

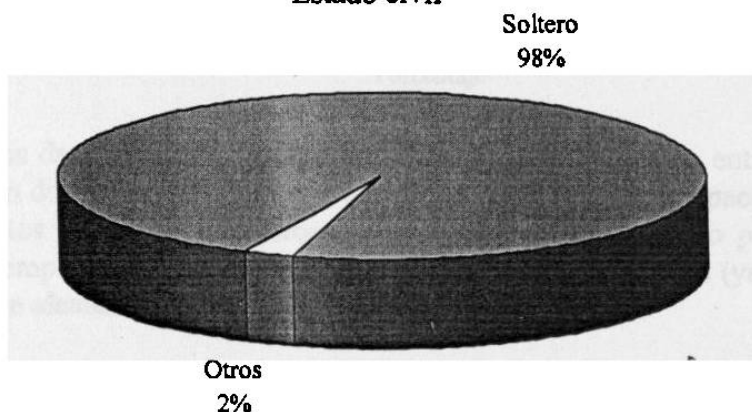
Con ello podríamos decir que hay una mayor incidencia por parte de los hombres que por parte de las mujeres, hacia el consumo de drogas. Quizás esta tendencia tenga que ver con la idiosincrasia mexicana, en donde el hombre pudiera tener más libertades que la mujer. Y que de alguna manera ésto influya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

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

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

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

Gráfica No. 3
Estado civil

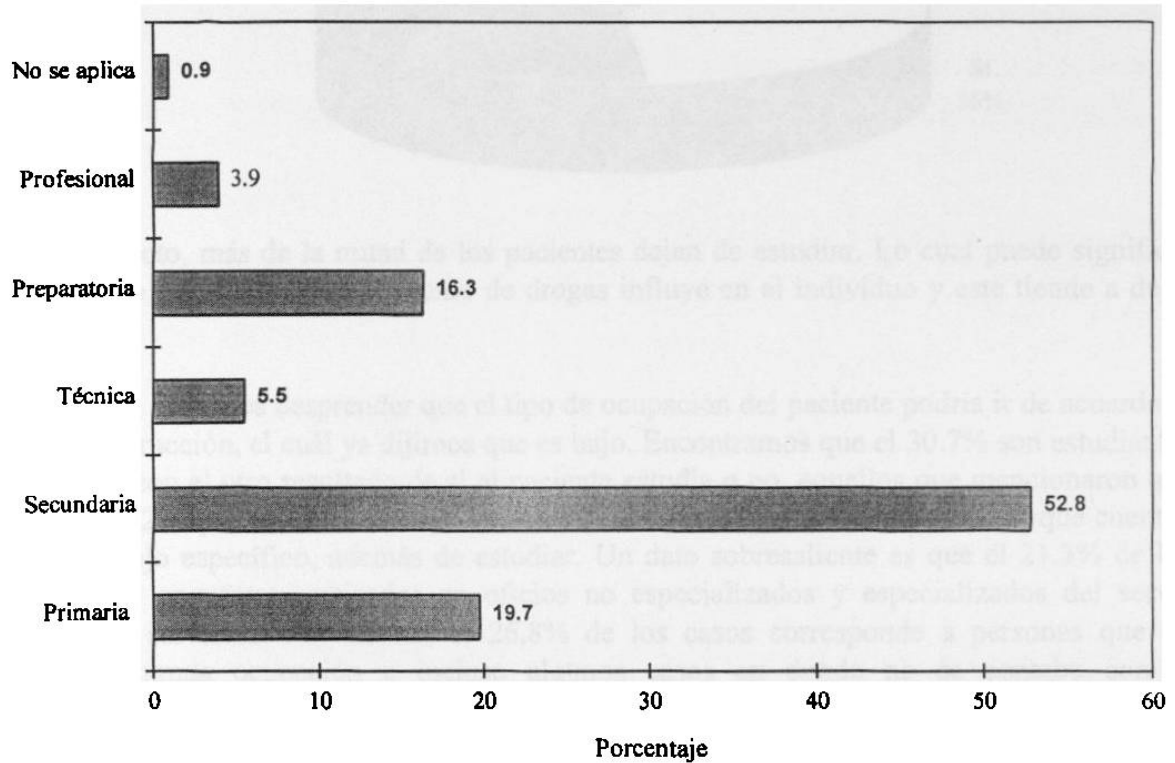


En cuanto al nivel de instrucción del paciente podemos señalar que los niveles escolares predominantes son: secundaria con 52.8%, primaria con 19.7%, y la preparatoria con 17.3%. Sin embargo los niveles escolares que respresentan un menor porcentaje lo podem encontrar en el nivel técnico con 5.5% y en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

³⁷ IBID: 9.

³⁸ Citado en CEPAJUF (1985: 10).

Gráfica No. 4
Escolaridad del paciente

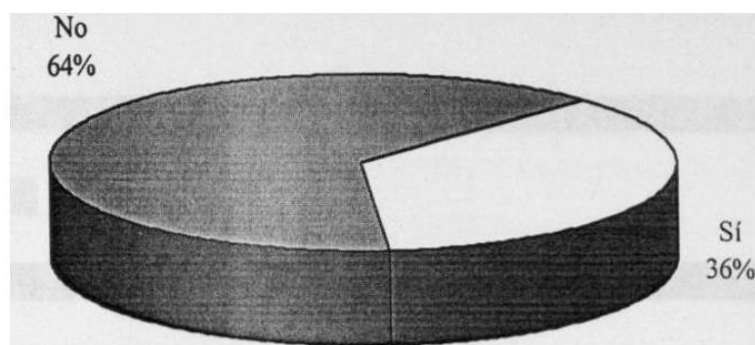


Estos resultados nos dan a entender que existe un bajo nivel académico entre esta población usuaria a drogas, en donde quizás tenga que ver con la corta edad de los pacientes en estudio. Si comparamos estos resultados con otros estudios, resulta hasta cierto punto similar esta afirmación.; por ejemplo,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

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

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

Gráfica No. 5
El paciente estudia

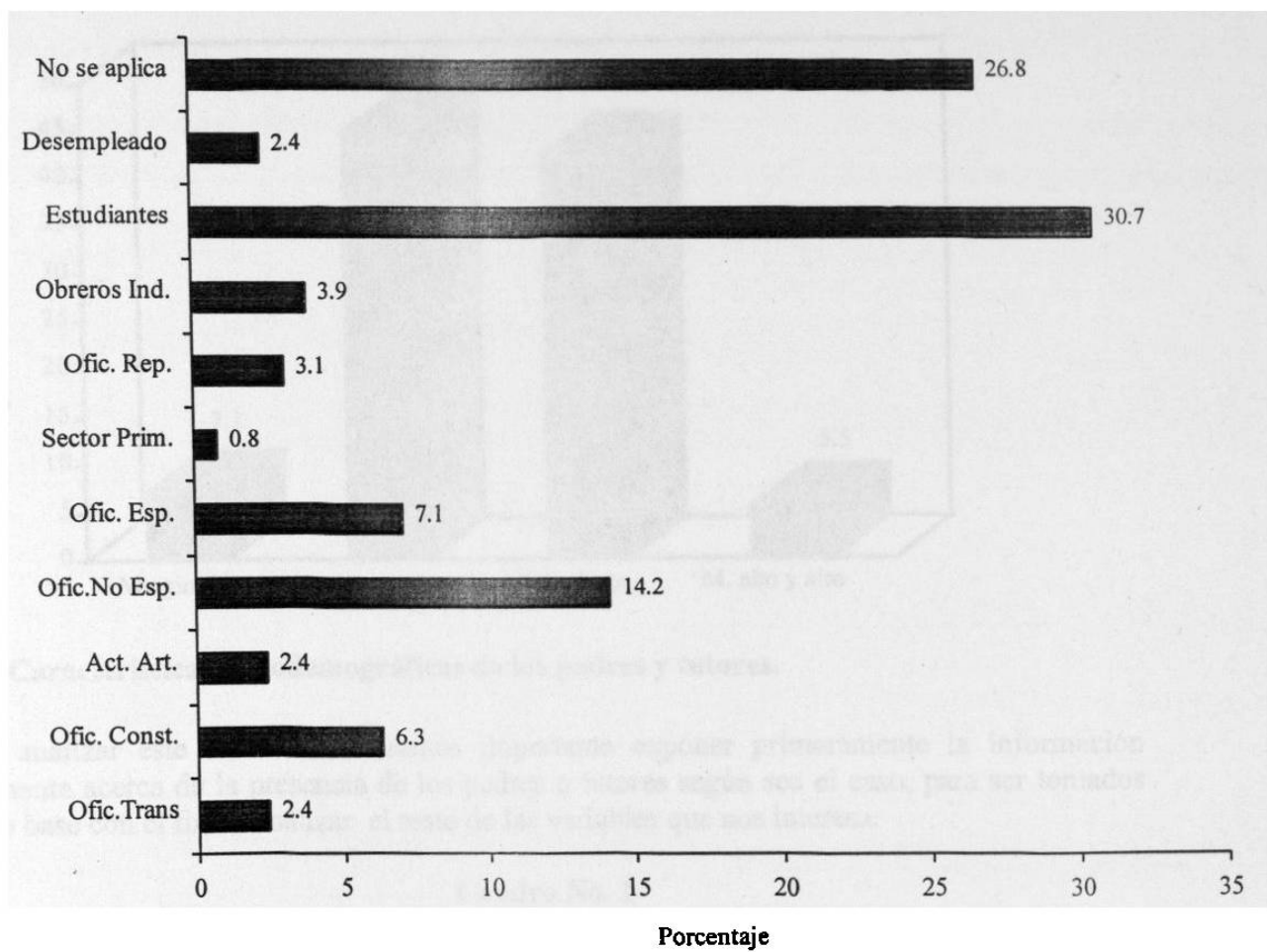


A este respecto, más de la mitad de los pacientes dejan de estudiar. Lo cual puede significar que el hecho de iniciar en el consumo de drogas influye en el individuo y este tiende a dejar sus estudios.

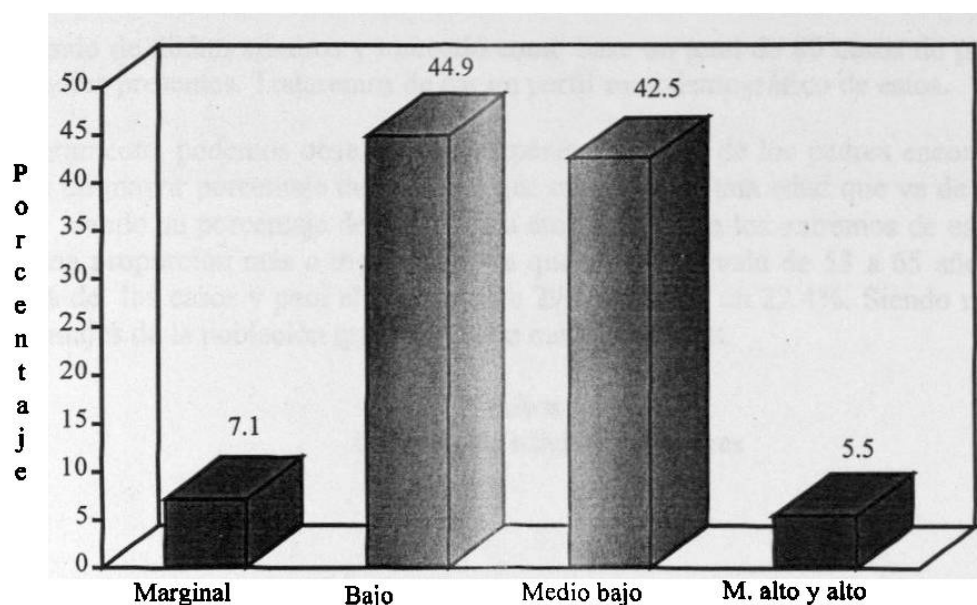
No obstante, podemos desprender que el tipo de ocupación del paciente podría ir de acuerdo al nivel de instrucción, el cuál ya dijimos que es bajo. Encontramos que el 30.7% son estudiantes comparado con el otro resultado de si el paciente estudia o no, aquellos que mencionaron que si fue un 36.2%, por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

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

Gráfica No.6
Ocupación del paciente



Gráfica No. 7
Estrato socioeconómico del paciente



6.2. Características sociodemográficas de los padres y tutores.

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

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

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

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

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

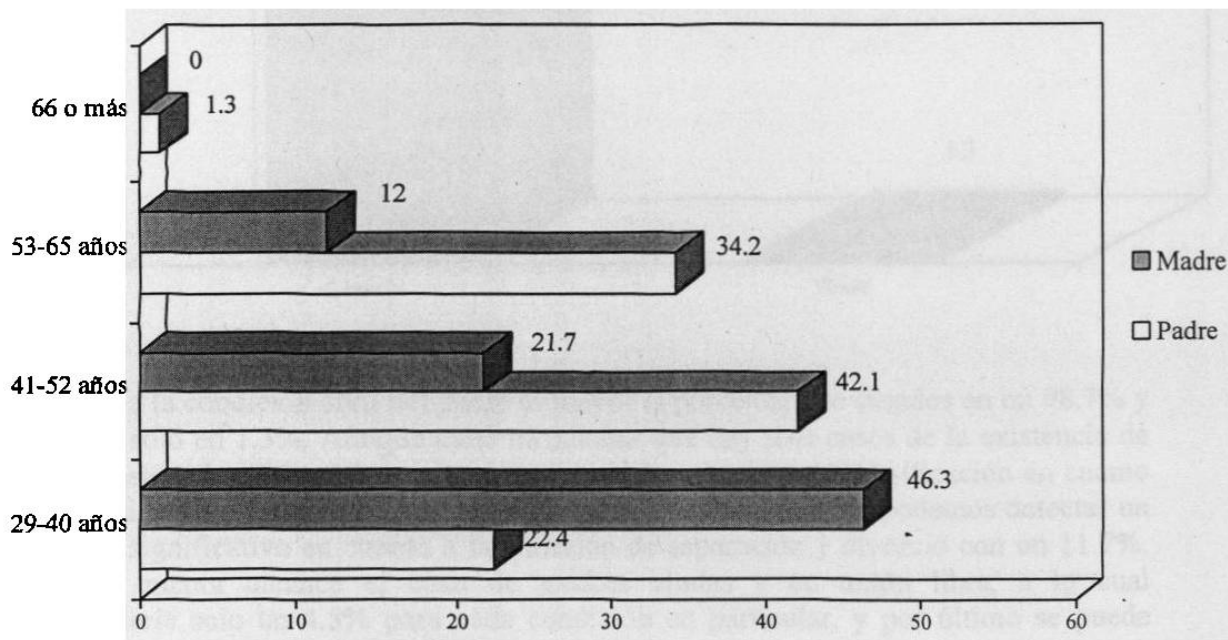
| Datos | Madre | Tutora | Ninguna | Sin información | Total |
|-------|-------|--------|---------|-----------------|-------|
| Total | 87.4 | 8.7% | 3.1 o | .78 | 99.9% |

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

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

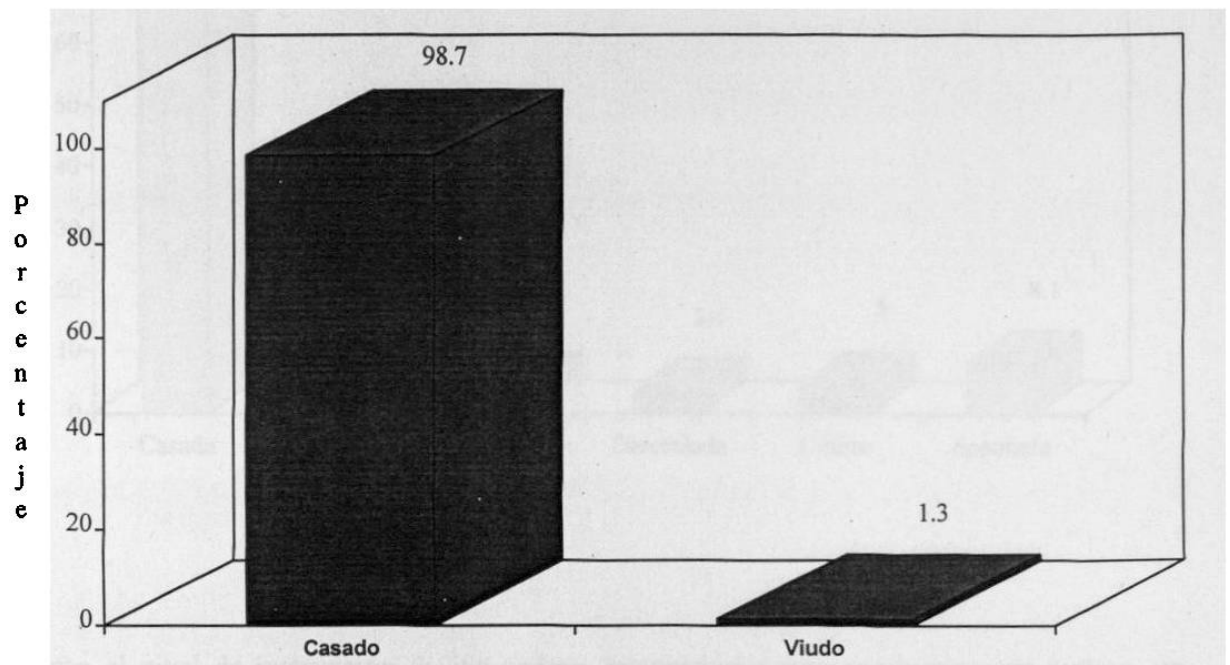
Primeramente, podemos observar que respecto a la edad de los padres encontramos que existe un mayor porcentaje de personas que cuentan con una edad que va de los 41 a 52 años, siendo su porcentaje de 42.1%. Sin embargo, hacia los extremos de este intervalo hay una proporción más o menos alta, ya que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

Gráfica No. 8
Intervalo de edad de los padres



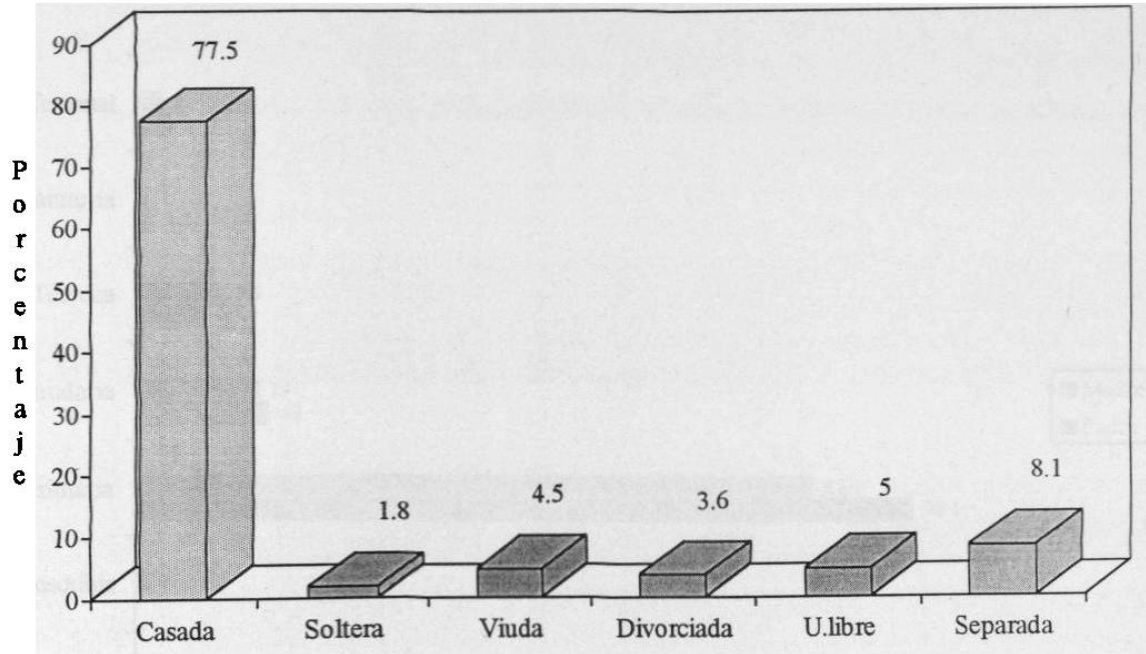
En cuanto a la edad de las madres de los pacientes, podemos observar que hay un predominio entre aquellas personas que tienen entre 29 y 40 años, ya que el porcentaje es de 46.3%. Cabe mencionar que aquellas personas que tienen entre 41 y 52 años presentan un porcentaje significativo de 21.7%. Sin embargo,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

Gráfica No. 9
Estado civil del padre



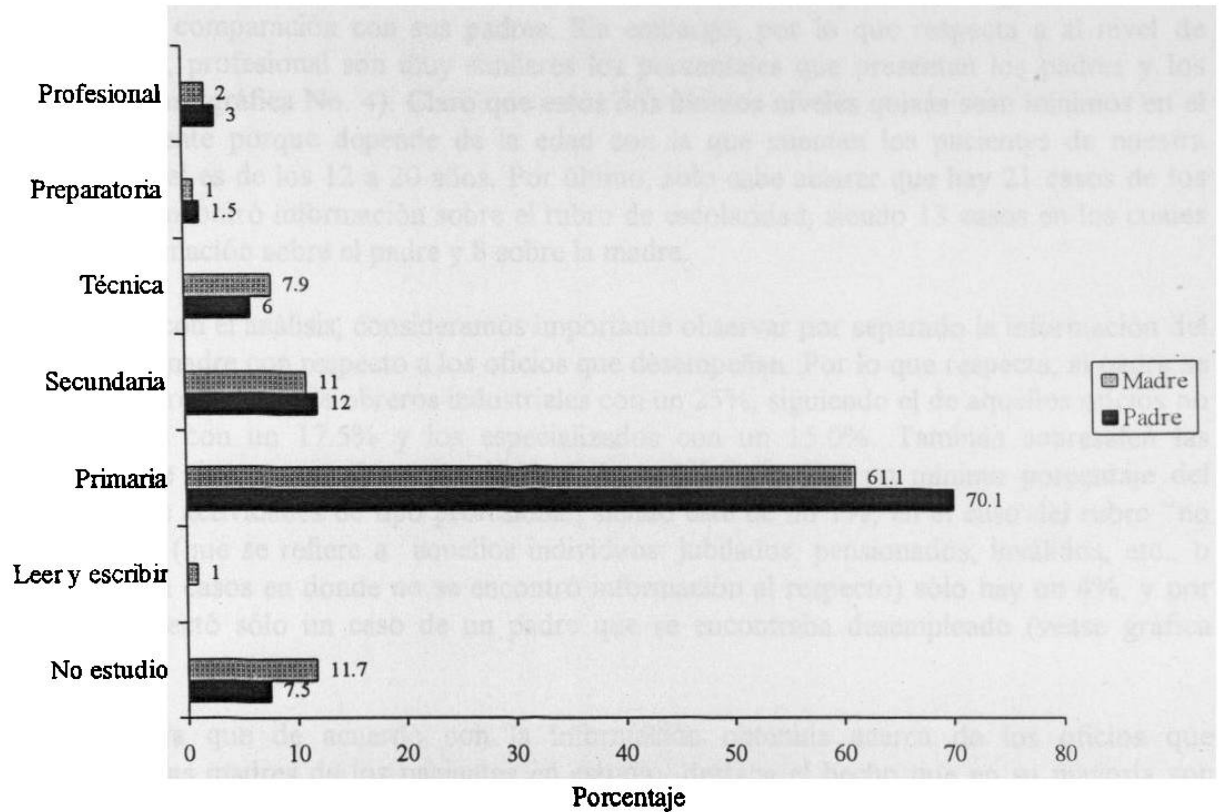
En cuanto a la condición civil del padre es mayor el porcentaje de casados en un 98.7% y viudos tan solo en 1.3%. Aunque cabe mencionar que hay más casos de la existencia de madres presentes que de padres, sin embargo existe una mayor diversificación en cuanto a la condición civil de las madres de familia.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

Gráfica No. 10
Estado civil de la madre



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

Gráfica No. 11
Escolaridad de los padres



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

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

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

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

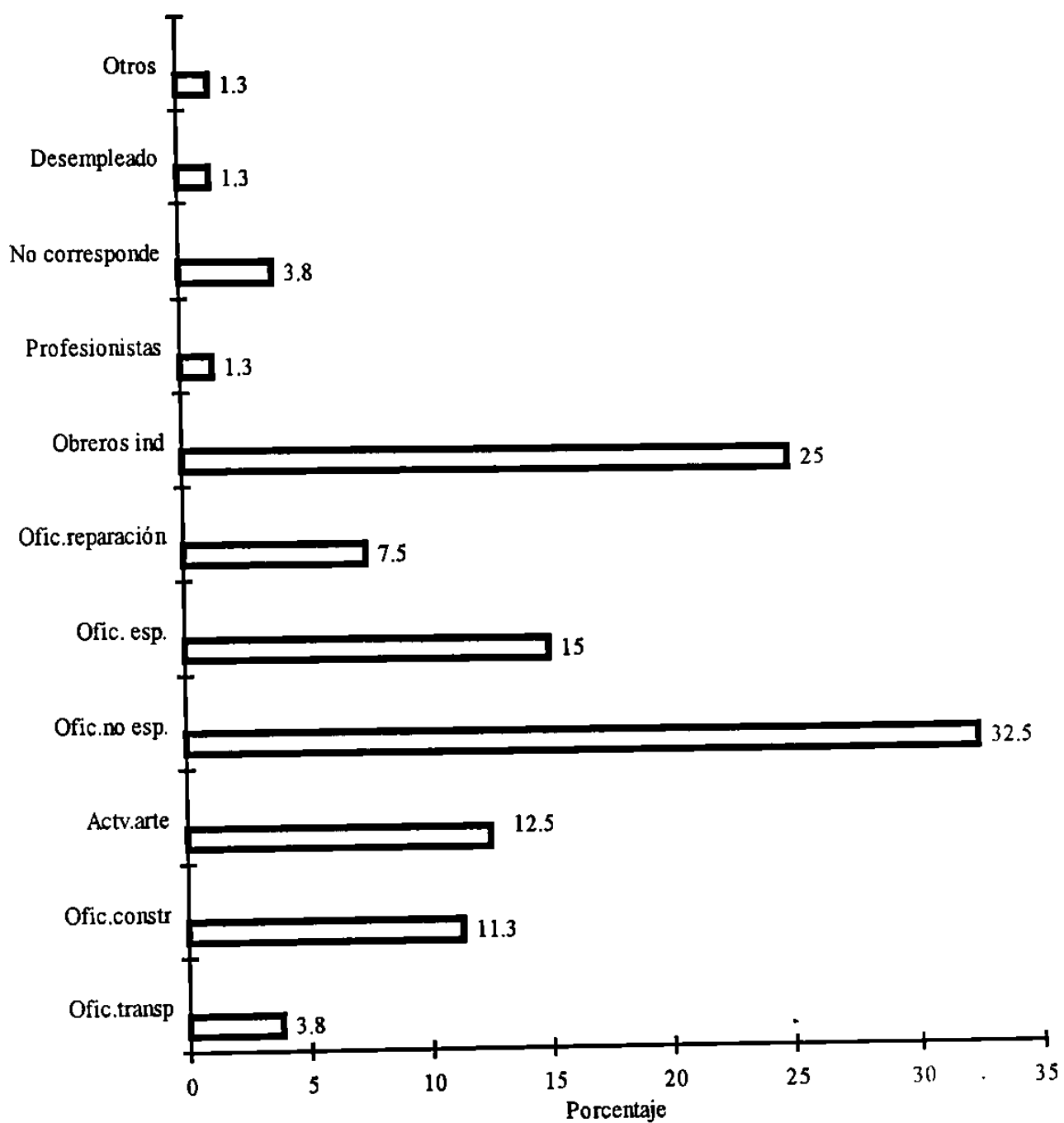
Por otro lado, comparando la educación de los padres con la del paciente, encontramos que es solo un mínimo de diferencia en cuanto al nivel de instrucción. Ya que los pacientes alcanzan un nivel un poco más alto que el de los padres; es decir, más pacientes llegan a cursar la secundaria en comparación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

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

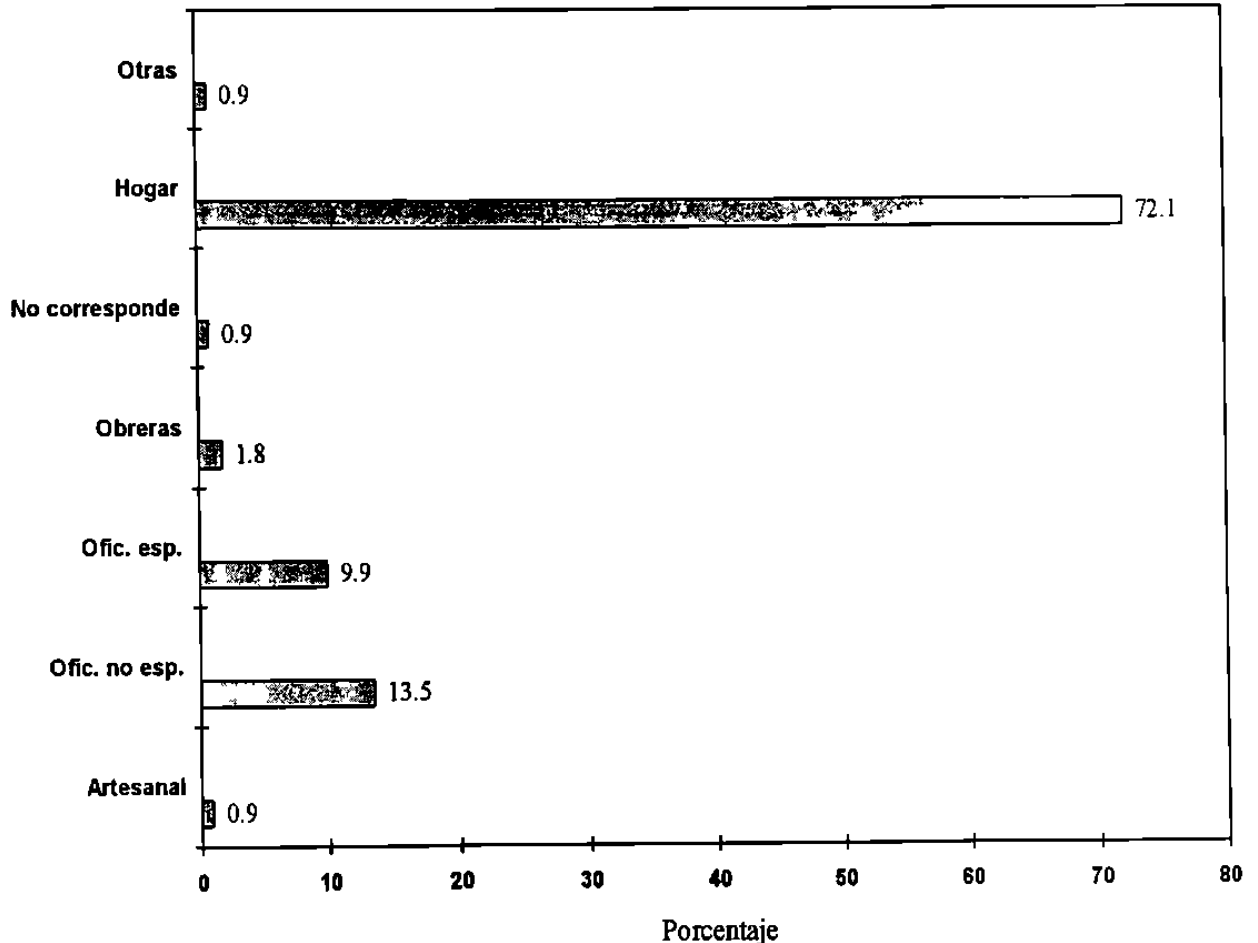
Veamos ahora que de acuerdo con la información obtenida acerca de los oficios que desempeñan las madres de los pacientes en estudio, destaca el hecho que en su mayoría son personas que se dedican a las labores del hogar en un 72.1%. Asimismo, el desempeño de oficios especializados es de 13.5% y el de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

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

Gráfica No. 12
Ocupación del padre



Gráfica No. 13
Ocupación de la madre

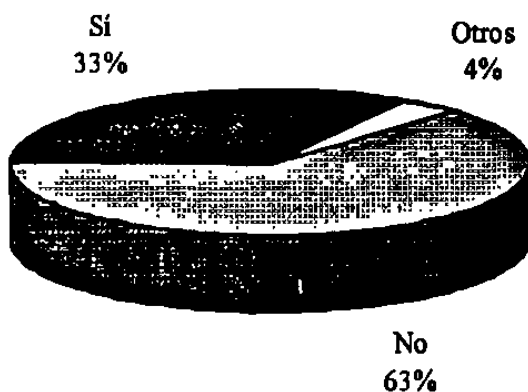


6.2.1. Padres biológicos y/o padres sustitutos.

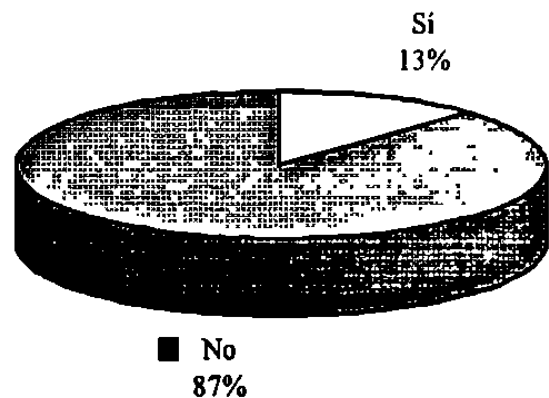
Como ya habíamos mencionado en el marco teórico consideramos importante conocer algunas características de los padres biológicos o en su defecto algunas características de los tutores de los pacientes. Siguiendo esta idea, primeramente nos interesó conocer por qué motivo los padres biológicos se encontraban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

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

Gráfica No. 14
Ausencia del padre



Gráfica No. 15
Ausencia de la madre

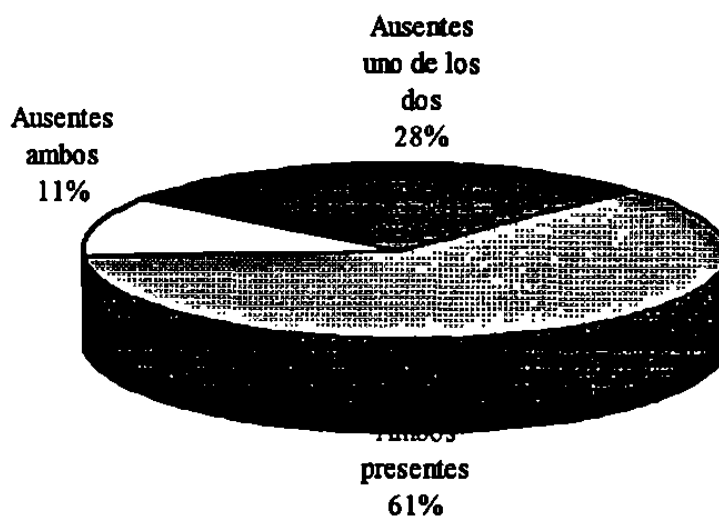


En este mismo orden de ideas, identificamos un dato importante, que tiene que ver con la ausencia de ambos padres el cual es de 11% y un 61% que no están ausentes y el 28 % alguno de los dos está presente (véase gráfica No. 16).

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

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

Gráfica No. 16
Ausencia de ambos padres

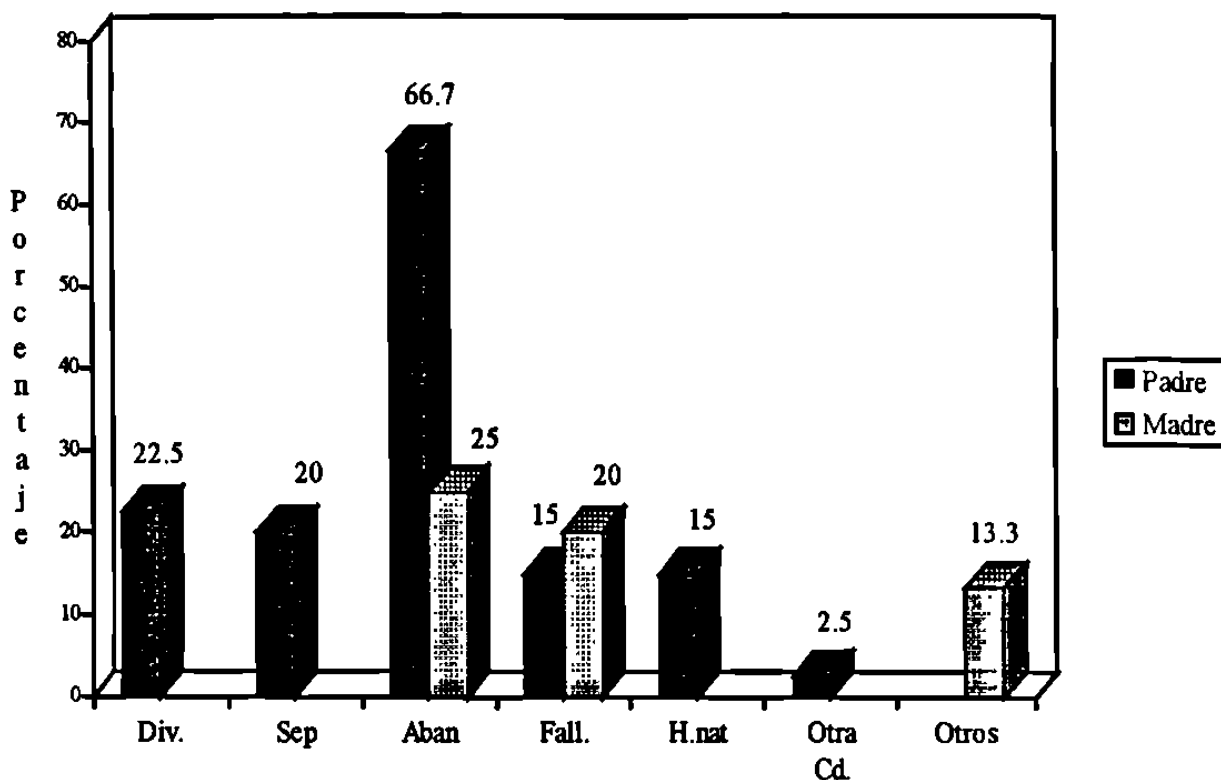


Por otro lado, las situaciones en donde alguno de los progenitores fallece también resultan significativas, al igual que los casos en donde el padre se encuentra ausente, porque el paciente identificado es hijo natural, mostrando ambas situaciones un porcentaje de 15% en cada uno de estos motivos. Un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

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

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

Gráfica No. 17
Motivo de ausencia de los padres



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

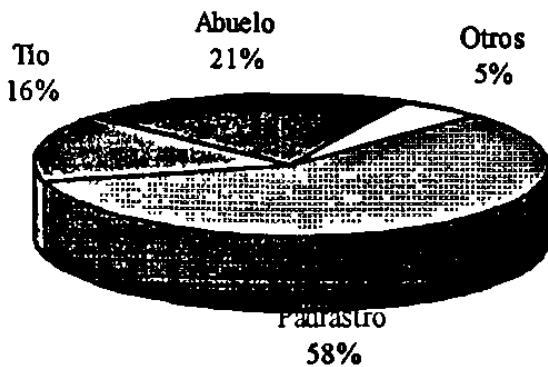
Por lo que respecta a los casos en donde no está presente la madre, tenemos que existe un mayor predominio de la presencia de abuelas que funcionan como tutoras, siendo éstas un 60%, seguido de las tías con un 20% y un mínimo porcentaje de 10% en donde la tutoría es ejercida por la madrastra y otro 10%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

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

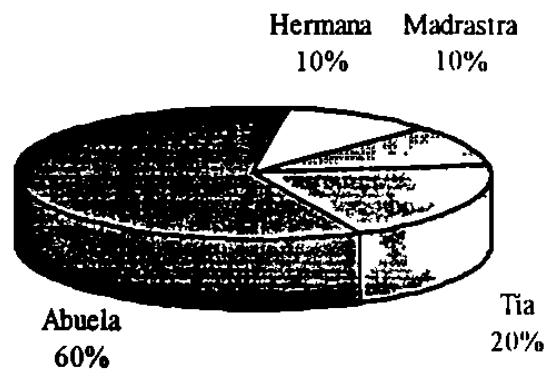
se deba a que hay menos padres presentes que madres. Además, el hecho de que los padres vuelven a contraer matrimonio o se unen libremente a una pareja. Por otro lado, observamos que la abuela ejerce en mayor porcentaje dicha tutoría.

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

Gráfica No. 18
Parentesco del tutor



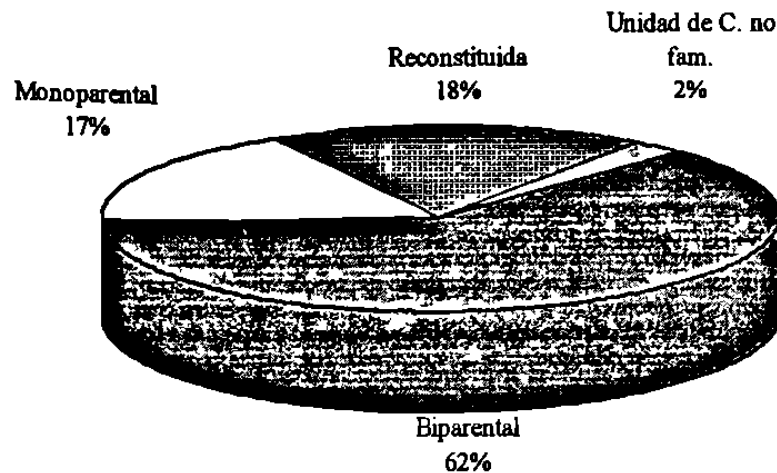
Gráfica No. 19
Parentesco de la tutora



6.2.2. Estructura familiar.

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

Gráfica No. 20
Tipo de familia



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

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

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

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

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

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

Cuadro No. 4

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

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

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

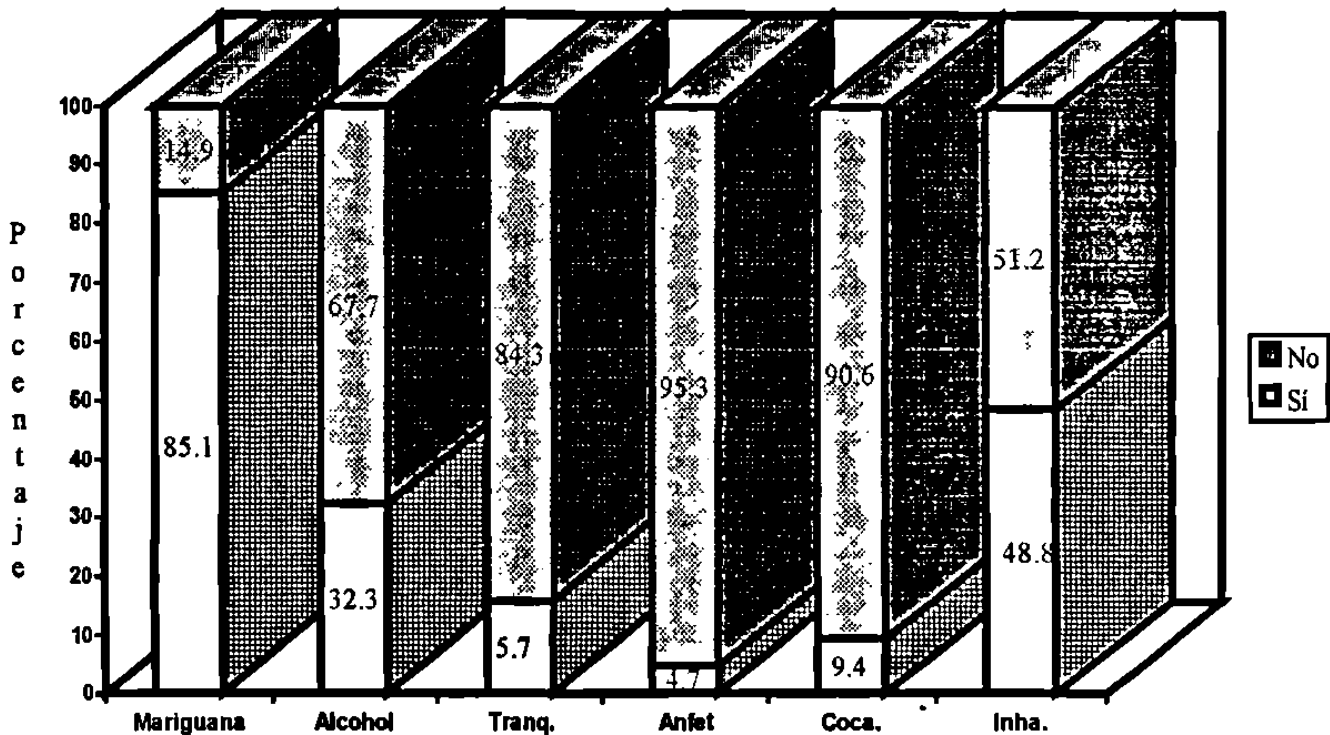
Podemos decir que cuando el padre de familia asume la autoridad, ésta es rígida en un 58.3%. En cambio, cuando la autoridad es ejercida por ambos (padre y madre) ésta tiende a ser sin límites. Ahora bien, si la madre ejerce la autoridad, ésta se presenta en un 52.2% sin límites. Por otro lado cuando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

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

6.3. Uso de drogas en el paciente.

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

Gráfica No. 21
Consumo por sustancia



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

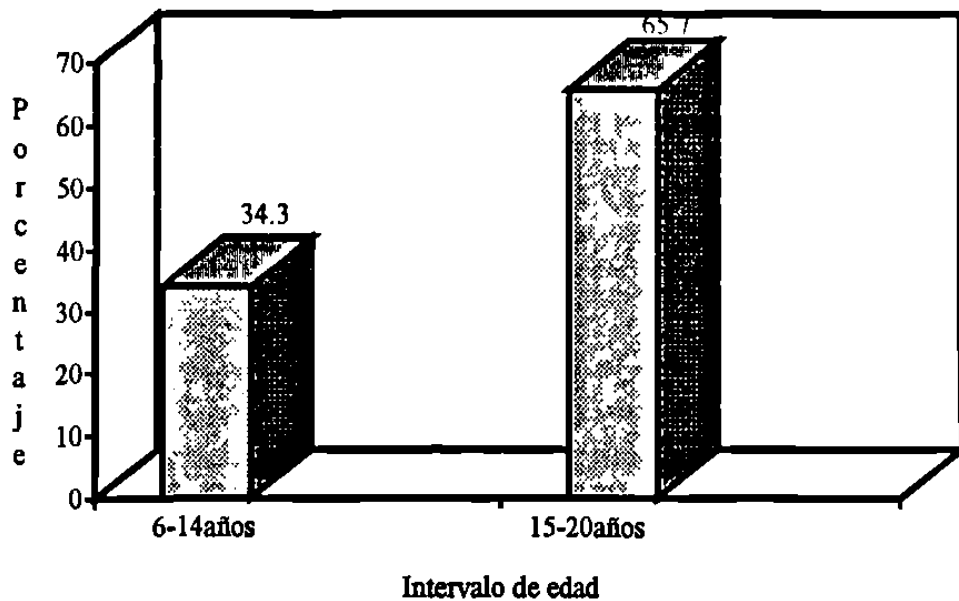
En una investigación más reciente a nivel local, se efectuó una revisión de expedientes que comprendían el período de 1990-1993, siendo la población en estudio de 324 pacientes. La sustancia que más se consumía era la marihuana con un porcentaje de 47.5, seguido de los inhalables con un 33% (C.I.J.,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

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

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

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

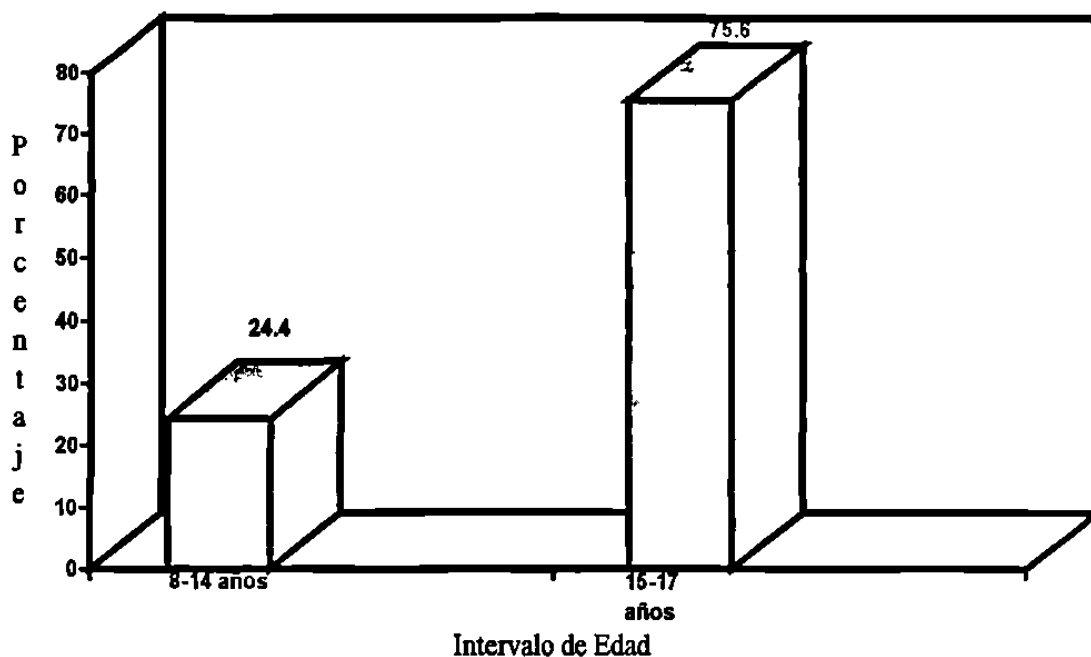
Gráfica No. 22
Consumo de marihuana



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

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

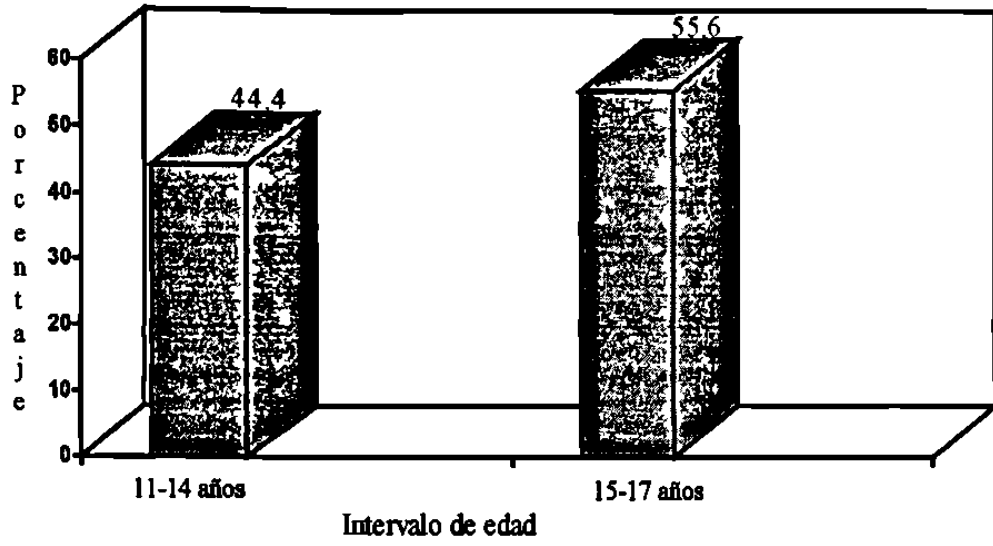
Gráfica No. 23
Consumo de alcohol



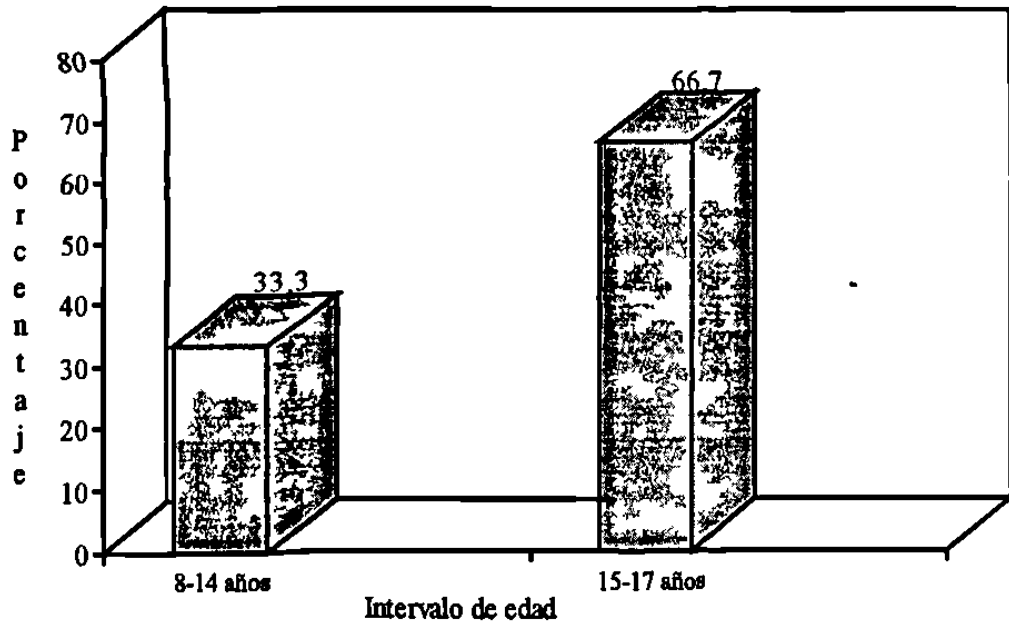
En la siguiente gráfica sobre el consumo de tranquilizantes, podemos observar que existe una tendencia mayor al consumo de éstos, principalmente en aquella población cuyo intervalo de edad comprende entre los 15 y los 17 años, siendo éste de 55.6%. Sin embargo, en el intervalo de edad que comprende entre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

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

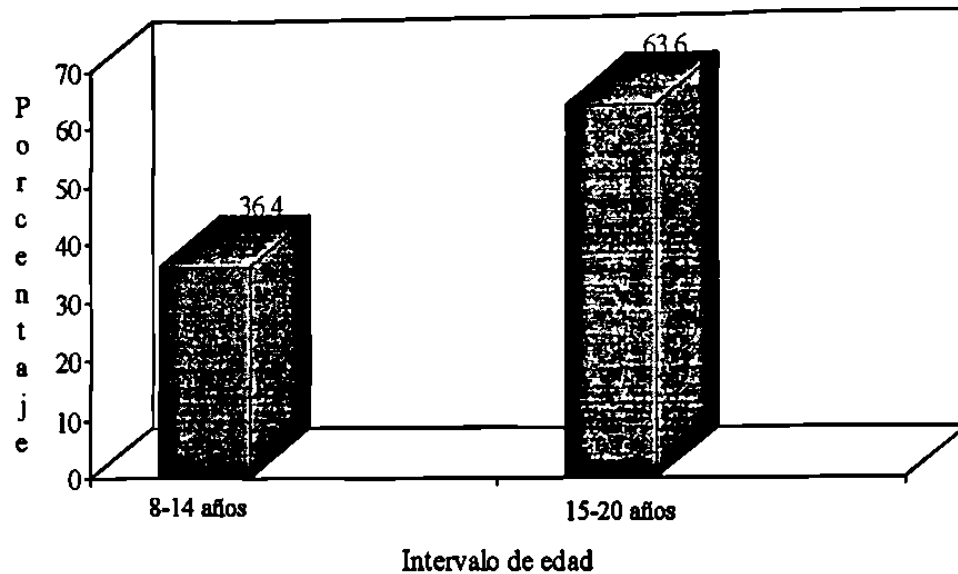
Gráfica No. 24
Consumo de tranquilizantes



Gráfica No. 25
Consumo de anfetaminas



Gráfica No. 26
Consumo de cocaína



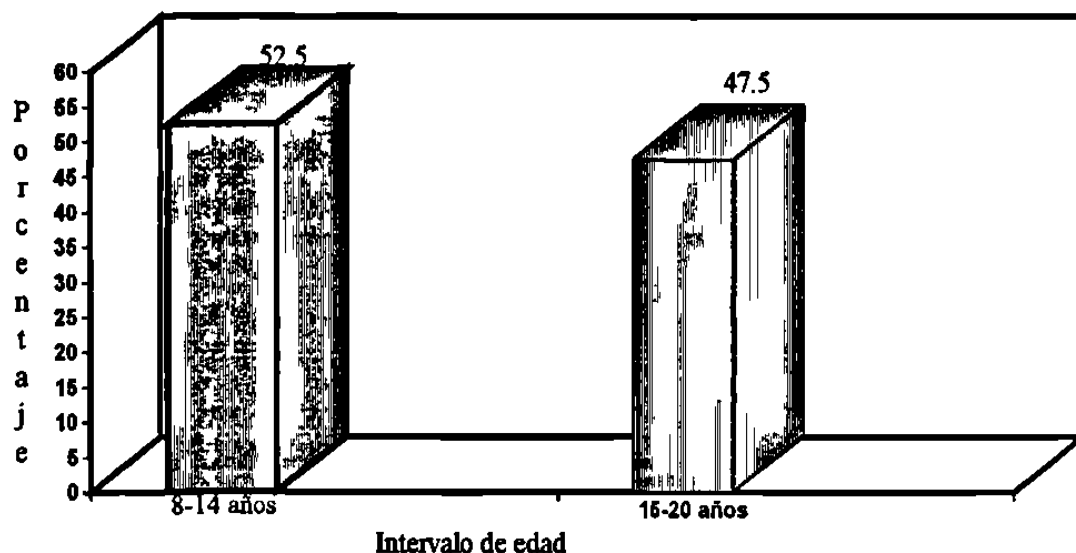
Por lo que respecta al consumo de cocaína tenemos que en el intervalo que comprende entre los 8 y 14 años se encuentra un mínimo porcentaje de tan solo 36.4%. Sin embargo, en el intervalo entre 15 y 20, años más de la mitad de los usuarios se encuentran en este rango (63.6%).

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

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

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

Gráfica No. 27
Consumo de inhalables

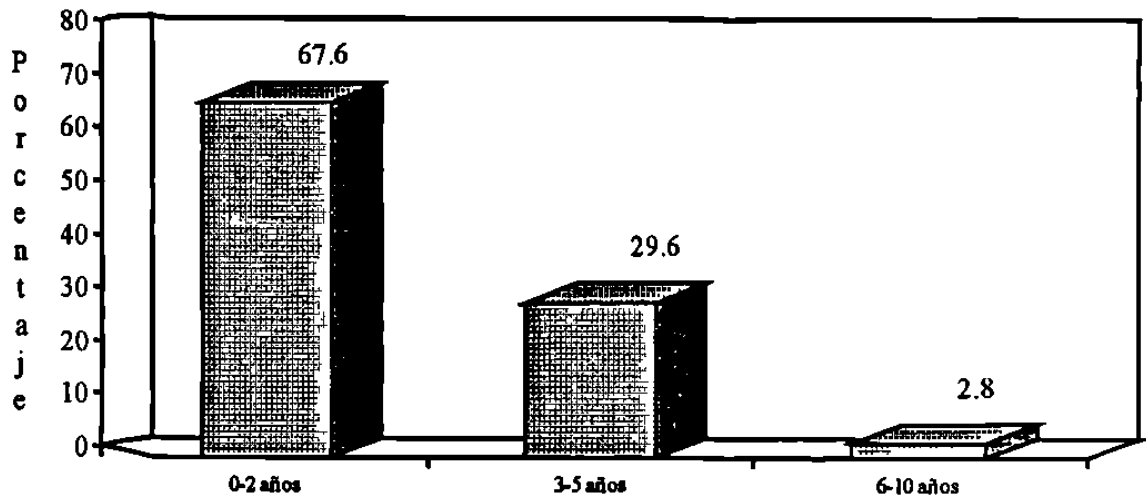


En este mismo orden de ideas, nos pareció conveniente revisar un estudio elaborado por los Centros de Integración Juvenil a nivel nacional (C.I.J., 1992a). En este estudio se encontró que, de un total de 4,597 usuarios, se identificó que el consumo de sustancias se distribuía de la siguiente manera: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

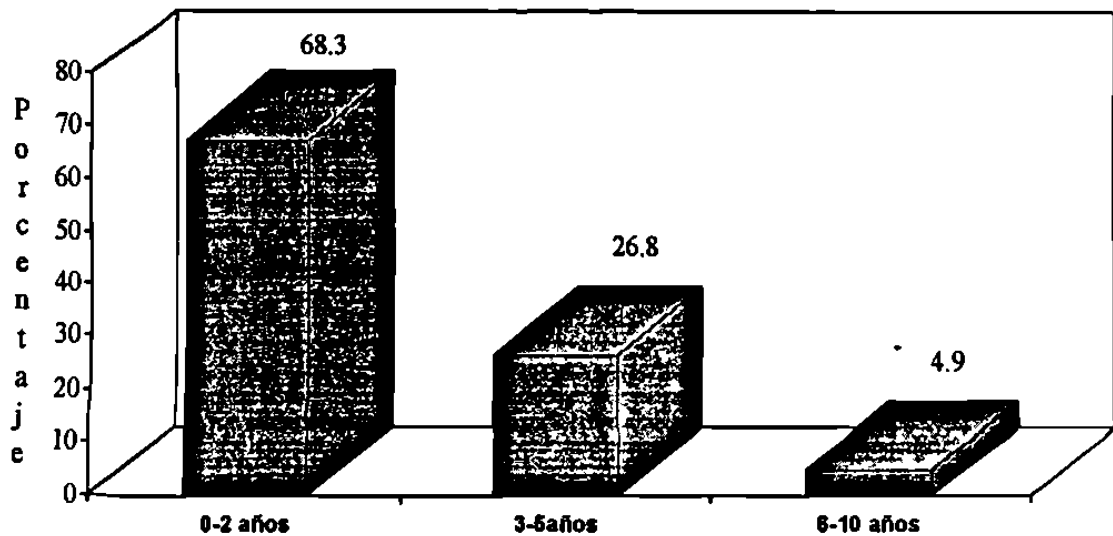
Otro aspecto que consideramos muy interesante, a parte de los ya mencionados, es analizar en qué forma se comportan los datos que corresponden a la edad actual del-paciente (al momento de la entrevista) y el período de tiempo en que ha consumido una determinada sustancia. Para ello creímos conveniente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

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

Gráfica No. 28
Tiempo de consumo de la marihuana

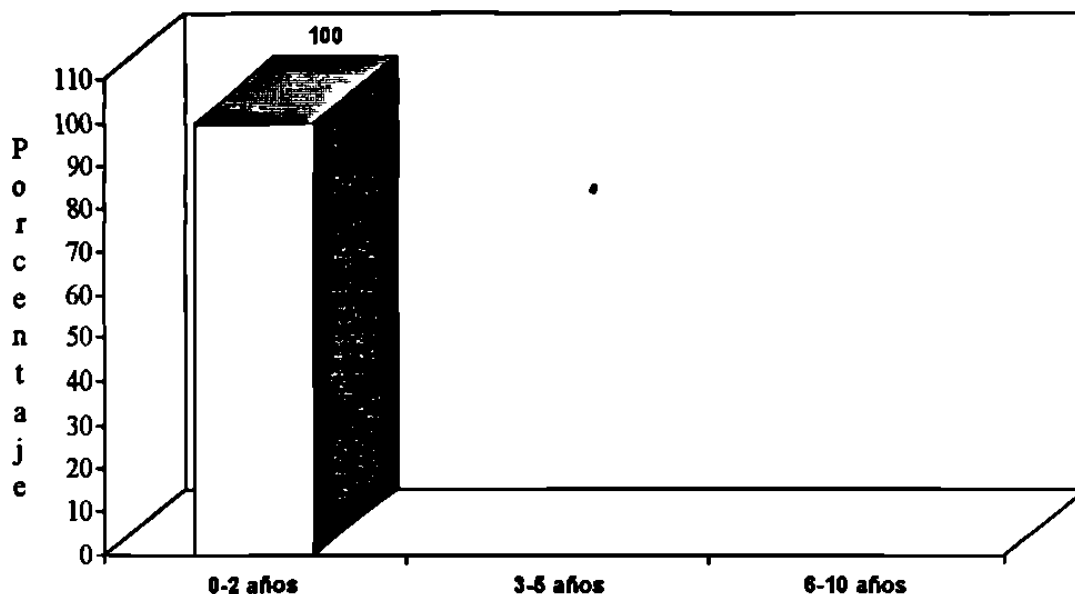


Gráfica No. 29
Tiempo de consumo de alcohol



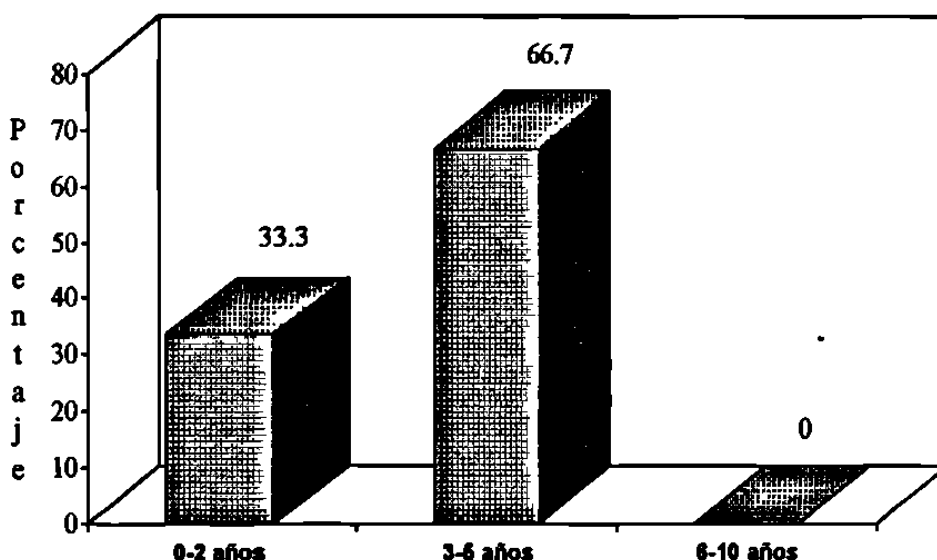
En cuanto al tiempo de consumo del alcohol encontramos que más de la mitad de los individuos lo han consumido (68.3%) por menos de 3 años. También nos damos cuenta que aquellos que han consumido dicha sustancia por más de 3 años es menos de la mitad (31.7%) de la población usuaria.

Gráfica No. 30
Tiempo de consumo de tranquilizantes



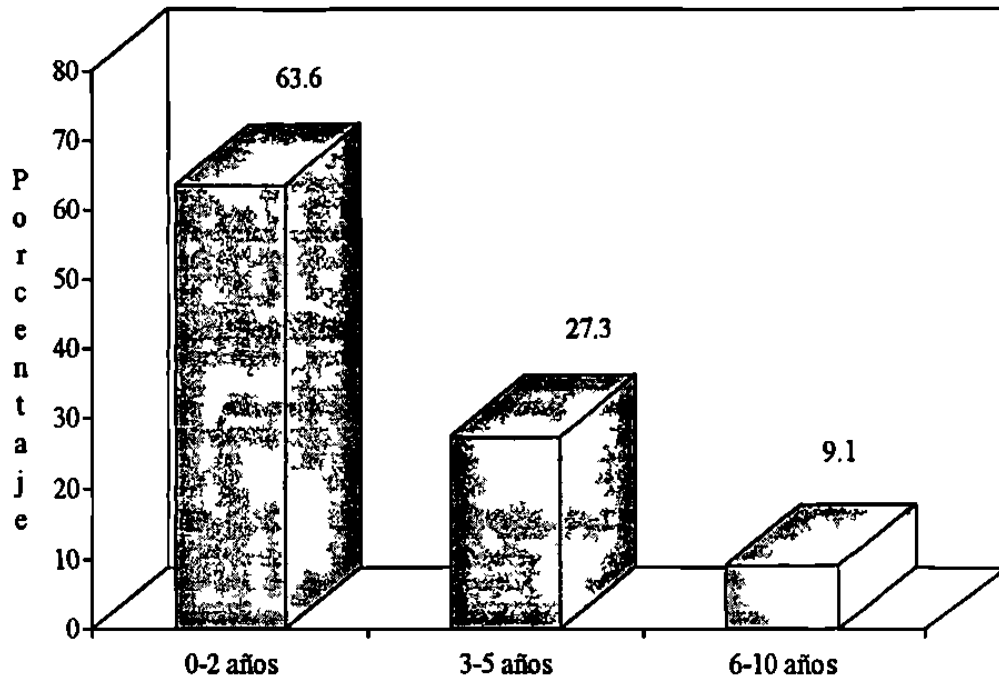
En esta gráfica podemos observar que el 100% de los casos se concentran en este período de tiempo. Esto se explica porque tan solo 18 pacientes han consumido inhalables por menos de tres años, posiblemente porque es una población joven e inician el consumo en una edad muy corta.

Gráfica No. 31
Tiempo de consumo de anfetaminas.



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

Gráfica No. 32
Tiempo de consumo de la cocaína

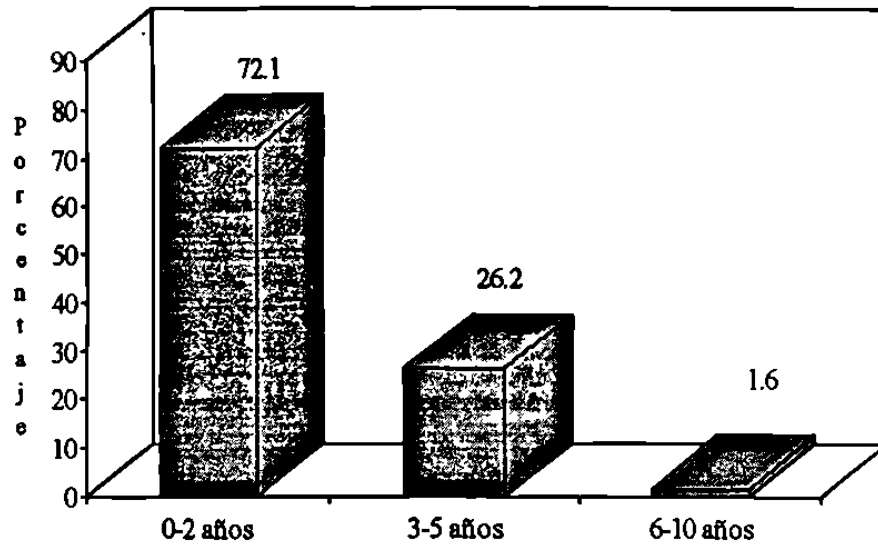


Por lo que respecta al tiempo de consumo de la cocaína, encontramos que el período de tiempo que comprende entre 0 y 2 años presenta un mayor porcentaje (63.6%), tendiendo a disminuir en aquellos individuos que consumen la sustancia por más de 3 años.

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

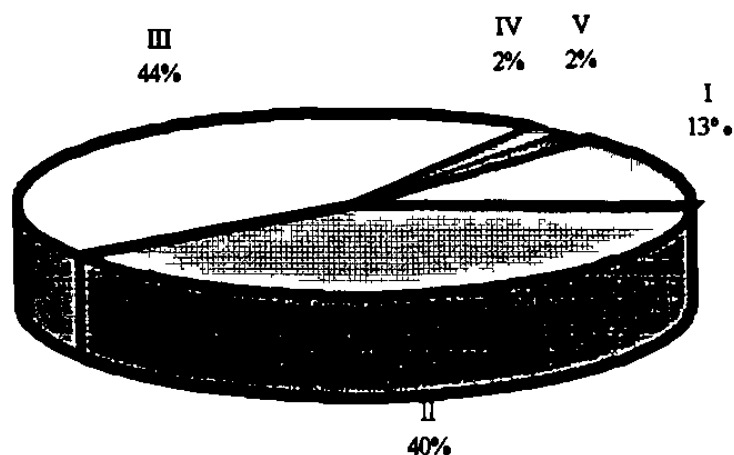
En conclusión podemos decir al respecto, que de las gráficas mostradas, vemos que hay una mayor tendencia a utilizar la sustancias en un período de menos de tres años. Además, en los casos en donde el período de consumo es entre 3 y 5 años, el porcentaje tiende a mantenerse aproximadamente en un 30%,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

Gráfica No. 33
Tiempo de consumo de los inhalables



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

Gráfica No. 34
Grado de drogadicción.



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

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

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

Cuadro No. 5

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

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

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

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

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

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

Cuadro No. 6

Estrato socioeconómico al que pertenece el paciente y grado de drogadicción

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

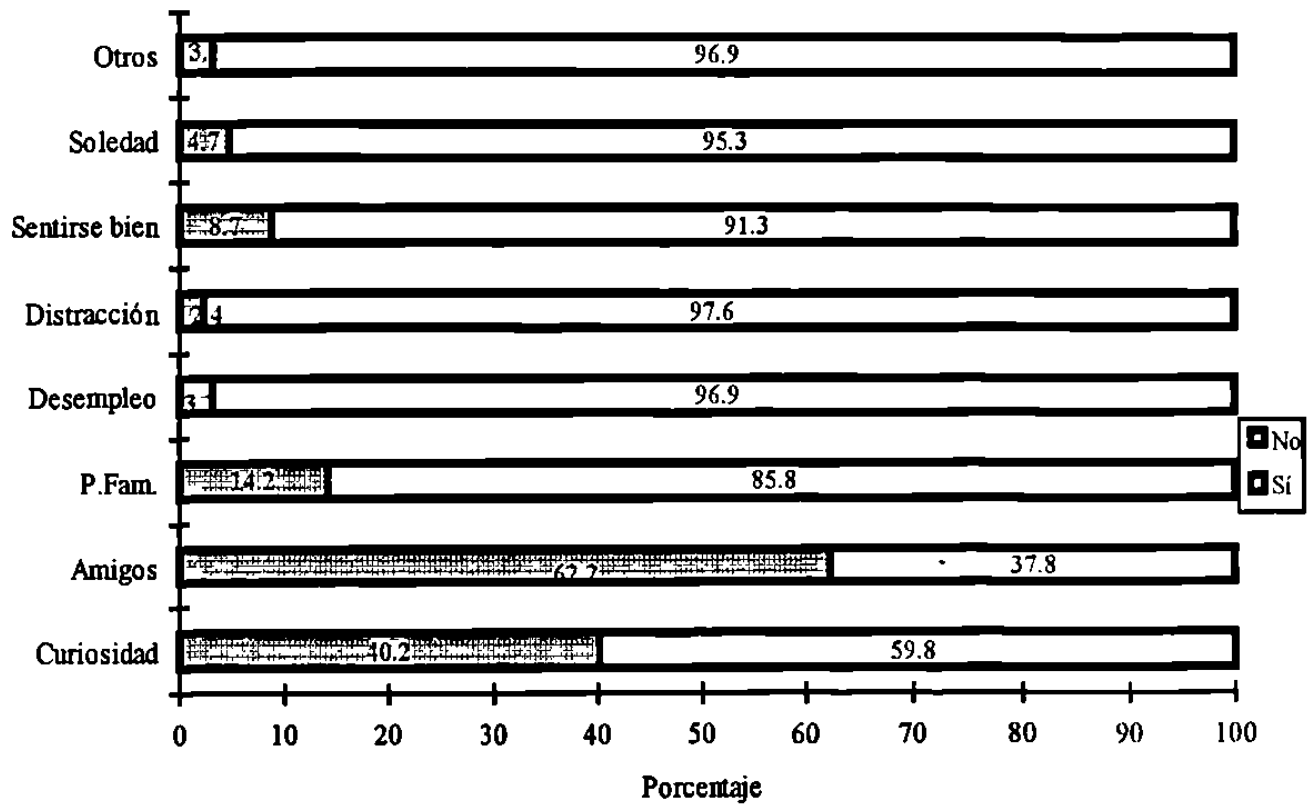
Es interesante observar la relación que se establece entre el estrato socioeconómico al que pertenece el paciente y el grado de drogadicción del mismo. Con un V de Cramer's de .19 y un grado de significancia de .05, aceptamos la hipótesis de investigación de que sí existe relación significativa entre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

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

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

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

Gráfica No. 35
Motivos de consumo

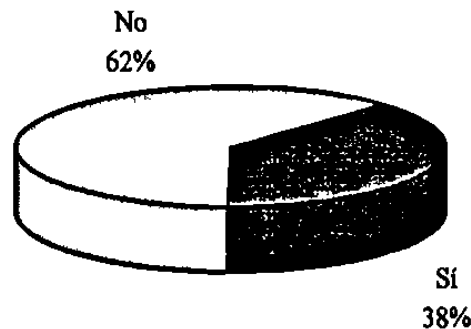


Encontramos que en su mayoría el (62.2%) atribuye en el consumo a la influencia de los amigos, seguido de aquellos individuos que lo hacen por curiosidad en un 40.2%, en tercer lugar tenemos lo que piensan que es debido a problemas familiares siendo un 14.2% y por último aquellos individuos que lo hacen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

6.4. Drogas y familia

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

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



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

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

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

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

Cuadro No. 8

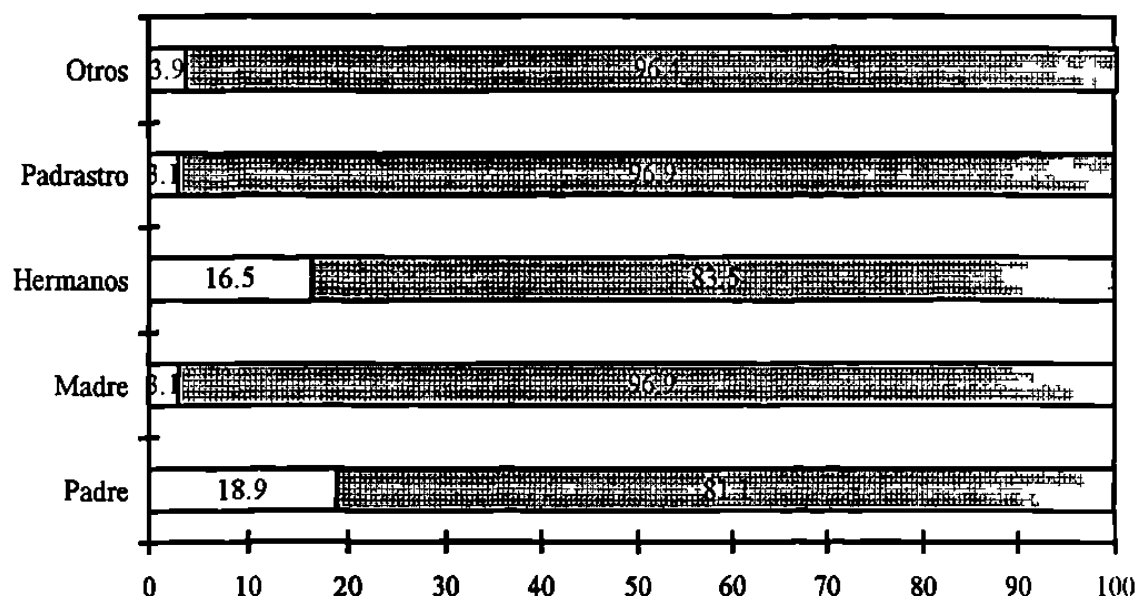
Estructura familiar y grado de drogadicción del paciente.

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

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

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

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



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

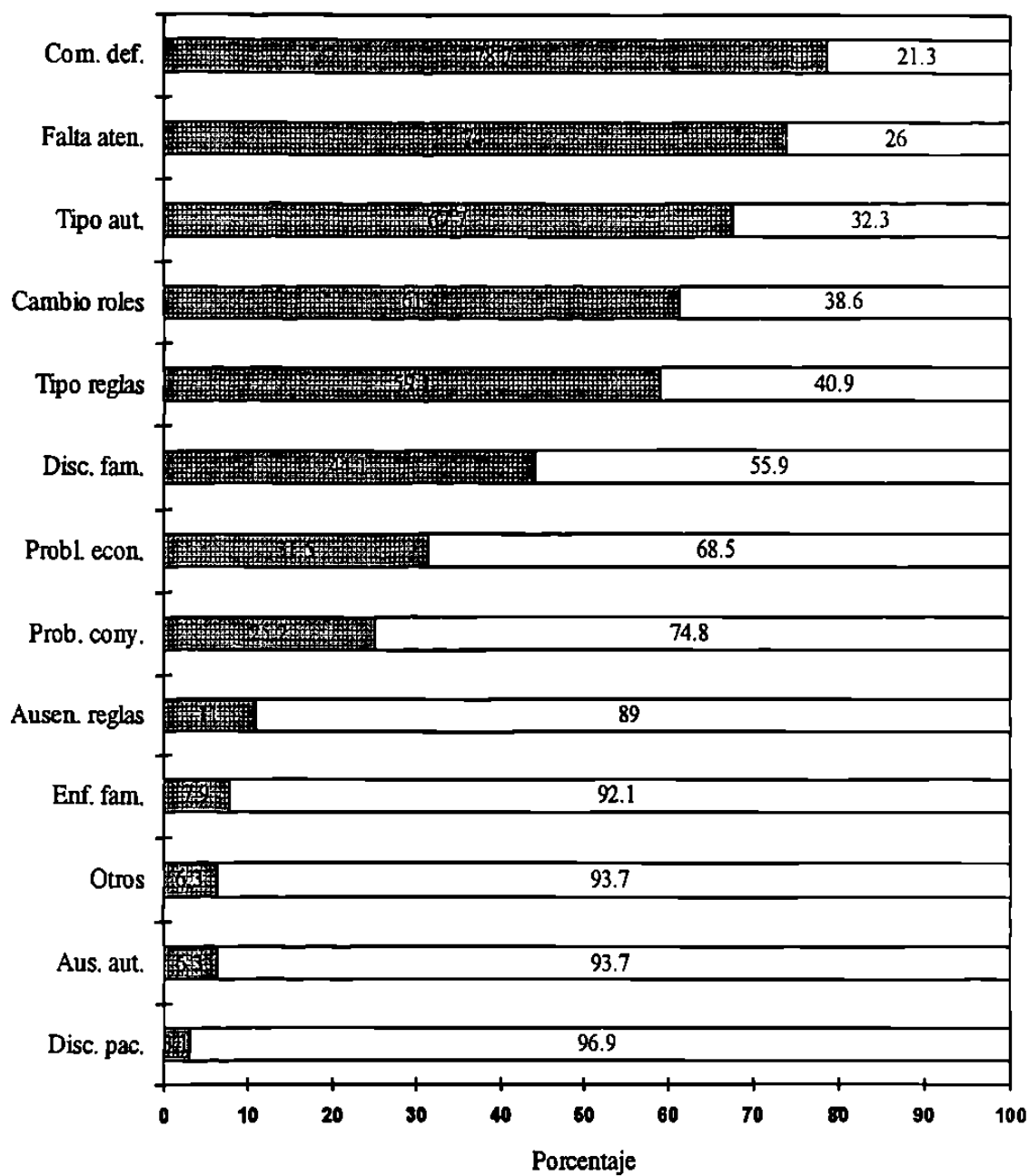
Como podemos ver la figura paterna es importante ya que aun y estando presentes los padres biológicos, la conducta de éstos orilla a los hijos a hacer uso de sustancias. Además, este modelo se puede transmitir por parte de los hijos y volverse un círculo de reproducción

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

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

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

Gráfica No. 38
Presencia de problemas familiares



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

Ackerman Nathan, W.

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

Barun, Ken

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

Benites, Fernando

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

Boletín de circulación interna C.I.J.

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

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

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

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana

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

Cardeña Gómez, David y Vernet Vera, Juan José

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

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

Castillo Franco, Isaías

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

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

CEPAJUF

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

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

C.I.J.

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

C.I.J.

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

C.I.J.

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

Coleman, Vernon

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

Consejo Estatal de Población en Nuevo León

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

CONADIC

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

Cruz Martín, del Campo L. Silvia

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

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

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

De la Garza, Fidel y Vega, Amado

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

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

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

Elizondo Duran, Alma Delia

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

Estrada Inda, Lauro

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

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

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

Kalina, Eduardo y E. Chimera, Javier

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

Kershenobich Stalnikowitz y Vargas Florencia

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

Krauskopf, Dina

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

Llanes Briceño, Jorge

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

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

Meave Partida, Etna Ma. del Carmen

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

Moctezuma Barragán, Gonzalo

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

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

(1992) *Drogadicción*
Buenos Aires, Editorial Paidós

Peggy, Mann

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

P.G.R.

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

Prosuperación Familiar Neolonesa

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

Magie, Allan

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

Ramos Espinosa, Hilda Guadalupe

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

Ravelo, Patricia

(1988) *Nueva Antropología*
Volumen X Noviembre.

Ribeiro Ferreira, Manuel

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

Rosenthal S., Mitchell y Monthner, Ira

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

Sills L. David

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

Solchany, Odile

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

Stamper, Laura

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

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

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

Tapia-Conyer, Roberto

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

Tapia-Conyer, Roberto

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

Tocaven García, Roberto

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

Valleur Marc, Debourg, Alain y Matysiak ,Jean Claude

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

Viesca, Carlos

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

CEDULA

V.1 No. de cédula

Datos de Paciente

V.2. Edad:

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

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

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

V.6. ¿El paciente estudia actualmente?

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

V.7. Ocupación:

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

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

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

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

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

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

9) Profesionistas

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

11) Hogar

12) Estudiantes

13) Desempleado

14) Otras (ministro, pepenador)

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

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

1) Marginal

2) Bajo

3) Medio bajo

4) Medio Alto

5) Alto

Datos del Padre

V.9 ¿Existe ausencia del padre?

1) Si

2) No

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

Edad _____

888) No se aplica (El padre esta ausente)

V.11 Estado Civil: 1) Casado

2) Viudo

3) Unión Libre

4) Divorciado

5) Separado

8) No se aplica (Padre ausente)

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

V.13 Ocupación: (Ver V.7)

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

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

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

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

Solamente para aquellos que cuentan con tutores:

Datos de Tutor (Padre):

V.16 Edad: _____

888) No se aplica (No tienen tutor)

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

8) No se aplica (No tiene tutor))

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

V.19 Ocupación: (Ver V.7)

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

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

Datos de la Madre:

V.21 ¿Existe ausencia de la madre?

- 1) Sí
- 2) No

Si la respuesta fue negativa incorporar los siguientes datos:

V.22 Edad: _____

888) No se aplica (Madre ausente)

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

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

V.25 Ocupación: (Ver V.7)

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

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

V.27 ¿Actualmente el paciente cuenta con tutora?

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

Datos de la tutora (Madre)

V.28 Edad: _____

888) No se aplica (No tiene tutora)

- V.29 Estado Civil:
- 1) Casada
 - 2) Soltera
 - 3) Viuda
 - 4) Divorciada
 - 5) Unión Libre
 - 6) Separada
 - 8) No se aplica (No tiene tutora)

V.30 Escolaridad: 1) No estudio

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

V.31 Ocupación: (Ver V.7)

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

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

Información sobre drogas

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

99) No contesto

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

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

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

¿ A qué atribuye el paciente su consumo de drogas?

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

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

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

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

- 1) Sí
- 2) No

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

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

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

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

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

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

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

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

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

