en la que el paciente señaló haber iniciado el uso de drogas legales o ilegales. Se consideraron dos grupos: edad en la que se inició el uso de “cocaína” y edad en la que se inició el uso de “*otras drogas legales o ilegales*”. Se establecieron diferentes rangos de edad.

Tiempo del consumo.- El tiempo o lapso que llevaba utilizando drogas el paciente empezó a contarse a partir de la edad en que éste inició el uso de drogas y hasta la fecha de su ingreso a la UAT Xochimilco. Se establecieron diferentes rangos de tiempo, separando a los usuarios experimentales.

Patrón de consumo.- Para registrar la frecuencia con que se utilizaron las diferentes sustancias se contemplaron tres grupos: “*uso de cocaína*”, “*uso de alcohol, marihuana e inhalables*” y “*uso de otras drogas ilegales*” (con o sin utilidad médica), y se establecieron diferentes categorías:

a) *Experimental.*- Corresponde solo a los pacientes que fueron diagnosticados como usuarios experimentales.

b) *Ocasional.*- Pacientes que refirieron emplear la droga en frecuencias mayores a un mes (cada dos meses, cada tres, etc.) o que no son específicas (“*de vez en cuando*”, “*ocasionalmente*”, “*rara vez*”, “*pocas veces al año*”, etc.). En esta

categoría pueden quedar incluidos usuarios con diagnóstico de abuso o adicción a sustancias.

c) Alto.- Incluye usuarios adictos o con problemas de abuso que consumían diario, cada tercer día, cada semana o cada ocho días, y en otras frecuencias que no rebasen el período de un mes.

Forma de consumo.- Se investigó solamente la vía de administración para el uso de cocaína y/o derivados, según las categorías descritas en el Cuadro No. 5 del numeral 5.3.1.

5.3.3.4 Prevalencia del uso de cocaína

Número total de usuarios de cocaína y derivados que solicitaron tratamiento en la Unidad de Atención Toxicológica Xochimilco durante el período de 1996 al 2000, considerando las siguientes categorías:

a) Alguna vez en la vida o prevalencia total.- Pacientes que utilizaron cocaína y/o derivados al menos en una ocasión antes de su ingreso. Quedan comprendidos los usuarios que consumieron en el “último mes” y los que lo hicieron en el “último año”.

b) Último año o prevalencia lápsica.- Comprende a todos los usuarios que consumieron cocaína y/o derivados dentro de los últimos doce meses previos a la fecha de su ingreso. A diferencia de los criterios establecidos en otras estrategias, esta categoría excluye a pacientes que utilizaron la droga en el último mes.

c) Último mes o prevalencia actual.- Incluye exclusivamente a los usuarios que emplearon la cocaína y/o derivados dentro de los treinta días previos a la fecha de su ingreso.

5.3.3.5 Problemas asociados

5.3.3.5.1 Problemas familiares

Para establecer el diagnóstico familiar correspondiente (“*conflicto de pareja*”, “*disfunción familiar*” y “*familia funcional*”), en primer instancia se tomó en cuenta la valoración realizada por el especialista (psicólogo, psiquiatra o trabajador social) que llevó el caso. Sin no contaba con el diagnóstico respectivo, éste se elaboró al momento de revisar el expediente clínico. Los criterios clínicos que se consideraron para efectuar los diagnósticos se detallan en el *Anexo 1*.

5.3.3.5.2 Problemas sociales

Si el expediente contaba con el diagnóstico respectivo éste fue el que se tomó en consideración, pero si el profesional que brindó la atención no elaboró el mismo, éste se determinó con base a los criterios clínicos que se especifican en el *Anexo 2*.

5.3.3.5.3 Problemas Legales:

Este apartado hace referencia a los antecedentes penales o condición legal del paciente al momento de ingresar a la UAT Xochimilco, considerándose las siguientes categorías:

- a) Robo
- b) Lesiones o daños a terceros
- c) Venta de drogas
- d) Enviado de la Procuraduría General de Justicia (PGR) a esta Unidad
- e) Antecedentes de dos o más de estos delitos
- f) Estuvo en prisión sin especificar motivo
- g) Sin antecedentes de conductas delictivas

5.3.3.6 Tratamientos previos

Tratamiento formal.- Intervención terapéutica proporcionada por alguna institución pública o privada y/o por diferentes profesionales de la salud.

Tratamiento informal.- Atención proporcionada por los diferentes grupos de autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Drogadictos Anónimos, Narcóticos Anónimos, asociaciones religiosas y otros.

5.4. Procedimiento

5.4.1 Obtención de la muestra y recolección de datos

Se llevó a cabo una revisión de los libros de registro de los pacientes que acudieron a la Unidad de Atención Toxicológica Xochimilco durante los años de 1996 al 2000 y, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se determinó la población total de usuarios de drogas ilícitas de donde se obtuvo una muestra por cada año del estudio.

Una vez que se determinaron las muestras por año y los folios respectivos (número del expediente), se procedió a recabar la información de cada una de las variables directamente del expediente clínico de los pacientes.

Para la captación de estos datos se tomaron en cuenta la historia clínica, el estudio de trabajo social y las notas de seguimiento de los diferentes servicios (medicina, psicología, psiquiatría y trabajo social).

5.4.2 Estimación de la prevalencia

Una vez recolectados los datos, éstos fueron capturados y procesados para conocer las frecuencias y porcentajes de cada una de las variables; obteniéndose resultados totales y resultados semestrales. La prevalencia, en sus diferentes categorías, se obtuvo a partir de los resultados totales.

5.4.3 Tendencia de la prevalencia

Se estimó la prevalencia del uso de cocaína de cada semestre y se realizó la curva respectiva comparando los datos obtenidos durante el período de estudio.

5.4.4 Análisis estadístico

La asociación entre variables se realizó mediante la prueba Ji Cuadrada. El programa estadístico que se utilizó fue el SPSS versión 12.0, que es un programa estadístico especialmente diseñado para las ciencias sociales.

5.5 Consideraciones éticas

Debido a que el estudio realizado no implicó la administración de procedimientos que pusieran en riesgo la salud física y mental de los usuarios, no se solicitó autorización por escrito de los pacientes y la información recabada fue manejada con toda discreción y confidencialidad, omitiendo los nombres de los pacientes. Lo anterior, de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Salud en su Título V “Investigación para la Salud”. Asimismo, se cumplió con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud Título II “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”, que en su Artículo 17 fracción I establece que para las investigaciones sin riesgo no se necesita consentimiento informado por escrito de los sujetos de investigación. Esto, en concordancia con los artículos 14 fracción IV, 22 y 23 del mismo Título y mismo Reglamento.

VI. Resultados y Discusión

La población estudiada fue de **2377** casos y la muestra original fue de **1059** que representa el 44.55%; de éstos 255 fueron descartados debido a que no se tuvo acceso al expediente clínico. El número final de la muestra fue de **804** casos que representan el 33.82% de la población. Los datos fueron agrupados por semestres para su manejo estadístico, tal y como se aprecia en la *Tabla 1*:

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA ESTUDIADA

SEMESTRES	USUARIOS DE COCAÍNA	NO UTILIZARON COCAÍNA	TOTAL
1996-2*	37	44	81
1997-1	45	50	95
1997-2	59	34	93
1998-1	89	28	117
1998-2	49	27	76
1999-1	59	29	88
1999-2	64	23	87
2000-1	82	20	102
2000-2	57	8	65
TOTAL	541	263	804

*NOTA: La totalidad de los expedientes del semestre 1996-1 y parte de 1996-2 quedaron eliminados, por ello se inicia con 1996-2.

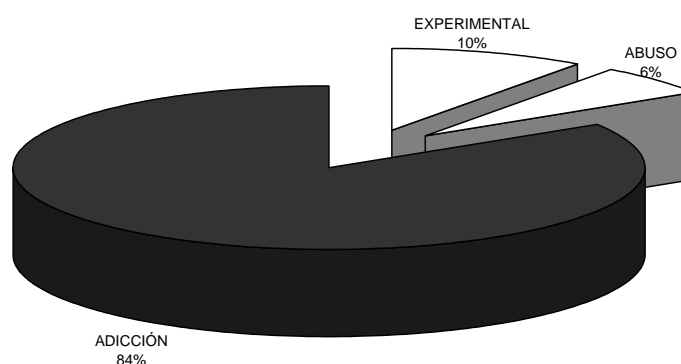
6.1 Características sociodemográficas

El perfil sociodemográfico de los usuarios (Ver *Tabla 2* del *Anexo 3*) es similar al de la población que capta el SRID, encontrándose que por lo regular son hombres (90%), con edades que fluctúan entre los 15 y los 29 años (68%); son solteros (59%) y pertenecen a los estratos socioeconómicos medio y bajo (99%). El nivel promedio de estudios es de secundaria (52%), con un alto porcentaje de personas que no concluyeron su instrucción académica (44%). Más de la mitad trabaja por su cuenta, se dedica al comercio y/o están desempleados. Respecto al lugar de residencia, el noventa por ciento de los pacientes provenía de la ciudad de México principalmente de las delegaciones políticas de Xochimilco (26%), Iztapalapa (12%), Coyoacán (11%) y Tlalpan (8%). Lo que probablemente se debe a que cuando los usuarios solicitan atención son canalizados a los centros más cercanos a su domicilio.

6.2 Tipo de consumo, características, hábitos y patrón del consumo

En la Figura 1 se observa que la mayoría de los pacientes estudiados (84%) habían desarrollado adicción a una o más drogas ilegales cuando solicitaron atención (de éstos 64% a cocaína); y tres cuartas partes utilizaban preferentemente cocaína o marihuana (generalmente en combinación con otras sustancias) (Tabla 3):

**FIGURA 1 TIPO DE CONSUMO (DIAGNÓSTICO)
(N=804)**



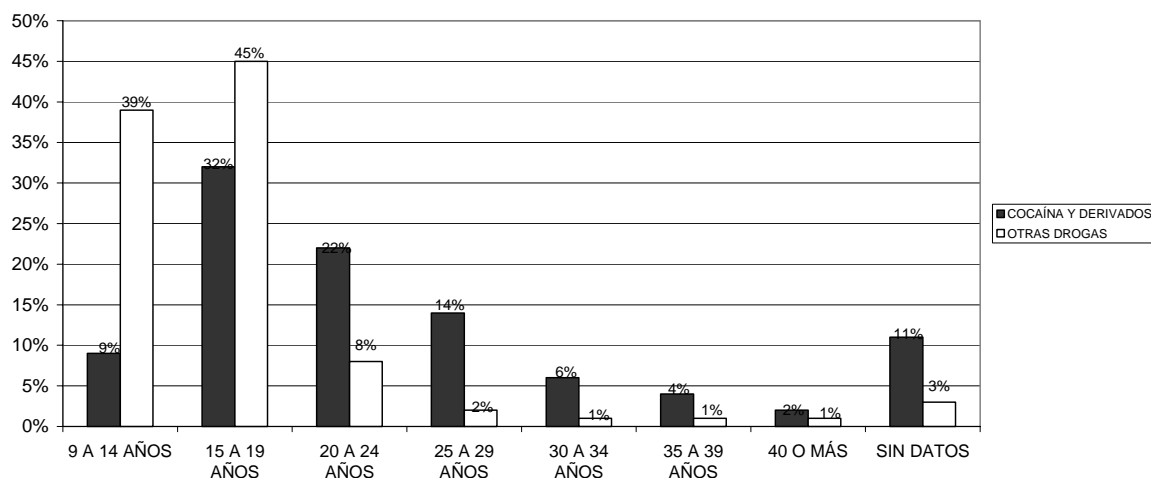
**TABLA 3
PRINCIPALES DROGAS DE USO**

DROGAS	Fx	%
COCAÍNA EXCLUSIVAMENTE	139	17.29
COCAÍNA Y ALCOHOL	145	18.03
COCAÍNA Y MARIHUANA	143	17.79
COCAÍNA E INHALABLES	25	3.11
COCAÍNA Y OTRA DROGA ILEGAL	15	1.87
ALCOHOL Y DROGA ILÍCITA (con o sin utilidad médica, excepto cocaína)	27	3.36
MARIHUANA Y OTRA DROGA ILÍCITA (con o sin utilidad médica, excepto cocaína)	142	17.66
INHALABLES Y OTRA DROGA ILÍCITA (con o sin utilidad médica, excepto cocaína)	131	16.29
OTRAS DROGAS ILEGALES (excluye cocaína, marihuana e inhalables)	37	4.6
T O T A L	804	100.00

Estos hallazgos coinciden con las tendencias que han publicado otros estudios, acerca de que la marihuana y la cocaína actualmente son las drogas ilegales de mayor uso entre la población; y que cada vez hay más casos de personas que inician el uso de sustancias ilícitas y desarrollan adicción a éstas (Carrillo, Sánchez, Tovar y Becerril, 1998; CIJ, 2001d; El Grupo, 1998a y 1999; ENA, 2002; El Observatorio, 2001; SSA-CONADIC, 1999 y 2001).

Otras características que distinguen a estos pacientes es que la mayoría (84%) inició el uso de drogas ilegales (a excepción de la cocaína y derivados) antes de los 20 años de edad (*Figura 2*). Situación que pudo haber favorecido el desarrollo de una adicción, ya que según Castro (1990) y Castro y Chávez (1986), el utilizar sustancias (legales o ilícitas) a temprana edad es factor de riesgo para un uso problemático. El hecho de que el consumo de cocaína se haya presentado generalmente a una edad más tardía (el 80% la usó después de los 20 años), puede deberse a lo que ha reportado el SISVEA, referente a que la marihuana sigue siendo una de las primeras sustancias con que se inicia el uso de sustancias ilícitas, y la cocaína se emplea como segunda o tercera droga de elección (El Observatorio, 2001).

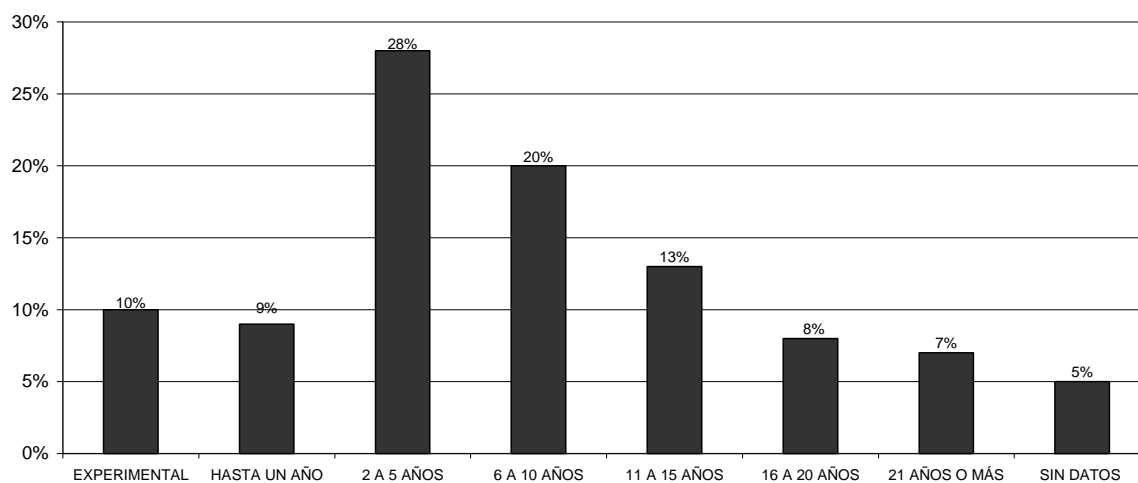
**FIGURA 2 EDAD EN QUE INICIÓ EL USO DE DROGAS
(N=541) (N=665)***



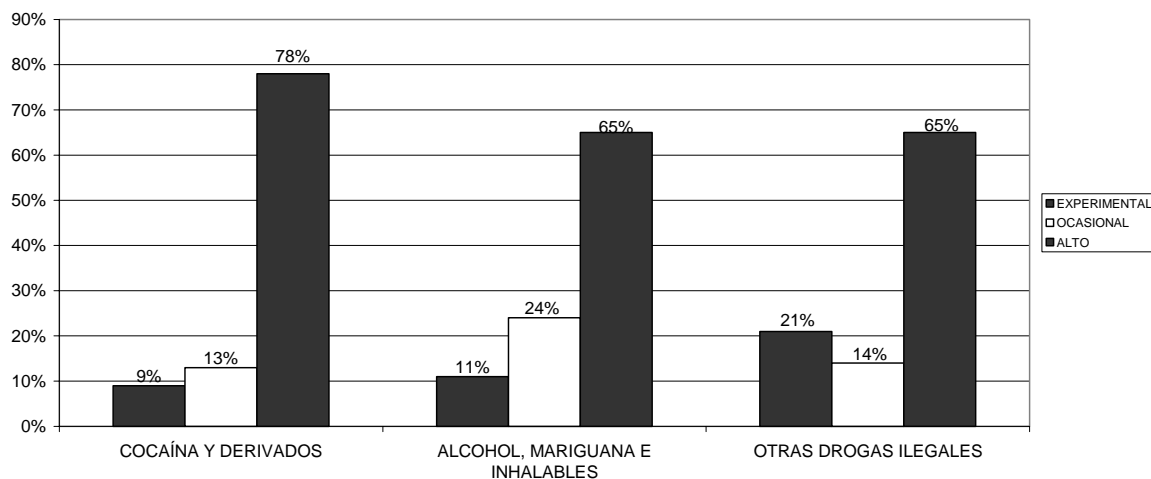
*NOTA: Incluye a los usuarios que además de cocaína utilizaron otras drogas ilegales; así como aquéllos que no emplearon cocaína, pero sí otra droga ilícita.

Asimismo, se encontró que la mitad de los pacientes llevaba consumiendo sustancias más de cinco años cuando acudieron a esta Unidad (*Figura 3*), y que el patrón de consumo en la mayoría de los pacientes era elevado (*Figura 4*). Es decir, consumían diario, cada tercer día, cada ocho días y en otras frecuencias no mayores al lapso de un mes (en el SRID los datos sobre el consumo en el último mes se dividen en tres categorías: leve, moderado y alto). Estos hallazgos confirman que la mayoría de los pacientes presentaba un uso problemático de sustancias y, además, evidencian el hecho de que las personas solicitan atención en estos centros en una fase avanzada de su problemática. Lo que hace suponer que los usuarios estaban presentando serios problemas en los diferentes aspectos de su vida personal, familiar y social desde antes de acudir a la UAT Xochimilco.

**FIGURA 3 TIEMPO DE CONSUMO
(N=804)**



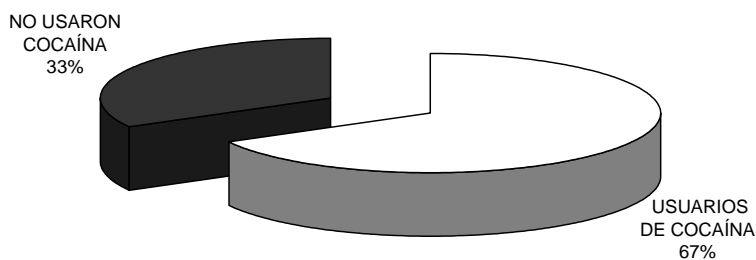
**FIGURA 4 PATRÓN DE CONSUMO DE LAS DIFERENTES DROGAS
(N=541) (N=614) (N=51)**



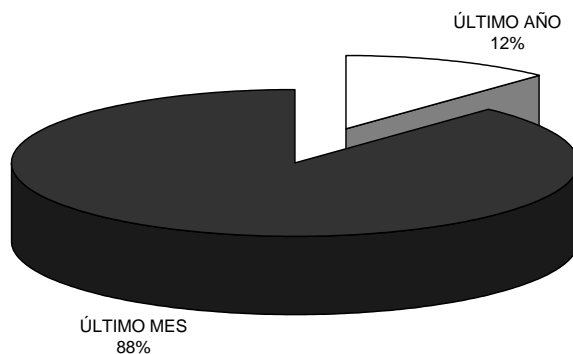
6.3 Prevalencia del uso de cocaína

Del total de casos estudiados el 67% (541) había utilizado cocaína y/o sus derivados por lo menos “*alguna vez en la vida*” (Figura 5); de éstos el 12% lo hizo en el “*último año*” y el 88% en el “*último mes*” (Figura 6). Con respecto a los pacientes que al momento de su ingreso aún no habían utilizado cocaína, no hay que olvidar que estos usuarios pudieron haberse encontrado dentro del proceso que sigue una persona desde el inicio del uso de sustancias (legales/ilegales) hasta el momento en que llega a consumir las llamadas “*drogas fuertes*” como la cocaína (historia del consumo).

**FIGURA 5 PREVALENCIA TOTAL DEL
USO DE COCAÍNA (“ALGUNA VEZ”)
(N=804)**



**FIGURA 6 PREVALENCIA DEL USO DE COCAÍNA
"ÚLTIMO AÑO" Y "ÚLTIMO MES"
(N=541)**



De los resultados anteriores cabe hacer la aclaración que para obtener las cifras correspondientes a las prevalencias en el “último año” y en el “último mes”, no se utilizaron los mismos criterios empleados en otras investigaciones como las encuestas en población general y los sistemas de información (la diferencia consiste en que en el presente estudio ambas categorías son mutuamente excluyentes). Asimismo, fue posible corroborar que las diferentes categorías de la prevalencia (incluso aquéllas cuyos criterios fueron modificados en esta investigación) incluyen indistintamente casos de uso experimental, abuso y adicción a cocaína, según se aprecia en la *Tabla 4*:

**TABLA 4
CORRESPONDENCIA ENTRE LAS DIFERENTES CATEGORÍAS
DE LA PREVALENCIA Y EL TIPO DE CONSUMO**

PREVALENCIA	EXPERIM.		ABUSO		ADICCIÓN		T O T A L E S	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	CATEGORÍAS	%
ALGUNA VEZ	51	9.43	59	10.9	431	79.67	541	100.00%
*ÚLTIMO MES	39	8.21	48	10.11	388	81.68	475	100.00%
*ÚLTIMO AÑO	12	18.18	11	16.67	43	65.15	66	100.00%

***NOTA:** Los criterios establecidos para obtener los índices de consumo en estas categorías fueron modificados y son mutuamente excluyentes.

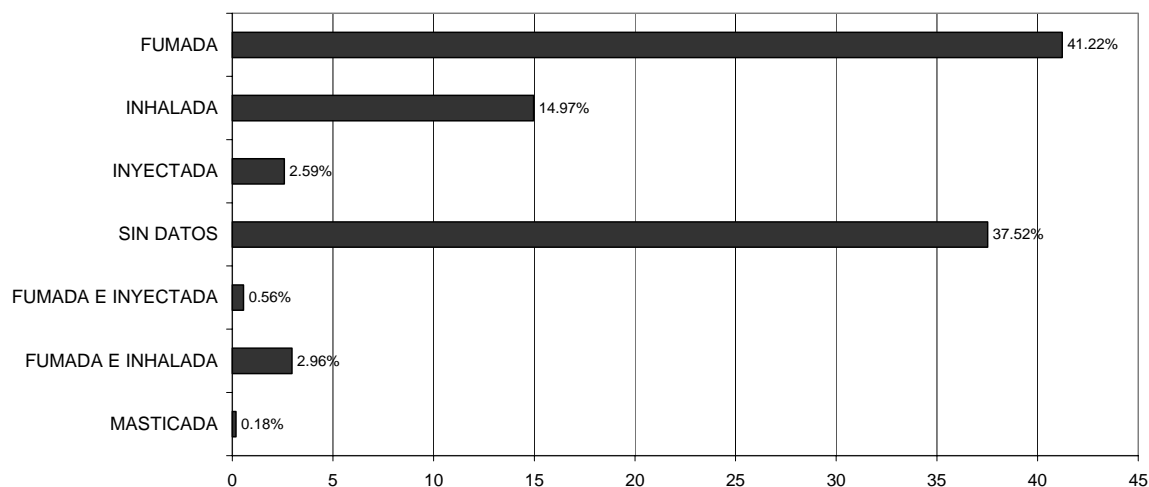
Por lo tanto, y a diferencia de la forma como presentan estos datos la mayoría de los estudios, se consideró que era más conveniente obtener las prevalencias del uso de cocaína por “género” y “rango de edad” a partir de la variable *tipo de consumo* (Tabla 5):

TABLA 5
TIPO DE CONSUMO SEGÚN EL GÉNERO
(N=541)

	HOMBRES						MUJERES						TOTALES	
	EXPERIM.		ABUSO		ADICCIÓN		EXPERIM.		ABUSO		ADICCIÓN			
RANGOS	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	RAN.	%
12 A 14	4	0.74	2	0.37	4	0.74	2	0.38	0	0	2	0.38	14	2.59
15 A 19	16	2.96	29	5.36	64	11.83	4	0.73	2	0.38	10	1.85	125	23.11
20 A 24	9	1.66	11	2.03	105	19.41	1	0.18	0	0	13	2.4	139	25.69
25 A 29	7	1.29	6	1.11	100	18.48	0	0	0	0	5	0.92	118	21.81
30 A 34	5	0.92	3	0.55	68	12.57	0	0	0	0	6	1.1	82	15.16
35 A 39	2	0.38	4	0.74	26	4.81	0	0	0	0	3	0.55	35	6.47
40 A 44	0	0	2	0.38	19	3.51	0	0	0	0	2	0.38	23	4.25
45 O MÁS	1	0.18	0	0	4	0.74	0	0	0	0	0	0	5	0.92
TOTAL	44	8.13	57	10.54	390	72.09	7	1.29	2	0.38	41	7.58	541	100.00

De estos resultados se observa que el porcentaje de usuarios que presentan adicción a cocaína es muy alto (en la Tabla 5 las cifras reportadas por los hombres y las mujeres suman el 80%), lo que puede estar relacionado con el hecho de que el 41% de los pacientes utilizaban *Crack* (Ver Figura 7). Según Brailowsky (1995) este derivado es más adictivo debido principalmente a que la dependencia psicológica que genera en el individuo es más “fuerte” y desencadena con frecuencia el uso compulsivo de la sustancia lo que acelera el proceso de adicción. Asimismo, otros factores que pudieron haber contribuido para que los usuarios desarrollaran más rápidamente dependencia a cocaína (según datos presentados anteriormente en las Figuras 1, 2 y 3 y Tabla 3), es que la mayoría de las personas que solicitaron atención eran poliusuarios. Además, habían iniciado el consumo de cocaína a una edad más tardía (80% después de los 20 años), por lo que es muy probable que ya presentaran problemas de adicción a otras sustancias antes de utilizar cocaína. Un dato que puede respaldar estas suposiciones es que la mayoría de los pacientes adictos a cocaína eran adultos de más de 20 años de edad (en la Tabla 5 los porcentajes obtenidos por hombres y mujeres de estos rangos de edad suman el 65%)

**FIGURA 7 FORMA DE CONSUMO DE LA COCAÍNA
(N=541)**



Por otro lado, una diferencia importante que se encontró en los resultados de la *prevalencia del uso de cocaína por género*, es que más de la mitad de los hombres que presentaban problemas de adicción tenían entre 20 y 34 años de edad; en tanto que un porcentaje similar de mujeres con el mismo problema se encontraba en los rangos de edad de 15 a 24 años (Ver *Tabla 5*). Situación que es muy preocupante, pues las repercusiones para ellas pueden ser mucho mayores, debido a que se encuentran en etapas de pleno crecimiento y desarrollo en los planos biológico y psicológico. Además, estos hallazgos pueden sugerir que las mujeres del estudio iniciaron a una edad más temprana el uso de esta sustancia y/o que la cocaína fue para ellas una de las primeras drogas de uso (en la ENA, 2002 se ha reportado que entre los adolescentes las mujeres consumen cocaína como segunda droga de elección, a diferencia de los hombres que emplean los inhalables antes de ésta).

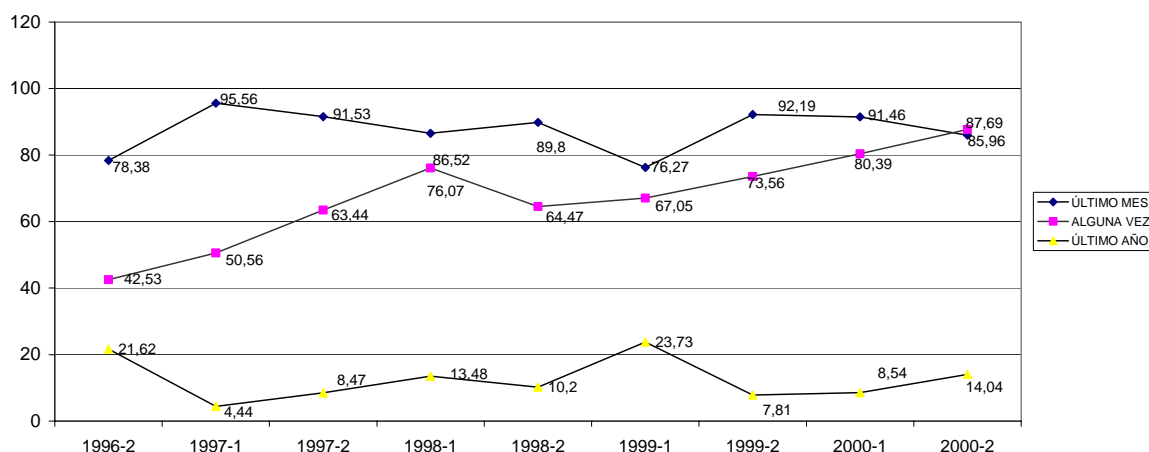
6.4 Tendencias del uso de cocaína

6.4.1 Sobre las prevalencias “alguna vez”, “último año” y “último mes”

De las tendencias se observó que la proporción de usuarios que probaron la cocaína antes de su ingreso (“*alguna vez*”) fue incrementándose hasta duplicarse, pasando del 43% en 1996-2 al 88% en el 2000-2 (el aumento registrado por semestre fue del 12% en promedio) (*Figura 8*). Datos parecidos se han encontrado en los reportes del SRID (2001-1) y en los pacientes atendidos en CIJ entre 1990 y 1999 (CIJ 2001d). De hecho, este

organismo señala que el lapso de 1990-1999 podría identificarse como el decenio del establecimiento del consumo de cocaína entre la población usuaria que solicitó sus servicios. Las cifras correspondientes a la *prevalencia actual* (“último mes”) y *lápsica* (“último año”) no pudieron ser comparadas con otros estudios debido a que los criterios que se utilizaron en esta investigación son diferentes. Sin embargo, cabe mencionar que de los datos obtenidos en estas dos categorías se observan altibajos importantes (especialmente en los semestres 1997-1, 1999-1 y 1999-2) (Ver Figura 8).

FIGURA 8 PREVALENCIA DEL USO DE COCAÍNA "ALGUNA VEZ", "ÚLTIMO AÑO" Y "ÚLTIMO MES" (1996-2000) (N=541)

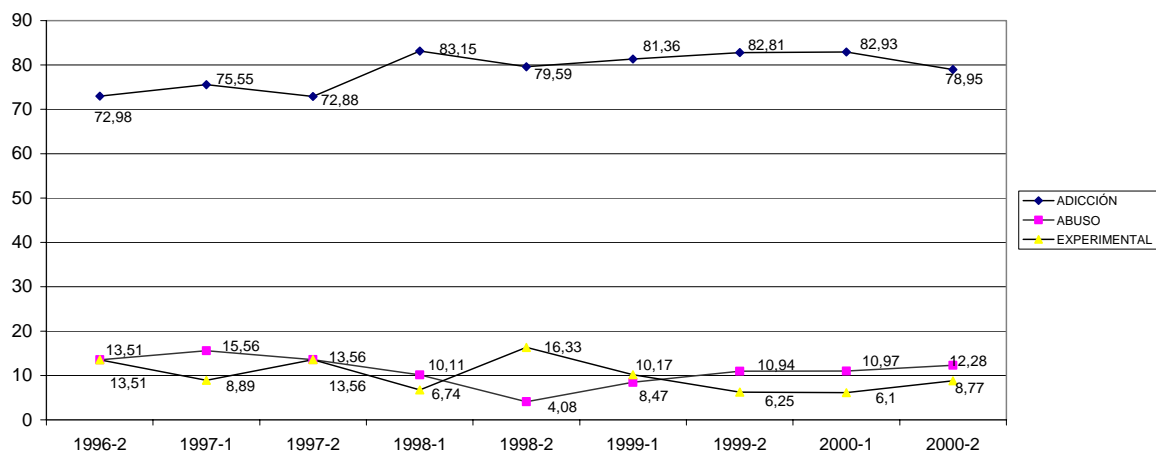


NOTA: Los criterios establecidos para obtener los índices del uso de cocaína en el “último mes” y en el “último año” fueron modificados en esta investigación, y son mutuamente excluyentes.

6.3.2 Sobre el tipo y la forma de consumo

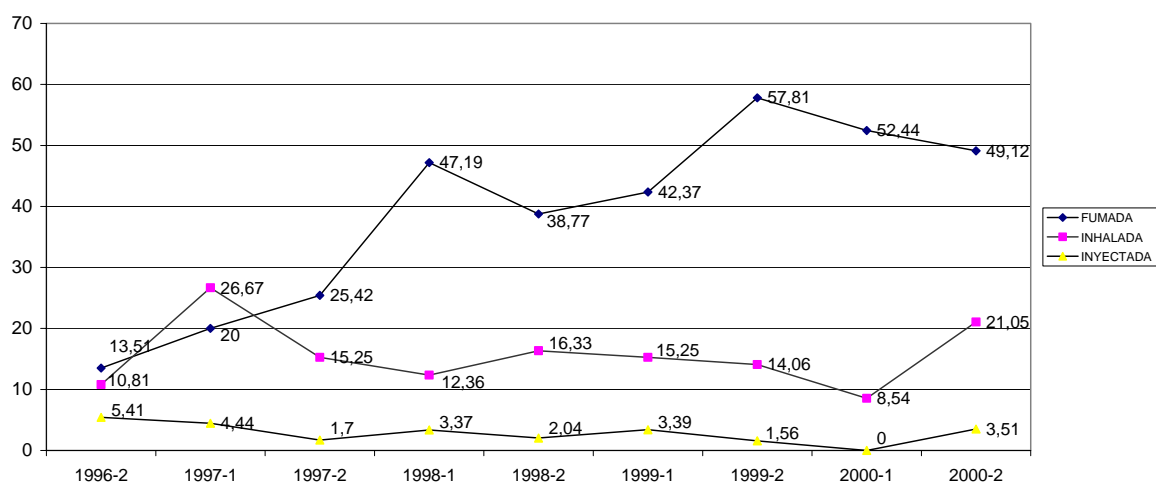
La proporción de usuarios que presentaron síntomas de adicción a cocaína de 1996 a 2000 registró un ligero incremento de 3.22 puntos porcentuales en promedio (de 72.98% pasaron al 78.95%); presentándose entre 1997-2 y 1998-1 el aumento más importante. En cambio, el porcentaje de usuarios experimentales disminuyó en promedio 4.33% y las cifras de los pacientes con diagnóstico de abuso se mantuvieron prácticamente estables (Figura 9):

FIGURA 9 USO EXPERIMENTAL, ABUSO Y ADICCIÓN A COCAÍNA (1996-2000)
(N=541)



Estos datos pueden indicar que la cocaína ha dejado de ser utilizada de manera experimental, tal y como lo señalan Carrillo, Sánchez, Tovar y Becerril (1998); El Grupo (1998); Ortiz et al. (1997) y Ortiz, Rodríguez, Unikel et al. (1994). Además, es muy probable que esta situación esté relacionada con el aumento promedio de 10.54% de la “cocaína fumada”, observado durante el período de estudio (Figura 10):

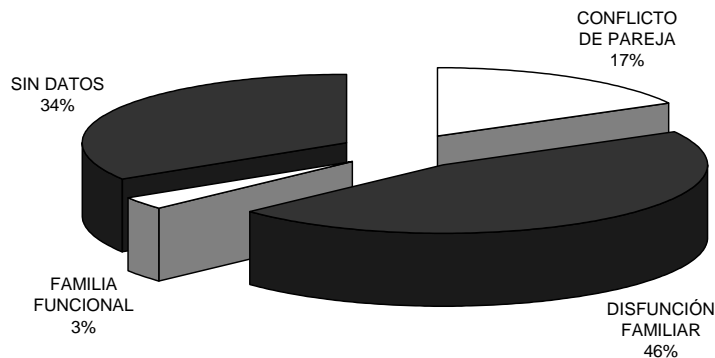
FIGURA 10 FORMA DE CONSUMO DE LA COCAÍNA (1996-2000)
(N=541)



6.5 Problemas asociados y cruces de variables

La mayor parte de la población presentaba *problemas familiares* (67%) y *sociales* (62%) (*Figuras 11 y 12*). Aunque sólo el 11% reportó *problemas legales*, hay que tomar en cuenta que en más de la mitad de los casos no se tuvo acceso a esta información (*Figura 13*). Resulta difícil comparar estos resultados con los obtenidos por otras investigaciones, debido a que la mayoría de los estudios exploran estos aspectos generalmente a partir de la percepción del usuario o de los familiares y mediante la aplicación de algún instrumento. En cambio, en este estudio la información se obtuvo del diagnóstico que efectuó el profesional que atendió el caso o a través de la impresión diagnóstica realizada en el momento de revisar los expedientes clínicos, pero corroboran la información obtenida (los criterios clínicos para los diagnósticos familiar y social se presentan en los *Anexos 1 y 2*).

GRÁFICA 11 PROBLEMAS FAMILIARES
(N=804)



GRÁFICA 12 PROBLEMAS SOCIALES (N=804)

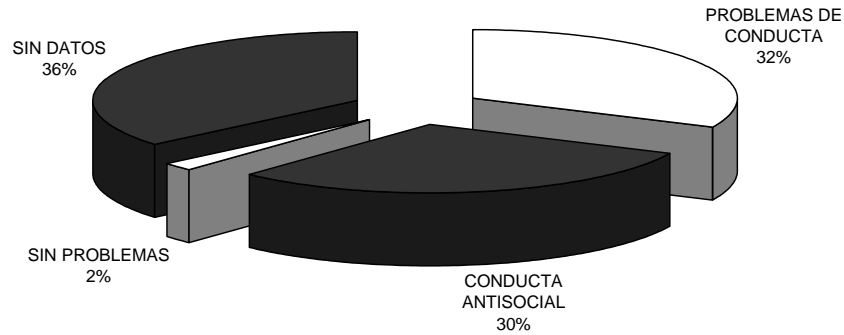
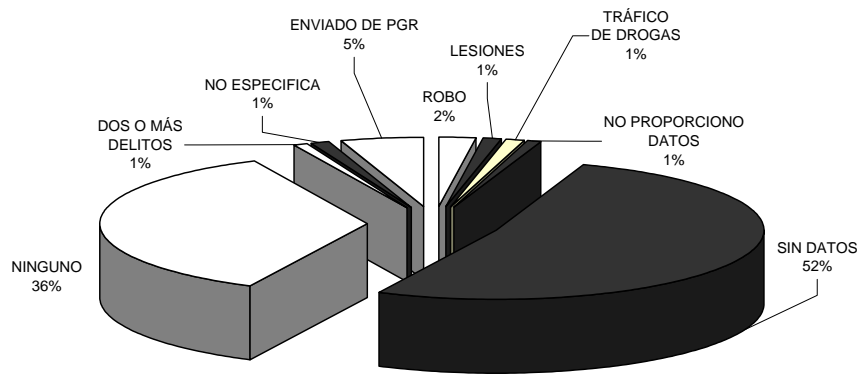


FIGURA 13 PROBLEMAS LEGALES (N=804)



En la presente investigación, y a través de los respectivos cruces de variables que se presentan en la *Tabla 6*, también fue posible confirmar que existe una relación estrecha entre el uso de drogas y los problemas familiares y sociales. Situación que no es de extrañar pues esta asociación ha sido ampliamente documentada (Acosta, Alvarado y Flores, 1985; Carrillo, 2004a; Cardeña y Vernet, 1985; CIJ, 1999b CIJ, 2001a; CIJ, 2001b; CIJ, 2001c; CIJ, 2004; CIJ, 2006; López, 1996; Ortiz y Vélez, 1985; Sánchez, 1989; Tenorio, Figueroa y Natera, 1994; y Tenorio y Mendoza, 1998; Torres et al., 1985; y Verdeja y Cisneros, 1981,

entre otros). De ahí que tales condiciones hayan sido consideradas entre los principales *factores de riesgo* para el uso y consumo problemático de sustancias (CIJ, 2003; Carrillo, 2004a; Castro, 1990 y 2001; CIJ, 2004; Córdova, 2000; Pérez, 2002 y Rodríguez, 2000).

TABLA 6
CRUCES DE VARIABLES

VARIABLES	CHI CUADRADA (X=2)	P
Diagnóstico Vs. Problemas Familiares	44.24	<0.0001
Diagnóstico Vs. Problemas Sociales	24.32	0.0001
Problemas Familiares Vs. Problemas Sociales	51.68	<0.0001

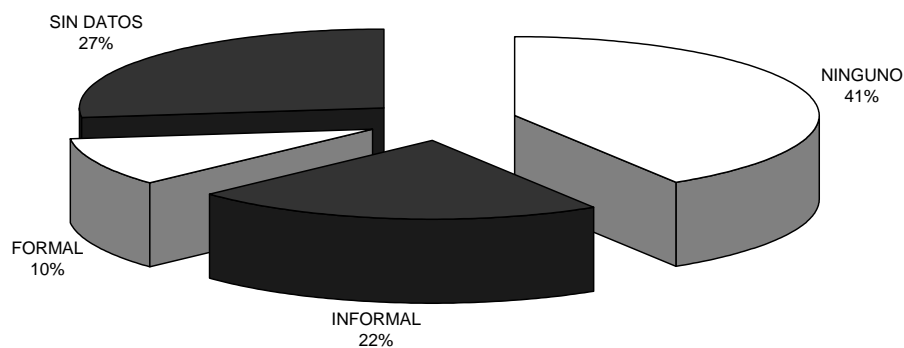
Por otro lado, y de acuerdo a lo que han señalado Ackerman (1976 referido por CIJ, 2001a); Carrillo (2004a); CIJ (2004); CIJ (2006); Martínez (1985); Stanton Todd y cols. (1988); y Verdeja y Cisneros (1981), entre otros, es evidente que el uso experimental, el abuso y la dependencia a las drogas de estos pacientes son síntomas del *conflicto de pareja* y de la *disfunción* que presentan sus familias. En estas investigaciones, inclusive, se ha llegado a afirmar que la *disfunción familiar* por lo regular no nace con la aparición de la droga; la adicción se desarrolla en un contexto familiar donde hay conflictos no resueltos que conllevan a un clima de tensión y de insatisfacción porque las necesidades básicas de afecto, pertenencia e identidad no han sido cubiertas. Asimismo, se ha reportado que las familias de personas consumidoras de drogas generalmente viven múltiples conflictos, entre éstos, problemas escolares y de conducta, conducta antisocial, delincuencia, etc. Que pueden estar presentes en el adicto (incluso antes de utilizar las drogas) o en algún otro integrante del grupo familiar, porque existe una organización familiar disfuncional. Con relación a esto, en la presente investigación pudo constatar la asociación que existe entre los problemas familiares y los sociales (según cruces de variables de la *Tabla 6*). Por lo tanto, y sin descartar que las causas que originan dichas patologías tienen un carácter multifactorial, es posible que los diagnósticos de *problema de conducta* y *conducta antisocial*, sean también expresiones (*síntomas*) de la disfuncionalidad que presentan las familias de estos pacientes.

Como se desprende de lo anterior, el *uso de sustancias* y los *problemas sociales* no sólo están relacionados estrechamente, sino que ambos sustentan los diagnósticos clínicos efectuados sobre el funcionamiento familiar de estos usuarios. No obstante, en esta investigación también se obtuvieron otros datos que podrían confirmar la patología familiar. Por ejemplo, en la *Tabla 2 del Anexo 3* llama la atención que el 68% de los pacientes estudiados eran adolescentes y/o adultos jóvenes entre 15 y 29 años de edad (69% de éstos eran solteros y sólo el 28% estaba casado, pero este porcentaje corresponde a más de la mitad de todos los que reportaron vivir en pareja, según *Tabla 7 del Anexo 4*). De acuerdo con estos datos y con la clasificación que hace Estrada-Inda (1997), estos usuarios se encontraban en las fases críticas de “*desprendimiento*”, en la cual no sólo los hijos sino también los padres sufren por la separación emocional inminente; y en la de “*encuentro*”, en donde además de la dificultad de aprender el rol de cónyuge, ésta presupone haber superado la fase anterior y haber renunciado ya a las ganancias emocionales de ser hijo de familia. Con la agravante de que el 36% de los pacientes de estos rangos de edad no contaban ni siquiera con estudios completos de secundaria; 29% estaba desempleado, 20% aún estaba estudiando o se dedicaba al hogar, y el 26% era subempleado o comerciante (*Ver Tabla 7 del Anexo 4*). Por lo tanto, es lógico suponer que estos usuarios aún no habían logrado separarse emocional y económicamente de sus padres y, por ende, no habían alcanzado su individuación. Situación que indudablemente les ocasionaba (o les ocasionará) mayores problemas para integrarse con la pareja, especialmente porque la mayoría presentaba un diagnóstico de adicción (85%). Por esta razón, quizás, autores como Haley (1989 citado por CIJ, 2006) y Stanton, Tood y cols. (1988), afirman que la participación de los padres y de otros miembros de la familia de origen en la terapia es sumamente importante, aunque el paciente sea un joven adulto, casado y con hijos. De lo contrario, si se trabaja únicamente con la familia actual del usuario el tratamiento fracasaría, puesto que la aparente independencia del adicto es falsa y en realidad esta persona sigue perteneciendo a la organización relacional de su familia de origen como un miembro medular.

Por otro lado, hay datos que sugieren que las familias de los pacientes no sólo presentaban conflictos sino que éstas solicitaron atención en un momento avanzado de su enfermedad ya que, a pesar de que más del ochenta por ciento de los pacientes cursaban con un diagnóstico de adicción a una o más drogas (64% a cocaína), y la mayoría se distinguía

por un patrón de consumo elevado y crónico (casi el 50% llevaba más de cinco años utilizando sustancias), solamente una tercera parte tenía antecedentes de un tratamiento previo (Ver Figuras 1, 3, 4, 11, 12 y 14; Tablas 2 del Anexo 3, 3, 5 y 7 del Anexo 4). Sin embargo, generalmente habían acudido a los Grupos de Autoayuda donde los aspectos familiares y sociales no son abordados. Lo que implica, por una parte, que el consumo de drogas, los problemas sociales y los conflictos en la familia fueron agravándose por no haber sido atendidos a la brevedad posible. Por otra parte, es probable también que estos problemas hayan crecido debido a que las familias mexicanas tienden a utilizar estrategias inapropiadas para enfrentar la farmacodependencia del hijo o del esposo ocasionando, en muchas ocasiones, que de un conflicto de pareja no resuelto se avance a una disfunción familiar o que el usuario sin antecedentes de conducta antisocial o delincuente llegue a presentar estos problemas por no haber contado con una adecuada orientación y un tratamiento oportuno y eficaz, según como lo han descrito Carrillo (2004a); Escamilla (2002); Natera (1993); Natera y Mora (1992); Natera, Mora y Tiburcio (1999); Natera, Tiburcio, Mora y Orford (1999); y Tenorio, Figueroa y Natera (1994).

**FIGURA 14 TRATAMIENTOS PREVIOS
(N=804)**



Es posible también que los conflictos familiares y sociales se hayan agravado cuando el paciente inició el consumo de cocaína, pues se encontraron mayores índices de estos problemas en los usuarios de cocaína (Tablas 8 y 9). Lo cual puede estar relacionado con el

hecho de que el uso de esta sustancia, y muy particularmente del derivado tipo “*crack*”, provoca una adicción más rápida y desencadena en la persona un consumo compulsivo que le lleva generalmente a involucrarse en robos (primero dentro caso y luego fuera), en fraudes, en la venta de drogas; y propicia que el adicto abandone por completo sus responsabilidades y que se muestre agresivo con los miembros de su familia, con tal de conseguir dinero para comprar la sustancia (De la Serna y Castro, 1991; Romero, Gotto y Campillo, 1994; Galván et al., 1994; ; Ortiz et al., 1995; Ortiz et al., 1997; Ortiz, Rodríguez, Galván et al., 1994; y Villatoro et al., 1995).

TABLA 8
PROBLEMAS FAMILIARES
(N=804)

USUARIOS	CONFLICTO DE PAREJA		DISFUNCIÓN FAMILIAR		FAMILIA FUNCIONAL		SIN DATOS		TOTAL
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	%
COCAÍNA	120	14.92	246	30.6	10	1.24	165	20.52	67.28
OTRAS DROGAS	20	2.49	126	15.67	13	1.62	104	12.94	32.72
T O T A L	140	17.41	372	46.27	23	2.86	269	33.46	100.00

TABLA 9
PROBLEMAS SOCIALES
(N=804)

USUARIOS	PROBLEMAS DE CONDUCTA		CONDUCTA ANTISOCIAL		SIN PROBLEMAS		SIN DATOS		TOTAL
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%	%
COCAÍNA	170	21.4	180	22.39	7	0.87	184	22.88	67.28
OTRAS DROGAS	88	10.95	59	7.34	7	0.87	109	13.56	32.72
T O T A L	258	32.09	239	29.73	14	1.74	293	36.44	100.00

De esta manera, y considerando los efectos tan placenteros que se experimentan con el uso de esta sustancia, la cocaína y/o sus derivados resultan ser una de las drogas perfectas mediante la cual la relación viciada entre el adicto y la familia se repite una y otra vez perpetuando la “*pseudoindependencia*” de éste: el adicto experimenta una sensación de poder y omnipotencia que le lleva a intentar rebelarse contra los padres sin preocuparse por

su sentimiento o su conducta agresiva e irresponsable, para después justificarse diciendo que todo se debió a la droga y promete que la va a dejar; y, los padres, convencidos de que el hijo actuó así porque estaba drogado toleran el consumo y la mala conducta del hijo, justificando su proceder porque consideran que no les queda más remedio que asumir la responsabilidad del hijo por la incapacidad de éste para dejar de drogarse. Lo que les permite, al mismo tiempo, liberarse de la responsabilidad de reconocer y promover la independencia del hijo. Lo que coincide con lo señalado por Carrillo (2004a); CIJ (2006) y Stanton, Todd y cols. (1988), entre otros autores.

De todo lo expuesto anteriormente resulta claro que el uso, el abuso y la adicción a las drogas de un individuo generalmente tiene una función en la estructura relacional de su familia entera. De ahí que autores como Carrillo (2004a); CIJ (2004); CIJ (2006); Haley (1989 referido por CIJ, 1999b) y Stanton, Todd y cols. (1988), entre otros; sostienen la hipótesis de que si no cambia la estructura relacional de la familia del paciente es difícil hacer que desaparezca su síntoma (el uso de drogas). De esta manera, la evaluación de la estructura y dinámica familiares deben ser el punto de partida en todo tratamiento que se inicie y en todo el proceso que se siga para valorar los cambios logrados después de la intervención terapéutica. Razón por la cual parte de los objetivos de este estudio consistieron en hacer un diagnóstico de la dinámica familiar de acuerdo con los criterios clínicos que se detallan en el *Anexo I*. Los cuales parten de la experiencia clínica obtenida en este centro de atención y de los principales hallazgos de otros investigadores que se han dedicado a estudiar a la familia mexicana con o sin problemas de uso de drogas como Acosta, Alvarado y Flores (1985); Arce (1985); Berriel y Luna (1985); Cardeña y Vernet (1985); Carrillo (2004a); CIJ (1999a); CIJ (2001a); CIJ (2001c); CIJ (2004); CIJ (2006); Escamilla (2002); López (1996); López-Negrete (1981); Natera (1992); Natera y Mora (1993); Natera, Mora y Tiburcio (1999); Natera, Tiburcio, Mora y Orford (1999); Ortiz y Vélez (1985); Palomar (1998); Sánchez (1989); Tenorio y Mendoza (1998); Torres et al. (1985); y Verdeja y Cisneros (1991).

Con base en estos criterios y de acuerdo con lo que se ha venido comentando a lo largo de este trabajo, es preciso señalar nuevamente que en las familias con problemas de uso de drogas legales o ilegales es común encontrar un conflicto entre los esposos; debido, entre muchos otros factores (como lo que se detallan en el Anexo 1), a que los padres que viven en

constante conflicto generalmente no se apoyan, se contradicen delante de los hijos, y es imposible que lleguen a establecer acuerdos entre ellos. Este conflicto puede ocasionar que los padres formen alianzas con alguno de los hijos (especialmente con el adicto), y la autoridad de los padres se pone en riesgo. Cuando la autoridad de los padres se pierde, los límites familiares empiezan ser difusos y la estructura de la familia peligra. De hecho, en la familia mexicana es común encontrar que el lugar jerárquico de los padres ha sido ocupado por el hijo adicto, quien obtiene ventajas de su enfermedad, debido a que se ha convertido en un “*tirano*” de los padres y en dueño de la situación. Es decir, la alianza entre la madre y el hijo en contra del padre que por lo regular se observa en estas familias (incluso antes de que el hijo inicie el uso de drogas), trae como consecuencia que sea el padre el primero en perder su autoridad, pero, posteriormente la madre termina perdiendo también la suya y la situación se sale de control.

Con la pérdida de los límites se pierde la estructura en la familia, y la dinámica familiar empieza a ser disfuncional. Es entonces, cuando la familia se enferma, y esta enfermedad familiar termina expresándose en múltiples síntomas (uso de drogas, problemas de conducta, delincuencia, etc.) que pueden estar presentes en uno o más miembros de la familia. De ahí que por lo regular el *síntoma* aparece después de la disfunción familiar; y sólo en algunos casos puede suceder lo contrario. Respecto a esto, lo que se ha observado en consulta con los pacientes es que antes de haber experimentado con las drogas (legales o ilegales), ya existían antecedentes de problemas de conducta o conducta antisocial de mediana o larga evolución, mismos que los padres ni siquiera habían detectado o consideraban que estos problemas eran “normales” porque el hijo estaba atravesando por la etapa de la adolescencia, porque el hijo desde pequeño se había distinguido por ser rebelde o porque desde pequeño le habían diagnosticado algún otro trastorno (como déficit de atención con o sin hiperactividad), y daban por hecho que tenían que tolerar la mala conducta del hijo. Aunado a esto, y considerando en la mayoría de las familias que acuden traen problemas por una autoridad ausente o poco clara, los pacientes habían podido encubrir su consumo de drogas por un tiempo considerable (tal vez ésta sea una de las causas por las cuales las familias acuden en un estado avanzado de su enfermedad). En muchos otros casos, los pacientes ya habían desarrollado adicción al alcohol (lo que facilitó la adicción a drogas ilegales), pero los

familiares consideraban también como “*normal*” esta situación o ni siquiera sabían cómo identificar si el hijo era adicto al alcohol o no.

Además de la pérdida de límites y de la estructura, una *familia disfuncional* se distingue principalmente porque los integrantes de ésta discuten y pelean una y otra vez por un mismo problema sin llegar a resolverlo; terminan cayendo en patrones de conducta repetitivos (círculos viciosos) que pueden involucrar a dos o más personas; los miembros de la pareja o de la familia generalmente creen que el otro (adicto, esposo, madre, etc.) tiene la culpa de los problemas que están viviendo y dan por hecho que si éste no cambia nada va a cambiar en la familia; las emociones se reprimen y tienen incapacidad para expresar afecto; no se atreven a comunicarse de una manera clara y directa por temor de ser rechazados o de herir a los demás; el respeto entre padres e hijos y entre los hermanos se ha perdido, etc. No obstante, el problema mayor en una familia disfuncional es que ésta ha perdido su capacidad de adaptarse a los cambios sociales porque generalmente éstos suelen ser más rápidos que los cambios culturales. Por lo tanto, la familia corre el riesgo de no cumplir o de cumplir deficientemente sus funciones básicas como la transmisión de valores, hábitos, costumbres y normas, entre otras. En este sentido, trabajar con la familia del adicto resulta ser estratégico; siendo los padres, por la posición o jerarquía que ocupan dentro de la familia, personas importantes que deben de ser incluidas en el tratamiento que se proporcione al usuario de drogas; debiéndose de dirigir también hacia ellos los programas de prevención, aún cuando no existan problemas de consumo en la familia. Por consiguiente, el profesional de la salud, y en especial el psicólogo, debe manejar las técnicas y los conocimientos necesarios en *Terapia Familiar* para poder ayudar a la pareja a resolver sus conflictos; a los padres para recuperar su autoridad, y a la familia para lograr su adaptación ante los grandes cambios económicos, políticos y culturales, entre otros factores, que la han llevado principalmente a una fracturación de los roles tradicionales, a una serie de movimientos y reestructuración de la familia típica de la población mexicana (la “*nuclear*”); así como a adoptar estilos de vida característicos de esta sociedad de consumo en donde los valores materialistas e individualistas son los que predominan. .

VII. Conclusiones

De la presente investigación se concluye que fue alta la prevalencia del uso de cocaína y derivados en los pacientes que acudieron a la Unidad de Atención Toxicológica Xochimilco entre 1996 y el 2000; y que la tendencia en el uso de esta droga coincide con lo observado por otras estrategias. No obstante, lo más importante es que se confirmó que existe una relación estrecha entre el uso de drogas ilegales y los problemas familiares y sociales. Asimismo, se corroboró que los diagnósticos clínicos de *problemas de conducta y conducta antisocial*, están asociados a un *conflicto conyugal/parental* o a una *disfunción familiar*; y que el uso de la cocaína especialmente del derivado tipo “crack” puede agravar estas patologías.

Los resultados de este estudio sugieren también que el uso y adicción a las drogas tiene una función en la estructura relacional de las familias mexicanas, tal y como lo han señalado otros investigadores, quienes han descrito que la estructura y dinámica más común se caracteriza por un conflicto no resuelto entre la pareja de padres/esposos que se desvía a los hijos, triangulando casi siempre al usuario de drogas. Esta tríada rígida se completa con una relación distante y/o conflictiva entre el hijo adicto y el padre, y un sobreinvolucramiento de la madre con el adicto, quien puede mostrarse sumamente desafiante y agresivo, o por el contrario, claramente indefenso e incompetente, lo cual perpetúa la evitación del conflicto entre los esposos y la dependencia del adicto.

Por estas razones, es necesario ayudar a los padres a resolver los conflictos que puedan existir entre la pareja y, dado que en la familia son los padres quienes asumen el papel ejecutivo, es necesario también ayudarlos a recuperar su autoridad con los hijos, porque de no hacerlo se corre el riesgo de que la familia pierda su estructura y funcionalidad. Asimismo, es importante que se ayude a los padres a definir y construir un marco normativo que legisle la conducta de los hijos (pero no únicamente la del hijo adicto o problemático sino la de todos los hijos) para que estén claramente definidas las fronteras entre los subsistemas (límites) y se favorezca el proceso de individuación del usuario, porque es evidente que hoy los padres tienen más problemas para ejercer de manera clara su autoridad, y ahora la función de socializar a los hijos ya no es exclusiva de la familia.

Además, es prioritario que se diseñen programas que ayuden a la familia a enfrentar los grandes cambios sociales, que la han llevado a modificar su estructura y dinámica, y que han propiciado problemas para lograr su adaptación. Especialmente porque es evidente que la familia mexicana no está preparada para enfrentar sola el problema de la farmacodependencia, y que necesita del profesional para recuperar su estabilidad y funcionalidad. Más aún, resulta estratégico diseñar programas que lleven a prevenir o eliminar los *factores de riesgo* para el uso, abuso y adicción a las drogas, y que pueden estar presentes en el individuo, en los padres, en la familia o en la sociedad, pues está demostrado que la farmacodependencia es un problema muy complejo y difícil de resolver una vez que se presenta. Siendo evidente que a pesar de las medidas que se han tomado para combatir este problema en nuestro país, lo que se ha venido observado a través de las diferentes estrategias es que el uso de drogas ilegales se ha extendido entre la población (especialmente en los estudiantes y en las mujeres); se ha agudizado la problemática debido que cada vez más se reduce la edad en que se inicia el consumo; y se ha observado una transición epidemiológica, caracterizada principalmente porque se ha incrementado el consumo de drogas ilegales y cada vez más frecuente el uso de drogas ilegales más peligrosas como la cocaína y derivados, que ha mostrado una tendencia al aumento muy marcada (CIJ, 2001d; El Grupo, 1998 y 1999; El Observatorio, 2001 y 2004 y SSA-CONADIC, 1999b y 2001) De esta manera, este tipo de estudios se convierte en la base para obtener mejores resultados en materia de prevención y tratamiento de las adicciones.

Finalmente, puede concluirse que se cumplieron los objetivos planteados en esta investigación, en el sentido de que se logró realizar un estudio epidemiológico sobre el uso de drogas (en este caso de la cocaína), pero con un enfoque sistémico-familiar. Lo que seguramente facilitará a los profesionales que no estén familiarizados con este enfoque a comprender la complejidad del fenómeno de las adicciones y a vislumbrar las múltiples causas que originan la farmacodependencia. Lo que redundará en beneficio de los posibles programas o intervenciones que se diseñen en materia de prevención y tratamiento de las adicciones; porque si bien es cierto que cada vez hay más instituciones y profesionales que se han dado a la tarea de analizar las adicciones de una manera integral (incluyendo los factores individuales, familiares y sociales), todavía falta mucho por hacer.

VIII. Alcances, Limitaciones y Sugerencias

La presente investigación permitió conocer no sólo la prevalencia y tendencia del uso de cocaína de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad de Atención Toxicológica Xochimilco entre 1996 y el 2000; sino también facilitó la descripción de las principales características de estos usuarios, y algunas de las diferencias detectadas entre los pacientes que habían consumido cocaína antes de ingresar a tratamiento y los que no lo habían hecho. Asimismo, fue posible establecer un diagnóstico familiar y social de dicha población; corroborándose que los problemas familiares y sociales están estrechamente relacionados, y que pueden ser causa-consecuencia del uso de drogas.

Una de las limitaciones que presenta este estudio se deriva del tipo de muestreo que se utilizó el cual es “*no probabilístico*”; no obstante, los datos obtenidos pueden ser válidos para otros centros de atención especializada.

Por otro lado, cabe mencionar que en esta investigación se abordaron retrospectivamente los aspectos familiar y social asociados al consumo y, debido a que parte de los diagnósticos se basaron en la valoración clínica de los profesionales que atendieron los casos, se tiene el inconveniente de que los criterios que tomaron en cuenta pueden no haber sido uniformes. Por otro lado, respecto a la impresión diagnóstica que se realizó al momento de revisar el expediente, la limitante que surgió fue que éstos no tenían una historia clínica con un apartado en donde se recabaran datos precisos de los problemas sociales, de la estructura y del funcionamiento familiar; así como otros datos importantes sobre la familia y el usuario. Además, aún cuando en el estudio de Trabajo Social y/o en las notas de Psicología y Psiquiatría pudo haber estado concentrada dicha información, esto dependía en gran medida de la formación o enfoque del profesional. Debido a estos problemas la impresión diagnóstica se dificultó. Asimismo, esta situación impidió que se diera un manejo más detallado de las variables relacionadas con los aspectos familiar y social de los pacientes.

Por lo expuesto anteriormente se sugiere designar un apartado dentro de la historia clínica que integre información más precisa sobre estos aspectos. Para la cual será necesario buscar la forma de unificar los criterios y/o capacitar al personal de salud para que adquieran los conocimientos y práctica en Terapia Familiar, y diseñar los mecanismos necesarios para

que los pacientes de primer ingreso pasen a los diferentes servicios antes de que abandonen el tratamiento, dado su alto índice de deserción que los caracteriza. De igual forma, es importante que se integre a los familiares de los pacientes al tratamiento, especialmente en el área de Psicología (incluso si éste deja de acudir), donde no sólo se recabaría la información respectiva, sino que podría derivar en una mayor adherencia y efectividad del tratamiento.

Finalmente, tomando en cuenta que en esta investigación la mayoría de los pacientes reportaron problemas familiares (63%) y sociales (62%), es necesario que se fortalezca (o en su caso que se diseñe) la intervención terapéutica dirigida hacia el paciente y su familia para la atención de estos problemas. Asimismo, sería importante que se continuara con este tipo de estudios, y que se empezara a investigar sobre la efectividad del tratamiento que brinda este centro de atención.

IX. Bibliografía

Acosta V, Alvarado A y Flores MC (1985). Conceptos y Praxis de la Orientación a Familiares de Farmacodependientes en: Experiencias de Trabajo con la Familia del Farmacodependiente Centros de Integración Juvenil, México. Vol. 3, 43-78.

Alcohólicos Anónimos (1986). New York City: Alcoholics Anonymous World Services, Inc. (Versión en Español).

Arce R. (1985). “La Psicoterapia Familiar en el Tratamiento de la farmacodependencia” en: Aproximaciones Teóricas a la Familia del Farmacodependiente. México, Centros de Integración Juvenil. Vol. 2, 69-91.

Beaglehole R, Bonita R y Kjellstrom T. (1994). Epidemiología Básica. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud.

Beattie M. (1991). Ya no seas codependiente. México, Ed. Promexa.

Berriel RE y Luna JA. (1985). La Psicoterapia Familiar con Pacientes Farmacodependientes en: Experiencias de Trabajo con la Familia del Farmacodependiente. México, Centros de Integración Juvenil. Vol. 3, 79-97.

Black C. (1997). No Hablar No Sentir y No Confiar. México, Ed. Árbol.

Brailowsky S. (1995). Las Sustancias de los Sueños: Neuropsicofarmacología, México, Ed. Fondo de Cultura Económica.

Buitrón VNA. (1995). La Farmacodependencia en Estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM. Una aproximación epidemiológica. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología de la UNAM, México.

Caballero PS. (2000). La Farmacodependencia y el Contexto Familiar Sistémico. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, UNAM, México.

Campillo C, Medina-Mora ME y Castro ME. (1979). La Epidemiología del Uso de Drogas en México. Salud Mental. 2(1): 10-18.

Cardeña D y Vernet JJ. (1985). “Familia y Farmacodependencia. Una Revisión Bibliográfica” en: Aproximaciones Teóricas a la Familia del Farmacodependiente. México, Centros de Integración Juvenil. Vol. 2, 47-67.

Carrillo JJ. (1997). Análisis de la Realidad Sociopolítica de México. Ensayo para el Seminario de Terapia Familiar (no publicado).

Carrillo JJ. (2004a). Consumo de Drogas ¿Qué Hacer? México, Ed. Trillas.

Carrillo CJJ. (2004b). Descripción de Familias en un Grupo de Preescolares Remitidos a un Programa de Intervención Temprana. Tesis para optar por el grado de Maestría en Rehabilitación Neurológica, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Carrillo JJ, Sánchez L, Tovar E y Becerril P. (1998). Comportamiento de la Prevalencia del Consumo de Cocaína o sus Derivados en los Pacientes de un Centro de Atención. Psiquis. 7(3): 65-71.

Castro ME. (1990). Indicadores de Riesgo para el Consumo Problemático de Drogas en Jóvenes Estudiantes. Aplicaciones en Investigación y Atención Primaria Dentro del Plantel Escolar. Salud Pública de México. 32(3): 298-308.

Castro ME y Chávez AM. (1986). Predictores del Consumo de Drogas en Jóvenes Mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. 3(1): 5-10.

Centros de Integración Juvenil (1999a). Elementos para la Evaluación de Resultados del Programa de Atención Curativa". Subdirección de Investigaciones. Informe de Investigación 98-14.

Centros de Integración Juvenil. (1999b). Estrategias Terapéuticas Familiares para el Tratamiento del Uso de Drogas. Subdirección de Investigaciones. Informe de Investigación 98-28.

Centros de Integración Juvenil. (2001a). Estructura Familiar y Consumo de Drogas. Subdirección de Investigaciones. Informe de Investigación 98-30.

Centros de Integración Juvenil. (2001b). Prevalencia del Uso de Drogas y Factores Psicosociales Asociados entre Estudiantes de Educación Media Básica del Estado de Nuevo León. Subdirección de Investigaciones. Informe de Investigación No. 2001-Pa 01.

Centros de Integración Juvenil. (2001c). Reporte de Ajuste Marital por Parte de Madres de Usuarios de Drogas en Tratamiento en CIJ. Subdirección de Investigaciones. Informe de Investigación 00-04.

Centros de Integración Juvenil. (2001d). Tendencias del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ entre 1990 y 1999. Subdirección de Investigaciones. Informe de Investigación No. 2000-06.

Centros de Integración Juvenil. (2001e). Trastornos de Ajuste Psicosocial entre Usuarios de Drogas que Concluyeron Tratamiento en CIJ (comparación entre ingreso y egreso de tratamiento). Subdirección de Investigaciones. Informe de Investigación 00-10.

Centros de Integración Juvenil. (2003). Cómo Proteger a tus Hijos Contra las Drogas. México, Ed. Fundación Gonzalo Río Arronte, I.A.P.

Centros de Integración Juvenil. (2004). Mujer y Drogas. México, Ed. Corporación Gráfica.

Centros de Integración Juvenil. (2004). Uso de Sustancias entre Adolescentes y su Asociación con Síntomas de Depresión y Percepción de sus Relaciones Familiares. Subdirección de Investigaciones. Informe de Investigación 04-03.

Centros de Integración Juvenil. (2006). Modelo de Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género para la Atención de la Adicciones y de la Violencia Familiar. México, Ed. Publi Impresos Novarte.

Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (1979). La Familia Ante el Problema de las Drogas. México, CEMESAM.

Córdova AJ. (2000). Correlatos Psicosociales de Prevalencia del Uso, Abuso y Dependencia a Drogas en Adolescentes. Tesis para optar por el grado de Maestro en Psicología Clínica. Facultad de Psicología de la UNAM, México.

Cruz SL. (2000). Farmacología de las Sustancias Psicoactivas en: Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas. México, Ed. Manual Moderno.

De la Fuente R. (1990a). Aportaciones de la Corriente Social a la Psiquiatría. Psiquiatría, 1(1): 15-18.

De la Fuente R. (1990b). Consideraciones Sobre los Problemas Mentales y Conductuales que Afectan la Salud en Sociedades en Desarrollo: el Caso de México. Salud Mental. 13(3): 1-7.

De la Fuente R y Medina-Mora ME. (1987). El Abuso y la Dependencia de Fármacos Psicoactivos. Salud Mental. Jun. 10 (2): 14-21.

De la Serna J y Castro M. (1991). Perfil Demográfico y Psicosocial de los Usuarios de Cocaína Detectados en la Muestra Nacional de Estudiantes Mexicanos en el Año de 1986. Revista Española de Drogodependencia. 16(1): 5-18.

Escamilla A. (2002). Los Mecanismos de Enfrentamiento Utilizados por Mujeres y Varones Coadictos de un Centro de Atención de la Farmacodependencia. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología de la UNAM.

Escohotado A. (1990). Historia de la Drogas Vol. 1 y 2. Madrid, Ed. Alianza, 1990.

Estrada-Inda L. (1997). El Ciclo Vital de la Familia. México, Ed. Grijalbo.

Fontanetto S. (1985). Sobre la Inscripción Social de la Familia en: Aproximaciones Teóricas a la Familia del Farmacodependiente. México, Centros de Integración Juvenil. Vol. 2, 29-45.

Galván J, Medina-Mora ME, Villatoro J, Rojas E, Berenzon S, Juárez F, Carreño S y López E. (1994). Conducta Antisocial Asociada al Uso de Cocaína en Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior del Distrito Federal. Anales. Reseña de la IX Reunión de la Investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994: 65-72.

Galván J, Ortiz A y González L. (1997). El Sistema de Registro de Información Sobre Drogas. Un Auxiliar Diagnóstico en la Evaluación de la Farmacodependencia. Salud Pública de México. 39(1): 61-68.

Galván J, Rodríguez E, Ortiz A y González L. (1994). Diferencias por Género Respecto a Patrones de Consumo y Problemas Asociados al Uso de Cocaína: Un Análisis Cualitativo en: Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. México. SSA-CONADIC. 65-73.

Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas (El). (1998). Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual Sobre Consumo de Drogas". Tendencias de 1986-1997. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas (El). (Jun. 1998). Resultados de la Aplicación de la Cédula: Informe Individual Sobre Consumo de Drogas. Tendencias en el área metropolitana. Instituto Mexicano de Psiquiatría. junio, 1998.

Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas (El). (Nov. 1998). Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual Sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas (El). (Jun. 1999). Resultados de la Aplicación de la Cédula: Informe Individual Sobre Consumo de Drogas. Tendencias en el área metropolitana. Instituto Nacional de Psiquiatría.

Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas (El). (Nov. 1999). Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual Sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana. Instituto Nacional de Psiquiatría.

Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas (El). (Jun. 2000). Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual Sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas (El). (Nov. 2000). Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual Sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana. Instituto Nacional de Psiquiatría.

Hales, RE y Yudostsky SC and Talbott JA. (2000). Tratado de Psiquiatría. The American Psychiatric Press. New York: Ed. Masson.

Haley J. (1989). Terapia no Convencional. Las Técnicas Psiquiátricas de Milton H. Erickson. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Hernández R, Fernández C y Bautista P. (1998). Metodología de la Investigación. México, McGraw-Hill.

- Kalina E. (1988). Adolescencia y Drogadicción. Buenos Aires, Eds. Nueva Visión.
- Krassoievitch M. (1993). La Psicología Médica en el Marco de la Teoría General de Sistemas. Psiquiatría. V/2: 88-97.
- Lawson J. Endorfinas. (1993). La Droga de la Felicidad. Barcelona, Ed. Obelisco.
- López J. (1996). Taller de Prevención a la Farmacodependencia Dirigido a Padres de Familia. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología de la UNAM.
- López-Negrete P. (1981). Revisión de la Escuela Estratégica y Estructural de la Terapia Familiar y su Posible Aplicación a la Familia en México. Tesis para optar por el grado de Maestra en Psicología Clínica. Facultad de Psicología de la UNAM.
- Leyva MG. (1998). Alcohólicos Anónimos en México. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología de la UNAM, México.
- Lorenzo P, Leza, JC, Ladero JM y Lizasoaini I. (1998). Drogodependencias, Farmacología, Patología, Psicología y Legislación. España, Ediciones Médica Panamericana.
- Lozano JA. (1994). Historia de la Cultura. México, Ed. CECSA.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV. (1996). American Psychiatric Association. México, Ed. Masson,
- Manual de Estilo de Publicaciones. (1999). American Psychological Association. (Adaptado al español). México, Manual Moderno.
- Marti JL y Murcia M. (1987). Conceptos Fundamentales de Epidemiología Psiquiátrica. Barcelona, España, Ed. Herder,.
- Martínez J (1985) ¿Por qué Psicoterapia Familiar? en: Aproximaciones Teóricas a la Familia del Farmacodependiente, México, Centros de Integración Juvenil. Vol. 2, 11-27.
- Maya RY. (2001). Las Creencias acerca de la Drogadicción. México, Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología de la UNAM, México.
- Meana JJ y Barturen F. (1993). Psicoestimulantes: Cocaína, Anfetaminas y Xantinas. Avances en Farmacología de Drogodependencias. Bilbao, España, Universidad de Deusto Eds.
- Medina E. (1993). Uso de Alcohol y Otros Psicotrópicos por los Pueblos Aborígenes Hispanoamericanos”, en: Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. México, SSA-CONADIC. 168-175.

Medina-Mora ME. (1994). Curso Básico Sobre Adicciones en: Las Adicciones su Situación Actual. Centro Contra las Adicciones. Fundación “Ama la Vida” I.A.P (Eds.). 9-52.

Medina-Mora M E, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C y Tapia-Conyer R. (2001). Del Siglo XX al Tercer Milenio. Las Adicciones y la Salud Pública: Drogas, Alcohol y Sociedad. Salud Mental. Agosto 24(4): 3-18.

Medina-Mora ME, Tapia R, Sepúlveda J, Otera B, Rascón ML, Mariño MC, Solache G, Lazcano F y Villatoro J.(1990). Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados Regionales Sobre el Abuso de Drogas. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la V Reunión de Investigación: 48-55.

Minuchin S. (1986). Familias y Terapia Familiar. México, Ed. Gedisa.

Moctezuma B. (1994). Marco Jurídico de las Adicciones en: Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas. México Ed. Manual Moderno. 85-105.

Molina J. (1996). Epistemiología para Terapeutas Familiares. Psicología y Salud, Enero-Junio. No. 7: 111-125.

Natera G. (1992). La Familia Ante las Adicciones. Análisis Conceptual de las Estrategias para Hacer Frente al Problema en: Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. SSA-CONADIC, México. 79-86.

Natera G. (1994). Estado Actual del Abuso de Drogas en México en: Drogas, Violencia y Ecología. Memoria VI Seminario Internacional. Lima, Perú, Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas.

Natera G y Mora J. (1993). Atribuciones al Género Femenino Frente a las Adicciones en la Vida Cotidiana en: Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. SSA-CONADIC, México. 56-65.

Natera G, Mora J y Tiburcio M. (1999). Barreras en la Búsqueda de Apoyo Social para las Familias con un Problema de Adicciones. Salud Mental, número especial: 114-120.

Natera G. y Tiburcio M. (1994). Transmisión Generacional de las Adicciones ¿Vulnerabilidad Genética o Social? Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. México, SSA-CONADIC: 74-81.

Natera G, Tiburcio M, Mora J y Orford J. (1999). La Prevención en las Familias que Sufren por el Consumo Excesivo de Alcohol y Drogas de una Familiar. Psicología Iberoamericana. 7(4): 47-54.

Observatorio Epidemiológico en Drogas I (El) (2001). El Fenómeno de las Adicciones en México. México, SSA-CONADIC.

Ortiz A, Galván J, Rodríguez E, Unikel C, González L y Domínguez M. (1995). Percepción del Usuario Sobre el Consumo de Cocaína. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría: 161-168.

Ortiz A. (1992). Principios Terapéuticos Psicológicos Generales en: Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. México, SSA-CONADIC. 111-114.

Ortiz G, Pérez L y Félix G. (1985). Sistema Nacional de Salud y los Lineamientos Generales que se han Planteado acerca de la Salud Mental. Enseñanza en Psicología. 11(1-2): 31-42.

Ortiz A, Rodríguez E, Galván J y González L. (1993). Aspectos Cualitativos Sobre el Consumo de Cocaína en: Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario, México, SSA-CONADIC. 106-111.

Ortiz A, Rodríguez E, Galván J, Unikel C y González L. (1994). Uso de Drogas y Conducta Delictiva en la Población Captada por el Sistema de Reporte de Información en Drogas. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría: 55-60.

Ortiz A, Rodríguez E, Unikel C, Galván J, González L, Domínguez M y Hernández G. (1994). Tendencias Recientes del Consumo de Cocaína en la Ciudad de México. Algunos aspectos Cuantitativos y Cualitativos en: Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. México, SSA-CONADIC. 54-64.

Ortiz A, Soriano A, Galván J, Rodríguez E, González L y Unikel C. (Jul. 1997). Características de los Usuarios de Cocaína, su Percepción y Actitud Hacia los Servicios de Tratamiento. Salud Mental. No. 20: 8-14.

Ortiz A, Unikel C, Sosa R y Romano M. (1992). El Uso de Drogas en México. De la Época Precolombina al Siglo XVIII” en: Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. México: SSA-CONADIC: 19-26.

Ortiz RA y Vélez JA. (1985). Abordaje Terapéutico de la Familia Mexicana con Problemas de Farmacodependencia en: Experiencias de Trabajo con la Familia del Farmacodependiente. México, Centros de Integración Juvenil. Vol. 3. 99-109.

Palomar, J. (1998). Funcionamiento Familiar y Calidad de Vida. Tesis para optar por el grado de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología de la UNAM.

Pérez R. (1993). El Veneno “Faradisiaco” o el Olor a Tortilla Tostada. Fragmentos de Historias de las Drogas en México. 1870-1930 en: Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. SSA-CONADIC. 31-50.

Pérez Y y Bautista M. (2002). Relación Padres-Hijos, Tipo de Carácter y “Conducta Adictiva” en Adolescentes. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología de la UNAM, 2002.

Rodríguez S. E. (2004). Factores Familiares y de Pares Asociados al Consumo de Drogas. Tesis para optar por el grado de Maestra en Psicología Clínica. Facultad de Psicología de la UNAM, México, México.

Romero MP Gotto G y Campillo C. (1994). Consumo de Drogas y Violencia: Resultados de un estudio etnográfico multinacional coordinado por la Organización Mundial de la Salud. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 43-49.

Salín RJ. (1997). Bases Biológicas y Farmacológicas de la Neuropsiquiatría. México: McGraw-Hill Interamericana.

Sánchez J. (1989). Valoración del Tratamiento de la Terapia Familiar Estructural en Familias de Pacientes Farmacodependientes. Tesis para optar por el grado de Maestra en Psicología Clínica. Facultad de Psicología de la UNAM, México.

Satir V. (1991). Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México: Ed. Pax México.

Satir V. (1986). Psicoterapia Familiar Conjunta. México: Ed. La Prensa Mexicana.

Secades R y Fernández JR. (2003). Bases Psicosociales del Consumo de Sustancias en (autores varios). Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencias. Barcelona, España: Ed. Ars Médica.

Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones. (1999). El Consumo de Drogas en México: Diagnóstico, Tendencias y Acciones. México, SSA-CONADIC.

Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones (1992). Estrategias de Prevención. México, SSA-CONADIC. 39-49.

Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2001). Programa de Acción: Farmacodependencia. México, SSA-CONADIC.

Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones (2002). Encuesta Nacional de Adicciones. Tabaco, Alcohol y Otras Drogas. México, SSA-CONADIC.

Servín D, Zaldivar A, Hernández J y Trejo ME. (1993). Programa Jóvenes por la Salud: Un Estudio Médico, Psiquiátrico y Sociofamiliar de las Adicciones en: Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. México, SSA-CONADIC. 112-119.

Stanton T, Todd y cols. (1988). Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas. Buenos Aires: Ed. Gedisa.

Tapia R, Medina-Mora ME, Sepúlveda MJ, De la Fuente R y Kumate J.(1990). La Encuesta Nacional de Adicciones. Salud Pública de México. 32(5): 507-522.

Tenorio R, Figueroa E y Natera G. (Jul-Dic. 1994). Relación del Familiar con el Sujeto Alcohólico: Una Aproximación Sistémica. Revista de Trabajo Social. Año 2 No. 6: 74-86.

Tenorio R y Mendoza C. (1998). La Estructura Familiar del Alcohólico. Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Publicación trimestral. No. 22: 10-46.

Torres A, Barberá E, Soubran L, Amador C, Cisneros S, Ortiz S y Sanz AM. (1985). La Orientación a Familiares de Farmacodependientes. Una Experiencia en: Experiencias de Trabajo con la Familia del Farmacodependiente. México: Centros de Integración Juvenil. Vol. 3. 9-41.

Unikel C, Galván J, Soriano A, Villatoro J, Ortiz A y Rodríguez E. (1998). Evolución del Consumo de Cocaína en México y su Presencia Entre las Clases Menos Favorecidas. Salud Mental. 21(2): 29-36.

Unikel C., Ortiz A., Guerrero A. y Vázquez L. (1993). Un Siglo de Historia del Uso de Drogas en México (1866-1987) en: Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario. México: SSA-CONADIC. 51-55.

Velasco F. (1993). La Prevención de las Adicciones en los Programas Nacionales de México. en: Las Adicciones: Hacia un Enfoque Multidisciplinario, México: SSA-CONADIC.

Verdeja RS y Cisneros AS. (1981). Terapia Familiar con Adictos a Drogas. Estudio de Caso. Tesis de para optar por el grado de especialista en Terapia Familiar, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Viesca-Treviño C. (1994). Bosquejo Histórico de las Adicciones en: Las Adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectivas. México: Ed. Manual Moderno. 1-24.

Villatoro, JA, Medina-Mora, ME, López, EK, Juárez, FL y Rivera E. (1995). La Dependencia y los Problemas Asociados con el Consumo de Drogas en México. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría: 184-190.

Yaira JA. (1999). Las Drogas y el Fenómeno de la Globalización. Revista Española de Drogodependencias. 24(2): 97-101.

Zuk, G. H. (1993). Psicoterapia Familiar. Un Enfoque Triádico. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.

Anexo 1

Criterios clínicos considerados para el diagnóstico familiar

Los criterios clínicos que se tomaron en cuenta para llevar a cabo el diagnóstico familiar (“*conflicto de pareja*”, “*disfunción familiar*” y “*familia funcional*”) de los pacientes estudiados se apoyan principalmente en el “*Modelo Estructural*” (Minuchin 1986) y de algunas aportaciones de otros teóricos como Ackerman (1974 referido por Cardeña y Vernet 1985); Bateson (1992 referido por Carrillo, 2004b); Beattie (1991); Estrada-Inda (1997); Haley (1989); Jackson (1974 referido por Arce, 1985); Minuchin & Fishman (1984 referido por Carrillo, 2004b); Pichon Riviere (1977 referido por Arce, 1985); Satir (1986 y 1991) y Zuk (1993). Así como de la experiencia clínica de algunos profesionales que se han abocado al estudio de la familia y/o a la atención de problemas por el uso de sustancias en México como Acosta, Alvarado y Flores (1985); Arce (1985); Berriel y Luna (1985); Cardeña y Vernet (1985); Carrillo (2004a); CIJ (1999a); CIJ (2001a); CIJ (2001c); CIJ (2004); CIJ (2006); Escamilla (2002); López (1996); López-Negrete (1981); Natera (1992); Natera y Mora (1993); Natera, Mora y Tiburcio (1999); Natera, Tiburcio, Mora y Orford (1999); Ortiz y Vélez (1985); Palomar (1998); Sánchez (1989); Tenorio y Mendoza (1998); Torres et al. (1985); y Verdeja y Cisneros (1991). Con base en estas aportaciones se determinó que las dimensiones de la familia (parámetros) que se considerarían para efectuar el diagnóstico sobre funcionamiento familiar son:

1.- Roles familiares.- Un rol familiar está formado por aquellas características del desempeño de una persona según el lugar que ocupe dentro de su grupo familiar. Algunos roles familiares son: padre, madre, hijo, abuela, hermano, tío y sobrino. Un solo individuo tiene que desempeñar varios roles, por ejemplo: padre, hijo, esposo, hermano mayor, etc.; y para la mujer los roles son: madre, hija, esposa, hermana mayor, etc. Fuera de la familia hay otros tantos roles: amigo, compañero de trabajo, jefe, etc.

Los roles familiares son importantes por que le dan a la familia gran parte de su “estructura”. Por lo tanto, habrá problemas en la familia si los roles se desempeñan inadecuadamente o si existen roles rígidos en la familia. Un ejemplo de esto sucede cuando los padres no tienen la habilidad para cambiar de un rol a otro. Es decir, en

ocasiones se requerirá ser amigo del hijo, y en otro momento se necesitará retomar el rol de autoridad, pero, los padres de hoy a menudo descuidan su rol principal (autoridad) y suelen instalarse en el rol de “*amigo del hijo*”.

En otras ocasiones los problemas se presentan porque es común observar que en la población mexicana el hombre y la mujer adoptan roles tradicionales que se caracterizan por el abuso y la desigualdad en las relaciones. Es decir, de acuerdo con estos esquemas tradicionales, a la mujer se le asigna el cuidado de los hijos y las labores domésticas; y al hombre se le dice que su única obligación es proveer económicamente a la familia. Lo que puede ocasionar conflictos entre la pareja y puede traer como consecuencia que el padre quede excluido del grupo familiar y adopte el rol del “*padre periférico o ausente*”.

Cuando existe la presencia de roles rígidos, es común encontrar que la madre o el padre son señalados como el “bueno” o el “malo” de la familia, lo trae repercusiones para todos los integrantes del grupo familiar.

2.- *Reglas de interacción familiar.*- Son todos aquellos enunciados que regulan la relación de los miembros de una familia. Designan lo que se permite y lo que se prohíbe de acuerdo a la edad y etapa de los hijos y a circunstancias específicas de cada familia. Las reglas pueden ser explícitas (se han establecido expresamente) e implícitas (no se ha hablado de ellas, se da por hecho que se debe actuar de determinada manera). Las reglas son importante porque también le dan estructura a la familia. Las reglas pueden y deben existir en todos los niveles; entre la pareja, entre padres e hijos y entre hermanos. Para toda regla que no se cumple debe aplicarse una consecuencia; si no existe la consecuencia la regla tampoco existe. Una consecuencia (o castigo) es aquel inconveniente que sufre toda persona (hijo, hija, esposo, etc.) que ha violado una regla de convivencia.

En la familia pueden existir problemas si las reglas no son claras; es decir, al hijo no le queda claro lo que se espera de él o de su conducta. De igual forma pueden ocasionarse dificultades entre padres e hijos si las reglas no son flexibles. Lo que significa que las reglas deben irse adaptando conforme crece el hijo y conforme a las circunstancias; y que es importante hacer una diferenciación entre las reglas que sí son posibles de negociar (se le permite al hijo llegar a un acuerdo con los padres sobre una regla determinada) y entre las que no hay posibilidad de hacer esto, porque son reglas que deben cumplirse

estrictamente y no están a discusión (por ejemplo ¡No se permite utilizar drogas!). También habrá problemas si existen incongruencias entre la regla explícita e implícita (no coincide lo que se dice con lo que se hace); si los padres hacen constantes excepciones en la aplicación de una consecuencia cuando la regla se ha violado, porque ésta nunca logra ser establecida; o si los padres terminan premiando la mala conducta del hijo (los padres ofrecen algo material o algún permiso extra con tal de que el hijo asuma sus obligaciones en lugar de castigarlo por no cumplir con éstas).

En otras ocasiones los problemas pueden surgir porque los padres aplican la consecuencia mucho tiempo después de que el hijo tuvo una mala conducta, de tal forma que cuando se le castiga el hijo no sabe por qué. Asimismo, pueden llegar a establecerse reglas que no tienen sentido como ¡No debes tener ese tipo de amigos, porque se drogan! Lo que ocasiona que los padres terminan asumiendo una responsabilidad que le toca al hijo, como la de decidir con quien entabla una amistad y, en realidad, lo que debiera de reglamentarse es la acción de no drogarse.

3.- Relación de pareja.- El subsistema conyugal (la pareja), es el eje en torno al cual se forman todas las otras relaciones familiares; por consiguiente una relación conyugal penosa tiende a producir un deficiente desempeño por parte de los padres (subsistema parental) que afectará a los hijos.

Una relación de pareja “sana” exige a los miembros de la pareja desarrollar pautas de complementariedad y de acomodación mutua. De esta forma, los esposos deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Deben aprender a convivir en una relación de dos, lo que implica el distanciamiento o desprendimiento afectivo de las familias de origen y el establecimiento de reglas propias para la nueva familia. Deben respetar la unicidad de su pareja, es decir, aceptar el hecho de que el otro (otra) es diferente a lo que se esperaba, y muchas veces las “*expectativas*” que se tenían de él (ella) no se cumplen. Asimismo, en la pareja sana generalmente las responsabilidades maritales están distribuidas equitativamente, y existen acuerdos, apoyo y cooperación mutua para resolver los problemas.

Por el contrario, habrá problemas en la pareja si las “*diferencias individuales*” conducen a los esposos a “*desacuerdos*” constantes (o no resueltos) en las distintas áreas y

tareas de la vida en común como: el cuidado y la crianza de los hijos, el establecimiento de las reglas familiares, la manera en que ejercerán la autoridad, etc. De igual forma, si la relación de pareja está basada en el abuso y la desigualdad; o si él o ella no acepta al otro tal y como es y tiende a descalificarlo o a imponerle estándares que debe lograr, los conflictos pueden surgir.

En la población mexicana se viene observando que la mujer ha ganado terreno en el ámbito laboral y político, y su nivel educativo ahora es mayor; sin embargo, el esquema de relación tradicional entre el hombre y la mujer se sigue presentando. Lo que puede ocasionar conflictos entre la pareja por el abuso y desigualdad que caracteriza a estos roles tradicionales. Otras veces los conflictos surgen porque el hombre o la mujer intentan cambiar estos patrones de relación, pero no encuentran apoyo en la pareja. Es decir, muchas mujeres hoy terminan cumpliendo con una doble jornada, la remunerada y la del hogar, porque el hombre se muestra reacio a compartir con ellas las responsabilidades del hogar y de los hijos, y busca la forma de dominar o someter a la mujer. También hay hombres que, conscientes de esta desigualdad y de los logros de la mujer, han intentado ser más afectivos con la pareja y con los hijos y compartir el rol de proveedor y las tareas de casa; pero, se encuentran con el hecho de que la mujer está reticente a compartir el único espacio que ha logrado dirigir y no le permiten intervenir en estas cuestiones, descalificándolo o criticándolo constantemente, lo que lleva al varón a abandonar su intento de cambiar y termina retomando el rol tradicional.

4.- Ejercicio de la autoridad.- Es el establecimiento de reglas y normas explícitas e implícitas por parte de los padres (subsistema parental), con el objetivo de lograr un control no restrictivo, pero eficaz, lo que permite que el niño crezca y se desarrolle adecuadamente. Para que la familia funcione adecuadamente la autoridad que se ejerza debe ser clara; es decir, papá y mamá deben apoyarse uno al otro, y no tiene que coexistir la conducta represiva de uno de los padres y la conducta permisiva del otro. Lamentablemente en la población mexicana es frecuente observar que la autoridad está dividida, y ésta puede perderse debido a que:

Los padres se restan autoridad uno al otro

Los padres que viven en constante conflicto generalmente no se apoyan, se contradicen delante de los hijos, y no pueden establecer acuerdos entre ellos. Las críticas constantes por la forma de ejercer la autoridad, pueden llegar a ocasionar que se formen alianzas entre uno de los progenitores y los hijos; y que se establezcan roles rígidos en donde la madre o el padre es señalado como el “bueno” o el “malo” de la familia. En muchas ocasiones, es la madre quien suele hablar mal del padre con uno o todos los hijos (especialmente cuando éste está ausente), les platica sobre los problemas de pareja como si éstos fueran sus confidentes, y se vuelve cómplice de los hijos al ocultar información sobre la mala conducta de éstos para que el padre no se entere; obstaculiza el ejercicio de la autoridad del padre. En otras ocasiones, es el padre quien resta autoridad a la madre, y lo hace propiciando que los hijos (especialmente los hijos varones) desobedezcan y abusen de la madre, pues delante de ellos puede reprochar a la madre que su obligación es hacerse cargo de todas las labores de la casa y que ella no tiene qué mandar a los hijos. Puede tacharla también de ser una madre “mala” o demasiado exagerada para el orden y la disciplina y, sin establecer ninguna obligación hacia los hijos, se dedica a complacerlos o a compensarlos porque la mayoría del tiempo está ausente. De cualquier forma, aunque el padre/madre “malo” es el primero en perder la autoridad, el resultado final casi siempre es que ambos terminan siendo desobedecidos por los hijos.

Estas conductas inadecuadas mediante las cuales el padre o la madre se restan autoridad mutuamente, pueden seguirse dando a pesar de que la pareja lleve algún tiempo separada o divorciada. De hecho es común observar que cuando la madre se queda con la custodia de los hijos después de una separación, le es muy difícil conservar su autoridad por la constante intromisión del padre que se niega a renunciar a su derecho de mandar a los hijos, sobretodo si aporta una pensión o apoyo económico a éstos. Asimismo, las conductas de restarse autoridad entre la pareja, pueden representar un problema mucho más grave y frecuente, en los tipos de familias que hoy se están observando cada vez más en nuestra población como las reconstituidas (aquéllas que se forman cuando el hombre o la mujer con hijos vuelven a casarse) y las de un solo progenitor (en el caso de las madres solteras, son los padres los que generalmente le resta autoridad a la madre frente al hijo).

El padre o la madre se resta autoridad a sí mismo

Esto sucede cuando lo que dice el padre o la madre no coincide con lo que hacen. Por ejemplo, un padre alcohólico, puede prohibir al hijo que éste utilice drogas, pero no se hace cargo su propio problema de alcoholismo. Una madre, puede castigar al hijo porque se droga o porque no quiere trabajar o estudiar; pero resuelve los problemas que se ocasionan en la familia porque su cónyuge es alcohólico, adicto o irresponsable y no le exige a éste que deje de drogarse y que asuma sus responsabilidades.

En otras ocasiones, el padre o la madre pueden restarse autoridad a sí mismos porque no aplican una consecuencia a una regla que el hijo ha violado; porque con frecuencia hacen excepciones o son inconstantes en la aplicación de las reglas y sus consecuencias; porque ofrecen premios al hijo para que éste cumpla con sus obligaciones, en lugar de castigar la mala conducta (terminan premiando la mala conducta); porque los padres permiten que el hijo se porte mal mucho y tiempo y, posteriormente, terminan utilizando consecuencias muy drásticas (utilizan la agresión verbal o físicamente) que le llevan a sentirse culpables y terminan disculpándose o compensando al hijo por esto (se contradicen a sí mismos).

Los padres son incapaces de asumir el rol de autoridad o no saben como hacerlo

Esto puede suceder porque muchos padres no saben qué tipo de reglas y de consecuencias pueden aplicar al hijo ni cómo ni cuándo aplicarlas. Muchos padres no logran darse cuenta de la importancia que tiene aplicar consecuencias al hijo cuando éste ha incumplido con alguna regla, o puede ser que el aplicar una consecuencia al hijo resulte para ellos una tarea muy difícil porque experimentan una mezcla de emociones (lástima, miedo, tristeza, culpa, preocupación, inseguridad, frustración, etc.) que les impide ejercer su autoridad de manera clara. Esto suele suceder especialmente con las “*madres solteras*” que tratan de compensar al hijo por la ausencia del padre; con aquellas madres que se sienten culpables de tener que ir a trabajar y abandonar a los hijos; o con las madres que se sienten incapacitadas para ejercer su rol de autoridad (especialmente con los varones) y terminan en el absurdo de delegar ésta en el padre ausente o periférico. En el caso de los hombres, esta incapacidad de ejercer claramente su autoridad, se observa cuando los padres periféricos o con problemas de adicción, toman conciencia de su problemática y de los errores que

cometieron en el pasado y, como un intento de integrarse a la familia y retomar su rol de autoridad, terminan complaciendo a los hijos en todo.

Por otro lado, los padres de hoy suelen ser muy permisivos y dan a los hijos demasiadas libertades porque ignoran la importancia que tiene el hecho de que los hijos deben de ir adquiriendo cada vez mayor responsabilidad; o porque creen erróneamente que cuando el hijo llegue a la mayoría de edad su conducta será madura, aún sin haber establecido en el pasado reglas claras. Asimismo, los padres pueden cometer el error de ser expertos en detectar y solucionar los problemas de los hijos, aún cuando éstos ni siquiera están conscientes de sus dificultades y/o de cómo las van a resolver. Es claro que estos padres equivocadamente están convencidos de que es su obligación resolver los problemas a los hijos (porque para eso son sus padres); y no se dan cuenta que en la medida en que asumen la responsabilidad del hijo lo hacen más dependiente e inmaduro y la mala conducta del hijo se favorece.

Asimismo, los padres de hoy suelen estar más confundidos al momento de ejercer su autoridad, porque algunas de las recomendaciones hechas por “*especialistas*” o por los modelos de padres que se difunden, los llevan a creer que para ser “*un buen padre*” o una “*buen madre*”, primero hay que ser amigo(a) del hijo(a) y terminan descuidando su rol principal de autoridad. Aunado esto, hoy en día los derechos de los hijos se reclaman abiertamente por instituciones o a través de los medios de comunicación, lo que seguramente tiene que ver con lo observado en consulta, en el sentido de que los hijos (y especialmente el adicto) demandan sus derechos de ser hijos de familia cuando les conviene, y en otras ocasiones exigen derechos y un trato de personas adultas, pero casi siempre se olvidan de sus obligaciones. Además, los hijos inmaduros suelen ser muy hábiles para manipular a los padres haciéndolos sentir culpables cuando se atreven a castigarlo, discuten con los padres o cuestionan su autoridad una y otra vez con el objetivo de que ellos se retracten o disminuyan la consecuencia. También pueden provocar conflictos entre la pareja de tal manera que mientras los padres están ocupados en alguna discusión, los hijos aprovechan la oportunidad para hacer lo que quieren porque no hay una autoridad disponible que supervise su conducta.

Por otro lado, muchos padres que se rigen por valores materiales de esta sociedad de consumo, ponen en riesgo su rol de autoridad y la salud de la familia, debido a que muchas veces están más preocupados por dar a los hijos todo lo material (computadoras, celulares,

dinero en cantidades que el hijo no valora ni sabe administrar, educación en escuela particular porque eso da más categoría, etc.), e ignoran que lo más importante para el sano crecimiento de los hijos es una autoridad clara. Otros padres pueden llegar a la enajenación de trabajar dobles jornadas no tanto porque necesiten hacerlo, sino para comprar y satisfacer en todo a los hijos (sin que ellos se esfuercen un poco), trayendo como consecuencia que éstos terminen en guarderías o escuelas de tiempo completo, encargados con otros familiares a quienes ni siquiera se les delega o se les reconoce una autoridad “provisional” o, en el peor de los casos, los hijos terminan estando mucho tiempo solos o con los amigos. Lo que propicia que los hijos terminen haciendo lo que quieren porque nadie se hace responsable de ellos, no hay nadie que supervise las conductas del hijo y que se encargue de aplicar las consecuencias al hijo; es decir no hay nadie que ejerza el rol de autoridad.

5.- *Límites.*- Los límites son como líneas divisorias que marcan una diferenciación entre los individuos (papá, mamá, hijo, etc.) y entre los subsistemas (conyugal, parental y fraterno o filial) de una familia. La función más importante de los límites es que le dan a la familia “estructura”, y si éstos se pierden aparecen dificultades para resolver los problemas. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias; pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. Los límites necesitan estarse redefiniendo a cada momento, lo que permite a la familia lograr su adaptación y supervivencia. Cuando los límites son muy difusos o amalgamados o muy marcados y rígidos la familia puede presentar alguna patología familiar. En cambio, las familias normales o “sanas” han encontrado un justo medio entre estos extremos. Los límites más importantes son:

Límites individuales

Estos límites son indispensables para garantizar una sana relación entre la esposa y el esposo; entre la madre y un hijo(a); entre el padre y un hijo(a); entre los hermanos; y entre las personas en general. Los límites entre la pareja pueden perderse porque él o ella no logró alcanzar su individuación antes de formar el vínculo matrimonial. Es decir, no ha logrado constituirse como una persona que se diferencia de la otra porque tiene sus propios

gustos, sus propias opiniones y decisiones, su propia manera de ver y enfrentar la vida, etc. y termina siendo sometida por su cónyuge o haciendo lo que el otro diga. La pérdida de límites entre una madre y el hijo(a) puede traer mayores consecuencias como la posibilidad de que se dé una relación simbiótica entre ambos.

Cuando los límites individuales se pierden, puede observarse que las personas (esposa, madre, hijo, etc.) presentan dificultades para resolver sus propios problemas sin involucrar a los demás. Asimismo, les resulta muy difícil evitar hacerse cargo de los problemas de los demás o asumir la responsabilidad de éstos, sean o no sean sus familiares, porque viven los problemas ajenos como si fueran propios.

Límites familiares o generacionales

Son aquellos que marcan las fronteras imaginarias entre los padres y los hijos y definen los derechos y obligaciones de cada uno de estos subsistemas. La claridad en los límites familiares nos dirá quién manda y quién obedece en la familia.

Cuando los *límites familiares* se han perdido es común observar que en la familia mexicana el hijo con problemas de adicción o de conducta, generalmente termina ocupando el lugar jerárquico que le correspondía a los padres y se convierte en un “*tirano*” de los padres y en dueño de la situación. Es decir, la alianza entre la madre y el hijo en contra del padre que por lo regular se observa en las familias adictas (o en aquellas donde el hijo con problemas de conducta aún no inicia el uso de drogas), trae como consecuencia que sea el padre el primero en perder su autoridad; pero, posteriormente la madre termina perdiendo también la suya y la situación se sale de control. Al grado de que los padres (y en muchos casos también otros familiares como los abuelos, los hermanos, los tíos, etc.) terminan asumiendo completamente la responsabilidad del adicto, y caen en conductas absurdas y viciadas como permitir que el hijo(a) se drogue dentro de la casa, haciéndose de la “*vista gorda*” o negando el problema; vigilan constantemente al adicto o se convierten en “*policía*” de éstos; anexan una y otra vez al adicto para que no se drogue, cuando lo único que consiguen es provocar más la conducta de consumo; etc. La tendencia de los padres para resolverle la vida a los hijos (especialmente al adicto) puede llegar al extremo de que con tal de que el adicto no se drogue terminan dándole trabajo en casa para que no salga a frecuentar a los “*malos amigos*” y a exponerse a la droga. Permiten que el hijo casado o

sin pareja viva en la casa sin asumir ninguna responsabilidad o compromiso porque en cuanto se le exige algo éste amenaza con irse de la casa, y los padres no aceptan que se vaya porque están convencidos de que si el hijo se va de casa puede delinquir o drogarse más.

Límites extrafamiliares

Son aquéllos que rodean a la familia nuclear. Si éstos son respetados, se garantiza la separación emocional de la nueva pareja de sus familias de origen; en caso contrario, la pareja no logrará integrarse y los múltiples conflictos que se presentan aumentan las probabilidades de que el vínculo matrimonial de disuelva.

Una característica que distingue a la población mexicana es la constante intervención de la familia de origen en las decisiones y forma de organización de la familia actual, lo que puede traer como consecuencia la pérdida de los límites extrafamiliares. En muchas otras ocasiones los integrantes de la pareja no saben resolver solos sus propios conflictos y propician la intervención de los suegros, de los propios padres y de otros familiares, esperando que éstos tomen partido a favor de ellos, por lo que es inevitable la pérdida de estos límites. Otras ocasiones, se ha observado que en las familias con un sólo progenitor (por muerte del cónyuge, separación, divorcio, etc.) el padre o la madre terminan asumiendo las reglas y las formas de vida que imponen los propios padres o los suegros, dada la situación de que no cuentan con su propio espacio y se ven en la necesidad vivir en la casa de dichos familiares. Esto hace que los límites extrafamiliares se pongan en peligro o se pierdan. De igual forma, en este tipo de familias así como en las extensas, se ha observado frecuentemente que los abuelos consienten demasiado a los nietos, y hasta llegan a usurpar el rol de autoridad de los padres. Pero, cuando el nieto empieza a tener problemas de conducta o de drogas, los abuelos buscan evadir su responsabilidad y le reprochan o exigen a los padres que se haga cargo de ellos, porque son sus hijos. No obstante, continúan consintiendo al nieto y restando autoridad a los padres, lo que lleva a la pérdida de límites extrafamiliares.

6.- *Tríadas rígidas*.- Este es un concepto que se asocia a la patología familiar y se refiere a las alianzas que hacen dos miembros de una familia de diferente generación en

contra de un tercero, lo cual habla de una *coalición*. Existen cuatro tipos de *tríadas rígidas*:

- a) Dos padres en conflicto, abierto o encubierto, tratan de ganarse el cariño y apoyo del hijo, en contra del otro.
- b) Uno de los padres hace alianza permanente con el hijo en contra del otro padre. Por ejemplo, un padre ataca a su hijo y el otro lo defiende o lo protege.
- c) Ambos padres atacan al hijo. Por ejemplo, los padres refieren solo cosas negativas del hijo.
- d) Ambos padres asumen una actitud marcadamente protectora hacia el hijo de tal manera que impiden su crecimiento.

La coalición implica el traspaso de las fronteras o límites generacionales, perturbando la organización y funcionamiento del grupo familiar. Por lo tanto, la sola presencia de alguna de estas tríadas es prueba inequívoca de disfunción familiar.

7.- *Comunicación*.- La comunicación es el proceso mediante el cual dos individuos intercambian mensajes verbales y no verbales. Los primeros se expresan a través de las palabras; y los segundos, son aquellos que no utilizan palabras. El mensaje es enviado a través de gestos, expresión corporal y tono de voz. La comunicación puede ser también a través de *mensajes directos* (aquellos que se dicen con toda claridad y a quien van dirigidos); o por mensajes indirectos (éstos son confusos, se dan a entender, y éstos pueden mal interpretarse).

La familia puede presentar problemas principalmente cuando hay contradicciones entre los mensajes verbales y no verbales. En este caso, es muy frecuente observar que en las familias con problemas de adicción, los padres pueden decirle al hijo verbalmente que ¡no se vale drogar ¡ porque si lo hace habrá consecuencia. Pero, en el momento en que el hijo se droga y en los hechos no se aplica ninguna consecuencia, el mensaje no verbal

termina predominando sobre el mensaje hablado, de tal manera que el hijo entiende que sí se puede drogar porque en los hechos no va a suceder nada.

Los problemas pueden surgir también si en la comunicación familiar predominan los mensajes no verbales e indirectos (el padre o la madre no se atreve a expresar al hijo lo que espera de él o lo hace de manera indirecta porque tiene miedo de cómo va a reaccionar el hijo); o cuando la comunicación está basada en la crítica y la transmisión de culpas. Situaciones que caracterizan al tipo de comunicación que se da en la familia mexicana.

8.- *Conductas de sobreprotección, intrusión y coadicción.*- Las características de sobreprotección e intrusión se caracterizan por una excesiva protección hacia un miembro de la familia, y que no es congruente con la edad y con las capacidades de éste, invadiendo la intimidad de la persona. Estas conductas pueden traer como consecuencia que los padres terminen asumiendo las responsabilidades que le corresponden al hijo; impidiendo su crecimiento y separación emocional (individuación). Cuando es la esposa/esposo quien sobreprotege al cónyuge, ocasiona que éste delegue en ella todas las responsabilidades (económicas, cuidado y crianza de los hijos, etc.). Este tipo de conductas han sido abordadas ampliamente en la segunda parte del capítulo tres.

Por otro lado, la pérdida de límites entre los individuos (sean familiares o no) con frecuencia puede ser un indicador de que la persona presenta problemas de codependencia o coadicción que se caracterizan, entre otros síntomas, por un sobreinvolucramiento afectivo entre una persona (por lo regular es la madre o la esposa) y el familiar adicto. Las personas codependientes sufren por los problemas de los demás; confunden sus emociones con las del adicto pues creen sentir lo que él está sintiendo (por ejemplo, el adicto puede experimentar un beneficio o placer al utilizar la droga y el coadicto cree que está sufriendo). Asimismo, proyectan sus propias emociones en él; es decir, los padres coadictos pueden llegar a sentir una profunda compasión hacia el adicto, pero en realidad esta emoción surge por la percepción que tienen de ellos mismos y como producto de experiencias difíciles o carencias afectivas que vivieron en su propia niñez. Los padres coadictos no pueden relacionarse de una manera sana con el adicto, porque son incapaces de ponerle límites y porque el estado de ánimo de los familiares depende de la conducta del hijo o familiar adicto. Aunque es común que en la familia mexicana el rol del

codependiente o coadicto lo juegue la mujer (quizás por esto es ella la que acude con mayor frecuencia a consulta con la idea que el adicto cambie, o la que convence al familiar adicto para que busque ayuda), también los hombres llegan a desarrollar esta problemática.

De este modo, cuando una mamá coadicta logra poner límites claros entre ella y el adicto, muchas veces el padre termina retomando el rol del coadicto, y mostrando mayores dificultades para superar este problema, especialmente si el adicto es del sexo femenino. De igual forma, cuando los padres logran recuperar su autoridad y poner límites al adicto, con mucha frecuencia surgen otros familiares coadictos, especialmente los abuelos, con quienes el adicto se apoya para establecer una relación triangular que le permite seguir con sus problemas de irresponsabilidad y de consumo. Quizás por esto, en la familia mexicana se ha observado que cuando existe un adicto al alcohol o drogas, existe por lo regular más de un coadicto, quienes generalmente acuden a tratamiento convencidos que el adicto es el del problema (el que tiene que cambiar), y que de los familiares o del profesional depende que el hijo o el esposo deje de drogarse, por lo que la “ayuda” que brindan al adicto (resolviendo todos los problemas que éste ocasiona por su consumo) se convierte en un problema mayor: los padres o la esposa pasan a ser parte del problema y no de la solución.

Todo lo cual dificulta la recuperación del adicto y su familia ya que si el coadicto no cambia, el adicto tiene pocas probabilidades de superar su adicción. En cambio, si el coadicto resuelve su problema el adicto se ve obligado a cambiar. Por consiguiente, y de acuerdo con lo que se ha observado en las consultas, es importante que se brinde tratamiento también al coadicto, especialmente porque suele ser éste el primero en solicitar la atención (el primero en “tocar fondo”), ya que el adicto por lo regular se niega a buscar ayuda y cuando acepta recibir un tratamiento comúnmente lo abandona.

Conforme a los diferentes incisos o apartados que fueron tratados anteriormente, los criterios para cada una de los diagnósticos fueron los siguientes:

1. Conflicto de pareja

La relación diádica es disfuncional si presenta al menos dos de los siguientes síntomas:

a) Descalificación y/o desacuerdos entre la pareja sobre la crianza de los hijos; sobre las reglas familiares; por la forma de ejercer la autoridad; y/o por los valores socioculturales de cada miembro.

b) Irresponsabilidad o incumplimiento de alguno o de ambos miembros de la pareja.

c) Violencia verbal, física y/o psicológica entre la pareja.

2. Disfunción Familiar

Además del “*conflicto de pareja*” deben de existir al menos dos de los siguientes síntomas:

a) Existencia de tríadas rígidas o disfuncionales.

b) Carencia de límites familiares y extrafamiliares.

c) Ejercicio de la autoridad de manera permisiva, negligente o autoritaria, falta de claridad y/o pérdida de la autoridad.

d) Reglas familiares contradictorias o poco claras.

e) Conductas de sobreprotección, intrusión o coadicción en uno o varios miembros de la familia.

f) Comunicación inadecuada.

g) Violencia familiar.

h) Problemas de conducta, conductas antisociales y/o problemas legales de uno o varios miembros de la familia.

i) Uso de drogas, problemas de alcoholismo o de conducta en padres o hermanos.

3. Familia funcional

El diagnóstico de *familia funcional* existe cuando la relación familiar cumple con las siguientes características:

a) Interdependencia y sentimientos positivos entre la pareja; existen acuerdos, cooperación mutua y habilidad para resolver sus problemas.

- b) Los roles se ejercen con flexibilidad y la autonomía de los miembros se respeta.
- c) Los límites familiares y extrafamiliares están conservados.
- d) Relaciones padres-hijos caracterizadas por el intercambio mutuo y habilidad para desarrollarse personalmente.
- e) No existen estilos de poder autoritarios, permisivos o negligentes.
- f) Los miembros de la familia se comunican clara y directamente.
- g) Existen relaciones de respeto y poca rivalidad entre los hermanos.

Anexo 2

Criterios clínicos considerados para efectuar el diagnóstico social

Para realizar el diagnóstico social se revisaron los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV, y los reportes de algunas investigaciones relacionadas con los problemas que presentan los usuarios de drogas (De la Serna y Castro, 1991; Galván et al., 1994; Ortiz et al., 1995; Ortiz et al., 1997, Ortiz, Rodríguez, Galván et al., 1994; Romero, Gotto y Campillo, 1994; y Villtoro, Medina-Mora, López, Juárez y Rivera, 1995). A partir de esta revisión se consideraron los siguientes criterios:

1. Problema de conducta:

Comprende la existencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- a) Rabietas y desobediencia frecuentes y graves.
- b) Niveles excesivos de irritabilidad y agresividad.
- c) Pequeños robos y/o destrucción de la propiedad.
- d) Mentiras repetitivas.
- e) Bajo aprovechamiento escolar y/o deserción escolar.
- f) Fuga del hogar.

2. Conducta Antisocial

Incluye al menos dos de los siguientes síntomas:

- a) Descuido de las obligaciones sociales.
- b) Delegación de su responsabilidad hacia los demás y/o tendencia a culpar a otros de su conducta inadecuada.
- c) Agresión física, verbal y/o psicológica hacia algún miembro de la familia o hacia otras personas.
- d) Riñas y pleitos callejeros.
- e) Vagancia.
- f) Robo a casa y/o fraudes económicos.
- a) Distribución, tráfico y/o venta de drogas.

Anexo 3

TABLA 2
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA (N=804)

VARIABLES	FX	%
GENERO		
MUJERES	720	89.60
HOMBRES	84	10.40
TOTAL	804	100.00
EDAD (RANGOS)		
12 A 14 AÑOS	60	7.50
15 A 19 AÑOS	209	26.00
20 A 24 AÑOS	189	23.50
25 A 29 AÑOS	152	18.90
30 A 34 AÑOS	105	13.10
35 A 39 AÑOS	45	5.60
40 A 44 AÑOS	34	4.20
45 A 66 AÑOS	10	1.20
TOTAL	804	100.00
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	477	59.30
CON PAREJA	285	35.40
SIN PAREJA	39	4.90
SIN DATOS	3	0.40
TOTAL	804	100.00
NIVEL SOCIOECONÓMICO*		
BAJO	144	17.90
MEDIO	154	19.20
ALTO	1	0.10
SIN DATOS O DATOS INCOMPLETOS	505	62.80
TOTAL	804	100.00
OCUPACIÓN		
DESEMPLEADO	204	25.40
HOGAR	22	2.70
ESTUDIANTE	151	18.80
EMPLEADO	138	17.20
SUBEMPLEADO O EVENTUAL	196	24.40
COMERCIANTE	67	8.30
PROFESIONISTA	12	1.50
CAMPESINO	5	0.60
SIN DATOS	9	1.10
TOTAL	804	100.00

continúa...

TABLA 5
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA (N=804)

VARIABLES	Fx	%
ESCOLARIDAD		
SIN ESTUDIOS	5	0.60
PRIMARIA COMPLETA	91	11.30
PRIMARIA INCOMPLETA	23	2.90
SECUNDARIA COMPLETA	224	27.90
SECUNDARIA INCOMPLETA	196	24.40
TÉCNICA COMPLETA	24	3.00
TÉCNICA INCOMPLETA	6	0.80
BACHILLERATO COMPLETO	71	8.80
BACHILLERATO INCOMPLETO	102	12.70
LICENCIATURA COMPLETA	22	2.70
LICENCIATURA INCOMPLETA	26	3.20
OTROS	2	0.20
SIN DATOS	12	1.50
TOTAL	804	100.00
LUGAR DE PROCEDENCIA		
ALVARO OBREGÓN	39	5.00
AZCAPOTZALCO	8	1.00
BENITO JUAREZ	22	2.70
COYOACAN	86	10.70
CUAJIMALPA	4	0.40
CUAUHTÉMOC	22	2.70
GUSTAVO A. MADERO	21	2.60
IZTACALCO	21	2.60
IZTAPALAPA	96	12.00
MAGDALENA CONTRERAS	29	3.60
MIGUEL HIDALGO	10	1.20
MILPA ALTA	14	1.70
TLÁHUAC	54	6.70
TLALPAN	63	8.00
XOCHIMILCO	209	26.00
VENUSTIANO CARRANZA	22	2.70
ESTADO DE MÉXICO	55	6.80
OTROS ESTADOS	8	1.00
SIN DATOS	21	2.60
TOTAL	804	100.00

Anexo 4

TABLA 7
CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS
DE 15 A 29 AÑOS DE EDAD

VARIABLES	N=804		N=550	
	FX	%	FX	%
GENERO				
MUJERES	720	89.60	505	91.82
HOMBRES	84	10.40	45	8.18
TOTAL	804	100.00	550	100.00
ESTADO CIVIL				
SOLTERO	477	59.30	377	68.55
CON PAREJA	285	35.40	155	28.18
SIN PAREJA*	42	5.30	18*	3.27
TOTAL	804	100	550	100.00
OCUPACIÓN				
DESEMPLEADO	204	25.40	160	29.09
SUBEMPLEADO O COMERCIANTE	263	32.70	141	25.64
ESTUDIANTE/HOGAR	173	21.50	108	19.64
EMPLEADO	138	17.20	128	23.27
OTROS	26	3.20	13	2.36
TOTAL	804	100.00	550	100.00
ESCOLARIDAD				
PRIM.COMP./INCOMP. + SEC. INCOMP.	310	38.55	199	36.18
SEC.COMP. + TÉC. Y BACH. INCOMP.	332	41.30	249	45.27
TEC. Y BACH. COMPLETOS	95	11.82	72	13.10
OTROS	67	8.33	30	5.45
TOTAL	804	100.00	550	100.00