

R. 17.681

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE MEDICINA

T. D.
N/133



TITULO

**"DETECCION DE VARIABLES FAMILIARES PARA LA PREVENCION
DE LA DROGODEPENDENCIA"**

Tesis Doctoral presentada por JOSE MARTIN LOPEZ

para aspirar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
SECRETARIA GENERAL

Queda registrada esta Tesis Doctoral
al folio 146 número 166 del libro
correspondiente.

Sevilla, _____

El Jefe del Negociado de Tesis,

Sevilla, 25 de Mayo de 1991

JAIME RODRIGUEZ SACRISTAN, CATEDRATICO DE PSIQUIATRIA INFANTIL
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

CERTIFICA:

Que el trabajo titulado "Detección de variables familiares para la prevención de la Drogodependencia", realizado por D. JOSE MARTIN LOPEZ y bajo mi dirección, reúne las condiciones necesarias para ser presentado como Tesis Doctoral.

Lo que firmo en Sevilla a 28 de Mayo de 1991.

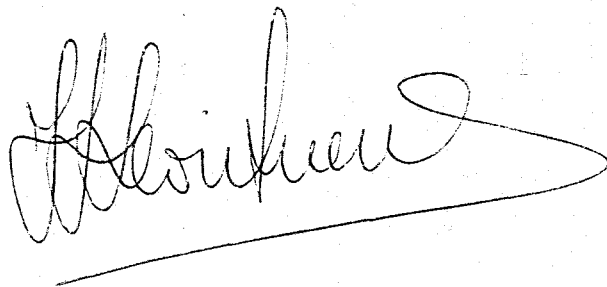
Jaime Sacristán

JOSE LUIS LEON FUENTES , PROFESOR DE PSICOLOGIA DE ADULTOS DEL
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PERSONALIDAD, EVALUACION Y
TRATAMIENTO PSICOLOGICO DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

CERTIFICA:

Que el trabajo titulado "Detección de variables familiares para la prevención de la Drogodependencia", realizado por D. JOSE MARTIN LOPEZ y bajo mi dirección, como co-director reúne las condiciones necesarias para ser presentado como Tesis Doctoral.

Lo que firmo en Sevilla a 28 de Mayo de 1991.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Leon Fuentes', with a long horizontal flourish extending to the right.

Quiero expresar, en primer lugar, mi más sincero agradecimiento al Prof. Dr. Don Jaime Rodríguez Sacristán, Director de esta Tesis, por su continuo estímulo y caluroso apoyo, para que llegase a ser una realidad bajo su admirable magisterio.

Igualmente, agradezco al Prof. Dr. Don José Luis León Fuentes, Co-director de este trabajo, siempre inmenso amigo y maestro, por su constante consejo y colaboración para lograr la mejor plasmación del mismo.

De igual forma quisiera expresar mi agradecimiento al Prof. Dr. Don Javier Pérez Santamaría, magnífico amigo, por su pericia y dilatada experiencia en el tratamiento estadístico de los datos.

Por último, vaya mi agradecimiento y recuerdo a todas aquellas personas que, de una u otra forma, han contribuido a hacer posible esta Tesis.

A mi MADRE, que con su constante ternura y amor nos ha enseñado a respetar y ayudar al prójimo, por toda una vida entregada a nosotros.

A mi NOVIA, por su continuo cariño, consejo, esmero y colaboración para hacer posible esta Obra.

INDICE

	Página
I.- INTRODUCCION.....	10
II.- CONCEPTUALIZACION.....	36
1.- Definición Droga.	37
2.- Toxicomanía.	37
3.- Dependencia.	38
4.- Dependencia Física.	39
5.- Dependencia Psíquica.	39
6.- Abstinencia.	39
7.- Tolerancia.	40
8.- Clasificación.	40

III.- PREVENCIÓN.....	42
1.- Concepto.	43
2.- Prevención Familiar.	51
2.1.- Introducción.	51
2.2.- Conflicto.	52
2.3.- Familia e Inadaptación.	55
2.4.- Papel del padre y de la madre.	57
2.4.1.- Períodos de desarrollo.	58
2.4.2.- La comunicación familiar.	62
2.5.- La Familia Normal.	64
2.6.- Psicopatología y Familia.	68
2.7.- Psicoterapia Familiar.	95
2.8.- Factores Predictivos.	106
2.9.- Conclusión.	109

	Página
TRABAJO DE CAMPO.....	110
I.- JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	111
II.- DEFINICION Y OBJETIVOS.....	119
III.- PROBLEMA E HIPOTESIS.....	122
IV.- METODOLOGIA.....	126
1.- Elección de la muestra.	128
2.- Descripción de los instrumentos.	130
3.- Procedimiento.	151
3.1.- Estudio piloto.	152
3.2.- Presentación y realización.	152
V.- ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS.....	154
1.- Descripción de variables.	156
2.- Relación de los datos.	172
VI.- RESULTADOS	268
VII.- DISCUSION	275
VIII.- CONCLUSIONES	285

IX.- RESUMEN	288
X.- BIBLIOGRAFIA	291
ANEXO	318
CUESTIONARIO	319

I.- INTRODUCCION.

Teniendo en cuenta que los estudios científicos sobre el consumo de drogas indican su indudable repercusión sobre la salud de los individuos, a los que en no pocas ocasiones conduce a la muerte, es difícil de comprender la creciente popularidad de la subcultura de las drogodependencias. La actitud dubitativa y tolerante mantenida por las autoridades de muchos países en la década de los sesenta, ha traído como consecuencia la aparición de sociedades fuertemente afectadas por las politoxicomanías y un ilícito mercado alrededor del tráfico de ciertas sustancias.

Según un informe del Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, titulado: "Fiscalización de Drogas. El Tráfico de Drogas y Economía Mundial", a finales de los setenta y comienzos de los ochenta la implicación de las organizaciones criminales en la distribución de las drogas, comenzó a adquirir unas proporciones inquietantes no sólo en el continente americano sino también en la Europa Meridional y en Asia, constituyendo el tráfico de estupefacientes la actividad más lucrativa de las mismas.

En la década de los ochenta, dos tendencias económicas se dejaron sentir. Por una parte, la rápida caída de los precios de los productos básicos no elaborados, tales como los minerales y los productos agrícolas, y por otra, la acumulación de la deuda externa en muchas naciones en desarrollo. Todo ello vino a dar al traste con los necesarios planes de desarrollo de muchos países y como consecuencia de ello se produce una intensificación de la pobreza,

no sentida tan ferozmente desde la finalización de los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial.

Auspiciada tal vez, por este clima de desestabilización económica se produce otro fenómeno paralelo: el tráfico mundial de drogas, que llega a alcanzar ventas netas que superan a las del petróleo y que sólo son igualadas por el mercado internacional de armas, llegando a cifras que se calculan puedan ascender a 500.000 millones de dólares al año.

En algunos países la exportación de drogas se utiliza como eficaz medida para enjugar la deuda externa, a la que no podían o no pueden hacer frente con las escasas divisas que poseen debido a los déficits presupuestarios internos. Las salidas a esta situación se idean bajo la fórmula de reemplazar los cultivos ilícitos por otros de productos comerciales legítimos, tal y como se había iniciado tímidamente en la década anterior, pero la mencionada caída de los precios hace fracasar el intento, abandonando los agricultores tales cultivos, lo que a su vez trajo como consecuencia la importación de productos, circunstancia que agravó todavía más la economía de muchos países, principalmente de los de Sudamérica y El Caribe.

Los efectos de esta crisis en esos países les ha llevado a contraer enormes deudas con la banca norteamericana, en sus programas de ayuda a países en desarrollo, y a su vez dicha banca tuvo

que sufrir la falta de pago de las obligaciones contraídas por aquellos. En esta pescadilla, que se muerde la cola, las exportaciones de drogas consiguieron aumentar la liquidez de algunos países que de esta forma trataron de ponerse al día con la banca norteamericana, que a su vez volvió a concederles nuevos préstamos. De esta forma la telaraña de los dolares de la "coca" se extiende en la actualidad desde la economía de los campesinos de los Andes, pasando por la de los gobiernos de ciertos países de Sudamérica, hasta los Consejos de Dirección de los grandes bancos norteamericanos.

Según el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, en el artículo: "Fiscalización de Drogas. El Tráfico de Drogas y Economía Mundial", algunos bancos peruanos mantienen sucursales muy activas en localidades próximas a los valles donde existen los mayores cultivos del arbusto de la coca, y en la ciudad de Lima funciona un mercado de cambio no oficial, en el que diariamente se mueven unos tres millones de dólares.

En Bolivia sucede algo muy similar. Según un informe elaborado en el año 1986, por el economista Samuel Doria Medina, cuatro quintas partes de las transacciones que se hacen en el mercado "paralelo" de cambios de Bolivia, proceden de la venta de coca y pasta de esta sustancia.

En Colombia, en la ciudad de Medellín, donde se asientan los

mayores "carteles" de la cocaína, es algo cotidiano el cambio de miles de dólares por pesos en las ventanillas de los bancos.

Es fácil deducir la enorme importancia que en las economías de los países de Sudamérica tienen los dólares de la coca. La D.E.A. (Administración de Represión de Drogas en EE.UU.) estima que los carteles colombianos tienen unas entradas brutas de 50.000 millones de dólares al año, de los que solamente llegan a la economía colombiana entre 2000 y 4000 millones, con lo que parece quedar patente que el dinero generado por dicho tráfico se invierte fuera de los países de origen, o se mantiene en cuentas bancarias en países extranjeros, sobre todo, de Europa, EE.UU., Las Bahamas y las Islas del Caribe, lográndose así el blanqueo de ingentes cantidades de dólares.

Lo cierto es que las circunstancias políticas y financieras condicionan la lucha contra el blanqueo del dinero. EE.UU. en el 1970 promulgó una ley que obliga a controlar e informar al Gobierno de todas las transacciones en efectivo por un importe superior a los 10.000 dólares . Pero a pesar de ello, los mercados norteamericanos siguen siendo una de las principales vías de blanqueo de dinero de todo el mundo. En este estado de cosas, la guerra contra la droga en el mundo corre el riesgo de desvirtuar su blanco y pasar a convertirse en una cruzada moral más que en un baluarte frente al terrible problema cultural y social que el fenómeno representa.

En el año de 1990, el gobierno de los EE.UU. ha gastado 9.483 millones de dólares (algo más de un billón de pesetas) en la lucha contra la droga. Esta cifra es casi el doble de la del año anterior, pero está muy lejos de alcanzar los 300.000 millones de dólares que se invertirán en defensa.

De dicha cifra, como apunta el Informe de Samuel Doria, sólo alrededor del veinte por ciento será invertido en la realización de programas de prevención y de rehabilitación. El resto se destinará a hacer frente a los gastos ocasionados por la intercepción de alijos, gastos originados por detención de traficantes, aduanas, policías, ejércitos... Sólo una pequeña parte irá asimismo destinada a la lucha contra el blanqueo de dinero, a pesar de que los informes sobre el tema apuntan a que el control del mismo supone la principal arma en la lucha frente a las mafias que controlan el mercado de la droga y que lavan sus beneficios colocándolos en el extranjero y los hacen revertir posteriormente a su país, como antes hemos dicho, en forma de falsos créditos.

Cientos de millones de dólares en efectivo tienen que ser recogidos y ocultados diariamente hasta encontrar la ocasión propicia para disfrazarlos de ingresos legales, y poder devolverlos ya blanqueados. Para ello los grandes traficantes necesitan de profesionales, de especialistas en el arte de cambiar dinero sucio por dinero limpio, y que van desde los denominados "cobradores al contado",

que verifican la operación en el banco de la zona franca más cercana, hasta los que dirigen sofisticadas operaciones bancarias con el soporte de expertos legales y financieros o se valen de entidades bancarias manejadas desde la sombra por los propios traficantes y blanqueadores. Siempre hay pequeños países dispuestos a recibir todo tipo de divisas, o bien, éstas se canalizan y sacan del país a bordo de aviones privados hacia lugares como Hong-Kong que tiene severas leyes sobre el secreto bancario.

En Europa, Francia e Inglaterra, poseen leyes contra el blanqueo del dinero, mientras que en Italia existe una denominada "Ley Anti-mafia", que permite que el inversor tenga que demostrar la procedencia de su dinero, es decir, que su dinero es legal. En España, sin embargo, la Policía tiene que demostrar que el dinero del inversor es ilegal.

EE.UU. ha firmado varios tratados de colaboración legal mutua con distintos países claves en el tráfico de drogas, entre ellos con Italia y España en la primavera de 1989, lo que se ha dado en llamar "Trilateral anti-droga" y cuya estrategia principal consiste en brindar ayuda a los países productores del área de Sudamérica, como Colombia, Perú y Bolivia. Esta ayuda podría concretarse en colaboración con estos países en materia de información y formación de sus respectivas policías, así como en la creación de una economía agrícola alternativa y ayuda tecnológica, siendo perfectamente conscientes de la necesidad de no dejar los cultivos sustitutivos,

por otra parte ya ensayados, a merced de las inclemencias climatológicas o de las fluctuaciones de los mercados internacionales, sino proporcionando a los campesinos seguridad económica y apoyo social y político. Todo ello sobre la base de una homogeneización legislativa y una decidida voluntad por parte de los gobiernos de tales países sudamericanos de plantearse con toda seriedad la lucha contra la corrupción en la Administración, el aumento de la impermeabilidad de sus fronteras y la agilización de los procesos de extradición.

Según el mencionado Informe, es evidente que el problema de las drogas tiene hoy unas ramificaciones tan profundas en la sociedad que la Policía no puede por sí sola erradicar su uso, ni tan siquiera reducirlo de forma significativa. Los gobiernos deben crear y movilizar servicios judiciales, administrativos, sociales, educativos y de información que, cada uno en su campo, participen en una acción global contra el tráfico, el consumo, la producción y el cultivo de las drogas. De lo contrario, el problema será de difícil por no decir imposible solución.

Esta situación afecta prácticamente a todos los países del mundo occidental, por lo que se impone además una eficaz cooperación internacional. INTERPOL (Organización Internacional de Policía Criminal) debe cooperar estrechamente con otras organizaciones paraestatales, tales como la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas, para elaborar proyectos comunes y velar por su

aplicación.

Enrique Mora, Ex-jefe Superior de la IV Región Policial, con ocasión de la II Jornadas de la Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo, manifestó que los países miembros de INTERPOL y con fronteras comunes deberían intercambiar información, ayudarse mutuamente en la lucha contra ese enemigo común. Esa colaboración puede hacerse a través de la Subdivisión de Estupefacientes de la Secretaría General de dicho organismo, que ha de ser la encargada de llevar a cabo las investigaciones sobre las características y evolución de la criminalidad en el tráfico de drogas, así como asegurar la difusión inmediata de las informaciones a los países miembros.

De todo lo que hemos dicho, es necesario resaltar que se está produciendo un profundo cambio en el fenómeno que contemplamos. Nadie duda que estamos ante un gran negocio, pues de aquel los que antaño traficaban con pequeñas cantidades de estupefacientes, transportándolas incluso en el interior de su cuerpo, hemos pasado al contrabando de ingentes cantidades.

El negocio del narcotráfico se presenta con unas estructuras perfectamente planificadas que abarcan desde el punto productor, hasta el blanqueo del dinero obtenido, pasando por el transporte y distribución de la droga. Los medios e instrumentos que utilizan los traficantes, son cada vez más sofisticados y su descubrimiento

se hace cada vez más problemático.

Por todo ello, las medidas a adoptar frente a la red de organizaciones delictivas deben serlo a nivel internacional, con una estrategia única y una rigurosa coordinación en su aplicación. Aún así, seguirán siendo ineficaces en la misma medida que no se consiga eliminar o reducir considerablemente la "demanda" de los países consumidores, lo que dista mucho de ciertas tendencias defensoras de una amplia y abierta, aunque controlada, oferta. Gran Bretaña, que en el año 1962 contaba con un censo de 532 heroinómanos, vio como en 1965 se convertían en 927. Hablamos desde luego de un período inicial. Esto les llevó a tomar la decisión precipitada, en 1968, de suministrar heroína con los carnets de extra-dosis, y las consecuencias fueron tremendamente negativas. No sólo no se redujo el número de adictos, ni la delincuencia, sino que la nación se vio invadida por toxicómanos (MORA, 1990).

Se impone, en definitiva, el conocimiento y análisis sobre las transformaciones que sufre la actividad delictiva; el conocimiento de las conductas sociales desviadas, y una actualización en los mecanismos de control policial que deben tener su apoyo en una legislación penal acorde con la gravedad del problema.

No parece pues suficiente una práctica policial que se limite a un estudio empírico de las circunstancias del delito, sino que es preciso cada vez más el estudio de la personalidad del delin-

cuenta y su entorno sociológico, de acuerdo con la visión totalizadora que poco a poco se va imponiendo en el ejercicio de la criminología internacional.

En este sentido, la Jefatura Superior de la IV Región Policial cuenta con el Gabinete de Psicología, que lleva a cabo continuas investigaciones y estudios, cooperando con otras instituciones, fundamentalmente la Universidad, para buscar explicaciones a este fenómeno social y proponer medidas preventivas. Es decir, que la Policía no está actualmente actuando exclusivamente en el campo de la oferta de drogas, es decir, investigando el tráfico ilícito, sino también en una prevención primaria, aportando datos e información, obtenida del mundo de los propios drogodependientes.

Hay que desterrar el concepto de una criminología y un derecho encerrados en sí mismo y hacer compatible su práctica con la pauta que marca la sociedad y los problemas que les son anejos, con el decidido apoyo de las diferentes ramas del saber.

Seguidamente vamos a repasar la situación de las tres drogas ilegales de mayor uso en la sociedad: heroína, cocaína y cannabis.

Un kilogramo de heroína tiene en los EE.UU. un valor al por mayor, de unos 400.000 dólares. Cuando su pureza se reduce a un seis por ciento puede alcanzar un precio de más de 2.000 millones

de dólares (MORA, 1990).

Una de las zonas de gran importancia en la producción de opiáceos es el denominado "Triángulo de Oro", zona montañosa en la que se juntan las fronteras de Myanmar (antigua Birmania), Tailandia y la República Democrática Popular de Laos. A mediados de la década de los ochenta, en esta zona se producían unas sesenta toneladas de heroína pura por año, de las cuales un tercio iba al mercado norteamericano y europeo, y el resto se dividía entre lo que se quedaba en Asia y las reservas que se guardaban como garantía contra las confiscaciones policiales o las malas cosechas de adormideras. La financiación y distribución de la misma, se realiza a través del mercado de Hong-Kong.

En los últimos años, al mencionado "Triángulo de Oro" le ha salido un competidor, "La media luna de oro", que comprende tierras del Pakistán, Afganistán e Irán, si bien los conflictos surgidos en estos dos últimos países han dificultado la producción y transporte, beneficiándose de ello el Pakistán que pasaría a convertirse en el principal productor de heroína de todo el mundo, alcanzando el setenta por ciento de la oferta.

Unas 125.000 personas viven en estos países del cultivo de la adormidera, que se ve favorecido por la poca profundidad del suelo, la inclinación de las laderas y la pequeñez de las parcelas, condiciones que no hacen provechoso el dedicarlos a otros cultivos, sin

tener en cuenta su alta rentabilidad económica, unas diez veces mayor, por ejemplo, de lo que proporcionaría el cultivo de tabaco o de la fruta. Los cultivos sustitutivos tampoco han sido la solución, como es el caso del trigo cultivado a partir de semillas de alto rendimiento, puesto que en el pasado decenio el precio ha descendido. Por otra parte, los traficantes de opio presionan a la población campesina para que continúe el cultivo de la adormidera.

Otra zona de cultivo es la Sierra Madre Occidental de México, un escarpado y amplísimo territorio lleno de vegetación, donde resulta fácil ocultar los cultivos. Ello, unido a la dificultad para llegar a los campos y el dinero que corre en este negocio, son las causas principales para que resulte muy difícil acabar con las plantaciones de amapolas y la fabricación y posterior comercialización de la droga. Si además, tenemos en cuenta, que el ciclo de siembra y recolección de la amapola es muy rápido, apenas tres meses; que con la ayuda de fertilizantes y un buen riego, se pueden conseguir hasta tres cosechas al año; que el acceso a dichos lugares sólo es posible a través del aire; que una hectárea produce diez kilogramos de "goma", de la que los laboratorios obtienen un kilogramo de heroína, que se paga a pie de plantación a más de medio millón de dólares, nos haremos una idea más exacta de lo difícil que lo tiene el gobierno mexicano para luchar contra el narcotráfico.

La industria de la cocaína es una fuente de empleo importante

en algunos países, y de forma principal en : Bolivia, Colombia y Perú, en donde las personas que se relacionan de alguna forma con el negocio de la coca, según distintas estimaciones oficiales, oscilan entre las 600.000 y 1.500.000. La mayor parte de ellas son cosechadores, que pueden alcanzar las tres cuartas partes; la otra cuarta parte son pisadores; unos miles trabajan en los laboratorios clandestinos de refinamiento de la "pasta de coca", y una pequeña parte, que quizás no llegue al millar, están al frente de las gestiones de importación, exportación y movimientos de fondos, constituyendo los famosos "carteles" (O.N.U., 1990).

Hace unos seis años los expertos en el tema de las Naciones Unidas, mostraron su alarma por los hallazgos en las selvas brasileñas, de la cuenca del Amazonas, de plantaciones de hoja de coca y laboratorios de cocaína. Brasil, que hasta entonces era un país de tránsito para la cocaína y derivados de la coca procedente de Bolivia, y de cannabis paraguayo, se convertía así también en productor, tras la iniciación por los traficantes a las tribus indias en el cultivo de la hoja de coca y del cannabis, aprovechándose de su precaria situación económica.

En Colombia, la situación ha alcanzado unas cotas de gravedad insospechadas, pues los traficantes de cocaína, a finales de 1981 comenzaron a actuar de manera unida y coordinada a raíz de un hecho: el secuestro por parte de guerrilleros del M- 19 de una hermana de los "Ochoa", uno de los grupos con más poderío en la mafia

de Medellín.

El "Cartel de Medellín" lo compra todo, incluso jueces y policías, y aquellos que se resisten son asesinados. La única medida por la que se siente cierto temor es la extradición a los EE.UU., a raíz del tratado que dicha nación estableció con los norteamericanos en 1977. Precisamente la decisión del Presidente Virgilio Barco, de aplicar dicho tratado para que sean los tribunales norteamericanos los encargados de juzgar a los jefes mafiosos colombianos, tomada el día 24 de agosto de 1989, originó una auténtica declaración de guerra al Gobierno por parte de los "narcos", que trajo como consecuencia la perpetración de un gran número de atentados terroristas, el primero de los cuales fue el coche-bomba contra el diario "El Espectador" de Bogotá.

La droga exportada desde Colombia genera en el mundo unos 62.000 millones de dólares, de los que únicamente unos mil millones, es decir el 1,6 aproximadamente retorna al país . Esos 62.000 millones de dólares equivalen al 15,5% de los 400.000 millones de dólares que constituye el total del negocio de todo tipo de drogas que manejan las mafias internacionales, según cifras de la Oficina de la Lucha contra la Droga en EE.UU. (DEA). Pero lo curioso es que las redes de comercialización de la cocaína al detalle son las más beneficiadas con ganancias de más de un 700%. Por ejemplo, de las trescientas diez toneladas que exporta Colombia a EE.UU. y a Europa, anualmente, y que reportan a los grandes carteles unos ingresos

de unos 4.060 millones, son apenas un 7,3% de los más de 54.000 millones de dólares que percibe anualmente la red de pequeños traficantes (O.N.U., 1990).

Dentro de la nueva política emprendida por el Gobierno del Presidente Barco contra el narcotráfico, figura también la confiscación de los bienes de los traficantes y su posterior distribución para fondos de bienestar social. Esta medida se ha tomado a la vista de las continuas compras de terrenos por parte de aquellos, para dedicarlos principalmente a explotaciones de ganado vacuno y caballar. Fuentes gubernamentales han señalado que durante el año 1989 se han comprado 149.000 hectáreas con el dinero del narcotráfico, cuyos jefes ya poseían otras 300.000 hectáreas. Con el control de la tierra los narcos persiguen una libertad de movimientos por el país amparándose en sus propiedades, a la vez que el blanqueo de grandes sumas de dinero.

En cuanto al cannabis, el uso de sus derivados tienden a transformar a sus consumidores, cada vez más a menudo, en polítoxicómanos, ya que son consumidos junto con otras drogas.

Tailandia sigue siendo el principal país productor de cannabis en el sudeste asiático, habiéndose multiplicado las zonas de cultivo fuertemente en los últimos años, estando tanto el cultivo, como la producción y el tráfico asegurados por organizaciones criminales tailandesas, en colaboración con sus homónimos occidentales.

les (O.N.U., 1990).

También es importante la producción de hachís en Afganistán y Pakistán, importantes países productores del sudeste asiático, de los que se abastecen los mercados clandestinos locales, los de los países vecinos y que sigue siendo transportado a Europa y América del Norte por vía marítima.

Sin embargo, los principales proveedores de los países europeos son el Líbano y Marruecos. Desde los puertos del Líbano, Turquía y Creta, bordeando el Mediterráneo y cruzando el Estrecho de Gibraltar llegan a Europa o a EE.UU.

El origen del hachís que entra en España para consumo interior o para el resto de Europa, procede de Marruecos, siendo el medio más utilizado el barco, gravitando generalmente los alijos hacia las playas de la Costa del Sol, Almería, Algeciras, San Roque, La Línea y también las ciudades de Ceuta y Melilla.

Otras rutas de significada importancia en los últimos tiempos han sido las Rías Gallegas y las zonas próximas a Portugal, donde los contrabandistas de tabaco han realizado su propia reconversión industrial hacia el comercio del hachís. Sólo en las zonas costeras de Galicia se calcula que unas 50.000 personas pueden vivir directa o indirectamente del contrabando. La mafia de traficantes que opera en Galicia mantiene estrechos contactos con sus vecinos portugueses

y con otras mafias europeas y sudamericanas, y utilizan su bien montada red de transportes internacionales para introducir por la costa el hachís, que sus lanchas rápidas recogen de los barcos procedentes del Líbano o Marruecos, fondeados en alta mar, y después en camiones introducirlo en los países de la Comunidad Económica Europea.

Como hemos expuesto, el tráfico de estupefacientes y de sustancias psicotrópicas constituye para las organizaciones criminales la actividad que le proporciona mayores beneficios. El producto de los mismos se vuelve a invertir en otras actividades delictivas o con el mismo se financian organizaciones terroristas para desestabilizar los gobiernos legalmente constituidos.

El creciente enriquecimiento de estas organizaciones les confiere cada vez un poderío mayor, y por lo tanto, una mayor influencia en todos los sectores de la sociedad, influencia que ejercen a distancia, valiéndose de una amplia trama de ayudantes y manteniéndose por lo tanto lejos del riesgo de caer en manos de la justicia.

El tráfico de estas sustancias se realiza generalmente en dinero efectivo que posteriormente se utiliza de alguna de las formas siguientes:

- Comprar bienes de consumo.

- Depositarlo de manera ilegal en cuentas en el extranjero.
- Convertirlo en las entidades bancarias en medios de pago cómodos.

Todo este proceso presenta cierto riesgo, a tenor de la legislación en la materia que mantiene cada país y según el grado de acción de las organizaciones policiales.

La gravedad del problema ha motivado en los últimos tiempos la imperiosa necesidad de adoptar medidas legales a nivel nacional e internacional con base a convenios bilaterales o multilaterales, con el fin de frenar esa explosión de riqueza ilegal que perturba y corrompe el entramado social de muchos países.

La Secretaría General de la INTERPOL, concienciada de esa gravedad, ha creado un Grupo Especial que ha recibido el nombre de FOPAC, sigla que corresponde a "Fondos Procedentes de Actividades Criminales" que comenzó a funcionar en enero de 1984 y que tiene por misión:

- El análisis y coordinación de la información de origen financiero.
- La organización de reuniones de trabajo.

- La cooperación con organizaciones internacionales.
- La difusión de documentación a todos los Cuerpos de Policía en materia financiera.
- La formación de policías expertos en materia económica.
- La creación de una Enciclopedia de haberes financieros, que proporciona información puntual sobre las leyes que rigen en diferentes países en relación con la posible intervención policial en materia de orden financiero.
- Y la elaboración de un esquema de Ley-Tipo que pretende ser una declaración de la comunidad policial internacional, que afirma la necesidad de una legislación que dé a la Policía acceso a la información financiera relativa a las organizaciones de delincuentes, que la autorice a incautar y confiscar el producto de actividades delictivas.

Esta Ley-Tipo que pasó con éxito y fue aprobada en la Conferencia Regional Americana de INTERPOL, celebrada en Buenos Aires en 1985 y en la Asamblea General de las Naciones Unidas reunida en Washington en septiembre del mismo año, pretende ser incorporada a un nuevo convenio internacional sobre estupefacientes.

De todo esto podemos sacar entre otras conclusiones que la toxicomanía, constituye un gran negocio a nivel internacional, y que como cualquier negocio está sometido a las leyes que rigen los mercados, y que la oferta y demanda juegan un papel fundamental. No puede pensarse en reducir el fenómeno mientras no consigamos reducir aquellas. Sólo cuando esto se produzca a gran escala podremos pensar en la apertura de una puerta a la esperanza y estaríamos en el umbral de una "cultura de vida" sin drogas (MORA, 1990).

Es cierto que existe un número más elevado de víctimas que hace unos años, pero puede afirmarse que el consumo de las drogas de inicio (derivados cannábicos), por los jóvenes integrados ha disminuido considerablemente como demuestran los datos que se exponen en el siguiente cuadro (LEON FUENTES, J.L., 1990):

Consumo de hachís por la juventud integrada (15 a 19 años)

	<u>Año 1981</u>	<u>Año 1988</u>
- No consumen.....	80,76%	87,78%
- Sólo probarlo.....	7,88%	8,35%
- Varias veces.....	8,79%	3,05%
- Frecuentemente.....	2,57%	0,82%

Estos estudios han sido realizados en la ciudad de Sevilla utilizando idéntica metodología e instrumentos y bajo el control de la Universidad Hispalense.

En otro trabajo efectuado dentro del Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la misma Universidad, se ha llegado también a la obtención de los resultados que se reflejan en el cuadro siguiente:

Consumo de drogas por la juventud integrada (15 a 19 años)

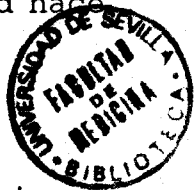
	<u>Hachish</u>	<u>Heroína</u>	<u>Cocaína</u>	<u>Otras</u>
- No consume	87,78%	99,39%	98,57%	99,11%
- Sólo probarla	8,35%	0,41%	1,22%	0,81%
- Ocasionalmente	3,05%	0,20%	0,20%	1,63%
- Todos los días	0,82%	0,00%	0,00%	2,44%

Podemos observar que quienes consumen habitualmente hachish no llegan al 1%, lo que viene a desmentir la creencia de que una parte considerable de nuestra juventud consume esta sustancia.

Asimismo, resalta el hecho de que drogas como la heroína y cocaína, no son consumidas a un nivel de dependencia (diariamente), si fuera así, no estaríamos ante una población integrada, puesto que el uso de estas sustancias comporta tanto un agudizamiento del proceso de marginación, como la aparición de una dependencia y tolerancia que complican el cuadro psicológico y social, en cuyo contexto el paso al acto delictivo aparece como muy probable.

Dejando a parte la perspectiva sociológica y policial de las drogas, que nos han dado una visión panorámica del contexto y así poder precisar con mayor exactitud la influencia que de ellas se derivan, debemos dar un correcto enfoque de uno de los puntos básicos en el que se apoya nuestro trabajo; independientemente de cualquier otra circunstancia, el comienzo en la escalada delictiva y del consumo de las drogas lleva muy frecuentemente implícito un período de transición entre la infancia y la edad adulta: la adolescencia.

Para que el adolescente se convierta en adulto, debe de sufrir una serie de transformaciones físicas y adaptaciones psicológicas necesarias para responder a las demandas que nuestra sociedad hace.



Por todo esto, los jóvenes en su estado de desequilibrio por la búsqueda de independencia, de ajustes heterosexuales y con los semejantes, de preparación vocacional, de desarrollo de una filosofía de vida fundamental y normativa, etc., se manifiestan por síntomas diversos agrupados bajo el impreciso vocablo de "crisis de la adolescencia".

Sobre las relaciones que tiene el adolescente con su familia, destacamos la gradual independencia que de ésta debe lograr. Esta tarea no es tan sencilla para el adolescente pues las motivaciones opuestas y las presiones externas en pro de la independencia y de la conservación de la dependencia son fuertes, por lo que se producen conflictos y conductas vacilantes. Pensemos sino que ya en estos años, cuando el joven acude a los padres en busca de consejo y apoyo, éstos muestran una creciente desaprobación. Se le dice que ya son unos hombres y que tienen que tomar decisiones por si mismo. Por otro lado, estos mismos padres, a veces intentan aferrarse a la idea de que sus hijos sigan siendo niños para así poder retenerles; se les trata como a tales negándoles la iniciativa y las decisiones personales. Esta incoherencia es fuente de ansiedad y

de conflicto.

Cuando el adolescente establezca la diferencia entre el "yo" y el "otro", establecerá los límites de la libertad del individuo. Las reglas dictadas hasta el presente por los padres y educadores van a ser examinadas, rechazadas o readmitidas activamente. Se manifiesta un deseo de afirmar lo que acaba de descubrir y redescubrir y rechazar aquello que le parece impuesto. Los valores que favorecen el desarrollo de la personalidad del individuo o que la confrontan, prevalecen sobre los valores que favorecen el desarrollo económico de la colectividad.

Si el medio, las condiciones de vida hacen imposibles las soluciones a estas contradicciones, el adolescente tratará de buscar salida poniéndose al margen de la sociedad, ya sea abandonando todo esfuerzo y refugiándose en la pasividad, ya sea negando la validez a la necesidad que tiene de los demás.

Por tanto, en este período se necesita la ayuda de los padres para recorrer este camino sin demasiados tropiezos. Aquellos padres que estimulan la creciente autonomía a medida que el niño va aumentando de edad, pero que todavía se interesa por las decisiones del adolescente y se reserva alguna responsabilidad por las mismas; que

fomentan continuamente la comunicación directa y cordial con sus hijos, estarán propiciando el acceso de su hijo a una madurez equilibrada (REINA GALAN, F.L. Y OTROS, 1987).

Podemos considerar, como nos demuestra la psicología evolutiva (el niño en su proceso de identificación imita a sus padres y hermanos mayores), que es desde dentro de la familia, donde nos resultaría más rentable y efectiva nuestra lucha preventiva contra las drogas.

II.- CONCEPTUALIZACION.

Consideramos necesario tener un conocimiento elemental de las drogas y sus efectos, por lo que comenzaremos con la definición de los siguientes conceptos: definición de droga, toxicomanía, dependencia, dependencia física, dependencia psíquica, síndrome de abstinencia, tolerancia y terminaremos con la clasificación de las drogas que hace la OMS.

1.- Definición de droga.

La Organización Mundial de la Salud, en el año 1969, define la droga como "el fármaco o sustancia que introducido en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste".

2.- Toxicomanía.

Por otra parte, el Comité de Expertos de la O.M.S.(1957), define la toxicomanía como "un estado de intoxicación crónica o periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética". Sus principales características son:

- a) Un deseo invencible o una necesidad de continuar consumiendo la droga y de obtenerla por cualquier medio.
- b) Una tendencia al aumento de la dosis.
- c) Una dependencia de tipo psíquico y, generalmente, físico.
- d) Efectos perjudiciales para el individuo y la sociedad.

3.- Dependencia.

Estado psíquico y a veces también físico derivado de la interacción entre un organismo vivo y una sustancia considerada droga, cuyas características son: modificaciones de su conducta, pulsión o deseo de volver a consumir la droga para obtener sus efectos psíquicos o evitar el malestar de su privación, y a veces una tendencia a aumentar la dosis para conseguir los mismos resultados (León Fuentes, 1986).

4.- Dependencia Física.

La O.M.S.(1974), la define como "un estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se suprime la toma del fármaco".

5.- Dependencia Psíquica.

La O.M.S.(1974), la define como "un estado en el que un fármaco o droga produce una sensación de satisfacción; un impulso psíquico que lleva a tomar periódicamente o continuamente el fármaco para experimentar placer o para evitar un malestar".

6.- Síndrome de Abstinencia.

Serie de trastornos mentales o físicos que sufre el organismo humano cuando se le priva de una sustancia que le es necesaria para el mantenimiento de su normalidad; vulgarmente llamado "mono".

7.- Tolerancia.

La capacidad que tiene el organismo para adaptarse a un producto, lo que obliga a aumentar la dosis periódicamente si se quieren obtener los mismos efectos.

8.- Clasificación.

Tipos de drogas según la OMS (1964):

A) Drogas que originan una dependencia física y psíquica, así como un fenómeno de tolerancia.

A.1.- Dependencia de tipo morfínico.

- Opio y sus alcaloides.
- Derivados de la morfina.
- Analgésicos sintéticos.

A.2.- Dependencia de tipo barbitúrico-alcohol.

- Barbitúricos.
- No barbitúricos.
- Glutetimida, etc.
- Determinados tranquilizantes.
- Alcohol.

B) Drogas que únicamente originan una dependencia psíquica, pero también un fenómeno de tolerancia.

B.1.- Dependencia de tipo anfetamínico.

- Anfetaminas y derivados.
- Sucedáneos de las anfetaminas.

B.2.- Dependencia de tipo LSD.

- LSD.
- Psilocibina.
- Mezcalina, etc.

B.3.- Drogas que únicamente originan una dependencia psíquica sin fenómeno de tolerancia.

- Tipos cocaínicos y cannábicos.

Para un mayor conocimiento de cada tipo de droga, remitimos al lector al anexo de este trabajo, donde expondremos las características, formas de uso, efectos, sintomatología y tratamiento de cada una de ellas.

III.- PREVENCIÓN.

1.- Concepto.

El presente trabajo, trata sobre las drogas y cómo prevenir su abuso, buscando la forma de ayudar a comprender mejor este tema y los medios por los que podemos evitar que los seres humanos, en particular los más jóvenes, se vean involucrados con ellas. Si con este trabajo logramos evitar que un sólo joven entre los ocho y los veinte años abuse de las drogas, nos daremos por satisfechos.

En cuanto al inicio, generalmente en la adolescencia, tiene como base un ambiente de curiosidad, un deseo de independencia, una búsqueda constante de emociones, por el contrario, en el adulto se encuentran otras motivaciones, de tipo social, para con ella encontrar una mejor integración, o bien, por necesidad de relajación y búsqueda de placer.

No debemos olvidar, que cuando se habla de droga, no hablamos de una materia concreta, nos referimos a todo aquello de lo que se puede abusar y que tiene la propiedad de crear dependencia de uno u otro tipo; por ello la prevención debería hacerse a nivel de todos los tipos de marginaciones, considerando los cambios generacionales; es por lo que se debe prevenir tanto el embarazo precoz, co-

mo la violencia, el fracaso escolar, los deportes de alto riesgo y las culturas sectarias u ocultistas.

No olvidemos, que en España existen 7.047 enfermos de SIDA, sospechándose el número de seropositivos entre 80.000-100.000, siendo el 52% de los afectados drogodependientes entre 20-30 años; tampoco podemos olvidar, que ni el AZT (azidodesoxitimidina), ni la posible vacuna garantizarán nada, ante el carácter mutante del virus (DE ANDRES, R. 1990).

Y es por todo ello, que la reducción necesaria de una de las lacras más hondamente enraizadas en nuestro mundo, necesita de profesionales cualificados. Esta tarea se nos muestra intensa, extensa e ingrata y en ella confluyen factores sociales, culturales, familiares, psiquiátricos y por si fuera poco, la labor asistencial por especialistas acreditados se puede ver entorpecida, en cierto modo, y cada vez más, por la proliferación de grupos de personas y sociedades llamadas benéficas y a veces hasta seudoreligiosas y esotéricas (RODRIGUEZ SACRISTAN, 1989).

Por otro lado, tenemos que tener en cuenta, que la prevención no tiene atractivo político, no consigue votos, además de la dificultad de estimación en la recogida de datos, por lo que supone una aportación a fondo perdido. Por todo ello, es necesario la maduración de la sociedad afectada. Concretamente, en España, se paga ahora por impuestos sobre el tabaco y el alcohol menos que en el

resto de los países comunitarios. Debemos tener en consideración, que las subidas de los precios de estos dos productos, es uno de los mecanismos que se ha demostrado más eficaces a la hora de conseguir una reducción del consumo.

Recordemos a título informativo la Conferencia Internacional (O.N.U., 1987) sobre el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas, en la que se recomienda que toda medida deberá estudiarse en el contexto socioeconómico del país interesado y la necesidad de adaptarlo a un determinado entorno cultural, social, político, o judicial, para que pueda aplicarse con éxito. Así, los programas deberían ser amplios y con vista a largo plazo, debiéndose prever la recopilación de datos sobre subpoblaciones de personas que hacen uso indebido de drogas, recurriendo a los archivos de policías, registradores de defunciones, tribunales, salas de urgencias de hospitales, centros de tratamiento de toxicómanos, prisiones, manicomios, clínicas psiquiátricas, instituciones correccionales, organizaciones de seguridad y bienestar social, escuelas y universidades, fuerzas armadas, empleadores y sindicatos, así como organismos, asociaciones e instituciones a cargo del servicio de la sociedad.

Otro punto a destacar entre los consejos de las Naciones Unidas, es el de la prevención en el trabajo. Es amplia la lista de consecuencias perjudiciales por el uso indebido de drogas, entre las que destacan:



- Disminución de la actividad y el rendimiento.
- Defectuosa calidad de los productos.
- Pérdida de empleados cualificados.
- Accidentes.
- Pérdidas de ingresos.
- Descalificación profesional.
- Y otros más, todo lo cual resulta costoso para la persona, el empresario y la comunidad.

Así, a nivel nacional, debería de divulgarse en el lugar del trabajo, la información que señale los riesgos de la droga, y organizar seminarios de capacitación para supervisores. Los laboratorios médicos deben establecer métodos seguros de detección de la droga en el trabajo, para garantizar la seguridad.

Es necesario que se comprenda la importancia de la salud para lograr una buena calidad de vida, para todo ello es imprescindible la coordinación entre los organismos encargados de la salud, justicia, educación, trabajo, cultura y servicios sociales; de esta

forma, se debe considerar si procede la posibilidad de patrocinar la participación de representantes de justicia, interior, educación, finanzas, salud, asuntos religiosos, sociales, según sea el caso, en las actividades de informar al público sobre lo que debería hacerse para la prevención (actuación multidisciplinaria).

Así, la prevención como una educación de la salud, donde tanto el médico como el maestro, puedan dar alternativas al adolescente, debe ofrecer a los jóvenes un esclarecimiento de los valores, aumentar su capacidad de tomar decisiones y facilitar su puesta en práctica, aportándoles conocimientos, actitudes, cambios de conductas. El desarrollo de actitudes para enfrentarse a diferentes situaciones que pudieran ser conflictivas para el adolescente, es uno de los ejercicios más socorridos, como medio de fortalecimiento de este indefenso sujeto. Es necesario, además, una evaluación de los diferentes programas preventivos.

Es por todo ello, por lo que se debe resaltar la importancia de los medios alternativos, en cuanto a su aplicación en la prevención de la droga. Estas actividades alternativas, de esparcimiento serían (O.N.U., 1987):

- Servicios Comunitarios.
- ,, Deportivos.
- ,, Culturales.

Como medidas alternativas al uso de las drogas, existen infinidad de programas de gran variabilidad, y entre ellos destaca el estudio que demuestra que el fomento de las relaciones entre personas de edad y la gente joven, puede reportar importantes beneficios para ambos grupos de población.

Estos programas, se llevarían a cabo mediante un orden de ejecución previamente establecido. Se pasarían cuestionarios previos y posteriores, a los cursillos de prevención, pero no sólo se pasarían a los alumnos, sino que también deberían ser evaluados médicos y profesores (O.N.U., 1987).

La prevención, que puede ser específica o inespecífica, y que en el primer caso, tenemos como protagonista a la misma droga, comprendiendo desde su información hasta el cambio de actitud ante ella; y en cuanto a las medidas inespecíficas, tenemos a los medios alternativos, el aumentar la capacidad de decidir, el control de la población de riesgo y el fomentar en definitiva, la salud. Debemos tener siempre presente el inconveniente del paro laboral, los condicionantes genéticos individuales, el aprendizaje por imitación y la necesidad de una actitud política más práctica y realista.

Un ejemplo ilustrativo de prevención en el uso de drogas, lo tenemos en el Programa Europa contra el Cáncer, de la Comunidad Económica Europea, en el que se financian diferentes estudios de prevención del tabaquismo. Así es el caso del programa de sensibi-

lización del personal sanitario contra el tabaquismo, pues los Hospitales constituyen fuente generadora de opinión en materia de salud para el resto de la sociedad. Por todo ello, el personal sanitario tiene la obligada responsabilidad de fomentar una conducta social dirigida a la disuasión de la conducta tabáquica, máxime cuando una gran parte de la población que les visita lo hace por causa de dicha dependencia.

En dicho Programa se establecen cuatro frentes de actuación:

Información sobre los riesgos inherentes al tabaco y las ventajas que derivan de su supresión; ofertando un soporte técnico para que los pacientes dejen de fumar; ejerciendo presión sobre los Gobiernos para que adopten una política coherente, dirigida al control del tabaquismo como medida indudable de promoción de la salud; pero sobre todo, dando ejemplo de no fumadores.

La realidad es que no basta con una ley, si no existe una convicción de su necesidad de forma simultánea.

Este programa se realiza actualmente en seis hospitales españoles y tres portugueses; comprendiendo una fase de análisis de opinión de todos los trabajadores, seguido de una fase de sensibilización e información por medios audiovisuales, posterior control del consumo de tabaco (por el establecimiento de una política interna de aplicación de la legislación vigente) y por último, la

oferta de tratamiento especializado, para concluir con la evaluación de los resultados.

Un conjunto que habría que abordar fuera del protocolo de los tratamientos especializados en el tabaquismo, lo constituye, la politoxicomanía asociada a la psicopatología activa, y aquellos fumadores de una edad superior a la de sesenta y cinco años con dificultades de concentración.

En definitiva, la prevención del consumo de drogas es la forma más económica y rentable de luchar contra el uso y abuso de ellas. Así, con el estudio de programas con diferentes tipos de técnicas de prevención, podremos hacer comparaciones entre ellas y buscar las más eficaces para su aplicación.

2.- Prevención Familiar.

2.1.- Introducción.

Un fenómeno tan universal en el tiempo y en el espacio, como es la drogadicción, posee razones en la propia naturaleza del hombre, que tiende a procurarse el placer y a evitar el dolor. Hay quienes se sienten bien por ser dinámicos y superactivos, y hay quienes buscan el placer en una negación, adormeciéndose. A lo dicho se añade una tercera posibilidad: el elemento "fantástico", que nos proporciona una huida y escape de la realidad (RINSLEY DB., 1988).

Hablar hoy de drogas no es posible sin remitirnos a su punto de origen: la sociedad en la que se genera. La marginación y la delincuencia son signos de su irracionalidad y crisis (FDEZ. DEL RIESGO, 1985), el sin sentido de una sociedad que cada vez más propone modelos de vida, de status, para cuyo logro los medios quedan restringidos a unos pocos sectores de población. La fractura medios/fines cada vez se agranda un poco más -lo que en sociología se conoce como anomía- y el acceso a las metas sociales se ve impedido para un mayor abanico de población (ROSENBAUM M., BENNETT B., 1986).

El por qué sucede todo esto, podríamos resumirlo del siguiente modo: en la década de los sesenta existía un acuerdo teórico que era favorable al Estado de bienestar -excepto entre los pensadores marxistas- en el que el Estado aseguraría la cobertura de necesidades mínimas del ciudadano. Sin embargo, sus supuestos fundamentales: el pleno empleo, la paz social, y el orden económico comenzarán a dejar de tener sentido pronto. El absoluto imperio de la lógica economista ha resultado un generador de injusticias, carencias y estigmas; pero no sólo esto, sino que las fluctuaciones, las crisis, han atentado contra el mismo sistema social edificado en un momento de empuje económico (MORENO, 1988).

El descrédito generalizado, la falta de expectativas y el clima de inseguridad generalizado en todos los estratos sociales sobre el futuro que se nos avecina, no hace sino propender posturas de "sálvese quien pueda" y el consiguiente desinterés por participar en la solución de problemas colectivos. Este estado de cosas conduce al desencanto (ROHSENOW DJ. & COLS., 1988).

2.2.- Conflicto.

El desencanto patológico es el que supone abandonar el enfrentamiento con una realidad frustrante, no por lo que tiene ésta de experiencia dolorosa o sufrimiento, que sería el caso de un tipo

de depresión, sino por el esfuerzo que supone superar el obstáculo para la obtención del bien deseado. Hay una retirada de la realidad, no querer entrar en relación con ella; pero esto no deja de ser más que una ficción subjetiva, ya que nadie se puede sustraer al impacto social. Tiene su expresión más crítica en el suicidio, o en lo que es igual, el abandono en las "drogas" (NUÑEZ, 1987).

En cuanto a la relación droga-suicidio (FOWLER RC.& COLS, 1986), podemos considerar la drogodependencia como una tentativa de suicidio o "parasuicidio", término recientemente utilizado por la OMS para referirse a los individuos que se lesionan o envenenan persuadidos de que tienen buenas posibilidades de supervivencia, porque de hecho no se están tratando de suicidar. Al preguntarles por qué han cometido un parasuicidio, sus respuestas pueden incluirse en tres categorías: para pedir ayuda, mostrando claramente lo desgraciados que se sienten; para interrumpir temporalmente el estado de consciencia; o por un deseo de morir. Ciertos comportamientos, frecuentes en particular entre los jóvenes, pueden considerarse un parasuicidio: el consumo habitual de drogas, la práctica de deportes peligrosos, la conducción de automóviles a contrasentido, etc. No es raro que una misma persona acumule varios parasuicidios, de modo que una regla preventiva evidente consiste en considerar que cuanto mayor es el número de parasuicidios, más alto es el riesgo de suicidio. Otro elemento importante para evitar el parasuicidio consiste en tener en cuenta que es falsa la idea corriente de que la persona que habla de suicidio, no se suicida.

La mayor parte de los individuos que van a cometer un parasuicidio dan indicaciones, directas o encubiertas, de sus intenciones, aunque con frecuencia no se dirigen a la persona que podría ayudarles sino a la más cercana (drogadictos del mismo grupo) (VALTUEÑA, 1990).

El hecho más preocupante son las dimensiones sociales tan extensas que está tomando el fenómeno del desencanto. Crisis es el tema de la actualidad. Unos porque creen ver morir los antiguos valores que dieron sentido a su vida, otros porque en los que fueron educados no les valen ni consiguen sustituirlos, y algunos más desesperanzados, saben lo que no quieren, pero no lo que quieren. No se quiere decir con esto que "el desencanto y lo pasota" sea reducible a la tan traída y llevada crisis de valores, la puesta en cuestión de los valores es tan sólo la punta del iceberg; la consecuencia transpersonal del desencanto diario a niveles más cotidianos, pero por ello más complejos de analizar y más personales e individualizados. Parece como si un virus se apoderara de nuestros espíritus, y cayéramos enfermos de vacío existencial (REYNOLDS I., ROB MI., 1988).

La juventud se defiende o buscando el máximo de placer en su huida de lo exterior o bien, ahogando su conciencia con una sobredosis de norma, que es la más patológica alienación, la de sí mismo (NUÑEZ, 1987).

2.3.- Familia e Inadaptación.

La mayoría de los menores inadaptados sufren experiencias de rechazo y desafecto, inconsistencia y comunicaciones descalificadoras que marcan como conflictiva la primera etapa en la vida del niño. Ya desde el mismo embarazo situaciones de estrés en la madre tienen claros efectos en el feto (MCLANE NJ. & CARROLL DM., 1986, MICHELSON JB. & COLS., 1986, NELSON LB. & COLS., 1987). Posteriormente, los patrones de comunicación familiar distorsionados, la administración de refuerzos -premios y castigos- de forma inconsciente, cuando no ya el castigo sistemático, hacen que el niño tome una imagen de sí mismo deteriorada. A su vez, este sentimiento de ser rechazado, produce inseguridad y angustia y una percepción de los demás como peligrosos o amenazantes (RAMIREZ, 1988).

El mismo autor señala que, con estos esquemas de interpretación de su entorno social accederá al mundo escolar y repetirá entonces las mismas pautas de conducta que en su familia. Un niño que ha vivido una experiencia de conflicto familiar "utilizará la escuela como espacio compensatorio al fracaso experimentado en la familia".

La escuela ha ido relegando a los sujetos menos capacitados a grupos especiales. Sería falso pensar que la preparación que

brinda se dan en las mismas condiciones para todos. El menor que accede a la escolarización trae consigo una serie de peculiaridades propias, que provienen de su entorno familiar, las condiciones socio-económicas de su hábitat, el entorno cultural en el que ha vivido, las oportunidades de estimulación de su ambiente y de su propia base psicobiológica. Este niño está dispuesto a asimilar conocimientos, pero sus esquemas de asimilación son peculiares. Pero resulta mucho más rentable, educar como si de un único modelo de educando se tratara, y considerar las desviaciones, los fracasos, como desviaciones del alumno más que como inadecuación del sistema escolar.

Muchos niños llegan a la etapa escolar en inferioridad de condiciones respecto a sus compañeros, consecuencia de proceder de familias desestructuradas, física y psíquicamente agredidos por sus padres, con lo que sus posibilidades de adaptación a la segunda instancia socializadora -la escuela- son alarmantemente menores que para el resto. Recogiendo las palabras de A. VEGA, queda patente que "la inadaptación escolar suele ser una continuación de la inadaptación familiar" (MARTINEZ, 1988).

En definitiva, el niño que ha sido rechazado de la escuela y de sus padres busca la compensación de sus necesidades, en última instancia, en la calle. Pero la misma, no puede satisfacer sus demandas, sino que se les ofrece como un inmenso escaparate al que sólo es posible acceder en base a un poder adquisitivo. Se vuelve

a plantear el concepto de anomía en toda su crudeza. En la calle al niño-joven se le dice qué cosa hacer para ser como el niño-joven propuesto por el orden social. Sin embargo, no se le ofrecerá el modo de acceder a ello.

¿Quién es el inseguro en la calle?. Como afirma ENRIQUE MARTINEZ REGUERA, se trata de la seguridad de unos a costa de la inseguridad de otros (1988).

2.4.- El papel del padre y de la madre.

Una buena prevención familiar es enseñar a los niños a tener confianza en sí mismos, que aprendan a caminar por sí solos con nuestra presencia cercana como amigos, no como jueces críticos ni padres sobreprotectores, pero que puedan alcanzar cuando lo deseen la mano que les brindamos. Que descubran que las caídas son duras, pero que se pueden rehacer. Permitámosles que se equivoquen, aunque nos duela, que no renuncien nunca a esa libertad deliciosa, fuente real de sabiduría y madurez.

Aprendamos a escucharles, que no sean oídos solamente, hagamos que se sientan comprendidos y aceptados.

Igual que detectamos y reprimimos sus faltas, hemos de permi-

tirnos el felicitarles por las cosas bien hechas.

La solución no está en una educación espartana, sino en una más engarzada con la realidad y en contacto con la sociedad (NUÑEZ, 1987).

Dicho papel debe incluir unas pautas de conducta flexibles, coherentes y relativamente continuas, adaptadas a las necesidades cambiantes del ser en desarrollo.

Pero no debe olvidarse que entre padres e hijos se establece una interacción mutuamente influyente, de modo que los estilos educativos se moldearán según el tipo de características del sujeto en desarrollo, todo ello dentro de un cierto marco cultural (LEBLING C., 1986, MACDONALS DI., 1987).

2.4.1.- Periodos de desarrollo.

Según WINNICOTT (1980) y ERIKSON (1985) se pasa por las siguientes etapas:

a) Primer año de la vida: entrega devota.

El ser humano ha de lograr la llamada confianza básica y los modelos nucleares de interacción con el mundo. La "buena" madre

proporciona, de forma inconsciente y continua, un sostén a través de sus anticipaciones respecto a las demandas infantiles. Una excesiva "invasión" del mundo del bebé coarta el desarrollo, como también lo hace una actitud de indiferencia. Debe subrayarse que el papel materno no puede limitarse a la resolución de las necesidades físicas del niño, sino que también ha de centrarse en la satisfacción de las demandas afectivas, comunicativas y de socialización del ser en desarrollo.

La primacía del papel materno no supone que la figura paterna carezca de funciones en este período evolutivo. Es importante el apoyo incondicional que el padre debe prestar a su pareja.

b) Primera infancia: ayudar a la autorregulación.

En esta fase va reafirmandose su autonomía, la cual aún supone un alto grado de dependencia. En tal contradicción se fundamenta el típico sentimiento de inseguridad y duda del niño de dos o tres años. El niño va a necesitar un clima parental sensible, comprensivo y tolerante, que incluya un grado suficiente de libertad y de dirección, pues todavía está muy necesitado de atención, apoyos y anticipaciones.

Toda competitividad, toda estrategia para "aliar" el niño a uno de los progenitores, siempre se pagará con un alto precio.

- c) Años preescolares: servir de marco y de guía para la iniciativa infantil.

Cuando los padres permiten la conducta espontánea y la refuerzan con expresiones de aprobación y cariño, el niño puede captar que la sociedad lo considera como una persona con valía.

Los progenitores han de definir un marco normativo que oriente y guíe sobre los qué y los cuántos son posibles llevar a actos. Ello provocará experiencias incómodas para el niño, que ha de ir sustituyendo el principio de placer por el principio de realidad, si quiere seguir conservando el cariño y aprecio del entorno.

Durante estos años, tienen lugar las identificaciones más esenciales del ser humano, poniéndose en marcha los futuros roles sexuales.

- d) Años escolares: delegar parte de las funciones parentales en otros.

A partir del sexto año aproximadamente penetran en el mundo infantil otros adultos distintos a los padres.

El niño vivirá con una marcada ambivalencia: por un lado es aún muy dependiente de sus padres, y por otro, sus impulsos sociales le empujan hacia el mundo externo.

El papel materno y paterno, ha de centrarse en favorecer el despliegue de los potenciales, la apertura al exterior y la motivación a aprender. Hay que evitar sobreproteccionismos absurdos y abandonos cómodos.

e) Adolescencia: saber estar y no estar.

El joven mira con suspicacia todo lo que proceda de los adultos, especialmente de los progenitores. Y ello tiene que ser así, puesto que el adolescente necesita imperiosamente saber quién es, hasta dónde puede llegar y qué es lo que realmente desea. Paradójicamente, frente a la desvalorización de las normas, valores e ideologías familiares, hipercotizará lo que proceda de sus compañeros o de sus momentáneos ídolos.

Los progenitores han de aclimatarse, huyendo de todo autoritarismo, pero no de una autoridad racional.

A nuestro entender, son más bien crisis parentales que crisis juveniles las que conducen al fracaso de la educación en este período del desarrollo, necesitándose en algún caso de la orientación, incluso terapéutica, del grupo familiar (ERIKSON, 1985).

2.4.2.- La Comunicación familiar.

En la familia sana existe un clima general en el que cada miembro puede expresar lo que siente y lo que piensa respecto a sí mismo y a los otros, sin que por sistema vaya a ser corregido, censurado, ridiculizado o ignorado. Tanto respecto a sentimientos positivos como negativos, y especialmente estos últimos -ira, envidia, rechazo-, que son los más negados y censurados. Pero los sentimientos no desaparecen con esconderlos, sino al contrario, se enquistan, nos influyen subterráneamente y estallan en los momentos más inesperados.

Una de las funciones fundamentales de la familia es proporcionar a cada uno de sus miembros un sentimiento básico de aceptación y acogida que comunica al individuo, que es valioso por sí mismo. Este sentimiento del valor propio le da una seguridad en la que apoyarse y desde ahí relacionarse con el mundo. Cada miembro se siente querido y por ello se escucha y responde a sus necesidades y sentimientos (MARTINEZ, 1986).

Cuando algún miembro de la familia recurre, inconscientemente por supuesto, a algún síntoma para expresar ya una enfermedad, agresividad, fracaso escolar, aislamiento, etc..., puede ser un indicio de que la comunicación, y con ella las relaciones familia-

res, atraviesan algún problema.

Cada familia tiene unas reglas de funcionamiento, que hacen referencia a la regulación interna (horas de llegada, distribución de tareas, temas de los que se habla y de los que no se habla...) y externa (relación con las familias de origen, con amigos...). Estas, a veces, están establecidas por común acuerdo, pero a la mayoría se ha llegado por tanteo y por acomodación mutua. La mayoría de las normas se establecen por acuerdos no expresados.

Hay que distinguir los mensajes "de contenido", que se refieren a lo que se dice y son claros, de los mensajes "de relación", que se transmiten en el tono de voz, expresión de la cara, gestos, etc..., y hay que traducirlos e interpretarlos en función del contexto. Cuando en la familia hay buena comunicación, el mensaje de contenido y el de relación suelen decir lo mismo.

La sociedad y las costumbres varían a un ritmo rápido y la familia, si quiere seguir viva, no puede seguir funcionando con normas y costumbres de hace años, como una isla en el pasado.

En una familia que se comunica bien hay conflictos, enfrentamientos y problemas: lo importante es que está dispuesta a enfrentarlos y cambiar. En una familia así se sabe aquello de que "sólo en los cementerios no hay problemas", porque donde hay seres humanos hay problemas de relación entre ellos.

2.5.- La Familia Normal.

A continuación haremos un análisis crítico acerca de la utilidad de ciertos conceptos diagnósticos, ampliamente utilizados en nuestro ámbito profesional, pero que, en nuestra opinión, contribuyen muy poco al desarrollo de nuevas técnicas terapéuticas, que nos permitan prevenir eficazmente la aparición de algunos comportamientos. Piénsese por ejemplo, en la delincuencia, la drogadicción, la depresión o simplemente en el tan repetido fracaso escolar.

El efecto que genera en el entorno social de una persona el hecho de ser diagnosticado como "antisocial", produce una serie de reacciones entre los demás individuos que, en la mayoría de los casos, sirven más para consolidar la conducta problemática que para modificarla.

Desde finales de los 60 y durante toda la década de los 70, se suceden una serie de trabajos (KANFER y SASLOW, 1969; KENFER y PHILLIPS, 1970; PELECHANO, 1976 o HAYNES y WILSON, 1979) que, desde el modelo conductual, desarrollan el Análisis Funcional de la Conducta.

El objetivo final consiste en determinar el efecto que antecedentes, organismos y consecuencias provocan en el comportamiento objeto de estudio.

Frente al diagnóstico tradicional, la Evaluación Conductual rechaza las categorías diagnósticas por su carácter global y ambiguo.

El proceso de evaluación y el proceso terapéutico se encuentran íntimamente relacionados entre sí, de modo que no se concibe el uno sin el otro. El terapeuta de conducta analiza aquellos factores que pueden resultar útiles en la corrección de la conducta objetivo.

La calificación del comportamiento como normal o no normal se realiza en la mayoría de los casos, en base a criterios subjetivos más que objetivos.

Por otro lado, resulta evidente que la valoración de una determinada conducta como desviada o anormal está en función del contexto social en que tal conducta tiene lugar.

Cabe preguntarse cuales son los aspectos que nos permiten discriminar entre una familia normal y no normal. La distinción no es sencilla.

En definitiva, si nuestro objetivo consiste en averiguar cuales son los factores que, en el contexto familiar, están favoreciendo la manifestación de ciertas pautas de comportamientos en el niño o en el adolescente, con el propósito de controlarlos, difi-

cilmente lo conseguiremos si continuamos analizando el problema utilizando conceptos vagos o abstractos.

A título ilustrativo, varios autores (WEISS, 1975; HETHERINGTON, COX y COX, 1977; WALLERSTEIN y KELLY, 1980) han indicado que el divorcio es un acontecimiento altamente estresante que provoca fuertes alteraciones emocionales entre los miembros de una familia. Sin embargo, LEVITIN (1979) hacía notar que la investigación clínica había sobreestimado la importancia de estos problemas y que la población investigada no era representativa de la población general. Los datos de FULTON (1979) parecen confirmar las opiniones de LEVITIN (BRAGADO, 1987).

Cuando se han comparado familias de divorciados con familias intactas, los resultados han sido sorprendentes, pues se ha encontrado que el tipo de relación mantenida entre los padres resultaba un predictor más potente, acerca de las alteraciones de comportamiento de sus hijos, que el estatus civil del matrimonio (HESS y CAMARA, 1979).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (D. S. M. III R, 1987), incluye el análisis de ciertos factores ambientales porque permiten obtener información que pueden resultar útil en la planificación del tratamiento y para predecir la evolución del individuo. A tal efecto, recomienda evaluar la intensidad del

estrés psicosocial y el nivel de adaptación del sujeto durante el último año. En el primer caso, señala la necesidad de analizar aquellos acontecimientos que puedan ser fuente de estrés, en el entorno familiar, laboral, conyugal, de relación interpersonal, o relacionados con la economía. El segundo caso, complementario del anterior, tiene por objeto investigar el grado de adaptación del individuo en tres áreas de funcionamiento, relaciones sociales, laborales y uso del tiempo libre (actividades recreativas, hobbies, etc.). Ambos ejes suponen un reconocimiento de la enorme importancia que tiene el entorno ambiental en la determinación de las alteraciones del comportamiento.

Para concluir, podemos decir que las investigaciones efectuadas en el ámbito familiar siguen conteniendo considerables deficiencias metodológicas (JACOB y LESSIN, 1982; TURKEWITZ, 1984; BRAGADO, 1987). Aún cuando la utilización de categorías de clasificación ambiguas siguen siendo demasiado frecuentes, cada vez son más las publicaciones que analizan aspectos concretos que nos permitieran diferenciar, en un futuro, cuales son los factores que están determinando la aparición de problemas comportamentales en ciertas familias y no en otras. Un error bastante común es creer que la clasificación de los trastornos mentales sirven para clasificar a los individuos, cuando en realidad lo que se clasifica son los trastornos que aquellos padecen.

2.6.- Psicopatología y Familia.

El individuo adquiere la percepción de sí mismo y del mundo que lo rodea fundamentalmente en el seno de la familia; sin embargo, en ocasiones esta percepción es inadecuada, situación que impide el desarrollo armónico de la persona, propiciando una psicopatología. La toma de conciencia de esta situación ha hecho que, en los últimos años, haya ido en aumento el estudio terapéutico de familias, particularmente en aquéllas en las que uno de sus miembros ha sido identificado como farmacodependiente.

Aún cuando las características de los drogodependientes, y de sus grupos familiares, son muchas y variadas, STIERLIN (1981) ha detectado entre ellos sentimiento de vacío y falta de alegría.

Además, considera que el adicto manifiesta básicamente dos problemas como reflejo de una individualización racional no lograda; éstos son: una menguada capacidad para apropiarse de determinados sentimientos desagradables (sobre todo el enojo, la soledad y el aburrimiento prolongados), así como para convivir con ellos; además de la dificultad para conducirse bajo su propia responsabilidad y orientarse hacia el futuro.

Ya FREUD, en "Psicología de las Masas y Análisis del Yo" (1973), expresa: "La psicología individual se concreta, ciertamen-

te, al hombre aislado e investiga los caminos por los que él mismo intenta alcanzar la satisfacción de sus instintos, pero sólo muy pocas veces le es dado prescindir de las relaciones del individuo con sus semejantes". Para FREUD la Psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio, Psicología social.

ACKERMAN (1974), destaca que el hombre no puede vivir aislado sin tender a desintegrarse como ser humano; punto en el que concuerda MINUCHIN (1977), quien considera que el individuo interactúa y se desenvuelve, realizando sus procesos en un contexto social. Ahora bien, hablar en general del medio ambiente social en el que vive el hombre, es hacerlo en un sentido tan amplio que no nos proporciona ningún conocimiento concreto; podemos afirmar que cada individuo, en el transcurso de su vida, interactúa con diversos grupos. Uno de estos grupos es la FAMILIA, con la que el individuo pasa la mayor parte de su vida.

La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud.

Según ACKERMAN, las funciones básicas de la familia con respecto del individuo son:

1. Proveer alimento, abrigo y satisfacción de otras necesidades materiales que mantienen la vida y suministrar protec-

ción ante los peligros externos.

2. Abastecer la unión social, que se constituye en la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
3. Proporcionar la oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la familiar; este vínculo facilita la integridad y fortaleza psíquica para enfrentar nuevas experiencias.
4. Moldear los roles sexuales, lo cual propicia la maduración y realización sexual.
5. Ejercitar la integración en roles sociales y la aceptación de la responsabilidad social.
6. Fomentar el aprendizaje, así como apoyar la creatividad e iniciativa individual.

COOPER (1972), por su parte, dice: "No hay nada con mayor capacidad destructiva que la familia". En consecuencia, lo que los padres generalmente califican como una enfermedad podría considerarse como el proceso de individualización; la familia es un instrumento ideológico del capitalismo cuyo poder radica en el hecho de que es la mediadora entre el hombre y la sociedad. Por lo tanto, retomamos el concepto de familia como un grupo esencial, puesto que

permite la integración del hombre a su medio ambiente, propiciando su adaptación a la ideología predominante en dicho medio.

¿Qué sucede si la familia estructura al individuo en contraposición a la ideología en que se encuentra sumergido?; la respuesta quizá sería la inadaptación, enfermedad o anormalidad de dicho individuo.

LAING (1972), afirma: "Hablamos de familias como si supiéramos lo que son. Damos dicho nombre a grupos de personas que viven juntas, determinados periodos, y se hallan vinculadas entre sí por el matrimonio y el parentesco de sangre". Este autor hace hincapié en la importancia vital de las relaciones y procesos familiares, las cuales, al ser internalizadas por el individuo, determinan su vida, de tal manera que su comportamiento, aún el del enfermo, es consecuencia de su relación familiar.

Como conclusiones, la sociedad determina la conformación y el modo de actuar de la familia, la cual a su vez, definirá la estructura del individuo aun cuando esta concatenación no es unilateral, sino recíproca. Es decir, la familia es una unidad de intercambio integrada por diversos miembros, cada uno con sus diferencias y necesidades personales. Por lo tanto, recibe la influencia determinante de éstas en su conformación específica y, por su parte, influye en la estructura del grupo global, esto es, la sociedad.

Una vez esclarecida la importancia de la familia como elemento determinante de la personalidad, podemos enfatizar el hecho de que, aun cuando no es la única causa, puede propiciar o mantener la patología individual. De ahí que, cuando nos referimos al individuo enfermo, en particular, debemos subrayar el papel trascendente que la familia juega en su tratamiento, tanto si el propósito es cambiar los modelos de interrelación familiar que propician o mantienen la enfermedad, cuanto si lo que se busca es que influya en la recuperación del paciente.

HARBIN y MAZIAR (1975), realizaron una revisión de diversos estudios relacionados con la familia del farmacodependiente, dividiéndolos en tres secciones:

- I. Estudios clínicos en los que incluyeron aquellos en los cuales los autores establecían sus impresiones clínicas y sus teorías, sin intentar una comparación o cuantificación de los datos.
- II. Estudios clínicos en los que quedaron comprendidos los trabajos donde hubo un intento de cuantificación o comparación de datos.
- III. Estudios en los que, además de la cuantificación de los datos existió también un grupo control.

De esta revisión destacan, incluidos en la sección I, los siguientes hallazgos:

HIRSCH (1961), realizó uno de los primeros trabajos en los que se considera a los padres de drogodependientes desde la perspectiva del tratamiento y la investigación: en su estudio de tres madres y un padre de adolescentes farmacodependientes, en terapia de grupo, identificó: "madres narcisistas quienes rechazaban a sus hijos adictos cuando no correspondían al amor que ellas les proporcionaban. El padre fue visto como débil e ineficaz, proporcionando un modelo para la identificación".

Por su parte, en 1961, WOLK y DISKIND, informaron en relación con los familiares de 344 sujetos que habían estado involucrados en el uso de heroína y que se encontraban bajo libertad condicional en el estado de Nueva York: la madre de estos sujetos fue considerada frecuentemente como neurótica, sobreprotectora, masoquista, quien debía mantener enfermos a sus hijos (emocionalmente) para su propia supervivencia emocional. El padre era descrito como débil o ausente.

WELPTON, en 1968, realizó un estudio con diez usuarios crónicos de LSD, en el cual informa: "Se encontró que las madres estaban excesivamente involucradas con los pacientes para compensar una pobre relación entre los padres".

En 1972, SELDIN , llevó a cabo una revisión de trabajos relacionados con la familia del adicto. Como resultado reportó los siguientes datos: "Los pocos estudios sociológicos que trataban directamente con adictos, encontraron una alta incidencia de familias de origen quebrantadas, ya sea por divorcio, separación o una patente hostilidad entre los padres. La madre era vista como la figura dominante y era reportada como sobreindulgente y altamente interdependiente con los hijos adictos. El padre era descrito, generalmente, como ausente a través de separación emocional o física. Los matrimonios de adictos repetían la dinámica de sus familias nucleares".

Los trabajos mencionados dentro de esta sección son criticados, en forma general, por sus deficiencias metodológicas, entre las que se encuentran: la escasa representatividad de la muestra utilizada; la aplicación de terminos poco específicos en la descripción y evaluación de las figuras paternas; el haber trabajado, en su mayoría, únicamente con las percepciones del adicto sin haber entrevistado directamente a la familia. Sin embargo, algunas de las consideraciones clínicas de estos trabajos se repiten en ulteriores investigaciones.

De los estudios incluidos en la sección II debemos subrayar: en 1954, GERARD y KORNETSKY, estudiaron a las familias de 32 adolescentes adictos; en sus resultados mostraban "que las madres eran excesivamente dominantes y rígidas o excesivamente indulgentes e

indisciplinadas, 24% de ellas eran clasificadas como seductoras. Por otra parte se demostró que los padres jugaban un papel mínimo en la vida de los pacientes: por ausencia, divorcio, separación o desinterés; 30% eran excesivamente moralistas y 20% paranoicos y dominados".

Por su parte, HAWKS (1969), presentó los siguientes resultados de un estudio llevado a cabo con 74 adictos a anfetaminas: "36 de los pacientes habían padecido privación paterna o separación antes de los 16 años". Asimismo, se encontró un alto grado de patología entre los miembros de la familia; el 21% de los padres se encontraban en dificultades por la ingestión de alcohol u otra droga, el 5% tenía antecedentes criminales, y el 10%, o tenía historia de hospitalización psiquiátrica, o se encontraba en tratamiento psiquiátrico en el momento del estudio. Entre las madres se observó un 7% de incidencia en un alto consumo de alcohol o alguna farmacodependencia y un 14% con historia de alteraciones psiquiátricas. Un 23% de los hermanos contaba con historia de alcoholismo u otra farmacodependencia y un 12% tenía alteraciones psiquiátricas.

En 1970, CHAMBERS y sus colaboradores, realizaron un estudio con 168 mujeres adictas a narcóticos, en el cual encontraron que "el 54,8% de los casos se originó en hogares rotos cuando la paciente contaba menos de 16 años de edad".

En 1971, el grupo de investigación encabezado por CROW, pre-

sentó un informe del trabajo realizado con 8 heroinómanos, en el cual afirma que los drogodependientes compartían la carencia de un modelo masculino con quien identificarse.

ROSENBERG (1971) y sus colaboradores, estudiaron a las familias de 35 pacientes hospitalizados por uso múltiple de drogas. Concluyeron que la perturbación en el enfermo estaba relacionada aparentemente con la hostilidad que sentían hacia los padres, así como por la dependencia exagerada respecto de la madre; de ahí que la farmacodependencia se observara como síntoma de un vasto problema familiar y no sólo como la manifestación de un trastorno en la personalidad del adolescente.

Por su parte, el grupo de HAASTRUP (1972), reseñó los resultados de las entrevistas realizadas a los padres de 187 drogodependientes; la muestra incluyó tanto a adictos leves, cuanto a aquellos cuya adicción podía ser calificada como aguda; por lo que se refiere al nivel socioeconómico éste no fue homogéneo. Los hallazgos principales fueron: "un alto número de hogares rotos, edad avanzada del padre, frecuentes admisiones psiquiátricas de la madre, alto abuso por alcohol de los padres, intenso consumo de medicamento psicoactivos por las madres".

CANERINI y otros, en 1970 entrevistaron a un grupo de familias de drogadictos y señalaron: "Los resultados demostraban una alta desorganización de la vida familiar con 40 a 45% de los pa-

cientes, teniendo un padre ausente o una familia incompleta".

De igual manera que a los estudios incluidos en la sección I, a los de la sección II se les cuestiona la confiabilidad de sus resultados y, por lo tanto, la posibilidad de extrapolación de sus hallazgos.

Por lo que se refiere a los estudios de la sección III podemos resumir:

KURTZBERG y EAVIOR, en 1966, aplicaron la prueba psicológica de "Dibuje una Persona" a 119 prisioneros entre los que se encontraban 59 adictos a heroína y 60 no adictos; llegaron a los siguientes resultados:

Un número considerable de adictos se sobreidentificaba con la madre; encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, aun cuando cabe señalar que no se realizaron entrevistas directas con las familias.

Por su parte, en 1968, TORDA, llevó a cabo un estudio basado en la administración de pruebas psicológicas y de evaluación de figuras de 30 heroinómanos y 30 pacientes psiquiátricos no adictos:

"Se halló que los adictos provenían de un hogar en donde la madre era dominante y la conducta agresiva era devaluada, las ma-

dres no eran conscientes de las necesidades infantiles de los sujetos. La pasividad era gratificada y tendían a la intelectualización".

En 1964, CHEIN y sus colaboradores, efectuaron un estudio comparativo, entre dos grupos de varones, con respecto a la relación del adolescente con el padre o la figura paterna; uno de los grupos estaba compuesto por 30 drogodependientes y, el otro, por 29 no farmacodependientes. En su informe señalan: "El 80% de los adictos tenían una relación extremadamente débil de padre-hijo, 48% tuvieron la ausencia del padre en una parte significativa de su primera niñez, el 97% de las familias tenían una relación mental perturbada". Consideramos importante subrayar que en este estudio sí se realizaron entrevistas con toda la familia.

ROSENBERG, en el año 1969, realizó un estudio con 50 neuróticos, 50 farmacodependientes y 50 alcohólicos, en el cual observó que los alcohólicos y los farmacodependientes tenían una alta incidencia de hogares rotos. 31 alcohólicos y 28 drogadictos, antes de los 15 años, se enfrentaban con la ausencia de sus padres naturales en el hogar. Los padres fueron descritos como desinteresados, rechazantes e injustos. Las entrevistas se efectuaron únicamente con los pacientes.

Como resultado de la evaluación que hemos realizado de esta recopilación, una vez analizados los trabajos incluidos en las tres

secciones, sugerimos la necesidad de reconsiderar la metodología, así como los instrumentos y términos que deben utilizarse en el estudio y análisis de la familia del farmacodependiente.

No obstante las diferencias encontradas en relación con las formas de aproximación; el número de sujetos estudiados; los lugares en que se realizaron los estudios; y el marco de referencia de los autores, es importante enfatizar la frecuencia con la que se presentan, en las diversas investigaciones, los siguientes datos:

- La ausencia de padre y/o su problema de ingestión de alcohol.
- La madre como figura sobreprotectora y aliada con el farmacodependiente.
- Un ambiente familiar que no promueve el intercambio afectivo además de tener dificultades en el manejo de la agresión.

Por otra parte, DONALD y KAGSBRUN, en 1977, efectuaron una revisión casi exhaustiva, de la literatura concerniente a drogodependencia e interacción familiar. La clasificación de los estudios incluidos fue similar a la que establecieron HARVIN y MAZIAR en su compilación. Sin embargo, agregan áreas que deberían investigarse en este campo; asimismo, sugieren cambios en la metodología que

habría que utilizar en estudios posteriores. En relación con la familia del farmacodependiente, presentan un resumen con los siguientes patrones: "No sólo el uso de droga apareció como funcional para el individuo, sino que también para servir a una función estabilizadora de la familia, distraendo la atención de conflictos subyacentes. Frecuentemente, los drogadictos debían proteger la unión entre el padre y la madre atrayendo hacia sí mismos el conflicto y el dolor de la relación marital".

Los padres usaban alcohol en exceso, sugiriendo que esta manifestación era tácitamente aceptable dentro del sistema de valores familiares.

También asumían el rol masculino tradicionalmente definido, incluyendo actividades masculinas estereotipadas, invalidando los intentos de sus hijos para desviarse de este modelo. La posición del padre como la cabeza fuerte de la familia pareció ser una ficción más que un hecho, pero una ficción necesaria y nutrida por la real cabeza de la familia, la madre. De este modo, cuando uno de los padres empieza a expresar su propia vulnerabilidad, el equilibrio del sistema familiar está manifiestamente trastornado.

STANTONT, en 1979, indicó que el hecho de estudiar en forma más específica la interacción familiar no implica, necesariamente, restar importancia a factores de otro nivel que también influyen en la manifestación y mantenimiento de la farmacodependencia.

SMART y otros (1972), afirman: "Parece ser que las explicaciones teóricas de la adicción, basadas en esos otros niveles de investigación, no han sido particularmente útiles en ofrecer una dirección para la metodología del tratamiento".

BAITHER, en 1978, realizó una revisión selectiva de la literatura relacionada con el tema, en la cual incluyó trabajos sobre las diversas áreas que influyen en el fenómeno -vida familiar del drogodependiente, proceso y metas del tratamiento, etc.-. De aquellos enfocados al área de la vida familiar presentamos la siguiente síntesis:

HIRSH en 1961, observó: "Un matrimonio infeliz, una madre ambivalente hacia los niños, padre relativamente pasivo y las personalidades de madre y adicto siendo similares".

FRANKEL (1975), encontró que con frecuencia al padre se le percibía como "frio"; así como que el farmacodependiente se sentía enajenado por la vida familiar.

BAER y CORRADO (1974), en un estudio con heroinómanos, establecieron que éstos, en su infancia, habían vivido con unos padres carentes de interés con respecto a su comportamiento y metas infantiles, además de haber sufrido intenso castigo físico.

TENNANT (1976), afirma que: "las características de las adicciones paternas tenían menor relación con los hábitos del adicto que lo demostrado previamente".

BAITHER menciona que un factor equívoco, en muchos de los estudios, fue el haber confiado en la memoria de la familia y del adicto como fuente de información.

Por otro lado, MILLER (1979), en un estudio con enfoque psicoanalítico, de 27 usuarios de marihuana, halló que la mayoría de ellos sentían que sus padres eran agresivos, indiferentes o no afectivos; dentro de estas categorías quedaron incluidos aquellos cuyas características eran: manifestar el amor a sus hijos sólo cuando éstos se encontraban en problemas o bajo presión; no besar a sus niños; ser censores, injustos, agresivos; trabajar lejos del hogar o estar divorciados. También estaban incluidos los padres que habían muerto o estaban separados.

En una aproximación a la dinámica intrafamiliar y al tratamiento de familias de adictos jóvenes (de 12 a 25 años de edad), usuarios de marihuana, alcohol, tranquilizantes y anfetaminas, entre otras drogas, REILLY, establece las siguientes características en estas familias: negativismo; comunicación realizada mediante quejas, culpas y regaños; demanda de atención por parte de los hijos a través de la creación de problemas; inconstancia de los padres, incapaces de establecer límites o reglas fijas para gobernar

a la familia; pareja en desacuerdo con respecto a cómo y cuándo imponer disciplina; hijos que reciben mensajes ambivalentes o confusos; y, por último, padres con la actitud de "no ver" las drogas.

Con relación a las expectativas paternas patógenas, afirma que las de los padres respecto de los hijos se encuentran fuera de la realidad; de ahí que, al crecer éstos, aparezca la drogodependencia como una venganza hacia los padres demandantes.

Además de estas situaciones descubrió una gran dificultad para elaborar el duelo, es decir, surgieron duelos no elaborados de figuras significativas de las familias de origen; así como que la farmacodependencia desviaba la atención de otros problemas maritales.

En base a la observación de 78 familias de adictos, de diferente origen étnico y nivel socioeconómico, que se llevó a cabo primordialmente en sesiones de terapia familiar múltiple y con un encuadre estructural, E. KAUFMAN y P. KAUFMAN (1979), mencionan, entre otros, los siguientes patrones de interacción familiar: Cuando el farmacodependiente de sexo masculino estaba "aglutinado" con la madre, se provocaba una separación conyugal, una respuesta de agresión del esposo y/o el alejamiento de la familia.

Al respecto los autores informaron que, en las familias en las que el usuario consumía estupefacientes, esta unión era ante-

rior al abuso y dependencia de las drogas.



En los casos en los que este tipo de unión se daba entre los padres, éstos pensaban, actuaban y sentían por los demás miembros de la familia, sobre todo por el drogodependiente, a quien frecuentemente se le culpaba por los síntomas psicósomáticos de la madre. Más aún, en un número significativo de los casos, ambos padres colaboraban para mantener al adicto en el "infantilismo".

En las familias de adictos a estupefacientes los hermanos tenían una importancia crucial; ya fuera por su propia adicción, la cual estaba aglutinada con la del paciente identificado; por su papel de padre-hijo autoritario; o por su rol de triunfador, contra el cual el adicto potencial no podía competir. Por último, los autores consideran que la desorganización familiar presente en las familias de farmacodependientes era previa al uso de drogas y no producto de éste.

Posteriormente, apareció un trabajo de R. FRAMROSE (1979), acerca de la familia de usuarios de inhalables. En este estudio se incluyó una muestra de 41 adolescentes inhaladores y sus familias bajo un enfoque de tratamiento familiar. El mayor porcentaje de la muestra estaba constituido por individuos pertenecientes a un medio socioeconómicos con grandes carencias, así como un alto índice de desempleo y de sobrepoblación.

Con frecuencia las madres relataban la historia de una infancia infeliz y con grandes privaciones.

El autor establece dos hallazgos centrales sobre la psicopatología familiar:

1º) Los adolescentes ejercen un poder acrecentado por la ansiedad creada por el abuso del inhalable.

2º) La evasión de la intimidad entre los adultos de la familia.

Al mismo tiempo, observó que la autoridad paterna era eliminada por la madre y, por último, que la homeostasis familiar parecía conservarse a través de la apatía.

En un intento de sintetizar los rasgos comunes de las familias con un miembro farmacodependiente, E. y P. KAUFMAN enumeran los siguientes:

1. El drogodependiente como el portador del síntoma de la disfunción familiar.

2. El farmacodependiente ayuda a mantener la homeostasis fami-

liar.

3. Refuerza la tendencia de los padres a continuar controlándolo.
4. Proporciona un campo de batalla diferente, el cual permite continuar negando los problemas implícitos y explícitos de los padres.
5. Es común que los padres consuman alcohol y drogas en exceso y que este consumo provoque un comportamiento inadecuado en los padres.
6. Forma alianza con uno de sus padres, por separado.
7. Las fronteras generacionales no están bien definidas y existe competencia entre los padres.

Por otra parte, como reseña STANTON (1979), la aproximación de tratamiento familiar a problemas de farmacodependencia parece ser empleada en la mayoría de los programas que tratan con drogodependientes.

En resumen, la investigación sobre la estructura de la familia de los adictos, a pesar de tener deficiencias metodológicas, pudo proporcionar, una serie de patrones predominantes que son susceptibles de ser generalizados a la mayoría de las familias de farmaco-

dependientes. Estos patrones sacaron a la luz algunas de las primeras consideraciones clínicas hechas sobre el tema y que permitieron el abordaje adecuado de estos grupos.

Más recientemente, diversos autores han trabajado en los últimos años, para determinar los diferentes tipos de familias de los drogodependientes. Entre estos trabajos destacan los realizados por AUSLOOS (1981) en Suiza, CANCRINI (1982) en Italia y STANTON & TOOD (1983) en Estados Unidos. Según los autores citados, conociendo el funcionamiento familiar se puede predecir qué familia puede producir un hijo adicto. También se puede predecir las consecuencias de conducta en el ciclo homeostático familiar, o la aparición de síntomas o crisis en otros miembros cuando el adicto se convierte en abstinente.

AUSLOOS (1981), distingue familias de transición caótica, que generarían delincuentes o drogodependientes y familias de transición rígida que generarían miembros psicóticos o anoréxicos. Las familias de transición flexible serían aquellas capaces de adaptarse al medio y a las diferentes necesidades de la familia y de cada uno de sus miembros. Las familias de transición caótica tendrían una fuerte tendencia a la transformación; no poseen reglas estables sino que éstas están en un continuo proceso de cambio. Este autor extrapola de los datos de sus estudios unas características generales que suelen presentarse en un tanto por ciento representativo. El toxicómano suele ser rechazado por el padre del

mismo sexo. El hijo es el único objeto de amor del padre del sexo contrario en detrimento de la pareja. Respecto a los hermanos del drogodependiente, si éste no es el mayor, entonces el que ocupa el primer lugar suele presentarse como un modelo ideal, es el perfecto, es el que ayuda a los padres y, generalmente, hace él la demanda a la institución.

Según AUSLOOS (1981), los aspectos de los miembros de la familia serían:

- 1) Abuelos: - . Tomaban alcohol u otras drogas.
 - . Han tenido un papel relevante en la educación del toxicómano.
 - . Descalifican a los padres.
- 2) Padre: - . Ausente.
 - . Muerto.
 - . Inexistente.
 - . Tomaba alcohol.
 - . Descalifica a su pareja.
- 3) Madre: - . Captadora.
 - . Cómplice de la toxicomanía.
 - . Enferma o depresiva.
 - . Descalifica a su pareja.

CANCRINI (1982), describe cuatro categorías en su intento de clasificación, para este autor, las toxicomanías no constituyen un grupo homogéneo de situaciones de sufrimiento, lo que sucede es que

en personas con problemas diversos se palia el sufrimiento con el uso de drogas. Este autor establece una tipología en consonancia entre la organización psicológica individual, el síntoma y la organización familiar. Así, tenemos los diferentes tipos:

1) Tipo Traumático.

Los contextos familiares de esta clase de adicción son bastante variados. En algunos casos los pacientes han sido siempre hermanos o hermanas modelos que se inician en la adicción frente a un trauma serio. En estos casos, cuando el hecho traumático envuelve a toda la familia original (muerte de un miembro, ruptura de la pareja parental, etc.) puede aparecer un sentimiento de culpa en el sujeto.

Este acontecimiento traumático desmorona el equilibrio psíquico de la persona y, ante la imposibilidad de expresar el duelo, se produce una evolución patológica. En este caso el síntoma es funcional para el sujeto, pues le permite afrontar y superar el sufrimiento personal. El encuentro con la heroína es fulminante por la importante capacidad anestésica que tiene.

Este tipo de adicción puede aparecer también en el joven adulto individuado que ha salido de su familia de origen, se ha casado. Cuando aparece el duelo (separación, pérdida de un hijo, etc.) no puede soportarlo, pero tampoco puede volver a la familia de origen.

Desde el punto de vista dinámico se produce un desmoronamiento vertical.

2) Tipo Neurosis Actual.

La estructura familiar donde se desarrolla este tipo de adicción se caracteriza por:

- La gran implicación de uno de los padres (generalmente de sexo opuesto) en la vida del hijo y en su enfermedad.
- El papel periférico del otro padre.
- La presencia de una estructura conocida como el triángulo perverso.
- La debilidad entre subsistemas que constituyen la jerarquía familiar.
- El desarrollo de una polarización que define al hijo adicto como el "malo" en comparación con otro hijo "bueno".
- Un sistema de comunicación caracterizado por mensajes contradictorios no paradójicos y conflictos que se desarrollan rápida y violentamente.
- Existe un conflicto incompleto entre los padres mantenido por el síntoma del hijo. Padres que viven juntos, que tienen problemas suavizados por el hijo: si está bien, entonces hay amenaza de separación; si está mal se vuelven a acercarse. Cuando los padres están separados, estando mal,

el hijo mantiene un vínculo cómplice para que los padres sigan juntos.

Hay un paralelismo entre estas familias y las de los jóvenes delincuentes o sujetos con problemas conductuales leves. Este tipo de adicción es el más frecuente. Las circunstancias actuales son más importantes que el retorno al pasado. El conflicto se manifiesta aquí y ahora, actual y externo al individuo.

Desde el punto de vista de la psicopatología individual corresponde a un tipo inespecífico que en terminología clásica se denomina "psicastenia" (humor depresivo, síntomas somáticos inespecíficos, etc.). Aquí el comportamiento toxicómano sirve para evitar la manifestación de un conflicto o de un suceso advertido como doloroso y peligroso por todos los miembros del grupo familiar al que pertenece el drogodependiente. Este tipo de adicción es propia de adolescentes en vías de individualización o de jóvenes adultos en fase de abandono del hogar. Con una constelación familiar en la que no hay comunicaciones incongruentes sino comunicaciones contradictorias. Este tipo de farmacodependiente suele mostrarse grandilocuente, con gran tendencia a las mentiras. Suele ser una drogodependencia no peligrosa, pues son muy prudentes pese a lo que aparentan. En ocasiones hacen tentativas de suicidio exhibicionistas. Suelen justificar su consumo de drogas con argumentos como "por culpa de mis padres", "la vida es muy aburrida", ...etc. Recorren los centros de tratamiento sin saber qué buscan.

3) Tipo Transicional.

El contexto familiar se caracteriza por el esfuerzo de no definir las relaciones; es mantenido por el frecuente número de mensajes paradójicos o incongruentes. Tanto dentro de la familia como en los contextos externos existe un alto nivel de mitificaciones. La familia utiliza la enfermedad como una solución, tomando posturas de autosacrificio.

Se encuentra frecuentemente el hermano exitoso frente al fracasado: el primero, por varias razones, goza de un prestigio particular a los ojos de toda la familia; se siente más competente resolviendolos y tiene una larga historia de intimidad con uno de los padres. Cuando el miembro prestigioso deja la familia, el comportamiento del paciente, lejos de desalojar al hermano incordiabile de una situación que se ha hecho insoportable, tiene el efecto de fijar las cosas tal como eran. Este tipo de trastorno se sitúa entre la neurosis y la psicosis con defensas de ambas. En este tipo de familias, en la mujer se suele presentar la anorexia, mientras que en el hombre es más frecuente la drogodependencia teniendo un perfil psicológico parecido al alcohólico. La droga funciona como una válvula para la psicosis. Es una especie de terapia peligrosa para mantener el equilibrio.

Ambos progenitores están muy involucrados, unidos y ligados, aunque existe un divorcio emocional entre ellos. El tratamiento en

estas familias es dificultoso porque hay una fuerte complementariedad y resistencia al cambio. Se caracterizan por producir aburrimiento o irritación al terapeuta: piden ayuda pero lo descalifican; hablan de sus problemas diciendo que no hay solución; realizan un peregrinaje por las instituciones.

4) Tipo Antisocial o Sociopática.

En los casos menos severos se parecen a las familias tipo neurosis actual, mientras que en los casos más severos muestran rasgos en común con familias desligadas, familias que generalmente pertenecen a las clases sociales bajas, cuyos miembros parecen moverse en órbitas aisladas, pareciendo no tener mutuamente ninguna interdependencia. Son los hijos abandonados en instituciones públicas o bien hijos de familias multiproblemas que viven en los ghettos de las grandes ciudades. El uso de las drogas por estos jóvenes es una forma de autodestruirse, de no quererse a si mismo. Es muy difícil que lleguen a solicitar tratamiento, salvo en situaciones desesperadas. La familia tampoco acude en busca de ayuda, existe un vacío en las relaciones familiares.

Para algunos autores este tipo de farmacodependiente representa la persona que se convierte en chivo expiatorio de una serie de situaciones conflictivas y marginadoras presentes en el interior del sistema social. Presentan problemas de adaptación antes de que comience la drogodependencia. Son personas que hasta el final de

la infancia experimentan separaciones de personas significativas. Suelen tener una personalidad antisocial y psicopática que tienden a expresar el conflicto psíquico a través del acto. Suelen utilizar cualquier tipo de droga: lo que encuentran, ya sea estimulante o depresora; en cualquier caso autodestructivo.

STANTON & TOOD (1983), describen un modelo prototípico para las familias de adictos varones en el cual la madre está comprometida en una indulgente, enredada, sobreprotectora y dramática relación con el adicto, que es colocado en una posición de niño favorecido. Frecuentemente está mimado. Es definido por la madre como "el más fácil de criar" y generalmente como "bueno". Los padres de adictos varones son definidos como periféricos, no comprometidos, débiles o ausentes. La relación padres-hijo es descrita por el adicto como negativa, con una tensa e incostante disciplina. Un número desproporcionado de padres varones son descritos teniendo problemas de alcohol.

En contraste con los varones, las adictas parecen estar en lucha abierta con sus madres que ven como sobreprotectoras y autoritarias, mientras que sus padres son descritos como ineptos, indulgentes con ellas, agresivos sexualmente y frecuentemente alcohólicos.

La toxicomanía por encima de su primera apariencia agresora cumple una función de rango superior dentro del sistema: eludir

los peligros de la amenaza del cambio. Quizá desde esta perspectiva se entiendan mejor las resistencias, los boicots, los abandonos de terapia. Y quizá así también podamos entender la frecuencia de aparición de síntomas: depresiones, psicosis, etc., en otros miembros del sistema, que vendrá a sustituir a la drogodependencia y su funcionalidad cuando aquella cesa. A partir de lo anterior, las implicaciones prácticas son inmediatas: si admitimos la función del síntoma drogodependencia dentro del grupo familiar, el sujeto de nuestra intervención no será el individuo, sino el sistema: la familia y el funcionamiento relacional, y dicha intervención irá dirigida a crear las condiciones necesarias para que la posibilidad de cambio no sea vivida como un riesgo. De ese modo el síntoma perderá su funcionalidad y, por lo tanto, su razón de ser. El enfoque sistémico tiene como objetivo final el conseguir la "salud" del sistema como base para la salud de cada uno de sus miembros (SERRANO SEGURA Y OTROS, 1987).

2.7.- Psicoterapia Familiar.

Tenemos que destacar la importancia de la psicoterapia familiar en el campo de la drogodependencia, cada día más utilizada como respuesta a diversos problemas psicosociales que generan los adictos. En lo que se refiere al tratamiento de enfermos drogodependientes, durante los últimos años se ha evidenciado un creciente interés en el papel de la familia ya no sólo en la génesis, sino también en el mantenimiento del problema del uso y abuso de dro-

gas, así como en el tratamiento del mismo.

COLEMAN y DAVIS (1978), se sorprendieron al encontrar, como resultado de una encuesta realizada con el propósito de determinar hasta qué punto se estaban empleando los enfoques de terapia familiar en los programas relacionados con el tratamiento de farmacodependientes en los EEUU, puesto que de los 2012 programas que respondieron el 93% proporcionaba tratamiento familiar por lo menos a un porcentaje de sus pacientes; y el 69% mencionó que proporcionaba terapia familiar que incluía al usuario de drogas. En relación a la pregunta con respecto a si el tratamiento familiar era importante para el proceso de recuperación del enfermo farmacodependiente, los porcentajes de respuesta sobre el rango de importancia fueron: 74,2% muy importante; 21,1% importante; 1,9% poco importante, y 0,1% nada importante.

Los tres teóricos/terapeutas relacionados con el estudio de la familia y cuya influencia fue más evidente en la década pasada, fueron: VIRGINIA SATIR, JAY HALEY y SALVADOR MINUCHIN. Es imprescindible, si se desea realizar un trabajo cuyos efectos perduren, que la labor del tratamiento alcance tanto a la familia como al enfermo mediante diversas técnicas como pueden ser los grupos de terapia familiar; entrevistas personales con los diferentes miembros de la familia; actividades en conjunto, etc., con el propósito de que todos cobren conciencia de sus actitudes hacia el miembro enfermo y hacia la drogodependencia.

Es imposible considerar al individuo separado de la familia; cada fase de su crecimiento está relacionada con el medio familiar. Así pues, el terapeuta no puede perder de vista este proceso si desea encarar, positivamente, los problemas de diagnóstico y tratamiento relacionado con el niño.

Un aspecto importante que debe tomarse en cuenta al analizar el proceso de desarrollo del niño es la actitud de dominio de los padres; durante su vida temprana la influencia de una dominación maternal puede ser más negativa para su desarrollo afectivo, que la de un padre excesivamente autoritario; no obstante, el niño en cualquier edad, será sensible a toda clase de dominación, sea abierta y verbalizada o indirecta y sutil.

Podemos decir que al mencionar a la farmacodependencia nos referimos a un proceso por el que un sujeto se siente impulsado a usar, y en ocasiones, abusar de dichas sustancias; pero además, al hablar del drogadicto podemos pensar que es un individuo cuya dependencia va más allá de la de los fármacos, un individuo cuya estructura de personalidad es de tipo dependiente de representaciones internalizadas, de figuras representativas de la infancia, sobre todo de la etapa posnatal en el período de lactancia.

Del mismo modo podemos afirmar que existe una aversión por parte de los hijos hacia los padres que restringen la autorreali-

zación.

Aun cuando en algunas ocasiones el paciente llega al tratamiento a solicitar ayuda por iniciativa propia, por lo general, es algún miembro de la familia quien pide esta ayuda y, con mayor frecuencia, la madre del paciente adolescente.

La familia, al enterarse de la drogodependencia de alguno de sus miembros, suele preocuparse y buscar la forma de resolver el problema, por lo que acude con el paciente identificado a un centro de tratamiento. Generalmente, la familia se encuentra muy angustiada y se siente culpable e impotente.

Sin embargo, la dinámica familiar normal en relación con el farmacodependiente es el punto de convergencia de sus conflictos, logrando así, ignorar cualquier otro problema presente; al iniciarse la rehabilitación del enfermo, se rompe este equilibrio y la familia reacciona oponiéndose por temor a enfrentarse con aquellos conflictos más severos. Consecuentemente, un tratamiento que no integre a la familia corre el riesgo, de ser obstaculizado por ésta, ya sea porque no lo apoye o porque se oponga de manera velada o abierta.

La psicoterapia de un miembro puede perturbar a la totalidad de la familia o, a la inversa, puede ser que el progreso en psicoterapia resulte imposible para el individuo, si se excluye al resto

de la familia (JACKSON, 1974).

De lo anteriormente expuesto se desprende el motivo por el cual, día con día, se le ha dado mayor importancia al hecho de tratar a la familia como un todo y no sólo al enfermo, a quien ACKERMAN ha llamado chivo expiatorio.

COOPER afirma (1972): "Nos negamos a aislar como enfermo al miembro hospitalizado de la familia".

Juzgamos necesario mencionar el trabajo de PICHON RIVIERE (1977), quien desde hace 20 años trabaja con grupos familiares. Este autor ha elaborado conceptos tan importantes como el de emergente; la cuestión del "mal entendido" como situación fundamental a esclarecer; los problemas de comunicación grupal; el miedo al ataque; y el miedo a la pérdida.

Debido a que uno de nuestros objetivos de estudio es la prevención del enfermo drogodependiente dentro del rol familiar, pensamos que es imprescindible analizar las características no sólo de la familia, sino también la del adolescente, ya que la experiencia nos indica que es en esta etapa del desarrollo donde se presenta un mayor índice de adicción.

De esta manera podríamos explicarnos por qué el uso indebido de drogas parece ser, primordialmente, un fenómeno que se presenta

en la adolescencia, pues es en esta edad en la que el individuo requiere de mayor orientación, apoyo, compañía y comprensión, requerimientos que no pueden ser cubiertos por las familias disfuncionales debido a que sus miembros, sobre todo los padres, no son competentes para enfrentar la propia problemática.

Al estudiar la estructura familiar, se hace evidente la importancia de la etapa de la adolescencia en el desarrollo del uso indebido de drogas. El prototipo de la familia de un usuario es el de aquella en la que uno de los padres se encuentra muy involucrado con el drogodependiente, mientras que el otro es más castigador; generalmente, el padre más involucrado, indulgente y sobre protector es el del sexo opuesto al del usuario.

Según DAVIS (1974) y HALEY (1973), existe evidencia de que la mayoría de los farmacodependientes mantienen una relación familiar cercana hasta los 30 años de edad y, en ocasiones, por más tiempo.

De acuerdo con COLEMAN, definiremos el tratamiento familiar como una terapia o consulta de los miembros de una familia, en la que un líder (terapeuta/consejero) los ayuda a resolver sus problemas y a lograr formas más positivas y constructivas para relacionarse entre sí. La composición del grupo de personas que asisten a una sesión puede variar de acuerdo con la elección, escuela o experiencia del terapeuta, también se puede modificar de una sesión a otra con el mismo terapeuta. La práctica general consiste en la

presencia de más de un miembro de la familia en una sesión determinada, es decir, se puede tratar de una pareja matrimonial, una pareja de padre-hijo, etc. Sin embargo, debemos hacer hincapié en que la piedra angular de todo el enfoque es que, cualesquiera que sean, las técnicas específicas aplicadas deben dirigirse a todo el sistema familiar y no a un grupo de individuos separados.

Antes de pasar específicamente al tratamiento, consideramos las diferentes funciones que tienen las drogas en una familia, especialmente cuando se ingieren en forma regular o compulsiva. Por ejemplo, podríamos preguntar, ¿ayudan éstas a mantener el equilibrio dinámico de la familia, es decir, su homeostasis?; ¿coadyuvan a clasificar a un miembro de la familia como inútil e incompetente y, por lo tanto, incapaz de dejar el hogar?; finalmente, ¿apoyan, y como problema, unifica y mantiene intacta a la familia, en la medida en que una catástrofe une a la gente que la experimenta junta?.

Los profesionales que han estudiado el uso compulsivo de drogas en las familias, han aceptado, casi en forma universal, el hecho de que la ingestión de drogas por parte de un miembro de la familia generalmente es tolerado por los demás familiares; más aún, puede ser fomentado abierta o clandestinamente. Además, puede ser que el patrón de ingestión de drogas no sólo sea apoyado y mantenido por el sistema, sino que la familia realmente presione para sabotear aquellos esfuerzos de tratamiento que empiezan a tener

éxito en la reducción del consumo. Revisando la literatura al respecto encontramos múltiples ejemplos de este tipo, tales como el de la esposa de un alcohólico recuperado que le compra una botella de licor para su cumpleaños o el del padre de un adicto a la heroína que le da dinero para obtenerla. Así, pues, podemos decir que hay evidencia de que existe una confabulación inconsciente para que el adicto siga siéndolo, factor que no debe olvidarse al considerar el esquema del tratamiento familiar.

Algunos autores encontraron, en entrevistas realizadas con 158 adictos a heroína que las personas consideradas, por los propios pacientes, como útiles en su intento por dejar las drogas fueron: como primera elección, los miembros de sus familias de origen, sus familiares políticos; y como segunda y tercera elección, una pareja del sexo opuesto y el paciente mismo. Por su parte, LEVY (1975), indicó que en un seguimiento de 5 años a personas adictas a los narcóticos, encontró que los pacientes que superaron con éxito la ingestión de drogas contaron, con más frecuencia, con el apoyo familiar.

El primer estudio publicado, relacionado específicamente con el tratamiento multifamiliar contra el abuso de drogas, fue realizado por KLIMENKO (1968); en este trabajo la autora describe un programa de pacientes externos, en el cual algunas familias de farmacodependientes fueron tratadas conjuntamente, por coterapeutas, en un intento por mejorar la comunicación familiar y promover el

entendimiento entre los miembros (DELL ORTHO, 1974).

DELL ORTHO, identificó 3 prerequisites que debe presentar una familia para que se desarrolle el proceso terapéutico:

- a) Compromiso por parte de sus miembros.
- b) Capacidad de reconocer los posibles beneficios de la terapia.
- c) Sentimientos de fracaso que sean superables, además de la aptitud para enfrentarse a una situación amenazante.

Según HUBERTY (1976), es esencial que el terapeuta tenga en cuenta siete problemas básicos que comparten el drogadicto y su familia:

1. Carencia de conocimiento acerca de la dependencia, como tal, a las sustancias químicas y a las drogas en general.
2. Negación de la dependencia.
3. Falta de aceptación de la propia responsabilidad y, consecuentemente, acusaciones a otros miembros de la familia o a fuerzas externas a ésta.
4. Evasión de la expresión de todo aquello que implica emociones fuertes.

5. Ambivalencia de sentimientos y deseo de cambio.
6. Falta de honestidad.
7. El modelo que presenta la familia acerca del consumo de drogas.

Para SERRANO SEGURA (1987), cuando el terapeuta entrevista a una familia, debe pensar que se encuentra ante una estructura disfuncional y que debe explorar esa estructura para poder situar las posibles áreas de flexibilidad y cambio. Ello no es fácil: para obtener una descripción verdadera de las pautas transaccionales que tiene la familia, el terapeuta debe ir más allá de la autodescripción verbal de sus miembros, debe observar sus interacciones y ello lo conseguirá a través de la observación de:

- 1) La utilización del espacio de la familia. Es importante observar la forma en que se ubican sus miembros ya que ello puede proporcionar indicios acerca de las alianzas y coaliciones, centralidad y aislamiento de los mismos.
- 2) Teniendo en cuenta que el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas (parental, filial, etc.), hay que observar los límites que existen entre ellos; es decir, qué reglas definen, quiénes par-

ticipan y de qué manera.

- 3) Observando la conexión existente entre los aspectos de contenido (lo referencial que se transmite de forma digital) y relacionales (lo conativo, que es fundamentalmente analógico) en la comunicación de la familia.

El tipo de preguntas que deberán utilizar en la entrevista serán fundamentalmente pragmáticas, y sólo se podrán realizar con la coparticipación de la familia.

Resumiendo, podemos afirmar que la adolescencia significa un reto para la familia; así como que cuando una pareja ha podido completar las etapas de su desarrollo personal, incluyendo las relaciones con su familia de origen, estará apta para manejar este reto.

La terapia familiar permite hacer explícitas las actitudes de los padres hacia el adolescente, asimismo, proporciona un setting para catalizar el desarrollo tanto de los padres cuanto de los adolescentes.

Por último, es necesario hacer hincapié en la afirmación: La psicoterapia familiar, si bien está evolucionando como técnica y como teoría, está llena de desafío, llena de sorpresas, y es altamente gratificadora para el terapeuta, así como también para la

familia. Una ciencia de la conducta familiar, basada en un sistema de diagnóstico y psicoterapia familiar, encierra la promesa de un importante agregado para nuestro arsenal de servicios para la salud mental (ACKERMAN, 1978).

2.8.- Factores Predictivos.

Como resultado de una recopilación de investigaciones realizadas para la determinación de factores predictivos familiares, hemos podido comprobar que las opiniones de los diferentes especialistas sobre el tema van a depender de sus ideologías, personalidades, actitudes y resultados de sus diferentes investigaciones, lo cual conlleva a veces posturas encontradas, no obstante existen unos puntos en la que la gran mayoría están de acuerdo, y estos son:

- El consumo de drogas por los amigos y por los padres influyen por separado (SMART, R.G. & FEJER, D. 1972; KANDEL, D. 1973).
- Ambos consumos, el de los padres y el de los amigos son sinérgicos en cuanto a su influencia en el adolescente, pero el ambiente que rodea a las amistades lo es aun más. Ello es debido a la existencia de un compromiso más importante

en las interrelaciones con las amistades (ROBBINS, L. & COLS. 1971; BLUM, R.H. 1972; BRANNON, B.R. & COLS. 1989; BROOK, J.S. 1989).

- Destacan como datos predictivos de consumo, además del círculo de amistades, el deseo de probar la droga, la actitud personal hacia ella, y la posibilidad inmediata de su consumo (ROSENBERG, CH.M. 1971; LUCAS, W. 1973; JOHNSON, B.D. 1973; JESSOR, R. & COLS. 1973; FRIEDMAN, H.L. 1989).
- La clase social alta posee menor riesgo de consumo; ello posiblemente debido a la educación y mejora ambiental (CHEIN, I. 1964; HAASTRUP, S. & THOMSEN, K. 1972; BLUM, R.H. 1972; JESSOR, R. & COLS. 1973; FRIEDMAN, H.L. 1989; SMITH, D.E. 1989).
- El consumo es mayor en familias con problemas de ruptura matrimonial y/o consumo de alcohol, pildoras, etc. por los padres (GERGEN, M.K. 1972; BLUM, R.H. 1972; MCCAUL, M.E. & COLS. 1990; FLORENZANO, R. 1990).
- Se ha visto que son más propensos los buenos estudiantes, que los menos buenos, en cuanto al consumo de marijuana; ésto parece ser debido a la exploración cognitiva que de las mismas hacen aquellos que tienen ansias de saber (GERGEN, M.K. 1972).

- Mayor incidencia con padre desvinculado de la familia, débil, vago o pesimista (HIRSCH, R. 1961; WOLK, R.L. & DISKIND, M.H. 1961; CHEIN, I. 1964; SELDIN, N.E., 1972; AUSLOOS, G. 1981; SERRANO, A. 1987).
- Madre dominante, inmadura, conflictiva, ambivalente (entre el rechazo y la posesión), narcisista, neurótica, y sobre-protectora son factores altamente demostrado (HIRSCH, R. 1961; WOLK, R.L. & DISKIND, M.H. 1961; CHEIN, I. 1964; SELDIN, N.E. 1972; AUSLOOS, G. 1981; STANTON, M.D. & TOOD, E.C. 1983).
- Suelen buscar, y de hecho poseen esposas que sustituyen a la madre en su papel familiar (HIRSCH, R. 1961; WOLK, R.L. & DISKIND, M.H. 1961; SELDIN, N.E. 1972; CANCRINI, L. 1982).
- La tendencia a la drogadicción es más frecuente en familias liberales y permisivas, siendo menor en familias religiosas, moralistas y de carácter más rígido (CHEIN, I & COLS. 1964; HAASTRUP, S. & THOMSEN, K. 1972; BLUM, R.H. & COLS. 1972; KLITZNER M. & COLS 1990).
- La marihuana, actualmente representa el primer paso en el comienzo en la escalada de las drogas; siendo un factor decisivo para su consumo, el ambiente de amistades que rodea

al individuo (GOODE, E. 1970; TEC, N. 1972; KANDEL, D. 1973; BROOK J.S. & COLS. 1990).

- Por último, sólo unos pocos factores han resultado ser coincidentes al relacionar delincuencia y drogadicción, y estos son: conflicto familiar, adolescencia estresada y pobres medios económicos (CHEIN, I & COLS. 1964; FRIEDMAN, H.L. 1989).

2.9.- Conclusión.

Este problema tiene una solución primordialmente preventiva a todos los niveles. Comenzando por la detección pronta de los factores de riesgo de inadaptación en las familias, interviniendo sobre las pautas de relación familiar cuando ello sea posible, o cuando menos, proporcionando al muchacho apoyos externos a la familia que puedan ofrecerles experiencias gratificantes y en las cuales se sienta útil y valorado.

Esto no tiene por qué ser una labor estrictamente profesional. Los padres van tomando conciencia de la importancia de las pautas de interacción que se dan en sus casas, cómo la aplicación de premios y castigos debe tener cierta consistencia, en qué medida su propia implicación en el tejido social y asociativo del barrio conlleva consecuencias positivas en la socialización de sus hijos (MORENO, 1988).

TRABAJO DE CAMPO.

I.- JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.

El problema de la droga no sólo es grande por su extensión, sino también por la amplitud de los campos socioestructurales que abarca. Enfocarlo desde un sólo punto de vista sería erróneo, no llevaría a ninguna solución viable. Todos estamos de acuerdo en que más que una lucha contra la droga, lo que tenemos que plantear-nos es la búsqueda de soluciones a los problemas de índole social, familiar, médico, psicológico y jurídico. Por lo tanto, el problema es interdisciplinario, y debe ser tratado tanto a nivel de la oferta como de la demanda (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE NIDA, 1981).

En cuanto a la oferta chocamos con una realidad histórica, la droga siempre ha estado unida al ser humano, y lo que es más anecdótico, científicamente, droga, fármaco y medicamento tienen el mismo significado. La etimología de la palabra droga es germánica, la de fármaco es griega y la de medicamento es latina. Internacionalmente los ingleses usan preferentemente droga, los alemanes fármacos y los franceses "medicament", pero el significado es el mismo en los tres casos: substancia que aplicada externa o internamente a un ser vivo produce un cambio manifiesto en alguna función biológica. El cambio puede ser favorable (acción medicinal), que depende del estado previo del individuo, pero también toda acción favorable se acompaña siempre de una cierta acción desfavorable; del viejo aforismo, "todo lo que sana, también mata". De todo esto se deduce, que el fármaco sólo será medicinal, cuando la magnitud de la acción favorable compense suficientemente el riesgo posible de la acción

tóxica. Todo lo dicho se complica, cuando nos introducimos en las drogas legales, sustancias intrínsecamente no medicinales y que son de consumo habitual.

Deducimos de lo anterior, que difícilmente ganaremos la guerra a las drogas luchando sólo desde la oferta; pues la droga de una u otra forma, siempre existirá. Es pues desde la demanda, y en concreto con la prevención, donde podemos ganar más batallas.

Por todo ello, la sentencia "Más vale prevenir que remediar", resulta especialmente cierta cuando se trata el tema de la drogadicción. Prevención significa ayudar a los individuos a consolidar firmezas y valores personales que reduzcan la probabilidad de que se hagan daño a sí mismos o a sus semejantes.

Así, todas las drogas, legales o ilegales, las que requieren receta médica o las de fácil adquisición, están más o menos al alcance de niños y adultos, tanto pobres como ricos. La facilidad con que se consiguen todas estas sustancias constituyen, de por sí, un problema; tal vez no podamos detener el flujo de drogas, pero podemos evitar que las personas que nos interesan se vean afectadas por él.

Si bien, la prevención, como sabemos, puede ser de tipo primaria (antes de que exista la toxicomanía), de tipo secundaria (cuando lo que pretendemos es evitar su progresión) y de tipo ter-

ciaria (cuando lo que se busca es una rehabilitación), la prevención que más nos interesa es la primaria, y consiste en crear una resistencia al abuso de drogas antes que éste se inicie, ayudar a las personas a desarrollar destrezas y talentos, confianza y sentido de su propio valor, y a que aprenda a tomar decisiones inteligentes en lo concerniente a su salud y su vida. Las personas seguras y satisfechas de sí mismas difícilmente caen en el abuso de drogas.

En la educación del adolescente sobre el tema de la droga, nos encontramos con un cuchillo de doble filo, ya que no posee madurez suficiente para analizar algo placentero y que la sociedad rechaza, además, ha de tenerse en cuenta que el joven rechaza a la sociedad. El sentido de invulnerabilidad, el atractivo por el riesgo y la rebeldía ante la intimidación, hacen que la información exhaustiva, con detalles técnicos (usos, formas, efectos), goce del privilegio de poder perjudicar. La sociedad consumista occidental, lleva implícita una conducta adictiva, y la adolescencia se dilata por diferentes circunstancias, llegando a veces a comprender desde los doce a los treinta años; el adolescente necesita escapar de esa situación, la droga le hace sentirse distinto, el riesgo es un atractivo y el yonki coge el camino más fácil: matar su adolescencia.

Por todo ello, debemos dar una información correcta, objetiva, suficiente, y combatir la inseguridad, la frustración, la inadaptación.

ción, ofreciendo alternativas y reforzando la capacidad de razonar y de tomar decisiones. Evitemos los binomios droga-joven, droga-libertad, droga-delincuencia debido a la posibilidad de incitar a determinadas conductas. La causa más frecuente de intoxicación es voluntaria, pocas veces accidental, de ahí la importancia de prevenir "la ocasión", mediante la activación de imágenes mentales, con ocasión del desarrollo del pensamiento abstracto en el adolescente.

Sin embargo, la pasividad de la familia y la escuela, ante el tema de la droga, hace que la primera información proceda de la calle o de los medios de información, no siendo siempre la adecuada. Puesto que la mejor etapa de prevenir la drogadicción es entre los 8 y 20 años, la familia es de vital importancia en ésta. Si logramos que los niños crezcan en un ambiente de amor y seguridad, si se pueden expresar con libertad, si son objetivos e incluso optimistas con respecto a sus capacidades, y si pueden tomar decisiones firmes, es muy probable que nunca lleguen a depender de las drogas.

Por otro lado, de estudios comparativos de adolescentes que consumen drogas y otros que no lo hacen, se desprende que lo que a menudo diferencia a los dos grupos son las virtudes que se cultivan a través de los años, y que en éstas influyen mucho las buenas relaciones y la confianza que se manifiestan entre los miembros de la familia. La mayoría de los jóvenes que no consumen

drogas señalan que sus padres los tratan con respeto, que los escuchan, y que sus familias les ayudan a resolver sus problemas. Las familias cuyos miembros saben escucharse mutuamente y compartir sus sentimientos, constituyen el factor más importante en la prevención del abuso de drogas.

Los jóvenes, como sabemos, están sometidos a las presiones del grupo constituido por sus amigos: la presión de encajar en el grupo, de ser aceptados; esta presión puede tanto alentar como desalentar el uso y abuso de drogas. Además, la adolescencia es la época en que se desea experimentarlo todo, incluso las drogas. Crecer nunca es fácil y, en ocasiones, la droga parece el mejor camino para escapar de los problemas; pero, cuando vuelve a la realidad, ve que sus problemas siguen allí, pero a menudo agravados por otros nuevos ocasionados por las drogas. Problemas que parecen demasiado grandes para una sola persona, pueden resolverse con la ayuda de alguien más, la prevención puede estar al lado de un amigo cuando éste necesita ayuda. En ocasiones, la persona puede confiar sus problemas a sus padres, a un consejero o maestro; en otras a amigos que saben escuchar y le ayudan a resolver problemas de índole personal. Otros jóvenes prefieren la soledad para pensar, o escuchar música tratando de aclarar las ideas. Hay quienes para superar sus frustraciones, se refugian en alguna actividad deportiva intensa. La ayuda adecuada depende de cada individuo. (KORNBLIT, AL. & COLS. 1988).

En definitiva, la comunidad tiene la obligación de organizar programas de prevención, con los siguientes objetivos:

- Mejorar las capacidades que facilitan la toma de decisiones.
- Mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales.
- Mejorar los hábitos de higiene y la educación física.
- Ofrecer buenos ejemplos, de comportamiento maduro, a compañeros y grupos de personas más jóvenes.
- Proporcionar información precisa sobre las drogas y las reacciones que provocan, explicando a la vez por qué recurre a ellas la gente.
- Alentar a los jóvenes a que se respeten a sí mismos.
- Cambiar los ambientes y lugares que puedan crear actitudes y comportamientos negativos.
- Dar rienda suelta a la imaginación, la curiosidad, la creatividad y la comprensión, las cuales constituyen expresiones naturales, especialmente entre los jóvenes.
- Ayudar a la gente a hacer frente a la ira, el dolor y el

desengaño.

- Identificar los recursos de nuestra comunidad: conocimientos, generaciones, herencia, cultura.
- Cambiar las actitudes generalizadas que consideran el abuso de las drogas y el alcohol como signo de sofisticación o madurez, y las que son innecesariamente severas con los drogadictos.

Para terminar, pensamos que en el tema de la prevención, se precisan esfuerzos innovadores que den respuestas a las nuevas circunstancias que envuelven el ya complejo, pero a su vez reciclado mundo de las drogas; y es por esto, por lo que emprendemos este trabajo que a continuación describiremos.

II.- DEFINICION Y OBJETIVOS.



Se trata de una investigación piloto, iniciada el 1 de octubre de 1989 y finalizada el 1 de noviembre de 1990, estableciéndose como marco geográfico a la provincia de Sevilla, y limitándose a una población de drogodependientes en fase crítica por diferentes causas (médicas, penales, y de conflictividad familiar); todo ello, en busca de la construcción de un instrumento de detección de familias y de circunstancias socio-ambientales vulnerables a la drogadicción, con la finalidad de conseguir medios para estrategias de intervención apropiadas a los fines preventivos con dichas familias o individuos.

Actuar preventivamente a nivel familiar, implica detectar familias y ambientes psicosociales de riesgo a la drogadicción, definiendo por tales a grupos poseedores de determinadas variables que los colocan en la probabilidad de que uno o más de sus hijos adolescentes adopten hábitos drogadictivos.

La detección de grupos familio-ambientales vulnerables, nos enfrenta a la necesidad de idear estrategias preventivas, a los efectos de disminuir el riesgo de desarrollo de hábitos drogadictivos por parte de sus jóvenes.

Para llevar a cabo un estudio acerca de esta problemática, encaramos una investigación en el ámbito de la ciudad de Sevilla y su provincia, cuyos objetivos son:

1. Investigar la relación entre ciertas variables situacionales por las que atraviesan las familias con hijos adolescentes, conceptualizadas como indicadores de riesgo psicosocial, su específica trama relacional, y la emergencia de drogadicción.
2. Que se puedan desarrollar estrategias de prevención a nivel comunitario, a partir de los datos obtenidos.
3. Posibilidad de establecer estrategias de intervención con las familias o individuos identificados como vulnerables, para prevenir desarrollos patológicos o para ayudarlos al mejor control de condiciones riesgosas ya existentes.

III.- PROBLEMA E HIPOTESIS.

El problema que nos venimos planteando desde el inicio de este trabajo: la evaluación de aquellas variables y factores de riesgo presentes en la familia que van a favorecer la aparición de una drogodependencia no han sido objeto de numerosos estudios e investigaciones; es por lo que pensamos, que su valor en la situación actual de la prevención, en temas de drogodependencias, es cada vez más necesario; pues al mismo tiempo que se profundiza nos encontramos con nuevas interrogantes, y simultáneamente con nuevas respuestas. Pensamos que aún queda mucho que descubrir en el seno del hogar del farmacodependiente, y con el conocimiento mejor del funcionamiento del grupo familiar, utilizaremos un mejor abordaje con la introducción de las correcciones adecuadas, y así poder potenciar o determinar un comportamiento positivo.

Nuestra investigación, se inicia con las siguientes hipótesis, que con los resultados obtenidos podrán o no verificarse:

Un primer grupo de ámbito familiar y otro segundo de tipo general.

FAMILIAR.

- 1.- La relación negativa del individuo con su ambiente familiar, es un factor de riesgo, y empeora esta relación tras la adicción.

- 2.- El consumo del padre es un factor de riesgo.
- 3.- El consumo de la madre es un factor de riesgo.
- 4.- El drogodependiente suele tener hermanos consumidores.
- 5.- El drogodependiente suele tener pareja consumidora.

GENERAL.

- 1.- La dedicación del tiempo libre como factor importante de riesgo.
- 2.- El estado anímico o subjetivo es un factor de riesgo, pero de poco valor predictivo, y generalmente empeora tras la adicción.
- 3.- La conducta presuicida es un factor de riesgo.
- 4.- La indiferencia ante la salud, el trabajo y el futuro son factores de riesgo significativos.
- 5.- La relación negativa del individuo con su ambiente de trabajo y amistades, son factores de riesgo, y empeoran

tras la adicción.

- 6.- El toxicómano suele ser politoxicómano.
- 7.- El consumidor suele tener amistades consumidoras.
- 8.- Desinformación ante el problema de la droga por los toxicómanos.
- 9.- Las amistades como factor importante de riesgo en el inicio.
- 10.- El lugar de relación habitual es un factor importante de riesgo en el inicio.
- 11.- El tipo de consumo difiere según el sexo.
- 12.- El problema derivado del consumo es múltiple en cuanto a complejidad.

Las conclusiones obtenidas dentro del marco territorial de la provincia de Sevilla, pueden ser extrapolados a otras provincias de nuestro país, dadas las características de la población investigada, muy similar al resto de los drogodependientes existentes en otras comunidades.

IV.- METODOLOGIA.

Vamos a hacer algunas consideraciones sobre los métodos de investigación seguidos, especialmente sobre el tipo de encuesta y los criterios para el análisis de los resultados. Existe una compleja problemática de tipo metodológico, que debe afrontar quien aborda el estudio de las actitudes de los drogodependientes, en las que tanto influyen los factores emotivos. Por eso a la hora de elaborar encuestas y formular las preguntas, hay que tener cuidado para no orientar o condicionar las respuestas de los informantes (por tanto, se debe evitar todo prejuicio o el buscar, propiciar con preguntas "adecuadas" resultados acordes con la propia ideología).

Por otra parte, hay que ser muy prudentes a la hora de interpretar o valorar los resultados de las encuestas, ya que estamos operando con reacciones subjetivas y es difícil hacer estimaciones objetivas y precisas.

Por todo esto, somos conscientes de las limitaciones y riesgos que debemos afrontar para poder realizar un estudio riguroso en estos dominios.

1.- Elección de la muestra.

El grupo drogodependiente consta de 96 encuestados, con más de tres años de consumo, en situación límite, entendiéndose por tal, el estar sometido a una asistencia especializada sanitaria o en vía judicial por detención policial.

En cuanto al grupo control, se han seleccionado 96 personas no drogodependientes teniendo en cuenta las variables sociológicas del grupo experimental, ya sea profesión, nivel de estudio y estrato socioeconómico, así como el barrio y situación laboral; siendo igualmente proporcional en cuanto al sexo, edad, estado civil y número de hermanos.

El total de cuestionarios nulos del grupo experimental han sido de cuatro, dos de ellos por falsificación del cuestionario debido a la situación de estrés en la que se encontraban dentro de las dependencias policiales; otros dos por agotamiento debido a complicaciones por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, lo que impidió que completaran el cuestionario.

- Cuestionarios realizados:

100 drogodependientes y 96 controles.

- Cuestionarios válidos:

96 drogodependientes y 96 controles.

- Cuestionarios nulos:

4 Drogodependientes.

Procedimiento de elección de los sujetos:

Comprobada la población de drogodependientes que nos brindan los datos indirectos: tratamientos y detenciones policiales, elegimos aleatoriamente un número proporcional de cada situación, quedando la muestra en un total de 96 drogodependientes. De los 96 drogodependientes, 38 sujetos fueron interrogados en las salas correspondientes a los servicios de Medicina Interna, Infeccioso y Ginecología de los antedichos Hospitales, donde se encontraban ingresados por difentes afecciones (sífilis, tuberculosis, candidiasis, VIH, hepatitis, etc.) ; 35 sujetos de las dependencias policiales de estupefacientes en el Gabinete Psicológico de la Jefatura Superior de Policía de Sevilla, los cuales estaban siendo asistido del síndrome de dependencia psicológica, previo a su interrogatorio policial; por último 23 sujetos que estaban en conexión con el C.P.D. (Centro Provincial de Drogodependencias de la Diputación Provincial de Sevilla) con diferentes antecedentes

y situaciones.

El procedimiento de elección de los 96 controles ha sido mediante la búsqueda en barrios marginales de la provincia de Sevilla, de elementos con las características socioeconómica y culturales del grupo drogodependiente; descartando aquellos elementos que no correspondieron al prototipo previamente seleccionado. Se realizaba al mismo tiempo un balanceo o equilibramiento en cuanto al sexo y el número de hermanos entre ambos grupos.

En definitiva, el grupo control se ha seleccionado mediante el procedimiento de muestreo por cuotas, o muestreo no probabilístico, procedimiento no aleatorio en la elección de la muestra, que resulta de una mayor sencillez, rapidez y económicamente más rentable.

2.- Descripción de los instrumentos.

Hemos construido un cuestionario, asociándole la descodificación del mismo; todo ello en formato de un folio y fotocopia reducida (ver anexo I).

Tras la construcción del cuestionario, basandonos en estudios bibliográficos e investigaciones realizadas previamente, practica-

mos con el mismo a una población de prueba, con el objeto de detectar los posibles errores y la viabilidad de su ejecución; tras lo cual fue ligeramente modificado. Así, la pregunta 65. ¿Cuál es el principal motivo por el que consumes drogas?, del cuestionario original (ver anexo I), es definitivamente suprimida, por ofrecer confusión; siendo anulada de los posteriores modelos de encuestas.

Se utiliza un cuestionario con un total de 15 variables socio-demográficas, de acuerdo con la siguiente distribución:

a) Indicadores del sujeto encuestado:

- edad.
- sexo.
- estado civil.
- profesión.
- nivel de estudio.
- situación laboral.

b) Indicadores de la familia del encuestado los siguientes:

- profesión del padre.
- profesión de la madre.
- situación laboral del padre.
- situación laboral de la madre.
- estado civil de los padres.
- número de hermanos.

c) Indicadores ambientales:

- barrio donde vive.
- barrio donde vivía antes del consumo (éste sólo para los

consumidores de drogas).

Los indicadores del problema a estudiar se reparten como sigue (los expondremos primero de forma esquemática para posteriormente desarrollarlos en toda su extensión):

VARIABLES 1 Y 61 INDICADORES DE AMBIENTE OCUPACIONAL.

VARIABLES 2, 3, 4, 5, 6 Y 62 INDICADORES DE ESTADO ANÍMICO.

VARIABLES 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59 Y 60 INDICADORES DE RELACIÓN AFECTIVA FAMILIAR Y AMBIENTAL.

VARIABLES 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 24, 25, 26, 27, 28 Y 29 INDICADORES DE TIPO DE DROGA Y CANTIDAD DE CONSUMO DEL SUJETO.

VARIABLES 30, 31, 32, 33 Y 34 INDICADORES DE CONSUMO DEL ENTORNO FAMILIAR Y AMBIENTAL.

VARIABLE 35 INDICADOR DE INFORMACIÓN DEL SUJETO.

VARIABLES 51, Y 52 INDICADORES DE INICIACIÓN.

VARIABLE 63 INDICADOR DE CONTEXTO PARA EL CONSUMO.

VARIABLES 64 INDICADORES DE PROBLEMÁTICA AMBIENTAL.

Este cuestionario está compuesto de dos partes, la primera, consta desde la pregunta nº 1 hasta la nº 50, y la segunda, desde la nº 51 hasta la nº 64. La primera parte puede ser respondida por ambos grupos de población (drogodependientes y muestra control),

la segunda sólo puede ser respondida por los drogodependientes.

Las preguntas aparentemente subjetivas, buscan en el fondo un valor objetivo que va a estar garantizado por unas respuestas previamente codificadas, que en todas y cada una de las preguntas darán explicación de lo que se pregunta y de las diferentes opciones (con ejemplos que faciliten la comprensión). Para evitar el cansancio y la ambigüedad del encuestado, hemos buscado dentro de lo posible brevedad y simplicidad en las preguntas y en las respuestas.

A continuación vamos a analizar cada pregunta y sus diferentes contestaciones, exponiendo los criterios que hemos seguido para hacerlas operativizables.

Pregunta 1ª. ¿A qué dedicas el tiempo libre actualmente?.

En esta pregunta analizamos el contexto dedicacional durante su tiempo de ocio, pues es entonces cuando es mayor el peligro de contacto con las drogas, sobre todo si se frecuentan fiestas (incluimos aquí: discotecas, pub, lugares de baile...) o en la calle (incluimos aquí: bares, salas de juegos, jardines); siendo el contacto con drogas más difícil realizándose con actividades como el deporte (incluimos toda actividad de acción física, campestre, ...) o con la lectura (incluimos actividades intelectuales); siendo la televisión menos valorable, pero a tener en cuenta, por la dedica-

ción de un gran colectivo social. La respuesta "Otros...", la dejamos entre paréntesis para incluir en ella otras actividades que por su frecuencia o relación con otras variables pudiera sernos de utilidad en nuestro estudio. Esta pregunta, que se refiere al momento actual, la pondremos en relación con la pregunta n° 61, que versa sobre las aficiones del grupo drogodependiente antes del consumo y así conocer la evolución del paciente en este periodo, si ha cambiado o no durante su tiempo libre.

Pregunta 2ª. ¿Cómo te encuentras actualmente de ánimo?.

En esta pregunta, buscamos el estado de satisfacción actual en comparación con la situación anterior al estado de drogodependencia, a la que se refiere la pregunta N° 62; y así estudiamos la repercusión del consumo de drogas en el encuestado. De esta forma buscamos un posible estado anímico preadictivo en su comienzo.

Pregunta 3ª. ¿La Salud es para ti?.

Pregunta 5ª. ¿El Futuro es para tí?.

Pregunta 6ª. ¿El Trabajo es para tí?.

Son cuestiones con las que buscamos el interés personal, diferenciándonos dos modelos de comportamientos a tener en cuenta en la patogenia del futuro drogodependiente. Así, la Salud puede

ser de poco interés para un yonqui, que manifiesta un continuo desprecio hacia su vida, a diferencia de otros tipos de drogodependientes, por ejemplo, un fumador puede temer por su salud pero no puede dejar el tabaco. Con la pregunta 5ª, buscamos los posibles indicios de síndrome amotivacional, del que de sobra hacen gala tantísimos drogodependientes; no tiene sentido más que el presente, para el que necesita una dosis inmediata. En cuanto al Trabajo, sinónimo de esfuerzo con una recompensa a largo plazo, fácil es de comprender, que no es precisamente lo más importante para la personalidad inmadura y falta de todo interés de superación que identifica al preadictivo (excluyendo ciertos tipos de consumidores de cocaína, anfetaminas y tabaco, caracterizados por cierto estado de hiperactividad).

Las variables a responder son dos: Importante.....1.
Poco Importante.....2.

Pregunta 4ª. ¿Pensastes alguna vez en suicidarte?.

Intentamos buscar ideas presuicidas en los consumidores, ya que éstas pueden tener una mayor incidencia en la población drogodependiente que en la población control.

Las variables opcionales son:

- Sí.....1.

Las Preguntas correspondientes a los números comprendidos entre el 7º y el 14º, buscan la relación actual del encuestado con su medio ambiente, de tal forma que podamos hacer dos comparaciones: de la población drogodependiente con la muestra control, y de la población drogodependiente actual con ella misma antes del consumo; esto último mediante la pregunta que corresponde con los números 53º al 60º. Las relaciones con la familia es el fundamento de nuestro estudio, intentamos poner énfasis en el medio de desarrollo del niño-adolescente (un estado afectivo subjetivo concreto) y la proporción de adictos correspondientes. Pero además, no es sólo el medio familiar el que pudiera predisponer a una situación subjetiva preadictiva, sino que también está influido por otros: escuela, trabajo, servicio militar, la pareja..., y no digamos si además se unen varios de estos factores. Ahora bien, no podemos caer en el error de interpretar unas relaciones pésimas consecutivas al abuso de estupefacientes, que son prácticamente habituales en esta población, con las circunstancias previas a su abuso; por ello comprobamos el pasado afectivo del drogadicto en las preguntas de la 53ª a la 60ª.

Pasamos a transcribir las preguntas correspondientes a los números anteriores:

¿Cómo es tu relación actual con:

7º. Padre?.

8º. Madre?.

9º. Amigos?.

10º. Pareja?.

11º. Esposo/a?.

12º. Hermanos?.

13º. Profesores?.

14º. Trabajo?.

Las opciones son las variables:

- Buena.....1.

- Regular.....2.

- Mala.....3.

- No tiene.....4.

¿Cómo era tu relación antes del consumo de drogas con:

53º. Padre?.

- 54°. Madre?.
- 55°. Amigos?.
- 56°. Pareja?.
- 57°. Esposo/a?.
- 58°. Hermanos?.
- 59°. Profesores?.
- 60°. Trabajo?.

Las opciones son las variables: Buena, Regular, Mala, y No tiene. Con la numeración anteriormente indicada.

Las Preguntas 53ª a 60ª, tienen como nota diferenciadora respecto de las preguntas 7ª a 14ª, el haber sido formuladas en pretérito, buscando así estados motivacionales en el inicio del consumidor.

Las variables expuestas anteriormente presentan un valor muy subjetivo; esa subjetividad es lo que realmente buscamos, pues son los sentimientos de esas vivencias y no las vivencias en sí, las que conducirán a la huida de la realidad y posible refugio en las drogas. La variable "NO" engloba a todos aquellos, que no conocieron a su padre, madre, etc. o no lo recuerdan como para haber sido influidos al consumo por ellos; sirva como ejemplo, el caso del padre difunto siendo el encuestado aún muy joven.

Las Preguntas comprendidas entre la 15ª y la 29ª, establecen el tipo y el grado de consumo de las diferentes drogas legales e

ilegales. Las variables se presentan de forma esquemática, para lo que usamos un sistema de unidades equivalentes, con lo que evitamos las listas farragosas a la hora de valorar la cantidad de droga consumida, facilitándonos las operaciones de cálculo estadístico.

Mediante la pregunta: ¿Tomas algunos de estos productos?, incluimos a su vez las preguntas:

- 15ª. Cerveza.
- 16ª. Vinos.
- 17ª. Cubatas.
- 18ª. Licores.
- 19ª. Tabaco.
- 20ª. Café/Té.
- 21ª. Tranquilizantes.
- 22ª. Barbitúricos.
- 23ª. Anfetaminas.
- 24ª. Cannabis (Porros).
- 25ª. Cocaína (Derivados).
- 26ª. Opiáceos (Heroína).
- 27ª. Disolventes.
- 28ª. Ácidos (LSD).
- 29ª. Otras(.....).

Los valores posibles son: Nunca, Alguna vez, De vez en cuan-

do, y Bastantes veces. Vamos a pasar a estudiar cada uno de estos valores:

Valor 1:

Nunca: engloba a todo aquel que no consumió, ni consume.

Valor 2:

Alguna vez: recoge a todo el que consumió hace bastante tiempo (años), o que consume esporádicamente (una vez cada varios meses o años), pero con el convencimiento de no repetirlo.

Valor 3:

De vez en cuando: es el tipo de consumo habitual (un gran consumo cada pocos meses o poco consumo una vez por semana); por ejemplo, el consumidor moderado de fin de semana, siendo en el resto de la semana su consumo prácticamente ausente o ausente total; pero existe la convicción de no dejar esa práctica, haciéndola habitual con peligro manifiesto de drogodependencia.

Valor 4:

Bastantes veces: corresponde al drogodependiente crónico, in-

capaz de dejar de consumirla un sólo día, aún siendo en poca cantidad, o de consumirla varias veces por semana, pero en gran cantidad.

Consideramos drogodependientes para nuestro estudio, aquellos consumidores habituales (valor: De vez en cuando) y Crónicos (valor: Bastantes veces), de todos los productos anteriormente citados, excluyéndose el tabaco, café/té, cervezas y vinos, por su gran aceptación social y menor repercusión, a corto plazo (un carcinoma de pulmón necesita un periodo de latencia de 15 a 20 años de fumador, según LOMBARD (AGUSTI VIDAL, ESTAPE RODRIGUEZ, 1985).

Exploración del ambiente:

Las Preguntas 30ª a 34ª nos son válidas para conocer el ambiente de consumo en el que se ha podido dejar influir el encuestado; las preguntas 32ª y 34ª serán valoradas por el investigador de la forma siguiente: para evitar complejidades de respuestas, si tiene varios hermanos o amigos, sólo se valorará el mayor consumidor (siendo el clima drogodependiente el de nuestro interés). Los encuestados que no tienen padre, madre, etc. contestarán: No tengo. Pero si alguna vez lo tuvo y lo recuerda bien (suficiente como para ser influido por sus hábitos), contestará como si lo tuviera.

Pasamos a transcribir las preguntas correspondientes a los números anteriores:

- 30ª. ¿Qué sustancias consume tu padre?:
- 31ª. ¿Qué sustancias consume tu madre?:
- 32ª. ¿Qué sustancias consumen tu/s hermano/s?:
- 33ª. ¿Qué sustancias consume tu pareja?:
- 34ª. ¿Qué sustancias consumen tus amigos?:

Los posibles valores de estas cinco variables son:

- Alcohol.....1.
- Tabaco.....2.
- Tabaco y Alcohol.....3.
- Tabaco y/o Alcohol y otras drogas.....4.
- Otras drogas.....5.
- Ninguna.....6.
- No tengo.....7.

La Pregunta 35ª, estudia el nivel de información del encuestado y la confianza que presta a uno u otro servicio para solucionar el problema. A continuación, el grupo de cuestiones de filiación, de las que recogemos el mayor número de datos para poder diferenciar subgrupos de población, pero sin dejar de guardar el anonimato y la libertad de respuesta.

Pregunta 35ª. Ante un problema de drogas pedirías ayuda a:

Valores a contestar:

- Familia.....1.
- Médico.....2.
- Amigos.....3.
- Profesor.....4.
- Centro de Tratamiento de Drogodependencia...5.
- Otros.....6.
- A nadie.....7.

Pregunta 36ª. La edad se ha dividido en siete valores:

< 16 años. Corresponde al valor nº 1.

De 16 a 18 años. Al valor nº 2.

De 19 a 21 años. Al valor nº 3.

De 22 a 24 años. Al valor nº 4.

De 25 a 27 años. Al valor nº 5.

De 28 a 30 años. Al valor nº 6.

> 30 años. Corresponde al valor nº 7.

Pregunta 37ª. Varón en el valor nº 1.

Mujer en el valor nº 2.

Pregunta 38^a. Número de hermanos sin incluirse el encuestado:

Si no tiene hermanos.....1.

Tiene 1 hermano.....2.

Tiene 2 hermanos.....3.

Tiene 3 hermanos o más.....4.

Pregunta 39^a. Estado Civil (del encuestado); y Pregunta 47^a
Estado Civil de los Padres. Se han tabulado de la siguiente:

- Soltero.....1.

- Casado.....2.

En la respuesta de "casado", para facilitar el estudio estadístico, incluimos otros estados similares (parejas heterosexuales, homosexuales, etc.)

Pregunta 40^a. Profesión (del encuestado).

Pregunta 43^a. Profesión del Padre.

Pregunta 44^a. Profesión de la Madre.

Se contestan con la siguiente tabla:

- Sin Profesión.....1.

- Desconocida.....2.

- Fallecido/Impedido.....3.
- Operario sin Cualificar.....4.
- Operario Cualificado.....5.
- Industrial.....6.
- Administrativo/Aux./Oficial...7.
- Médico/ATS/Sanitario.8.
- Policía/Guardia C./Militar....9.
- Profesor/Educador.....10.
- Titular Medio.....11.
- Titular Superior.....12.
- Ama de Casa.....13.

Pregunta 41ª. Nivel de Estudios (del encuestado).

- No Tiene.....1.
- Primarios.....2.
- EGB/FP1.....3.
- BUP/COU/FP2.....4.
- Universit. Medio.....5.
- Universit. Superior.....6.
- Otros.....7.

Pregunta 42ª. Situación Laboral (del encuestado).

Pregunta 45ª. Situación Laboral del Padre.

Pregunta 46ª. Situación Laboral de la Madre.

- Trabajo Fijo.....1.

- Trabajo Eventual.....2.
- Paro.....3.
- Cobra Desempleo.....4.
- Pensión/Invalidaz.....5.
- Fallecido.....6.
- Autónomos.....7.
- Ama de Casa.....8.

Pregunta 48ª. ¿Con quién vives?.

Pregunta 49ª. ¿Con quién vivías antes del consumo?.

Ambas cuestiones se responden con:

- Padres.....1.
- Otros Familiares.....2.
- Sólo.....3.
- Matrimonio.....4.
- Pareja Heterosexual.....5.
- Pareja Homosexual.....6.
- En Grupo.....7.
- No Consumo.....8.

Pregunta 50ª. El barrio donde vives:_____.

Esta variable la hemos categorizado para poder facilitar su análisis de acuerdo con criterios de menor a mayor poder adquisiti-

vo; así tenemos:

- Bajo Nivel Socioeconómico...1.
- Medio Nivel Socioeconómico..2.
- Alto nivel Socioeconómico...3.

Pregunta 51ª. ¿Quién te ofreció drogas por primera vez?.

Pregunta 52ª. ¿Dónde tomaste drogas por primera vez?.

Con estas preguntas esperamos confirmar otros estudios estadísticos, en los que aparece "el amigo", como el principal inductor de la "escalada"; y "la calle" como el lugar de comienzo más generalizado, y por lo tanto, donde la prevención en potencia, debe ser más intensa.

Los valores de la 51ª. son:

- Padres.....1.
- Hermanos.....2.
- Esposo/a.....3.
- Pareja.....4.
- Amigos.....5.
- Médico/ATS/Sanitario.....6.
- Vendedor/Traficante.....7.
- Otros/No recuerda.....8.

Los valores de la 52ª. son:

- En Casa de sus Padres.....1.
- Casa de Amistades.....2.
- Discotecas/Pub.....3.
- Calles/Bares.....4.
- Colegio.....5.
- Trabajo.....6.
- Servicio Militar.....7.
- Otros/No recuerda.....8.

Recordemos que las Preguntas 53ª, 54ª, 55ª, 56ª, 57ª, 58ª, 59ª, 60ª y 61ª, tienen una formulación en el pasado, para relacionarlo con un estado ambiental pretoxicómano en potencia; en cambio la pregunta 62ª, busca un estado anímico pretoxicómano.

Pregunta 63ª. ¿Cómo sueles consumir las drogas?.

- Sólo.....1.
- Con mi Pareja.....2.
- En Grupo.....3.

Presenta 3 variables excluyentes entre sí, por lo que buscamos de las tres, la más frecuente; ya que la forma de consumo, dice bastante de las características del consumidor; así, un consumo en grupo, inducido por las circunstancias ambientales, dice menos de una posible psicopatología de base o de una drogodependencia manifiesta, que en el caso de un consumidor solitario. La pareja se presenta como un medio bastante frecuente de consumo, probablemente como medio de desinhibición, o para mejorar las relaciones sexuales; por lo que nos será de utilidad en nuestro estudio comparativo, el conocer el tipo más frecuente en estos casos.

Pregunta 64ª. ¿Qué tipo de problemas te ha dado la droga?.

Los valores posibles son:

- Familiares.....1.
- Enfermedades.....2.
- Laborales.....3.
- Policial/Judicial.....4.
- Académicos.....5.
- Familiar/Enfermedad.....6.
- Familiar/Laboral.....7.
- Familiar/Académicos.....8.
- Familiar/Pol./Jud.....9.
- Enfermedad/Laboral.....10.

- Enfermedad/Académicos.....11.
- Enfermedad/Pol./Jud.....12.
- Académicos/Pol./Jud.....13.
- Laborales/Pol./Jud.....14.
- Tres de éstos o más.....15.
- Ninguno.....16.

Esta pregunta nos interesa para conocer la envergadura del problema en el ámbito social así, como por el valor de control de veracidad de otras preguntas de nuestro cuestionario, tales como son las relaciones familiares, laborales y la importancia que le da a la salud. También nos servirá para conocer los problemas que la droga ha originado al encuestado.

En resumen, el cuestionario busca una relación causa (ambiental) efecto (predisposición), influencia afectivo- ambiental (sobre todo familiar), comparando en todo momento con la población control y con unas miras preventivas contra el primer contacto con las drogas. Queremos aclarar, que en la segunda parte del cuestionario, el término "droga" está referido a los tóxicos estupefacientes, llamadas "ilegales", pero se incluyen las bebidas de alto grado de alcohol, por sus características singulares dentro de éstas.

3.- Procedimiento.

Se trata de un Estudio de Casos y Controles, siendo la elección de la muestra drogodependiente un proceso aleatorio simple, no siendolo así, la elección del grupo control.

Mediante la creación de un Rapport, o ambiente distendido, se procede al sistema de entrevista estructurada y directa; siendo el marco temporal de aplicación de dicho cuestionario, desde el 1 de octubre de 1989 hasta el 1 de noviembre de 1990, y la fuente de toxicómanos: el Gabinete Psicológico de la Jefatura Superior de Policía de Sevilla y los Hospitales "Virgen del Rocío", "Virgen de la Macarena" y "de Valme", en Sevilla; así como el Centro Provincial de Drogodependencias de la Diputación Provincial de Sevilla.

La totalidad de los cuestionarios fueron pasados por un sólo entrevistador (autor de este trabajo), para evitar la posibilidad del sesgo por parte de diferentes entrevistadores, a su vez que se conseguía una familiarización en mayor medida con el protocolo; de esa forma se facilitaba, en igual medida, la rememorización en determinadas cuestiones en la que se exigía al encuestado recordar circunstancias pasadas, que debido al deterioro general del drogodependiente, necesitaba de un entrevistador entrenado.

3.1.- Estudio Piloto.

Determinados los aspectos del fenómeno que se quiere investigar, así como los objetivos a cumplir, se confecciona el cuestionario en folios fotocopiados, conteniendo cada folio (por unidad) el total del cuestionario con la descodificación (vease anexo I).

El cuestionario es pasado a un grupo de 25 personas pertenecientes tanto al grupo control como experimental, con el fin de comprobar si las respuestas cumplían los objetivos válidos para la investigación. Debido a que la corrección del cuestionario inicial es mínima y que toda pregunta tiene el objetivo esperado, se lleva a su ejecución sistemática.

3.2.- Presentación y Realización de la prueba.

Una vez elegido los centros donde contactar con los drogodependientes, se establece un orden de actuación:

- Explicación al jefe de servicio de la unidad a la que pertenece el enfermo, la finalidad y utilidad del trabajo así como la colaboración en lo que nos pudieran ser útil. A este grupo pertenecen los médicos, psicólogos, policías y tutores de los centros anteriormente citados.
- Búsqueda dentro del centro, del lugar más confortable y ais-

lado, en lo posible, donde comenzar el primer contacto con el farmacodependiente, de forma que cada cuestionario se le leía a cada uno por separado.

- Antes de comenzar el cuestionario se le da toda clase de explicaciones sobre la investigación, tanto en lo que afecta a los objetivos perseguidos, la libertad de respuesta, garantía de anonimato así como una primera lectura del cuestionario para situarlo en el contexto apropiado.
- Durante las instrucciones se les repite con insistencia la necesidad de que sean sinceros, siendo preferible la no realización del cuestionario a la falsificación del mismo, buscándose a la vez un clima adecuado de distensión y confianza, para que las respuestas fuesen lo más fiables.
- El tiempo de ejecución dependía de cada encuestado, pues aunque el cuestionario se les leía sistemáticamente a todos los entrevistados, cada uno presentaban un nivel de comprensión y cultural diferente.
- La proporción de negativas voluntarias a ser encuestado, resultó ser insignificante, mostrándose en general gran interés en ser interrogados, encontrándose sin embargo otro tipo de dificultad en la situación médico-legal de los entrevistados.

V.- ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS OBTENIDOS.

El tipo de Análisis Estadístico utilizado:

- Descriptivo por medio de histogramas de las variables cualitativas en grupos y
- Test paramétrico CHI-2, con la corrección de Yates.

Aplicando el procesador estadístico SPSS-PC a los datos recogidos en las encuestas, y elegidos los niveles de confianza $1-\alpha = 0.95$ y $1-\alpha = 0.99$ respectivamente, hemos querido incluir no sólo los valores de p inferior a 0,01, sino también los comprendidos entre 0,01 y 0,05, como valoraciones estadísticamente significativa para nuestro estudio.

1.- Descripción de Variables.

Crosstabulation: EDAD
By GRUPO

GRUPO→	Count Drogo Val Row Pct	drogodep	control	Row Total
		1	2	
EDAD				
16-18	2	15 16.0 46.9%	17 16.0 53.1%	32 16.7%
19-21	3	17 18.0 47.2%	19 18.0 52.8%	36 18.8%
22-24	4	21 20.5 51.2%	20 20.5 48.8%	41 21.4%
25-27	5	15 14.0 53.6%	13 14.0 46.4%	28 14.6%
28-30	6	16 15.5 51.6%	15 15.5 48.4%	31 16.1%
>30	7	12 12.0 50.0%	12 12.0 50.0%	24 12.5%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
.43562	5	.9943	12.000	None
Number of Missing Observations =		0		

Ambos grupos (drogadictos y control), son muy similares en cuanto a la edad; en efecto, en ambos casos y con ligeras diferencias, se ha conseguido uniformidad en las dos muestras.

Crosstabulation: SEXO
By GRUPO

GRUPO→	SEXO	Count	drogodep	control	Row Total
		Drogo Val Row Pct	1	2	
	varón	1	70 69.0 50.7%	68 69.0 49.3%	138 71.9%
	mujer	2	26 27.0 48.1%	28 27.0 51.9%	54 28.1%
	Column Total		96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
.02576	1	.8725	27.000	None
.10306	1	.7482	(Before Yates Correction)	
Number of Missing Observations = 0				

El segundo criterio de selección es el sexo, de la misma forma sigue el criterio de uniformidad que pretendíamos encontrar entre los dos grupos a estudiar.

La proporción 3 a 1, a favor del sexo masculino, corresponde con la proporción encontrada en otras estadísticas referentes al consumo de drogas (Heroína, y otras) en Andalucía (Comisionado para la Droga, 1988).

Crosstabulation: HERMANOS

By GRUPO

GRUPO→	Count Drogo Val Row Pct	drogodep	control	Row Total
		1	2	
HERMANOS				
1	1	14 13.0 53.8%	12 13.0 46.2%	26 13.5%
2	2	19 17.0 55.9%	15 17.0 44.1%	34 17.7%
3	3	21 24.0 43.8%	27 24.0 56.3%	48 25.0%
4	4	42 42.0 50.0%	42 42.0 50.0%	84 43.8%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
-----	-----	-----	-----	-----
1.37443	3	.7115	13.000	None
Number of Missing Observations = 0				

En este análisis gráfico, podemos observar un equilibrio entre las dos muestras en cuanto al número de hermanos que componen las respectivas familias de ambas muestras.

Crosstabulation: ESTADO CIVIL

By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
ESTADO C.				
soltero	1	72 71.0 50.7%	70 71.0 49.3%	142 74.0%
casado	2	24 25.0 48.0%	26 25.0 52.0%	50 26.0%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
.02704	1	.8694	25.000	None
.10817	1	.7422	(Before Yates Correction)	
Number of Missing Observations =		0		

El porcentaje de miembros casados (o en parejas estables), es homogéneo con respecto al de los solteros, por lo que este cuarto criterio de selección cumple con la homogeneidad de ambas muestras para su comparación. Podemos comprobar una relación 3:1 a favor de los solteros.

Crosstabulation: PROF = profesión
 By GRUPO = grupo

GRUPO->	Count Exp Val Row Pct	drogodep 1	control 2	Row Total
PROFESION				
1 sin profesión	58 48.5 59.8%	39 48.5 40.2%	97 50.5%	
2 operario sin cualificar	26 28.5 45.6%	31 28.5 54.4%	57 29.7%	
3 operario cualificado	12 19.0 31.6%	26 19.0 68.4%	38 19.8%	
Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%	

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F. < 5

 9.31814 2 .0095 19.000 None
 Number of Missing Observations = 0

En esta tabla de contingencia existe cierto desequilibrio, dada la dificultad de encontrar miembros del grupo control carente de profesión, y debido a la existencia de "pseudoprofesiones": prostitución, traficante, delictiva, etc., del grupo drogodependiente, que no consideramos como auténticas profesiones.

Crosstabulation: ESTUDIOS

By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
ESTUDIOS				
no tiene	1	32 24.0 66.7%	16 24.0 33.3%	48 25.0%
primarios	2	20 18.5 54.1%	17 18.5 45.9%	37 19.3%
E.G.B	3	30 35.0 42.9%	40 35.0 57.1%	70 36.5%
B.U.P	4	14 18.5 37.8%	23 18.5 62.2%	37 19.3%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
9.19434	3	.0268	18.500	None
Number of Missing Observations = 0				

Existe cierta diferencia, debido a la imposibilidades circun-
tanciales de continuar los estudios del grupo drogodependiente, de-
bido a hospitalización, reclusión, síndrome amotivacional, etc.

Crosstabulation: SITUACION LABORAL

By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
SITUACION				
fijo	1	17 37.0 23.0%	57 37.0 77.0%	74 38.5%
parado	2	79 59.0 66.9%	39 59.0 33.1%	118 61.5%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
.33.44388	1	.0000	37.000	None
35.18094	1	.0000	(Before Yates Correction)	
Number of Missing Observations = 0				

Como era de esperar, el drogodependiente en estadio terminal y rodeado de su problemática psicosocial, encuentra difícil salida en el juego de la oferta y la demanda. De todas formas, el drogodependiente encuentra otros tipos de labores que le proporcionan el sustento diario, y así satisfacer el grado de drogadicción que su organismo le exigirá cada jornada de 24 horas.

Crosstabulation: PROFESION DEL PADRE

By GRUPO

GRUPO-> PROFESION	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
1 sin profesión	31 23.5 66.0%	16 23.5 34.0%	47 24.5%	
2 operario sin cualificar	41 44.5 46.1%	48 44.5 53.9%	89 46.4%	
3 operario cualificado	24 28.0 42.9%	32 28.0 57.1%	56 29.2%	
Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%	

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
6.48065	2	.0392	23.500	None
Number of Missing Observations = 0				

En esta tabla volvemos a tener el equilibrio familiar, que nos facilitará el estudio comparativo. Las ligeras diferencias son debidas a las "pseudoprofesiones" de las que hicimos mención anterior.

Crosstabulation: PROFESION DE LA MADRE

By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Exp Val Row Pct	1	2	
PROFM				
ama de casa	1	90 89.5 50.3%	89 89.5 49.7%	179 93.2%
otras	2	6 6.5 46.2%	7 6.5 53.8%	13 6.8%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
.00000	1	1.0000	6.500	None
.08251	1	.7739	(Before Yates Correction)	
Number of Missing Observations = 0				

Sin embargo, en el caso de la madre, el porcentaje es mucho más equilibrado. Siendo un 90% de amas de casas en ambos grupos, lo que favorece la comparación entre drogodependientes y control. Las otras profesiones fueron muy variadas, sin grandes diferencias entre ambos.

Crosstabulation: ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

By GRUPO




GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
ECP				
otros	1	20 14.0 71.4%	8 14.0 28.6%	28 14.6%
casados	2	76 82.0 46.3%	88 82.0 53.7%	164 85.4%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
5.05923	1	.0245	14.000	None
6.02091	1	.0141	(Before Yates Correction)	
Number of Missing Observations =		0		

Con una situación civil muy semejante de los padres de drogodependientes y controles, se repite de nuevo la temática de igualdad comparativa que hasta aquí hemos podido comprobar entre ambos grupos; por lo que evitamos el sesgo en este sentido, ya que lo que intentamos demostrar son las alteraciones funcionales de ambos grupos de familias en igualdad de condiciones.

¿Con quién vivías antes del consumo de drogas?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
padres	1	70	36.5	72.9	72.9
matrimonio/pareja	2	15	7.8	15.6	88.5
solo	3	11	5.7	11.5	100.0
	99	96	50.0	MISSING	
TOTAL		192	100.0	100.0	

padres		70
matrimonio/pareja		15
solo		11

Valid Cases 96 Missing Cases 96

Como podemos apreciar, se deduce un cambio en el domicilio del grupo drogodependiente, en mayor medida que en el grupo control, saliendo del ambiente familiar y buscando la vía del matrimonio o la de vivir en solitario, y esta última en mayor medida (comparar con el gráfico que sigue).

Crosstabulation: CONVIVENCIA ACTUAL

By GRUPO

GRUPO→	Drogo Val	Count Row Pct	drogodep	control	Row Total
			1	2	
CONVIVENCIA					
padres	1	43 54.0 39.8%	65 54.0 60.2%	108 56.3%	
matrimonio	2	30 26.5 56.6%	23 26.5 43.4%	53 27.6%	
solo	3	23 15.5 74.2%	8 15.5 25.8%	31 16.1%	
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%	

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
12.66407	2	.0018	15.500	None
Number of Missing Observations = 0				

Lo dicho en el anterior análisis descriptivo se comprueba en esta tabla de contingencia. Actualmente, el porcentaje de encuestados que abandonan su familia de origen, es significativamente mayor en el de drogodependientes que en el control.

Crosstabulation: BARRIO DONDE VIVE

By GRUPO

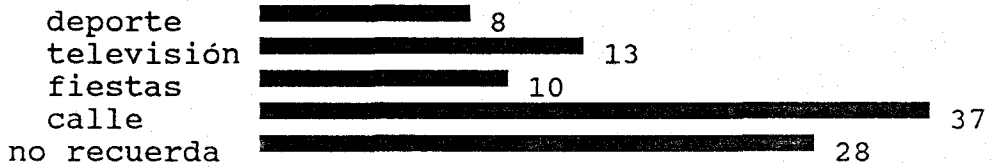
GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
BARRIO				
bajo	1	59 66.0 44.7%	73 66.0 55.3%	132 68.8%
medio	2	37 30.0 61.7%	23 30.0 38.3%	60 31.3%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
4.09697	1	.0430	30.000	None
4.75152	1	.0293	(Before Yates Correction)	
Number of Missing Observations = 0				

Se observa aquí, una situación residencial más favorable hacia el grupo farmacodependiente, lo que no indica, sin embargo, una mejor situación socioambiental. Los criterios para encuadrar los diferentes barrios en nivel bajo y medio se basaron en el coste de la vivienda y su mantenimiento. Así, englobamos en bajo nivel: Polígono Sur, Tres Mil Viviendas, Torreblanca, Los Pajaritos, Bellavista, Cerro del Aguila, Palmete y otros barrios periféricos. Hemos considerado de medio nivel: Felipe II, Porvenir, Triana, Macarena, Nervión, Cruz del Campo, Rochelambert, Trébol, Parque Alcosa, Pino Montano, El Juncal, y otros más centricos. De alto nivel no encontramos pacientes en nuestra encuesta.

¿A qué dedicabas el tiempo libre antes de tomar drogas?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
deporte	1	8	4.2	8.3	8.3
televisión	2	13	6.8	13.5	21.9
fiestas	4	10	5.2	10.4	32.3
calle	5	37	19.3	38.5	70.8
no recuerda	6	28	14.6	29.2	100.0
	99	96	50.0	MISSING	
TOTAL		192	100.0	100.0	

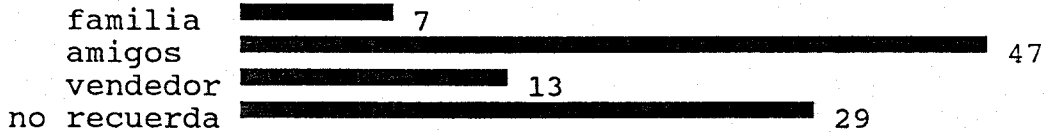


Valid Cases 96 Missing Cases

Aquí podemos apreciar la ocupación del tiempo libre antes del consumo de las drogas. Podemos comprobar una clara diferencia con la respuesta "la calle" respecto de todas las demás. Un 28% no lo recuerda, ello posiblemente debido al deterioro intelectual por el uso crónico de las drogas.

¿Quién te ofreció drogas por primera vez?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
familia	1	7	3.6	7.3	7.3
amigos	2	47	24.5	49.0	56.3
vendedor	3	13	6.8	13.5	69.8
no recuerda	4	29	15.1	30.2	100.0
	99	96	50.0	MISSING	
TOTAL			192	100.0	100.0

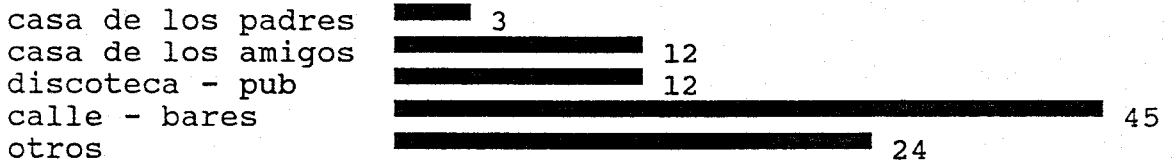


Valid Cases 96 Missing Cases 96

En este caso podemos apreciar a los incitadores al consumo, siendo la frecuencia muy similar a la de otros estudios estadísticos, que al igual que en este, colocan al "amigo" como el de mayor influencia.

¿Dónde la tomaste por primera vez?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
casa de los padres	1	3	1.6	3.1	3.1
casa de los amigos	2	12	6.3	12.5	15.6
discoteca - pub	3	12	6.3	12.5	28.1
calle - bares	4	45	23.4	46.9	75.0
otros	5	24	12.5	25.0	100.0
	99	96	50.0	MISSING	
TOTAL		192	100.0	100.0	



Valid Cases 96 Missing Cases 96

Con esta pregunta, introducimos un nuevo factor en el comienzo de la escalada: el lugar; en el histograma destaca el binomio "calle-bares" como el lugar más frecuente de comienzo.

2.- Relación de los datos.

Crosstabulation: DEDICACION DEL TIEMPO LIBRE ACTUAL

By GRUPO

GRUPO->	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
TIEMPO LIBRE				
deportes	1	4 11.5 17.4%	19 11.5 82.6%	23 12.0%
televisión	2	22 21.5 51.2%	21 21.5 48.8%	43 22.4%
lectura	3	4 9.5 21.1%	15 9.5 78.9%	19 9.9%
fiestas	4	27 18.5 73.0%	10 18.5 27.0%	37 19.3%
calle	5	39 35.0 55.7%	31 35.0 44.3%	70 36.5%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
24.89938	4	.0001	9.500	None
Number of Missing Observations = 0				

El valor de la significación de $X^2 = 0.0001$, al ser inferior al valor del Nivel Teórico de Significación $\alpha = 0.01$, nos permite concluir, que existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, en cuanto a dedicación del tiempo libre en la actualidad; además, si comparamos con la tabla anterior, dentro del grupo drogodependiente, podemos encontrar: disminución de la dedicación al deporte y aumento del tiempo en la televisión y en las fiestas.

Crosstabulation: ESTADO DE ANIMO ACTUAL

By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
ANIMO ACTUAL alegre	1	19 25.5 37.3%	32 25.5 62.7%	51 26.6%
normal	2	48 52.5 45.7%	57 52.5 54.3%	105 54.7%
triste	3	29 18.0 80.6%	7 18.0 19.4%	36 18.8%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
-----	----	-----	-----	-----
17.52960	2	.0002	18.000	None
Number of Missing Observations =		0		

Con una probabilidad menor al 0.01, se confirma la diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos, encontrándose un estado actual de mayor tristeza en el grupo drogodependiente con respecto al control.

Crosstabulation: IMPORTANCIA DE LA SALUD

By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
SALUD				
importante	1	56 68.0 41.2%	80 68.0 58.8%	136 70.8%
poco import.	2	40 28.0 71.4%	16 28.0 28.6%	56 29.2%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
13.33613	1	.0003	28.000	None
14.52101	1	.0001	(Before Yates Correction)	
Number of Missing Observations =		0		

Las diferencias en esta tabla ($P < 0.01$), indica unas respuestas diferentes en cuanto al valor dado a la SALUD, resultando ser, en general, de mayor importancia para el grupo control.

Crosstabulation: IDEAS DE SUICIDIO

By GRUPO

GRUPO→	SUICIDIO	Count	drogodep	control	Row Total
		Drogo Val Row Pct	1	2	
	si	1	37 29.0 63.8%	21 29.0 36.2%	58 30.2%
	no	2	59 67.0 44.0%	75 67.0 56.0%	134 69.8%
		Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
5.55841	1	.0184	29.000	None
6.32424	1	.0119	(Before Yates Correction)	
Number of Missing Observations =			0	

El valor de la Significación de $X^2 = 0.0199$, al ser superior al valor del Nivel Teórico de Significación $\alpha = 0.01$, pero inferior al de $\alpha = 0.05$, hace que resulte estadísticamente significativo para este último. Así tenemos, que las ideas de suicidio son más frecuentes en el grupo drogo-dependiente en relación al grupo control.



Crosstabulation: IMPORTANCIA DEL FUTURO

By GRUPO

GRUPO->	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
FUTURO				
importante	1	62 71.5 43.4%	81 71.5 56.6%	143 74.5%
poco import.	2	34 24.5 69.4%	15 24.5 30.6%	49 25.5%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
8.87798	1	.0029	24.500	None
9.89182	1	.0017	(Before Yates Correction)	
Number of Missing Observations =		0		

Resulta estadísticamente significativo, presentandose una infravaloración del concepto FUTURO, por parte del grupo drogodependiente.

Crosstabulation: IMPORTANCIA DEL TRABAJO

By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
TRABAJO				
importante	1	52 62.0 41.9%	72 62.0 58.1%	124 64.6%
poco import.	2	44 34.0 64.7%	24 34.0 35.3%	68 35.4%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
8.22011	1	.0041	34.000	None
9.10816	1	.0025	(Before Yates Correction)	
Number of Missing Observations =		0		

Al igual que en el caso anterior, existen diferencias valorables, presentandose el TRABAJO con mayor interés en el grupo control.

Crosstabulation: RELACION ACTUAL CON EL PADRE

By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
RELACION PADRE				
buena	1	20 40.5 24.7%	61 40.5 75.3%	81 42.2%
regular	2	26 23.5 55.3%	21 23.5 44.7%	47 24.5%
mala	3	50 32.0 78.1%	14 32.0 21.9%	64 33.3%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
41.53500	2	.0000	23.500	None
Number of Missing Observations = 0				

La diferencia en esta tabla ($P < 0.01$), viene determinada por diferente relación entre el grupo farmacodependiente y el control, en la actualidad, en su relación afectiva con los respectivos padres.

Crosstabulation: RELACION ACTUAL CON LA MADRE

By GRUPO

GRUPO-> RELACION MADRE	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
buena	1	26 49.5 26.3%	73 49.5 73.7%	99 51.6%
regular	2	28 23.5 59.6%	19 23.5 40.4%	47 24.5%
mala	3	42 23.0 91.3%	4 23.0 8.7%	46 24.0%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
.55.42784	2	.0000	23.000	None
Number of Missing Observations = 0				

Se vuelve a repetir como en el caso anterior, pero con la madre, siendo de carácter negativo para con el grupo farmacodependiente.

Crosstabulation: RELACION ACTUAL CON LOS AMIGOS

By GRUPO

GRUPO→	RELACION AMIGOS	Count	drogodep	control	Row Total
		Drogo Val	1	2	
		Row Pct			
	buena	1	53 61.5 43.1%	70 61.5 56.9%	123 64.1%
	regular	2	23 20.0 57.5%	17 20.0 42.5%	40 20.8%
	mala	3	20 14.5 69.0%	9 14.5 31.0%	29 15.1%
Column Total			96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
7.42201	2	.0245	14.500	None
Number of Missing Observations = 0				

Resulta significativa, por lo que las relaciones con las amistades son peores en el grupo de drogadictos.

Crosstabulation: RELACION ACTUAL CON LA PAREJA

By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
RELACION PAREJA buena	1	44 51.5 42.7%	59 51.5 57.3%	103 53.6%
regular	2	12 13.5 44.4%	15 13.5 55.6%	27 14.1%
mala	3	40 31.0 64.5%	22 31.0 35.5%	62 32.3%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
7.74361	2	.0208	13.500	None
Number of Missing Observations = 0				

Como en el caso anterior, resulta significativa, con una probabilidad menor del 0.05; en efecto, el grupo control establece mejores relaciones con su pareja.

Crosstabulation: RELACION ACTUAL CON LOS HERMANOS

By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
RELACION HERMANOS buena	1	37 53.0 34.9%	69 53.0 65.1%	106 55.2%
regular	2	25 20.0 62.5%	15 20.0 37.5%	40 20.8%
mala	3	34 23.0 73.9%	12 23.0 26.1%	46 24.0%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
22.68212	2	.0000	20.000	None
Number of Missing Observations = 0				

Los resultados estadísticos aquí presentes, resultan significativos estadísticamente, siendo el valor de la significación de la $X^2 = 0.0001$, inferior al Nivel Teórico de Significación $\alpha = 0.01$. Siendo una relación más afortunada en el caso de los controles.

Crosstabulation: CERVEZA
By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
CERVEZA				
nunca	1 10.0 65.0%	13 10.0 65.0%	7 10.0 35.0%	20 10.4%
alguna vez	2 31.5 36.5%	23 31.5 36.5%	40 31.5 63.5%	63 32.8%
de vez en cuando	3 39.5 45.6%	36 39.5 45.6%	43 39.5 54.4%	79 41.1%
bastantes veces	4 15.0 80.0%	24 15.0 80.0%	6 15.0 20.0%	30 15.6%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
17.80755	3	.0005	10.000	None
Number of Missing Observations = 0				

Con probabilidad inferior al 0.01, significativa, y aunque las diferencias entre ambos grupos, drogodependiente y control, en cuanto a la toma de cerveza "de vez en cuando", no resulta grande, sí lo son respecto al resto de las respuestas.

Crosstabulation: VINO
By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
VINO				
nunca	1	22 25.5 43.1%	29 25.5 56.9%	51 26.6%
alguna vez	2	47 42.0 56.0%	37 42.0 44.0%	84 43.8%
de vez en cuando	3	18 23.0 39.1%	28 23.0 60.9%	46 24.0%
bastantes veces	4	9 5.5 81.8%	2 5.5 18.2%	11 5.7%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F. < 5

8.77972 3 .0324 5.500 None
Number of Missing Observations = 0

Los datos estadísticos indican diferencias significativas, aunque en menor grado que en la tabla anterior, en esta tabla podemos ver los porcentajes según el grupo y la cantidad de consumo.

Crosstabulation: CUBA LIBRE
By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep control		Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
CUBA LIBRE				
nunca	1	26 26.0 50.0%	26 26.0 50.0%	52 27.1%
alguna vez	2	25 32.5 38.5%	40 32.5 61.5%	65 33.9%
de vez en cuando	3	26 28.0 46.4%	30 28.0 53.6%	56 29.2%
bastantes veces	4	19 9.5 100.0%	0 9.5 .0%	19 9.9%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
22.74725	3	.0000	9.500	None
Number of Missing Observations = 0				

En esta elección se demuestra la existencia de diferencias, igualmente significativas ante el consumo del cuba-libre, comprobándose un mayor consumo, en general, por parte del farmacodependiente.

Crosstabulation: LICORES
By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
LICORES				
nunca	1	25 34.0 36.8%	43 34.0 63.2%	68 35.4%
alguna vez	2	28 34.0 41.2%	40 34.0 58.8%	68 35.4%
de vez en cuando	3	24 18.5 64.9%	13 18.5 35.1%	37 19.3%
bastantes veces	4	19 9.5 100.0%	0 9.5 .0%	19 9.9%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
29.15262	3	.0000	9.500	None
Number of Missing Observations = 0				

En este caso, como el anterior, hay diferencia significativa en cuanto al licor, comprobándose un estilo de consumo semejante al cuba - libre.

Crosstabulation: TABACO
 By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
TABACO				
nunca	1	7 16.5 21.2%	26 16.5 78.8%	33 17.2%
alguna vez	2	15 25.5 29.4%	36 25.5 70.6%	51 26.6%
de vez en cuando	3	20 19.0 52.6%	18 19.0 47.4%	38 19.8%
bastantes veces	4	54 35.0 77.1%	16 35.0 22.9%	70 36.5%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
40.32029	3	.0000	16.500	None
Number of Missing Observations = 0				

Igualmente con significación estadística, habría una diferencia en el porcentaje a favor del grupo drogodependiente, con un mayor número de consumidores y una mayor frecuencia de consumo. Siendo indicativo el hecho, de que tan sólo algo más de un 7% nunca ha consumido tabaco dentro de la población drogodependiente.

Crosstabulation: CAFE - TE
By GRUPO

GRUPO→	Drogo Val	Count	drogodep	control	Row Total
		Row Pct	1	2	
CAFE - TE	nunca	1	17 20.5 41.5%	24 20.5 58.5%	41 21.4%
		2	35 35.0 50.0%	35 35.0 50.0%	70 36.5%
		3	22 20.0 55.0%	18 20.0 45.0%	40 20.8%
		4	22 20.5 53.7%	19 20.5 46.3%	41 21.4%
Column Total			96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
1.81463	3	.6118	20.000	None
Number of Missing Observations = 0				

Con una probabilidad superior a 0.05, podemos descartar la existencia de diferencia significativa entre los dos grupos en estudio con respecto al consumo de café/té.

Crosstabulation: TRANQUILIZANTES

By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
TRANQUIL.				
nunca	1 69.0 32.6%	45 69.0 32.6%	93 69.0 67.4%	138 71.9%
alguna vez	2 14.0 89.3%	25 14.0 89.3%	3 14.0 10.7%	28 14.6%
de vez en cuando	3 9.5 100.0%	19 9.5 100.0%	0 9.5 .0%	19 9.9%
bastantes veces	4 3.5 100.0%	7 3.5 100.0%	0 3.5 .0%	7 3.6%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
59.98137	3	.0000	3.500	2 OF 8 (25.0%)
Number of Missing Observations = 0				

En este cruce destaca la ausencia de consumo en exceso por parte del grupo control, excepción de la escasa respuesta: "alguna vez". Resultando muy significativo a nivel estadístico.

Crosstabulation: BARBITURICOS

By GRUPO

GRUPO→	Drogo Val	Count	drogodep	control	Row Total
		Row Pct	1	2	
BARBITURI.	1	65	95	160	
	nunca	80.0 40.6%	80.0 59.4%	83.3%	
	2	17	1	18	
	alguna vez	9.0 94.4%	9.0 5.6%	9.4%	
3	9	0	9		
de vez en cuando	4.5 100.0%	4.5 .0%	4.7%		
4	5	0	5		
bastantes veces	2.5 100.0%	2.5 .0%	2.6%		
Column Total		96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%	

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
33.84722	3	.0000	2.500	4 OF 8 (50.0%)
Number of Missing Observations = 0				

Igualmente ocurre con el caso de los barbitúricos, siendo su consumo prácticamente ausente por parte del grupo control, y con unos datos estadísticamente significativos.

Crosstabulation: ANFETAMINAS

By GRUPO

GRUPO->	Drogo Val	Count	drogodep	control	Row Total
		Row Pct	1	2	
ANFETAS	nunca	1	66 80.0 41.3%	94 80.0 58.8%	160 83.3%
	alguna vez	2	15 8.5 88.2%	2 8.5 11.8%	17 8.9%
	de vez en cuando	3	10 5.0 100.0%	0 5.0 .0%	10 5.2%
	bastantes veces	4	5 2.5 100.0%	0 2.5 .0%	5 2.6%
	Column Total		96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F. < 5
 ----- ----- ----- ----- -----
 29.84118 3 .0000 2.500 2 OF 8 (25.0%)
 Number of Missing Observations = 0

Como en el anterior, las anfetaminas son excepcionales en el grupo control, y el resultado muestra una diferencia significativa.

Crosstabulation: CANNABIS
By GRUPO

GRUPO→	Count Drogo Val Row Pct	drogodep	control	Row Total
		1	2	
CANNABIS				
nunca	1	19 55.5 17.1%	92 55.5 82.9%	111 57.8%
alguna vez	2	23 13.5 85.2%	4 13.5 14.8%	27 14.1%
de vez en cuando	3	23 11.5 100.0%	0 11.5 .0%	23 12.0%
bastantes veces	4	31 15.5 100.0%	0 15.5 .0%	31 16.1%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
115.37938	3	.0000	11.500	None
Number of Missing Observations = 0				

El análisis estadístico que presentamos en este apartado, muestra un consumo abusivo por parte del grupo drogodependiente para con el cannabis, con cuatro casos de consumo ocasional por el grupo control. No obstante, es importante resaltar que más del 19% del grupo drogodependiente no lo ha consumido nunca, datos que ponen de manifiesto un cambio cualitativo en el uso de drogas.

Crosstabulation: COCAINA
By GRUPO

GRUPO→	Drogo Val Row Pct	Count		Row Total
		drogodep 1	control 2	
COCAINA				
nunca	1	30 62.0 24.2%	94 62.0 75.8%	124 64.6%
alguna vez	2	21 11.5 91.3%	2 11.5 8.7%	23 12.0%
de vez en cuando	3	10 5.0 100.0%	0 5.0 .0%	10 5.2%
bastantes veces	4	35 17.5 100.0%	0 17.5 .0%	35 18.2%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
93.72791	3	.0000	5.000	None
Number of Missing Observations = 0				

En el caso de la cocaína, un grupo considerable de farmacodependientes la consumen de forma habitual, habiéndose encontrado dos casos en el control que la habían probado alguna vez.

Crosstabulation: OPIACEOS
By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
OPIACEOS				
nunca	1	31 63.5 24.4%	96 63.5 75.6%	127 66.1%
alguna vez	2	16 8.0 100.0%	0 8.0 .0%	16 8.3%
de vez en cuando	3	9 4.5 100.0%	0 4.5 .0%	9 4.7%
bastantes veces	4	40 20.0 100.0%	0 20.0 .0%	40 20.8%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
98.26772	3	.0000	4.500	2 OF 8 (25.0%)
Number of Missing Observations = 0				

Las diferencias en este caso ($P < 0.01$) son obvias, puesto que son los heroinómanos el grueso de nuestro grupo farmacodependiente, sin embargo, existe un porcentaje que no la consume nunca dentro de este grupo, y ello es por el consumo de otras drogas (más del 31% no lo han consumido nunca).

Crosstabulation: DISOLVENTES

By GRUPO

GRUPO→	Drogo Val	Count	drogodep	control	Row Total
		Row Pct	1	2	
DISOLVENTES					
nunca	1	82 89.0 46.1%	96 89.0 53.9%	178 92.7%	
alguna vez	2	13 6.5 100.0%	0 6.5 .0%	13 6.8%	
de vez en cuando	3	1 .5 100.0%	0 .5 .0%	1 .5%	
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%	

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
15.10112	2	.0005	.500	2 OF 6 (33.3%)
Number of Missing Observations =		0		

En el caso de los disolventes, al ser una droga de relativo comienzo actual en nuestra comunidad, y de consumo preferente en niños, no aparecen datos relevantes y con valor significativo, siendo nulo su consumo en el grupo control.

Crosstabulation: ACIDOS
By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
ACIDOS				
nunca	1	74 85.0 43.5%	96 85.0 56.5%	170 88.5%
alguna vez	2	16 8.0 100.0%	0 8.0 .0%	16 8.3%
de vez en cuando	3	2 1.0 100.0%	0 1.0 .0%	2 1.0%
bastantes veces	4	4 2.0 100.0%	0 2.0 .0%	4 2.1%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
24.84706	3	.0000	1.000	4 OF 8 (50.0%)
Number of Missing Observations = 0				

En el tema del ácido, con una probabilidad de equivocarnos inferior al 0.01, podemos decir que existe una diferencia significativa entre ambos grupos, y sin ningún caso de consumo por parte del grupo control.

Crosstabulation: CONSUMO DEL PADRE

By GRUPO

GRUPO→	Count Drogo Val Row Pct	drogodep 1	control 2	Row Total
CONSUMO P.				
1 alcohol	8 10.5 38.1%	13 10.5 61.9%	21 10.9%	
2 tabaco	19 25.0 38.0%	31 25.0 62.0%	50 26.0%	
3 tabaco alcohol y otras	46 37.5 61.3%	29 37.5 38.7%	75 39.1%	
4 ninguna	14 12.0 58.3%	10 12.0 41.7%	24 12.5%	
5 no tengo padre	9 11.0 40.9%	13 11.0 59.1%	22 11.5%	
Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%	

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
9.31775	4	.0536	10.500	None
Number of Missing Observations = 0				

Con respecto al consumo del padre en ambas poblaciones, podemos afirmar que no aparece diferencia estadísticamente significativa.

Crosstabulation: CONSUMO DE LA MADRE

By GRUPO

GRUPO→	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
CONSUMO MADRE	1	11	8	19
alcohol		9.5 57.9%	9.5 42.1%	9.9%
tabaco	2	9	8	17
		8.5 52.9%	8.5 47.1%	8.9%
alcohol tabaco y otras	3	16	0	16
		8.0 100.0%	8.0 .0%	8.3%
ninguna	4	54	76	130
		65.0 41.5%	65.0 58.5%	67.7%
no tengo madre	5	6	4	10
		5.0 60.0%	5.0 40.0%	5.2%
Column Total		96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
20.65558	4	.0004	5.000	None
Number of Missing Observations =		0		

Con una $P < 0.01$, nos resulta una tabla muy significativa, permitiendonos determinar una clara relación entre el consumo de drogas por parte de la madre y el grupo drogodependiente.

Crosstabulation: CONSUMO DE LOS HERMANOS

By GRUPO

GRUPO→	Drogo Val Row Pct	Count	drogodep	control	Row Total
		1	2		
CONSUMO HERMANOS alcohol	1	7 7.5 46.7%	8 7.5 53.3%	15 7.8%	
tabaco	2	11 17.5 31.4%	24 17.5 68.6%	35 18.2%	
tabaco y alcohol	3	22 27.0 40.7%	32 27.0 59.3%	54 28.1%	
tabaco alcohol y otras	4	27 16.5 81.8%	6 16.5 18.2%	33 17.2%	
ninguna	5	13 12.5 52.0%	12 12.5 48.0%	25 13.0%	
no tengo hermanos	6	16 15.0 53.3%	14 15.0 46.7%	30 15.6%	
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%	

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
20.28406	5	.0011	7.500	None

De nuevo, estadísticamente significativa, y se comprueba que mientras el consumo de tabaco y alcohol es semejante en ambos grupos, el consumo añadido de otras drogas es más frecuente en los hermanos de los farmacodependientes: siendo más de un 27% de hermanos en el grupo drogodependiente, los que son consumidores de tabaco, alcohol y otras drogas.

Crosstabulation: CONSUMO DE LA PAREJA

By GRUPO

GRUPO->	Count	drogodep	control	Row Total
	Drogo Val Row Pct	1	2	
CONSUMO PAREJA alcohol	1	0 3.5 .0%	7 3.5 100.0%	7 3.6%
tabaco	2	9 17.5 25.7%	26 17.5 74.3%	35 18.2%
alcohol y tabaco	3	8 12.5 32.0%	17 12.5 68.0%	25 13.0%
tabaco alcohol y otras	4	46 24.0 95.8%	2 24.0 4.2%	48 25.0%
ninguna	5	8 19.5 20.5%	31 19.5 79.5%	39 20.3%
no tengo pareja	6	25 19.0 65.8%	13 19.0 34.2%	38 19.8%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
76.18405	5	.0000	3.500	2 OF 12 (16.7%)
Number of Missing Observations = 0				

El análisis de esta tabla resulta nuevamente significativa, ya que el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas se relaciona claramente con la pareja del grupo drogodependiente.

Crosstabulation: CONSUMO DE LOS AMIGOS

By GRUPO

GRUPO→	Count Drogo Val Row Pct	drogodep	control	Row Total
		1	2	
CONSUMO AMIGOS	1	5 3.0 83.3%	1 3.0 16.7%	6 3.1%
alcohol	2	4 10.0 20.0%	16 10.0 80.0%	20 10.4%
tabaco	3	12 37.0 16.2%	62 37.0 83.8%	74 38.5%
alcohol y tabaco	4	72 42.5 84.7%	13 42.5 15.3%	85 44.3%
alcohol tabaco y otras	5	1 1.5 33.3%	2 1.5 66.7%	3 1.6%
ninguna	6	2 2.0 50.0%	2 2.0 50.0%	4 2.1%
no tengo amigos	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
84.93672	5	.0000	1.500	6 OF 12 (50.0%)
Number of Missing Observations = 0				

La significación de 0.0001, nos permite afirmar la diferencia existente entre el grupo control y el drogodependiente con respecto a esta pregunta, comprobándose que mientras las amistades del grupo control consumen alcohol y tabaco, las del grupo farmacodependiente lo hace además de otras drogas.

Crosstabulation: SOLICITUD DE AYUDA ANTE LAS DROGAS

By GRUPO

GRUPO→	Count Drogo Val Row Pct	drogodep	control	Row Total
		1	2	
AYUDA				
familia	1	23 28.0 41.1%	33 28.0 58.9%	56 29.2%
médico	2	16 18.5 43.2%	21 18.5 56.8%	37 19.3%
amigos	3	5 8.0 31.3%	11 8.0 68.8%	16 8.3%
otros	4	28 19.5 71.8%	11 19.5 28.2%	39 20.3%
nadie	5	24 22.0 54.5%	20 22.0 45.5%	44 22.9%
	Column Total	96 50.0%	96 50.0%	192 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
12.48528	4	.0141	8.000	None
Number of Missing Observations = 0				

El nivel de significación de X² es inferior a 0.05, estos datos indican la existencia de diferencias entre controles y drogodependientes, demostrándose una mayor confianza en la familia, a la hora de solicitar ayuda, por parte del grupo control.

Crosstabulation: REANPA = relacion anterior padre

By REALPA = relacion actual padre

REALPA->	Count	buena	regular	mala	Row Total
REANPA	Exp Val Row Pct	1	2	3	
buena	1	15 7.7 40.5%	15 10.0 40.5%	7 19.3 18.9%	37 38.5%
regular	2	4 5.6 14.8%	10 7.3 37.0%	13 14.1 48.1%	27 28.1%
mala	3	1 6.7 3.1%	1 8.7 3.1%	30 16.7 93.8%	32 33.3%
	Column Total	20 20.8%	26 27.1%	50 52.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
40.98794	4	.0000	5.625	None
Statistic		Value	Significance	

Number of Missing Observations = 96

Las diferencias en esta tabla ($P < 0.01$), indican un cambio en las relaciones afectivas paternas en el grupo drogodependiente, con respecto al tiempo, empeorándose por lo general tras el consumo de las drogas.

Crosstabulation: REANMA = relacion anterior madre

By REALMA = relacion actual madre

REALMA→	Count Exp Val Row Pct	buena 1	regular 2	mala 3	Row Total
REANMA					
buena	1	24 11.1 58.5%	16 12.0 39.0%	1 17.9 2.4%	41 42.7%
regular	2	2 7.6 7.1%	12 8.2 42.9%	14 12.3 50.0%	28 29.2%
mala	3	0 7.3 .0%	0 7.9 .0%	27 11.8 100.0%	27 28.1%
Column Total		26 27.1%	28 29.2%	42 43.8%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
73.21025	4	.0000	7.313	None
Statistic		Value	Significance	

El factor tiempo, en este caso, resulta estadísticamente significativo, empeorando la relación materna tras el consumo; no se comprueba en ningún caso un cambio favorable dentro del grupo drogodependiente.

Crosstabulation: REANAM = relacion anterior amigos
 By REALAM = relacion actual amigos

REALAM→	Count Exp Val Row Pct	buena 1	regular 2	mala 3	Row Total
REANAM					
buena	1	36 32.0 62.1%	15 13.9 25.9%	7 12.1 12.1%	58 60.4%
regular	2	8 12.1 36.4%	8 5.3 36.4%	6 4.6 27.3%	22 22.9%
mala	3	9 8.8 56.3%	0 3.8 .0%	7 3.3 43.8%	16 16.7%
Column Total		53 55.2%	23 24.0%	20 20.8%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
13.85667	4	.0078	3.333	3 OF 9 (33.3%)
Statistic		Value	Significance	

Igualmente significativo, aunque en menor grado al caso anterior, destacando sin embargo unas buenas relaciones en general, antes y despues del consumo.

Crosstabulation: REANES = relacion anterior pareja
 By REALES = relacion actual pareja

REALES→	Count Exp Val Row Pct	buena 1	regular 2	mala 3	Row Total
REANES					
buena	1	28 23.4 54.9%	7 6.4 13.7%	16 21.3 31.4%	51 53.1%
regular	2	5 4.6 50.0%	0 1.3 .0%	5 4.2 50.0%	10 10.4%
mala	3	11 16.0 31.4%	5 4.4 14.3%	19 14.6 54.3%	35 36.5%
	Column Total	44 45.8%	12 12.5%	40 41.7%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
6.73941	4	.1503	1.250	4 OF 9 (44.4%)

Number of Missing Observations = 96

Con una probabilidad superior al 0.05, nos indica la falta de diferencia significativa en el tiempo, por lo que las relaciones dentro de la pareja se mantienen constantes por regla general.

Crosstabulation: REANHE = relacion anterior hermanos
 By REALHE = relacion actual hermanos

REALHE→	Count	buena	regular	mala	Row Total
REANHE	Exp Val				
	Row Pct	1	2	3	
buena	1	32 17.3 71.1%	10 11.7 22.2%	3 15.9 6.7%	45 46.9%
regular	2	3 7.7 15.0%	14 5.2 70.0%	3 7.1 15.0%	20 20.8%
mala	3	2 11.9 6.5%	1 8.1 3.2%	28 11.0 90.3%	31 32.3%
	Column Total	37 38.5%	25 26.0%	34 35.4%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
84.07626	4	.0000	5.208	None

Number of Missing Observations = 96

Existe diferencia en la relación con los hermanos, deduciendo-se un empeoramiento tras el consumo de las drogas.

Crosstabulation: TIEMAN = tiempo libre antes de la droga
 By TIEA = tiempo libre actual

TIEA→	Count	deporte	televis.	lectura	fiestas	calle	Row Total
	Exp Val						
	Row Pct	1	2	3	4	5	
TIEMAN							
deporte	1	3 .3 37.5%	0 1.8 .0%	1 .3 12.5%	2 2.3 25.0%	2 3.3 25.0%	8 8.3%
televisión	2	0 .5 .0%	6 3.0 46.2%	0 .5 .0%	2 3.7 15.4%	5 5.3 38.5%	13 13.5%
fiestas	4	1 .4 10.0%	2 2.3 20.0%	1 .4 10.0%	4 2.8 40.0%	2 4.1 20.0%	10 10.4%
calle	5	0 1.5 .0%	7 8.5 18.9%	2 1.5 5.4%	12 10.4 32.4%	16 15.0 43.2%	37 38.5%
no recuerda	6	0 1.2 .0%	7 6.4 25.0%	0 1.2 .0%	7 7.9 25.0%	14 11.4 50.0%	28 29.2%
Column Total		4 4.2%	22 22.9%	4 4.2%	27 28.1%	39 40.6%	96 100.0%

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F.< 5
 ----- ----- ----- ----- -----
 38.47101 16 .0013 .333 18 OF 25 (72.0%)
 Number of Missing Observations = 96

La prueba estadística global demuestra que existe una diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.01$), en cuanto a la dedicación del tiempo libre y su relación con el consumo o no de drogas. Mientras ha disminuido la lectura y el deporte, ha aumentado la dedicación a la televisión y a las fiestas, permaneciendo casi igual en el tiempo con la calle.

Crosstabulation: ANANIM = animo antes de la droga

By ANAC = animo actual

ANAC→	Count Exp Val Row Pct	alegre 1	normal 2	triste 3	Row Total
ANANIM					
alegre	1	5 5.5 17.9%	11 14.0 39.3%	12 8.5 42.9%	28 29.2%
normal	2	12 10.9 21.8%	30 27.5 54.5%	13 16.6 23.6%	55 57.3%
triste	3	2 2.6 15.4%	7 6.5 53.8%	4 3.9 30.8%	13 13.5%
Column Total		19 19.8%	48 50.0%	29 30.2%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
3.47392	4	.4819	2.573	2 OF 9 (22.2%)
Number of Missing Observations =		96		

No encontramos diferencia significativa estadísticamente en el cambio anímico y el periodo previo o posterior al consumo, dentro del grupo drogodependiente. Consideramos este valor de gran importancia.

Crosstabulation: CER = cerveza
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COP→	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	ato 3	nin 4	no 5	Row Total
CERVEZA							
nunca	1	5 1.1 38.5%	1 2.6 7.7%	3 6.2 23.1%	3 1.9 23.1%	1 1.2 7.7%	13 13.5%
alguna vez	2	0 1.9 .0%	7 4.6 30.4%	10 11.0 43.5%	5 3.4 21.7%	1 2.2 4.3%	23 24.0%
de vez en cuando	3	2 3.0 5.6%	6 7.1 16.7%	19 17.3 52.8%	5 5.3 13.9%	4 3.4 11.1%	36 37.5%
bastantes veces	4	1 2.0 4.2%	5 4.8 20.8%	14 11.5 58.3%	1 3.5 4.2%	3 2.3 12.5%	24 25.0%
Column Total		8 8.3%	19 19.8%	46 47.9%	14 14.6%	9 9.4%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
26.14187	12	.0102	1.083	14 OF 20 (70.0%)

Se comprueba una significación estadística en este cuadro, lo que demuestra una influencia en el consumo de cerveza del grupo farmacodependiente, por el consumo de tóxicos por parte del padre. Así, los mayores consumidores de cerveza poseen padres consumidores de tabaco, alcohol y otras drogas.

Designamos con abreviatura a los siguientes: alc=alcohol, tab=tabaco, ato=tabaco y alcohol y/u otras drogas, nin=ninguna y no=no tengo padre, madre, etc., según proceda en la pregunta.

Crosstabulation: CER = cerveza
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 2 control

COP-->	Count	alc	tab	ato	nin	no	Row Total
	Exp Val						
	Row Pct	1	2	3	4	5	
CERVEZA							
nunca	1	2 .9 28.6%	2 2.3 28.6%	3 2.1 42.9%	0 .7 .0%	0 .9 .0%	7 7.3%
alguna vez	2	3 5.4 7.5%	14 12.9 35.0%	12 12.1 30.0%	5 4.2 12.5%	6 5.4 15.0%	40 41.7%
de vez en cuando	3	6 5.8 14.0%	14 13.9 32.6%	12 13.0 27.9%	4 4.5 9.3%	7 5.8 16.3%	43 44.8%
bastantes veces	4	2 .8 33.3%	1 1.9 16.7%	2 1.8 33.3%	1 .6 16.7%	0 .8 .0%	6 6.3%
Column Total		13 13.5%	31 32.3%	29 30.2%	10 10.4%	13 13.5%	96 100.0%

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F.< 5

 8.26168 12 .7644 .625 12 OF 20 (60.0%)
 Number of Missing Observations = 0

No resulta una diferencia significativa, en efecto, el grupo control no se ve influenciado por el tipo de consumo del padre; o lo que es lo mismo, a la hora de consumir la cerveza por el control, éste no demuestra relación con el tipo de consumo del padre.

Crosstabulation: CER = cerveza
 By COM = consumo madre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COM→	Count	alc	tab	ato	nin	no	Row Total
	Exp Val	1	2	3	4	5	
	Row Pct						
CERVEZA							
nunca	1	1 1.5 7.7%	1 1.2 7.7%	3 2.2 23.1%	8 7.3 61.5%	0 .8 .0%	13 13.5%
alguna vez	2	4 2.6 17.4%	4 2.2 17.4%	3 3.8 13.0%	11 12.9 47.8%	1 1.4 4.3%	23 24.0%
de vez en cuando	3	5 4.1 13.9%	2 3.4 5.6%	5 6.0 13.9%	20 20.3 55.6%	4 2.3 11.1%	36 37.5%
bastantes veces	4	1 2.8 4.2%	2 2.3 8.3%	5 4.0 20.8%	15 13.5 62.5%	1 1.5 4.2%	24 25.0%
	Column Total	11 11.5%	9 9.4%	16 16.7%	54 56.3%	6 6.3%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance		Min E.F.	Cells with E.F. < 5		
8.28680	12	.7623		.813	15 OF 20 (75.0%)		

La probabilidad superior al 0.05 de esta tabla, es indicativa de inexistencia en la relación: consumo de la madre y consumo de cerveza por el drogadicto.

Crosstabulation: CER = cerveza

By COM = consumo madre

Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

COM→	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	nin 4	no 5	Row Total
CERVEZA						
nunca	1	0 .6 .0%	0 .6 .0%	7 5.5 100.0%	0 .3 .0%	7 7.3%
alguna vez	2	3 3.3 7.5%	4 3.3 10.0%	31 31.7 77.5%	2 1.7 5.0%	40 41.7%
de vez en cuando	3	3 3.6 7.0%	3 3.6 7.0%	35 34.0 81.4%	2 1.8 4.7%	43 44.8%
bastantes veces	4	2 .5 33.3%	1 .5 16.7%	3 4.8 50.0%	0 .3 .0%	6 6.3%
Column Total		8 8.3%	8 8.3%	76 79.2%	4 4.2%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
8.22534	9	.5116	.250	13 OF 16 (81.3%)
Number of Missing Observations = 0				

Lo mismo del caso anterior coincide con este grupo control, por lo que no existe relación entre lo que consuma la madre y el consumo de cerveza de un miembro de este grupo.

Crosstabulation: TAB = tabaco
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COP→	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	ato 3	nin 4	no 5	Row Total
TABACO							
nunca	1	2 .6 28.6%	1 1.4 14.3%	1 3.4 14.3%	2 1.0 28.6%	1 .7 14.3%	7 7.3%
alguna vez	2	4 1.3 26.7%	5 3.0 33.3%	4 7.2 26.7%	1 2.2 6.7%	1 1.4 6.7%	15 15.6%
de vez en cuando	3	0 1.7 .0%	4 4.0 20.0%	13 9.6 65.0%	3 2.9 15.0%	0 1.9 .0%	20 20.8%
bastantes veces	4	2 4.5 3.7%	9 10.7 16.7%	28 25.9 51.9%	8 7.9 14.8%	7 5.1 13.0%	54 56.3%
Column Total		8 8.3%	19 19.8%	46 47.9%	14 14.6%	9 9.4%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5			
23.27061	12	.0255	.583	14 OF	20 (70.0%)		

En esta tabla existe diferencia significativa, siendo el tabaquismo en el drogodependiente, un factor que se demuestra está influido por el consumo tóxico del padre.

Crosstabulation: TAB = tabaco
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 2 control

COP→		Count	alc	tab	ato	nin	no	Row Total
		Exp Val	1	2	3	4	5	
		Row Pct						
TABACO								
nunca	1	5 3.5 19.2%	12 8.4 46.2%	3 7.9 11.5%	4 2.7 15.4%	2 3.5 7.7%	26 27.1%	
alguna vez	2	5 4.9 13.9%	13 11.6 36.1%	13 10.9 36.1%	1 3.8 2.8%	4 4.9 11.1%	36 37.5%	
de vez en cuando	3	2 2.4 11.1%	2 5.8 11.1%	7 5.4 38.9%	3 1.9 16.7%	4 2.4 22.2%	18 18.8%	
bastantes veces	4	1 2.2 6.3%	4 5.2 25.0%	6 4.8 37.5%	2 1.7 12.5%	3 2.2 18.8%	16 16.7%	
Column Total		13 13.5%	31 32.3%	29 30.2%	10 10.4%	13 13.5%	96 100.0%	

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F. < 5

 15.46165 12 .2172 1.667 13 OF 20 (65.0%)
 Number of Missing Observations = 0

No existe diferencia significativa entre el consumo de tabaco dentro del grupo control y su relación con el uso de drogas por parte de sus padres.

Crosstabulation: TAB = tabaco
 By COM = consumo madre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COM→	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	ato 3	nin 4	no 5	Row Total
TABACO							
nunca	1	3 .8 42.9%	1 .7 14.3%	1 1.2 14.3%	2 3.9 28.6%	0 .4 .0%	7 7.3%
alguna vez	2	0 1.7 .0%	2 1.4 13.3%	2 2.5 13.3%	10 8.4 66.7%	1 .9 6.7%	15 15.6%
de vez en cuando	3	3 2.3 15.0%	2 1.9 10.0%	6 3.3 30.0%	8 11.3 40.0%	1 1.3 5.0%	20 20.8%
bastantes veces	4	5 6.2 9.3%	4 5.1 7.4%	7 9.0 13.0%	34 30.4 63.0%	4 3.4 7.4%	54 56.3%
Column Total		11 11.5%	9 9.4%	16 16.7%	54 56.3%	6 6.3%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance		Min E.F.	Cells with E.F. < 5		
14.77376	12	.2540		.438	14 OF 20 (70.0%)		

No se demuestra relación causa-efecto de forma significativa entre el consumo de tabaco del grupo drogodependiente y el consumo de drogas por parte de las madres.

Crosstabulation: TAB = tabaco

By COM = consumo madre

Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

COM->	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	nin 4	no 5	Row Total
TABACO						
nunca	1	2 2.2 7.7%	2 2.2 7.7%	21 20.6 80.8%	1 1.1 3.8%	26 27.1%
alguna vez	2	1 3.0 2.8%	6 3.0 16.7%	27 28.5 75.0%	2 1.5 5.6%	36 37.5%
de vez en cuando	3	4 1.5 22.2%	0 1.5 .0%	14 14.3 77.8%	0 .8 .0%	18 18.8%
bastantes veces	4	1 1.3 6.3%	0 1.3 .0%	14 12.7 87.5%	1 .7 6.3%	16 16.7%
Column Total		8 8.3%	8 8.3%	76 79.2%	4 4.2%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
12.76417	9	.1736	.667	12 OF 16 (75.0%)
Number of Missing Observations = 0				

No existe significación estadística en esta tabla de contingencia. Por lo que se repite lo anteriormente dicho para el grupo drogodependiente, con el grupo control.

Crosstabulation: VIN = vino
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COP→	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	ato 3	nin 4	no 5	Row Total
VINO							
nunca	1	4 1.8 18.2%	2 4.4 9.1%	11 10.5 50.0%	4 3.2 18.2%	1 2.1 4.5%	22 22.9%
alguna vez	2	3 3.9 6.4%	10 9.3 21.3%	22 22.5 46.8%	8 6.9 17.0%	4 4.4 8.5%	47 49.0%
de vez en cuando	3	1 1.5 5.6%	3 3.6 16.7%	9 8.6 50.0%	2 2.6 11.1%	3 1.7 16.7%	18 18.8%
bastantes veces	4	0 .0 .0%	4 1.8 44.4%	4 4.3 44.4%	0 1.3 .0%	1 .8 11.1%	9 9.4%
Column Total		8 8.3%	19 19.8%	46 47.9%	14 14.6%	9 9.4%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance		Min E.F.	Cells with E.F. < 5		
11.42323	12	.4930		.750	15 OF 20 (75.0%)		

No existe diferencia significativa en cuanto a la relación entre el consumo de vino por el drogodependiente y el de otros tóxicos por parte de sus padres.

Crosstabulation: VIN = vino
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

COP→		Count	alc	tab	ato	nin	no	Row
		Exp Val						Total
		Row Pct	1	2	3	4	5	
VINO								
	1		0	16	7	2	4	29
nunca			3.9	9.4	8.8	3.0	3.9	30.2%
			.0%	55.2%	24.1%	6.9%	13.8%	
	2		4	8	13	4	8	37
alguna vez			5.0	11.9	11.2	3.9	5.0	38.5%
			10.8%	21.6%	35.1%	10.8%	21.6%	
	3		8	7	9	4	0	28
de vez en cuando			3.8	9.0	8.5	2.9	3.8	29.2%
			28.6%	25.0%	32.1%	14.3%	.0%	
	4		1	0	0	0	1	2
bastantes veces			.3	.6	.6	.2	.3	2.1%
			50.0%	.0%	.0%	.0%	50.0%	
	Column Total		13	31	29	10	13	96
			13.5%	32.3%	30.2%	10.4%	13.5%	100.0%

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F. < 5

 27.66884 12 .0062 .208 12 OF 20 (60.0%)
 Number of Missing Observations = 0

En el caso de los controles encontramos una relación significativa entre el consumo del padre de tabaco y/o alcohol, con el consumo de vino del control, aunque nunca de forma abusiva.

Crosstabulation: VIN = vino
 By COM = consumo madre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COM->	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	ato 3	nin 4	no 5	Row Total
VINO							
nunca	1	3 2.5 13.6%	3 2.1 13.6%	4 3.7 18.2%	12 12.4 54.5%	0 1.4 .0%	22 22.9%
alguna vez	2	6 5.4 12.8%	4 4.4 8.5%	10 7.8 21.3%	24 26.4 51.1%	3 2.9 6.4%	47 49.0%
de vez en cuando	3	2 2.1 11.1%	1 1.7 5.6%	1 3.0 5.6%	12 10.1 66.7%	2 1.1 11.1%	18 18.8%
bastantes veces	4	0 1.0 .0%	1 .8 11.1%	1 1.5 11.1%	6 5.1 66.7%	1 .6 11.1%	9 9.4%
Column Total		11 11.5%	9 9.4%	16 16.7%	54 56.3%	6 6.3%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5			
7.25067	12	.8406	.563	14 OF	20 (70.0%)		

No encontramos diferencia significativa, por lo que el consumo de tóxicos por parte de las madres de los drogodependientes, no se relaciona con el consumo de vino de sus hijos adictos.

Crosstabulation: VIN = vino
 By COM = consumo madre
 Controlling for GRUPO = grupo = 2 control

COM→	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	nin 4	no 5	Row Total
VINO						
nunca	1	2 2.4 6.9%	2 2.4 6.9%	24 23.0 82.8%	1 1.2 3.4%	29 30.2%
alguna vez	2	4 3.1 10.8%	2 3.1 5.4%	28 29.3 75.7%	3 1.5 8.1%	37 38.5%
de vez en cuando	3	2 2.3 7.1%	4 2.3 14.3%	22 22.2 78.6%	0 1.2 .0%	28 29.2%
bastantes veces	4	0 .2 .0%	0 .2 .0%	2 1.6 100.0%	0 .1 .0%	2 2.1%
Column Total		8 8.3%	8 8.3%	76 79.2%	4 4.2%	96 100.0%

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F. < 5

 5.24881 9 .8121 .083 13 OF 16 (81.3%)
 Number of Missing Observations = 0

No existe diferencia significativa entre el consumo de tóxicos por parte de las madres controles y el consumo de vino por parte de sus hijos.

Crosstabulation: CUB = cuba libre
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COP->	Count	alc	tab	ato	nin	no	Row Total
	Exp Val						
	Row Pct	1	2	3	4	5	
CUBA LIBRE							
nunca	1	0 2.2 .0%	4 5.1 15.4%	13 12.5 50.0%	6 3.8 23.1%	3 2.4 11.5%	26 27.1%
alguna vez	2	4 2.1 16.0%	4 4.9 16.0%	12 12.0 48.0%	3 3.6 12.0%	2 2.3 8.0%	25 26.0%
de vez en cuando	3	4 2.2 15.4%	8 5.1 30.8%	10 12.5 38.5%	3 3.8 11.5%	1 2.4 3.8%	26 27.1%
bastantes veces	4	0 1.6 .0%	3 3.8 15.8%	11 9.1 57.9%	2 2.8 10.5%	3 1.8 15.8%	19 19.8%
Column Total		8 8.3%	19 19.8%	46 47.9%	14 14.6%	9 9.4%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance		Min E.F.	Cells with E.F. < 5		
-----	-----	-----		-----	-----		
13.78384	12	.3147		1.583	14 OF 20 (70.0%)		

En esta tabla tampoco existe diferencia significativa, luego entre el consumo de tóxicos por los padres de los drogodependientes y el de cuba libre de sus hijos adictos, no existe relación.

Crosstabulation: CUB = cuba libre
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 2 control

COP→	Count Exp Val Row Pct	alc	tab	ato	nin	no	Row Total
		1	2	3	4	5	
CUBA LIBRE							
nunca	1	1 3.5 3.8%	11 8.4 42.3%	4 7.9 15.4%	3 2.7 11.5%	7 3.5 26.9%	26 27.1%
alguna vez	2	4 5.4 10.0%	15 12.9 37.5%	13 12.1 32.5%	3 4.2 7.5%	5 5.4 12.5%	40 41.7%
de vez en cuando	3	8 4.1 26.7%	5 9.7 16.7%	12 9.1 40.0%	4 3.1 13.3%	1 4.1 3.3%	30 31.3%
	Column Total	13 13.5%	31 32.3%	29 30.2%	10 10.4%	13 13.5%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
-----	-----	-----	-----	-----
18.69840	8	.0166	2.708	7 OF 15 (46.7%)
Number of Missing Observations =		0		

Podemos comprobar como el consumo del padre de sustancias de poder adictivo influye en forma significativa en el uso de cuba libre por el grupo control.

Crosstabulation: CAF = cafe y/o te
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COP-->	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	ato 3	nin 4	no 5	Row Total
CAFE/TE							
nunca	1	1 1.4 5.9%	6 3.4 35.3%	5 8.1 29.4%	1 2.5 5.9%	4 1.6 23.5%	17 17.7%
alguna vez	2	3 2.9 8.6%	7 6.9 20.0%	18 16.8 51.4%	4 5.1 11.4%	3 3.3 8.6%	35 36.5%
de vez en cuando	3	3 1.8 13.6%	3 4.4 13.6%	9 10.5 40.9%	7 3.2 31.8%	0 2.1 .0%	22 22.9%
bastantes veces	4	1 1.8 4.5%	3 4.4 13.6%	14 10.5 63.6%	2 3.2 9.1%	2 2.1 9.1%	22 22.9%
Column Total		8 8.3%	19 19.8%	46 47.9%	14 14.6%	9 9.4%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5			
18.59748	12	.0987	1.417	14 OF	20 (70.0%)		

Este análisis gráfico carece de valor significativo. Se comprueba una falta de influencia entre el consumo de café/té en el drogodependiente con relación con el consumo de otras sustancias de poder adictivo por parte del padre.

Crosstabulation: CAF = cafe y/o te
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 2 control

COP→	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	ato 3	nin 4	no 5	Row Total
CAFE/TE							
nunca	1	6 3.3 25.0%	7 7.8 29.2%	7 7.3 29.2%	3 2.5 12.5%	1 3.3 4.2%	24 25.0%
alguna vez	2	2 4.7 5.7%	12 11.3 34.3%	16 10.6 45.7%	3 3.6 8.6%	2 4.7 5.7%	35 36.5%
de vez en cuando	3	2 2.4 11.1%	6 5.8 33.3%	2 5.4 11.1%	3 1.9 16.7%	5 2.4 27.8%	18 18.8%
bastantes veces	4	3 2.6 15.8%	6 6.1 31.6%	4 5.7 21.1%	1 2.0 5.3%	5 2.6 26.3%	19 19.8%
Column Total		13 13.5%	31 32.3%	29 30.2%	10 10.4%	13 13.5%	96 100.0%

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F.< 5

 19.17781 12 .0843 1.875 12 OF 20 (60.0%)
 Number of Missing Observations = 0

Tampoco en el grupo control encontramos relación estadística con el consumo café/té por el hijo control y el de de otros tóxicos por parte de sus padres.

Crosstabulation: TRA = tranquilizantes
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COP→	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	ato 3	nin 4	no 5	Row Total
TRANQUIL.							
nunca	1	4 3.8 8.9%	7 8.9 15.6%	20 21.6 44.4%	10 6.6 22.2%	4 4.2 8.9%	45 46.9%
alguna vez	2	1 2.1 4.0%	10 4.9 40.0%	9 12.0 36.0%	1 3.6 4.0%	4 2.3 16.0%	25 26.0%
de vez en cuando	3	3 1.6 15.8%	1 3.8 5.3%	12 9.1 63.2%	3 2.8 15.8%	0 1.8 .0%	19 19.8%
bastantes veces	4	0 .6 .0%	1 1.4 14.3%	5 3.4 71.4%	0 1.0 .0%	1 .7 14.3%	7 7.3%
Column Total		8 8.3%	19 19.8%	46 47.9%	14 14.6%	9 9.4%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance		Min E.F.	Cells with E.F.< 5		
20.61727	12	.0563		.583	15 OF 20 (75.0%)		

De nuevo, en esta tabla, no encontramos relación estadística-mente significativa. No observandose influencia entre el consumo tóxico del padre y el de tranquilizantes por el drogodependiente.

Crosstabulation: TRA = tranquilizantes
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 2 control

COP-->	Count Exp Val Row Pct	alc	tab	ato	nin	no	Row Total
		1	2	3	4	5	
TRANQUIL.							
nunca	1	13 12.6 14.0%	29 30.0 31.2%	29 28.1 31.2%	10 9.7 10.8%	12 12.6 12.9%	93 96.9%
alguna vez	2	0 .4 .0%	2 1.0 66.7%	0 .9 .0%	0 .3 .0%	1 .4 33.3%	3 3.1%
	Column Total	13 13.5%	31 32.3%	29 30.2%	10 10.4%	13 13.5%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance		Min E.F.	Cells with E.F.< 5		
3.70640	4	.4472		.313	5 OF 10 (50.0%)		
Number of Missing Observations = 0							

De igual forma, en el grupo control tampoco es significativa la relación entre el consumo de sustancias adictivas por parte del padre y el consumo de tranquilizantes del grupo control.

Crosstabulation: TRA = tranquilizantes
 By COM = consumo madre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COM->	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	ato 3	nin 4	no 5	Row Total
TRANQUIL.							
nunca	1	5 5.2 11.1%	6 4.2 13.3%	6 7.5 13.3%	27 25.3 60.0%	1 2.8 2.2%	45 46.9%
alguna vez	2	1 2.9 4.0%	1 2.3 4.0%	6 4.2 24.0%	13 14.1 52.0%	4 1.6 16.0%	25 26.0%
de vez en cuando	3	5 2.2 26.3%	1 1.8 5.3%	3 3.2 15.8%	10 10.7 52.6%	0 1.2 .0%	19 19.8%
bastantes veces	4	0 .8 .0%	1 .7 14.3%	1 1.2 14.3%	4 3.9 57.1%	1 .4 14.3%	7 7.3%
Column Total		11 11.5%	9 9.4%	16 16.7%	54 56.3%	6 6.3%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5			
15.98456	12	.1919	.438	15 OF 20 (75.0%)			

De gran importancia resulta el no encontrar diferencia estadísticamente significativa, entre el consumo de tranquilizantes por el grupo drogodependiente y el consumo de otros tóxicos por sus madres.

Crosstabulation: TRA = tranquilizantes

By COM = consumo madre

Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

COM→	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	nin 4	no 5	Row Total
TRANQUIL.						
nunca	1	8 7.8 8.6%	8 7.8 8.6%	73 73.6 78.5%	4 3.9 4.3%	93 96.9%
alguna vez	2	0 .3 .0%	0 .3 .0%	3 2.4 100.0%	0 .1 .0%	3 3.1%
Column Total		8 8.3%	8 8.3%	76 79.2%	4 4.2%	96 100.0%

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F. < 5

 .81494 3 .8459 .125 5 OF 8 (62.5%)
 Number of Missing Observations = 0

Se repite lo visto en el anterior cuadro, no observandose relación entre el consumo de sustancias adictivas por parte de las madres, y el de tranquilizantes por el grupo control.

Crosstabulation: BAR = barbituricos
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COP→	Count Exp Val Row Pct	alc 1	tab 2	ato 3	nin 4	no 5	Row Total
BARBITUR.							
nunca	1	5 5.4 7.7%	13 12.9 20.0%	30 31.1 46.2%	11 9.5 16.9%	6 6.1 9.2%	65 67.7%
alguna vez	2	2 1.4 11.8%	5 3.4 29.4%	7 8.1 41.2%	1 2.5 5.9%	2 1.6 11.8%	17 17.7%
de vez en cuando	3	1 .8 11.1%	0 1.8 .0%	5 4.3 55.6%	2 1.3 22.2%	1 .8 11.1%	9 9.4%
bastantes veces	4	0 .4 .0%	1 1.0 20.0%	4 2.4 80.0%	0 .7 .0%	0 .5 .0%	5 5.2%
Column Total		8 8.3%	19 19.8%	46 47.9%	14 14.6%	9 9.4%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
7.55548	12	.8188	.417	14 OF 20 (70.0%)

No encontramos relación estadísticamente significativa entre el consumo de barbitúricos por los drogodependientes y el consumo de tóxicos por parte de sus padres.

Crosstabulation: BAR = barbituricos
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 2 control

COP→	Count	alc	tab	ato	nin	no	Row Total
	Exp Val						
	Row Pct	1	2	3	4	5	
BARBITUR.							
nunca	1	13 12.9 13.7%	30 30.7 31.6%	29 28.7 30.5%	10 9.9 10.5%	13 12.9 13.7%	95 99.0%
alguna vez	2	0 .1 .0%	1 .3 100.0%	0 .3 .0%	0 .1 .0%	0 .1 .0%	1 1.0%
	Column Total	13 13.5%	31 32.3%	29 30.2%	10 10.4%	13 13.5%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5			
2.11885	4	.7139	.104	5 OF 10 (50.0%)			
Number of Missing Observations = 0							

De nuevo, tampoco es aquí significativo lo dicho en el cuadro anterior, con respecto al grupo control.



Crosstabulation: ANF = anfetaminas
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COP→	Count Exp Val Row Pct	alc	tab	ato	nin	no	Row Total
		1	2	3	4	5	
ANFETAM.							
nunca	1	6 5.5 9.1%	12 13.1 18.2%	33 31.6 50.0%	10 9.6 15.2%	5 6.2 7.6%	66 68.8%
alguna vez	2	2 1.3 13.3%	5 3.0 33.3%	5 7.2 33.3%	2 2.2 13.3%	1 1.4 6.7%	15 15.6%
de vez en cuando	3	0 .8 .0%	0 2.0 .0%	6 4.8 60.0%	1 1.5 10.0%	3 .9 30.0%	10 10.4%
bastantes veces	4	0 .4 .0%	2 1.0 40.0%	2 2.4 40.0%	1 .7 20.0%	0 .5 .0%	5 5.2%
Column Total		8 8.3%	19 19.8%	46 47.9%	14 14.6%	9 9.4%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance		Min E.F.	Cells with E.F.< 5		
12.95503	12	.3723		.417	14 OF 20 (70.0%)		

En relación con las anfetaminas, no existe significación en cuanto al consumo de sustancias de tipo adictiva por los padres de los drogodependientes, y el de anfetaminas por sus hijos adictos.

Crosstabulation: ANF = anfetaminas
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 2 control

COP→	Count	alc	tab	ato	nin	no	Row Total
	Exp Val						
	Row Pct	1	2	3	4	5	
ANFETAM.							
nunca	1	12 12.7 12.8%	31 30.4 33.0%	29 28.4 30.9%	10 9.8 10.6%	12 12.7 12.8%	94 97.9%
alguna vez	2	1 .3 50.0%	0 .6 .0%	0 .6 .0%	0 .2 .0%	1 .3 50.0%	2 2.1%
	Column Total	13 13.5%	31 32.3%	29 30.2%	10 10.4%	13 13.5%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance		Min E.F.	Cells with E.F.< 5		
-----	-----	-----		-----	-----		
5.49918	4	.2398		.208	5 of 10 (50.0%)		
Number of Missing Observations =		0					

Con el grupo control, tampoco resulta significativa estadísticamente la relación de consumo de tabaco, alcohol o tabaco y alcohol del padre, con el consumo de anfetaminas de su hijo control.

Crosstabulation: OPI = opiáceos
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COP→	Count	alc	tab	ato	nin	no	Row Total
	Exp Val	1	2	3	4	5	
	Row Pct						
OPIACEOS							
nunca	1	2 2.6 6.5%	7 6.1 22.6%	13 14.9 41.9%	7 4.5 22.6%	2 2.9 6.5%	31 32.3%
alguna vez	2	2 1.3 12.5%	2 3.2 12.5%	10 7.7 62.5%	1 2.3 6.3%	1 1.5 6.3%	16 16.7%
de dez en cuando	3	0 .8 .0%	3 1.8 33.3%	2 4.3 22.2%	2 1.3 22.2%	2 .8 22.2%	9 9.4%
bastantes veces	4	4 3.3 10.0%	7 7.9 17.5%	21 19.2 52.5%	4 5.8 10.0%	4 3.8 10.0%	40 41.7%
Column Total		8 8.3%	19 19.8%	46 47.9%	14 14.6%	9 9.4%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5			
10.30523	12	.5892	.750	14 OF	20 (70.0%)		

La relación entre el consumo de opiáceos en el hijo y el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, tabaco y alcohol y/o de otras drogas) por el padre, no resulta significativo, en el grupo drogodependiente.

Crosstabulation: CAN = cannabis
 By COP = consumo padre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COP→	Count	alc	tab	ato	nin	no	Row Total
	Exp Val	1	2	3	4	5	
	Row Pct						
CANNABIS							
nunca	1	1 1.6 5.3%	4 3.8 21.1%	8 9.1 42.1%	4 2.8 21.1%	2 1.8 10.5%	19 19.8%
alguna vez	2	0 1.9 .0%	7 4.6 30.4%	11 11.0 47.8%	3 3.4 13.0%	2 2.2 8.7%	23 24.0%
de vez en cuando	3	2 1.9 8.7%	4 4.6 17.4%	10 11.0 43.5%	3 3.4 13.0%	4 2.2 17.4%	23 24.0%
bastantes veces	4	5 2.6 16.1%	4 6.1 12.9%	17 14.9 54.8%	4 4.5 12.9%	1 2.9 3.2%	31 32.3%
Column Total		8 8.3%	19 19.8%	46 47.9%	14 14.6%	9 9.4%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance		Min E.F.		Cells with E.F.< 5	
-----	-----	-----		-----		-----	
10.62142	12	.5616		1.583		15 OF 20 (75.0%)	

En este caso, que resulta igualmente no significativo, es pues indiferente el consumo de sustancias adictivas del padre, con relación al consumo de cannabis del drogodependiente.

Crosstabulation: OPI = opiaceos
 By COM = consumo madre
 Controlling for GRUPO = grupo
 = 1 drogodependiente

COM→	Count	alc	tab	ato	nin	no	Row Total
	Exp Val	1	2	3	4	5	
	Row Pct						
OPIACEOS							
nunca	1	3 3.6 9.7%	2 2.9 6.5%	0 5.2 .0%	25 17.4 80.6%	1 1.9 3.2%	31 32.3%
alguna vez	2	0 1.8 .0%	1 1.5 6.3%	4 2.7 25.0%	9 9.0 56.3%	2 1.0 12.5%	16 16.7%
de vez en cuando	3	1 1.0 11.1%	3 .8 33.3%	0 1.5 .0%	5 5.1 55.6%	0 .6 .0%	9 9.4%
bastantes veces	4	7 4.6 17.5%	3 3.8 7.5%	12 6.7 30.0%	15 22.5 37.5%	3 2.5 7.5%	40 41.7%
Column Total		11 11.5%	9 9.4%	16 16.7%	54 56.3%	6 6.3%	96 100.0%
Chi-Square	D.F.	Significance		Min E.F.	Cells with E.F.< 5		
-----	-----	-----		-----	-----		
28.80070	12	.0042		.563	14 OF 20 (70.0%)		

En el presente cruce se aprecia una $P < 0.01$, por lo que los resultados corroboran la influencia de la madre en el consumo de heroína para con el hijo, damos gran importancia a este hallazgo estadístico. Es decir, se comprueba que el uso de drogas por parte de la madre, es en potencia un factor de riesgo para su hijo.

Crosstabulation: CER = cerveza

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
CERVEZA				
nunca	1	9 9.5 69.2%	4 3.5 30.8%	13 13.5%
alguna vez	2	14 16.8 60.9%	9 6.2 39.1%	23 24.0%
de vez en cuando	3	26 26.3 72.2%	10 9.8 27.8%	36 37.5%
bastantes veces	4	21 17.5 87.5%	3 6.5 12.5%	24 25.0%
	Column Total	70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
4.37314	3	.2239	3.521	1 OF 8 (12.5%)

No se aprecia una diferencia estadísticamente significativa al relacionar el consumo de cerveza con el sexo, dentro del grupo drogodependiente.

Crosstabulation: CER = cerveza
 By SEXO = sexo
 Controlling for GRUPO = grupo = 2 control

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
CERVEZA				
nunca	1	3 5.0 42.9%	4 2.0 57.1%	7 7.3%
alguna vez	2	26 28.3 65.0%	14 11.7 35.0%	40 41.7%
de vez en cuando	3	35 30.5 81.4%	8 12.5 18.6%	43 44.8%
bastantes veces	4	4 4.3 66.7%	2 1.8 33.3%	6 6.3%
	Column Total	68 70.8%	28 29.2%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
5.68297	3	.1281	1.750	4 OF 8 (50.0%)
Number of Missing Observations = 0				

Tampoco en esta tabla podemos afirmar relación alguna, entre el consumo de cerveza y el sexo, dentro del grupo control.

Crosstabulation: VIN = vino

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
VINO				
nunca	1	15 16.0 68.2%	7 6.0 31.8%	22 22.9%
alguna vez	2	35 34.3 74.5%	12 12.7 25.5%	47 49.0%
de vez en cuando	3	11 13.1 61.1%	7 4.9 38.9%	18 18.8%
bastantes veces	4	9 6.6 100.0%	0 2.4 .0%	9 9.4%
	Column Total	70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
4.92022	3	.1777	2.438	2 OF 8 (25.0%)

Con el vino en relación con el sexo del grupo drogodependiente, no encontramos relación causa - efecto de tipo estadísticamente significativo.

Crosstabulation: VIN = vino

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

SEXO->	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
VINO				
nunca	1	13 20.5 44.8%	16 8.5 55.2%	29 30.2%
alguna vez	2	28 26.2 75.7%	9 10.8 24.3%	37 38.5%
de vez en cuando	3	26 19.8 92.9%	2 8.2 7.1%	28 29.2%
bastantes veces	4	1 1.4 50.0%	1 .6 50.0%	2 2.1%
	Column Total	68 70.8%	28 29.2%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
16.90713	3	.0007	.583	2 OF 8 (25.0%)
Number of Missing Observations = 0				

Esta tabla significativa, muestra una predilección del varón control para con el vino, en comparación con la mujer control.

Crosstabulation: CUB = cuba libre

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
CUBA LIBRE				
nunca	1	19 19.0 73.1%	7 7.0 26.9%	26 27.1%
alguna vez	2	21 18.2 84.0%	4 6.8 16.0%	25 26.0%
de vez en cuando	3	13 19.0 50.0%	13 7.0 50.0%	26 27.1%
bastantes veces	4	17 13.9 89.5%	2 5.1 10.5%	19 19.8%
	Column Total	70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
11.10718	3	.0112	5.146	None

Destaca el consumo del varón drogadicto respecto a la mujer drogadicta, en cuanto al consumo de cuba libre, siendo significativa esta diferencia de forma estadística.

Crosstabulation: CUB = cuba libre

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

SEXO->	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
CUBA LIBRE				
nunca	1	13 18.4 50.0%	13 7.6 50.0%	26 27.1%
alguna vez	2	31 28.3 77.5%	9 11.7 22.5%	40 41.7%
de vez en cuando	3	24 21.3 80.0%	6 8.8 20.0%	30 31.3%
	Column Total	68 70.8%	28 29.2%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
7.54286	2	.0230	7.583	None
Number of Missing Observations = 0				

En el grupo control, igual que en el caso anterior, el varón destaca por el mayor consumo del cuba libre.

Crosstabulation: LIC = licores

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO->	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
LICORES				
nunca	1	18 18.2 72.0%	7 6.8 28.0%	25 26.0%
alguna vez	2	22 20.4 78.6%	6 7.6 21.4%	28 29.2%
de vez en cuando	3	15 17.5 62.5%	9 6.5 37.5%	24 25.0%
bastantes veces	4	15 13.9 78.9%	4 5.1 21.1%	19 19.8%
	Column Total	70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
2.13261	3	.5453	5.146	None

Con los licores, dentro del grupo farmacodependiente, no encontramos diferencias sexuales en su consumo.

Crosstabulation: LIC = licores

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

SEXO->	Count Exp Val Row Pct	varón	mujer	Row Total
		1	2	
LICORES				
nunca	1	25 30.5 58.1%	18 12.5 41.9%	43 44.8%
alguna vez	2	32 28.3 80.0%	8 11.7 20.0%	40 41.7%
de vez en cuando	3	11 9.2 84.6%	2 3.8 15.4%	13 13.5%
	Column Total	68 70.8%	28 29.2%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
6.17583	2	.0456	3.792	1 OF 6 (16.7%)
Number of Missing Observations = 0				

Las preferencias del varón para con el licor, resulta estadísticamente significativa en este grupo control.

Crosstabulation: TAB = tabaco

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO->	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
TABACO				
nunca	1	4 5.1 57.1%	3 1.9 42.9%	7 7.3%
alguna vez	2	8 10.9 53.3%	7 4.1 46.7%	15 15.6%
de vez en cuando	3	12 14.6 60.0%	8 5.4 40.0%	20 20.8%
bastantes veces	4	46 39.4 85.2%	8 14.6 14.8%	54 56.3%
	Column Total	70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
9.60033	3	.0223	1.896	2 OF 8 (25.0%)

Relación significativa en cuanto al sexo del drogodependiente y el consumo de tabaco, demostrándose una mayor y más fuerte adicción por parte de los varones.

Crosstabulation: TAB = tabaco

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
TABACO				
nunca	1	16 18.4 61.5%	10 7.6 38.5%	26 27.1%
alguna vez	2	29 25.5 80.6%	7 10.5 19.4%	36 37.5%
de vez en cuando	3	14 12.8 77.8%	4 5.3 22.2%	18 18.8%
bastantes veces	4	9 11.3 56.3%	7 4.7 43.8%	16 16.7%
	Column Total	68 70.8%	28 29.2%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
4.80155	3	.1869	4.667	1 OF 8 (12.5%)
Number of Missing Observations = 0				

La relación consumo de tabaco - sexo, no resulta significativa en el grupo control, comprobándose una semejanza en cuanto a la cantidad de consumo entre el varón y la mujer.

Crosstabulation: CAF = cafe y/o te

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
CAFE/TE				
nunca	1	12 12.4 70.6%	5 4.6 29.4%	17 17.7%
alguna vez	2	25 25.5 71.4%	10 9.5 28.6%	35 36.5%
de vez en cuando	3	17 16.0 77.3%	5 6.0 22.7%	22 22.9%
bastantes veces	4	16 16.0 72.7%	6 6.0 27.3%	22 22.9%
	Column Total	70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
.29771	3	.9605	4.604	1 OF 8 (12.5%)

El sexo en relación con el consumo de cafeína/teofilina dentro del grupo drogodependiente, se demuestra sin relación estadísticamente diferencial.

Crosstabulation: CAF = cafe y/o te

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
CAFE/TE				
nunca	1	13 17.0 54.2%	11 7.0 45.8%	24 25.0%
alguna vez	2	30 24.8 85.7%	5 10.2 14.3%	35 36.5%
de vez en cuando	3	11 12.8 61.1%	7 5.3 38.9%	18 18.8%
bastantes veces	4	14 13.5 73.7%	5 5.5 26.3%	19 19.8%
	Column Total	68 70.8%	28 29.2%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
7.87667	3	.0486	5.250	None
Number of Missing Observations = 0				

Si existe relación diferencial a favor del varón, en cuanto al consumo de café/té en el grupo control.

Crosstabulation: TRA = tranquilizantes

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
TRANQUIL. nunca	1 35 32.8 77.8%	10 12.2 22.2%	45 46.9%	
alguna vez	2 19 18.2 76.0%	6 6.8 24.0%	25 26.0%	
de vez en cuando	3 10 13.9 52.6%	9 5.1 47.4%	19 19.8%	
bastantes veces	4 6 5.1 85.7%	1 1.9 14.3%	7 7.3%	
Column Total	70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%	

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
5.19828	3	.1578	1.896	1 OF 8 (12.5%)

No es significativa la relación entre el consumo de tranquilizantes y el sexo del grupo control, comprobándose la semejanza de consumidores de los mismos.

Crosstabulation: TRA = tranquilizantes

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

SEXO->	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
TRANQUIL. nunca	1	65 65.9 69.9%	28 27.1 30.1%	93 96.9%
alguna vez	2	3 2.1 100.0%	0 .9 .0%	3 3.1%
	Column Total	68 70.8%	28 29.2%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
.23421	1	.6284	.875	2 of 4 (50.0%)
1.27514	1	.2588	(Before Yates Correction)	
Number of Missing Observations = 0				

Tampoco esta tabla resulta significativa, comprobandose la ausencia de consumidores habituales de los mismos, entre los dos sexos dentro del grupo control.

Crosstabulation: BAR = barbituricos

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
BARBITUR. nunca	1	49 47.4 75.4%	16 17.6 24.6%	65 67.7%
alguna vez	2	11 12.4 64.7%	6 4.6 35.3%	17 17.7%
de vez en cuando	3	6 6.6 66.7%	3 2.4 33.3%	9 9.4%
bastantes veces	4	4 3.6 80.0%	1 1.4 20.0%	5 5.2%
Column Total		70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
1.08588	3	.7805	1.354	4 OF 8 (50.0%)

Sin relación estadísticamente significativa, comprobamos la similitud en cuanto a la cantidad de consumo de barbitúricos y su comparación con el sexo del grupo drogodependiente.

Crosstabulation: BAR = barbituricos

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
BARBITUR. nunca	1	68 67.3 71.6%	27 27.7 28.4%	95 99.0%
alguna vez	2	0 .7 .0%	1 .3 100.0%	1 1.0%
Column Total		68 70.8%	28 29.2%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
.21230	1	.6450	.292	2 of 4 (50.0%)
2.45414	1	.1172	(Before Yates Correction)	
Number of Missing Observations = 0				

No presenta diferencia significativa la relación del consumo de barbitúricos y su comparación por sexos, dentro del grupo control.

Crosstabulation: ANF = anfetaminas

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
ANFETAMIN.				
nunca	1	46 48.1 69.7%	20 17.9 30.3%	66 68.8%
alguna vez	2	12 10.9 80.0%	3 4.1 20.0%	15 15.6%
de vez en cuando	3	8 7.3 80.0%	2 2.7 20.0%	10 10.4%
bastantes veces	4	4 3.6 80.0%	1 1.4 20.0%	5 5.2%
	Column Total	70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
1.10865	3	.7750	1.354	4 OF 8 (50.0%)

Tampoco con las anfetaminas se encuentra significación estadísticamente diferencial, en cuanto al sexo y su consumo por el grupo drogodependiente.

Crosstabulation: ANF = anfetaminas
 By SEXO = sexo
 Controlling for GRUPO = grupo = 2 control

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
ANFETAMIN.				
nunca	1	66 66.6 70.2%	28 27.4 29.8%	94 97.9%
alguna vez	2	2 1.4 100.0%	0 .6 .0%	2 2.1%
	Column Total	68 70.8%	28 29.2%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
.01716	1	.8958	.583	2 of 4 (50.0%)
.84105	1	.3591	(Before Yates' Correction)	
Number of Missing Observations = 0				

Lo mismo dicho en el cuadro anterior ocurre con el grupo control, no es significativa la comparación del consumo anfetamínico por sexo, máxime por falta de consumo habitual de los controles.

Crosstabulation: CAN = cannabis

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
CANNABIS				
nunca	1	15 13.9 78.9%	4 5.1 21.1%	19 19.8%
alguna vez	2	17 16.8 73.9%	6 6.2 26.1%	23 24.0%
de vez en cuando	3	18 16.8 78.3%	5 6.2 21.7%	23 24.0%
bastantes veces	4	20 22.6 64.5%	11 8.4 35.5%	31 32.3%
	Column Total	70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
1.80187	3	.6145	5.146	None

Cannabis y sexo sin relación estadísticamente significativa para con el grupo drogodependiente, a causa de la similitud en el consumo entre el varón y la mujer adictos.

Crosstabulation: CAN = cannabis

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
CANNABIS				
nunca	1	65 65.2 70.7%	27 26.8 29.3%	92 95.8%
alguna vez	2	3 2.8 75.0%	1 1.2 25.0%	4 4.2%
	Column Total	68 70.8%	28 29.2%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
.00000	1	1.0000	1.167	2 of 4 (50.0%)
.03507	1	.8514	(Before Yates Correction)	
Number of Missing Observations =		0		

En el grupo control se repite la carencia de significación vista en el cuadro de contingencia anterior. A ello se añade, que el consumo de cannabis, es igualmente de escaso entre varones o mujeres de nuestro grupo control.

Crosstabulation: COC = cocaína

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO->	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
COCAINA				
nunca	1	24 21.9 80.0%	6 8.1 20.0%	30 31.3%
alguna vez	2	15 15.3 71.4%	6 5.7 28.6%	21 21.9%
de vez en cuando	3	7 7.3 70.0%	3 2.7 30.0%	10 10.4%
bastantes veces	4	24 25.5 68.6%	11 9.5 31.4%	35 36.5%
	Column Total	70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
1.16345	3	.7618	2.708	1 OF 8 (12.5%)

El consumo de cocaína en relación al sexo del grupo drogodependiente, resulta ser estadísticamente no significativo, es decir, consumen por igual este tóxico el varón y la mujer.

Crosstabulation: OPI = opiáceos

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón 1	mujer 2	Row Total
OPIACEOS				
nunca	1	21 22.6 67.7%	10 8.4 32.3%	31 32.3%
alguna vez	2	15 11.7 93.8%	1 4.3 6.3%	16 16.7%
de vez en cuando	3	8 6.6 88.9%	1 2.4 11.1%	9 9.4%
bastantes veces	4	26 29.2 65.0%	14 10.8 35.0%	40 41.7%
	Column Total	70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
6.36892	3	.0950	2.438	2 OF 8 (25.0%)

Igual ocurre con los opiáceos, no existe diferencia por sexo en relación a su consumo.

Crosstabulation: ACI = ácidos

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón	mujer	Row Total
		1	2	
ACIDOS				
nunca	1	56 54.0 75.7%	18 20.0 24.3%	74 77.1%
alguna vez	2	11 11.7 68.8%	5 4.3 31.3%	16 16.7%
de vez en cuando	3	2 1.5 100.0%	0 .5 .0%	2 2.1%
bastantes veces	4	1 2.9 25.0%	3 1.1 75.0%	4 4.2%
	Column Total	70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
5.81930	3	.1207	.542	5 OF 8 (62.5%)

No existe diferencia significativa en esta tabla de contingencia, que busca la relación por sexos ante el consumo de ácido.

Crosstabulation: CONSUM = estilo de consumo

By SEXO = sexo

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

SEXO→	Count Exp Val Row Pct	varón	mujer	Row Total
		1	2	
CONSUMO				
solo	1	33 29.9 80.5%	8 11.1 19.5%	41 42.7%
pareja	2	13 19.7 48.1%	14 7.3 51.9%	27 28.1%
grupo	3	24 20.4 85.7%	4 7.6 14.3%	28 29.2%
	Column Total	70 72.9%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
11.89976	2	.0026	7.313	None
Number of Missing Observations =		96		

La diferencia entre la mujer y el varón en el estilo de consumo, es estadísticamente significativa; en efecto, mientras los varones consumen preferentemente solos u en grupo, la mujer lo suele hacer en pareja. Hallazgo estadístico de gran valor.

Crosstabulation: CUB = cuba libre

By PROF = profesión

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

PROF→	Count Exp Val Row Pct	sin 1	ops 2	opc 3	Row Total
CUBA LIBRE					
nunca	1	11 15.7 42.3%	10 7.0 38.5%	5 3.3 19.2%	26 27.1%
alguna vez	2	14 15.1 56.0%	9 6.8 36.0%	2 3.1 8.0%	25 26.0%
de vez en cuando	3	21 15.7 80.8%	1 7.0 3.8%	4 3.3 15.4%	26 27.1%
bastantes veces	4	12 11.5 63.2%	6 5.1 31.6%	1 2.4 5.3%	19 19.8%
Column Total		58 60.4%	26 27.1%	12 12.5%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
12.91687	6	.0444	2.375	4 OF 12 (33.3%)

La significatividad de esta prueba es inferior a 0.05, comprobándose un mayor consumo de cuba libre en el drogodependiente sin profesión (sin), disminuyendo su consumo en los operarios sin cualificar (ops) y operarios cualificados (opc) del mismo grupo drogodependiente.

Crosstabulation: CUB = cuba libre

By PROF = profesión

Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

PROF-->	Count Exp Val Row Pct	sin 1	ops 2	opc 3	Row Total
CUBA LIBRE					
nunca	1	9 10.6 34.6%	10 8.4 38.5%	7 7.0 26.9%	26 27.1%
alguna vez	2	18 16.3 45.0%	11 12.9 27.5%	11 10.8 27.5%	40 41.7%
de vez en cuando	3	12 12.2 40.0%	10 9.7 33.3%	8 8.1 26.7%	30 31.3%
	Column Total	39 40.6%	31 32.3%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
1.02821	4	.9055	7.042	None
Number of Missing Observations = 0				

En esta tabla, a diferencia de la anterior, no es posible encontrar diferencia estadísticamente significativa entre las diferentes situaciones profesionales, dentro del grupo control, y el consumo de cuba libre.

Crosstabulation: TAB = tabaco

By PROF = profesión

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

PROF→	Count Exp Val Row Pct	sin 1	ops 2	opc 3	Row Total
TABACO					
nunca	1	6 4.2 85.7%	1 1.9 14.3%	0 .9 .0%	7 7.3%
alguna vez	2	11 9.1 73.3%	2 4.1 13.3%	2 1.9 13.3%	15 15.6%
de vez en cuando	3	17 12.1 85.0%	2 5.4 10.0%	1 2.5 5.0%	20 20.8%
bastantes veces	4	24 32.6 44.4%	21 14.6 38.9%	9 6.8 16.7%	54 56.3%
Column Total		58 60.4%	26 27.1%	12 12.5%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
14.37418	6	.0257	.875	6 OF 12 (50.0%)

Los resultados de la tabla demuestran una relación estadísticamente significativa, en el sentido de que los drogodependientes sin profesión, consumen más cantidad de tabaco en relación con el resto de las situaciones profesionales.

Crosstabulation: CAF = cafe y/o te

By PROF = profesión

Controlling for GRUPO = grupo

= 1 drogodependiente

PROF->	Count Exp Val Row Pct	sin 1	ops 2	opc 3	Row Total
CAFE/TE					
nunca	1	10 10.3 58.8%	4 4.6 23.5%	3 2.1 17.6%	17 17.7%
alguna vez	2	25 21.1 71.4%	6 9.5 17.1%	4 4.4 11.4%	35 36.5%
de vez en cuando	3	12 13.3 54.5%	7 6.0 31.8%	3 2.8 13.6%	22 22.9%
bastantes veces	4	11 13.3 50.0%	9 6.0 40.9%	2 2.8 9.1%	22 22.9%
	Column Total	58 60.4%	26 27.1%	12 12.5%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
4.94107	6	.5514	2.125	5 OF 12 (41.7%)

No existen diferencias en cuanto al consumo de café y/o té en relación a la profesión del grupo de drogodependientes.

Crosstabulation: CAF = cafe y/o te

By PROF = profesión

Controlling for GRUPO = grupo

= 2 control

PROF→	Count Exp Val Row Pct	sin 1	ops 2	opc 3	Row Total
CAFE/TE					
nunca	1	7 9.8 29.2%	10 7.8 41.7%	7 6.5 29.2%	24 25.0%
alguna vez	2	16 14.2 45.7%	13 11.3 37.1%	6 9.5 17.1%	35 36.5%
de vez en cuando	3	6 7.3 33.3%	2 5.8 11.1%	10 4.9 55.6%	18 18.8%
bastantes veces	4	10 7.7 52.6%	6 6.1 31.6%	3 5.1 15.8%	19 19.8%
	Column Total	39 40.6%	31 32.3%	26 27.1%	96 100.0%

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F.< 5
12.91862	6	.0443	4.875	1 OF 12 (8.3%)
Number of Missing Observations = 0				

Por el contrario, estos datos demuestran un mayor consumo de té y/o café en el grupo control sin profesión, que en el resto de las condiciones profesionales del grupo control.

Crosstabulation: PROBLEMAS = problemas provocados por droga
 By OPIACEOS = opiaceos

OPI→	Count Exp Val Row Pct	nun 1	vez 2	dev 3	bas 4	Row Total
PROBLEMAS						
familiares	1	0 1.3 .0%	2 .7 50.0%	1 .4 25.0%	1 1.7 25.0%	4 4.2%
enfermedad	2	2 1.3 50.0%	0 .7 .0%	2 .4 50.0%	0 1.7 .0%	4 4.2%
laborales	3	2 1.0 66.7%	0 .5 .0%	0 .3 .0%	1 1.3 33.3%	3 3.1%
policiales	4	3 3.6 27.3%	2 1.8 18.2%	2 1.0 18.2%	4 4.6 36.4%	11 11.5%
varios	5	15 16.8 28.8%	6 8.7 11.5%	3 4.9 5.8%	28 21.7 53.8%	52 54.2%
ninguna	6	9 7.1 40.9%	6 3.7 27.3%	1 2.1 4.5%	6 9.2 27.3%	22 22.9%
Column Total		31 32.3%	16 16.7%	9 9.4%	40 41.7%	96 100.0%

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F. < 5

 25.26056 15 .0466 .281 19 OF 24 (79.2%)
 Number of Missing Observations = 96

Esta tabla resulta estadísticamente significativa, por la que se comprueba una relación proporcional entre los problemas provocados por las drogas y la cantidad de consumo del heroinómano. Nunca (nun), alguna vez (vez), de vez en cuando (dev) y bastantes veces (bas). Es decir, a más consumo (bastantes veces) más problemas.

VI.- RESULTADOS.

Debido a que los trabajos publicados sobre este tema (JEAN ER. & LEONARD AJ., 1985; KLITZNER M. & COLS., 1987; KUMPPER KL., 1987; WILLIAM DJ., 1987; CVETKOVICH G. & COLS., 1987; SELNOW G.W., 1987; SCHWARTZ RH., 1988; KORNBLIT AL. & COLS., 1988; etc.), están realizados siguiendo una metodología muy diversa, resulta difícil hacer una comparación de nuestros resultados con los de otros autores, coincidiendo en señalar que algunas conclusiones eran de preveer por su frecuente aparición en otras investigaciones, aunque nosotros matizamos en cuanto al cambio en las variables opcionales introducidas, y eliminación del factor diferencial socio-económico entre los dos grupos a estudiar.

Observaremos que las novedades son frecuentes en nuestra casuística, por lo que pensamos que, a pesar de las limitaciones (número reducido y heterogeneidad de las muestras), los resultados del trabajo han sido científicamente productivos.

1ª.- Son los amigos, como en otros estudios, los que en mayor frecuencia inculcan al inicio del consumo a otros compañeros, y esto tiene como marco espacial preferencial: la calle, bares y salas de juegos. En segundo lugar tenemos al vendedor, y en tercero a la propia familia como ofrecedores de la droga. Comprobamos que a diferencia de otros estudios, la escuela, el servicio militar y sanitario, corresponde a un grupo muy reducido en este sentido.

2ª.- Hemos constatado en este grupo de población, una falta de ocupación del tiempo libre de una forma constructiva, siendo la calle, bares y salas de juegos, lo que les ocupan mayor tiempo a los drogodependientes, coincidiendo con el lugar preferente de iniciación. Quedan en segundo lugar de frecuencia, y con igual porcentaje: la casa de los amigos, por un lado y por otro, las discotecas y los pubs, en el sentido de lugar de iniciación. Sin embargo, el deporte y la lectura son prácticamente inexistentes, y se desconocen otras posibles actividades de ocio.

3ª.- Hemos encontrado, una mayor proporción de integridades matrimoniales entre los padres del grupo control, con respecto al del drogodependiente, en el que predominaban otras situaciones distintas (separados, solteros, viudez, divorciados, etc.).

4ª.- De nuestros estudios, se puede vislumbrar una mayor cantidad de drogodependientes, que saliendo de su familia de forma temprana, buscan la convivencia con su pareja, o aun en mayor proporción buscan la soledad, todo ello respecto al grupo control en el que se retrasa la salida del domicilio paterno. Posiblemente, ésto sea debido a una inadaptación familiar, que precipita su encuentro prematuro con un medio urbano inhóspito, para el que aún no se encuentra suficientemente maduro.

5ª.- En cuanto a la relación familiar y extrafamiliar, siendo de entrada más negativa en el grupo drogodependiente incluso antes del consumo de drogas, empeora de forma significativa tras el consumo, con respecto al grupo control. Esto coadyuva, al mantenimiento de las teorías de las influencias negativas que de las relaciones paterno-filiares hacen respecto al inicio del consumo y su mantenimiento, al no propiciar en modo alguno la reincorporación familiar.

6ª.- En relación con el consumo por parte del padre, no encontramos diferencias entre ambos grupos, existiendo un abuso similar de tabaco y alcohol en los respectivos grupos de padres; siendo importante, sin embargo, la diferencia del drogodependiente con respecto al control en cuanto al consumo abusivo de su madre, hermanos, pareja y amigos; no siendolo sólo respecto al tabaco y alcohol, sino inclusive de otras drogas, que como hemos podido apreciar, en un porcentaje pequeño es la misma familia la incitadora.

7ª.- En la valoración realizada de los conceptos de salud, futuro, trabajo e ideas de suicidio, hallamos una correlación entre la infravaloración de tales conceptos, y el mayor porcentaje de ideas presuicidas en el grupo drogodependiente respecto al grupo control; en esta contradicción del drogodependiente respecto al grupo control, no podemos achacarlo exclusivamente a materia de

educación sanitaria, pues en ambos grupos existe una igual marginación educativa. Es por ello, que el origen de estas respuestas, puede residir en una estructura lábil de personalidad, con irregularidades en la conducta espontánea y de las respuestas a las situaciones comunes.

8ª.- No encontramos diferencias por sexo en cuanto al consumo de cerveza, cuba-libres, tranquilizantes, barbitúricos, cannabis, anfetaminas, cocaína y opiáceos; encontrándose sin embargo, mayor consumo de vinos, licores y café en el varón control, y en cambio, mayor consumo de tabaco en el varón drogodependiente, con relación a las mujeres de sus grupos respectivamente. En cuanto a la primera diferencia, parece jugar aquí un factor de ámbito socio-cultural; en cambio éste, no parece tan claro en la segunda diferencia.

9ª.- En cuanto a la relación consumo-profesión, son más frecuentes los consumidores carentes de profesión tanto de uno como de otro grupo, siendo el tabaco uno de los tóxicos preferidos en los drogodependientes sin profesión, y el café en los del grupo control.

10ª.- El consumo de cerveza y tabaco en el grupo drogodependiente, se ve potenciado por el consumo de alcohol y tabaco de su

padre, no siendo este mismo dato confirmado dentro de nuestro estudio sobre el grupo control. Considerando, una no muy exacta correlación, unido a la tradición cultural del tabaco y la cerveza en nuestra sociedad, del consumo de estos tóxicos por los padres y su utilización como predictores de consumo de los hijos de esos mismos tóxicos.

11ª.- El consumo de la madre de alcohol y tabaco, influye muy fuertemente en el consumo de derivados opiáceos por sus hijos, destacándose aquí, la falta de relación del consumo de opiáceos de los hijos con respecto al consumo del padre de alcohol y tabaco. Reafirmandose, como en otros estudios, la mayor identificación del hijo drogodependiente con la madre, siendo el padre débil o ausente.

12ª.- Entre los problemas provocados por las drogas, podemos destacar como más relevante, el encontrar el complejo problemático familiar, laboral, delictivo y de enfermedad, unido en su totalidad en más del cincuenta por cien de los casos del colectivo estudiado, siendo difícil encontrar drogodependientes con un sólo problema aislado de estas categorías, y únicamente un veintidos por cien manifiesta no tener problemas de este tipo.

13ª.- Ante la solicitud de ayuda por problemas de drogas, se comprueba una falta de información por parte de ambos grupos, además de una mayor desconfianza del drogodependiente a la familia y el médico, siendo así mismo relevante, la falta de necesidad de ser ayudado por un veinticinco por cien de la población investigada.

14ª.- En cuanto al cambio de estado anímico de antes a después del consumo crónico de drogas, se observa cierta influencia porcentual negativa posterior a la adicción, pero no ciertamente significativa. Es posible, que la situación anímica no sufra grandes cambios, cuando ya de entrada, el futuro toxicómano tiene unas difíciles perspectivas.

15ª.- Una última conclusión es lo característico en cuanto al estilo de consumo en relación con el sexo, el varón lo suele hacer en grupo o sólo, mientras que la mujer lo hace en pareja. De forma significativa, esta diferencia resultaría de una actitud pasiva por parte de la mujer ante la droga, y unas influencias de tipo incitadoras por la parte masculina.

VII.- DISCUSION

Como ocurre con todas las epidemias humanas que no se saben corregir, o mejor aún, erradicar, la plaga de las drogas avanza inexorablemente sobre unos seres sin defensa, criterio o personalidad. Pongamos, por ejemplo, algo que de todos es de sobra conocido, hasta cien mil pesetas diarias, puede necesitar un individuo para satisfacer el grado de drogadicción, como es lógico, tal capital no lo puede obtener nada más que a punta de pistola. Sin embargo, algo ocurre cuando el ser humano tropieza una y otra vez en la misma "piedra"; no sólo el factor personal contribuye a tal efecto, sino que se mueven otros de índole cultura, ambiental, educacional..., todo ello unido a los resultados de nuestro estudio, pasaremos a discutirlo a continuación.

El saber si la característica personalidad del adicto, es una consecuencia o un antecedente de la adicción, no resulta fácil, y más si nos encontramos con que la inmensa mayoría de la población adicta lo es ya cuando su personalidad no está aún del todo realizada. De todas formas, la inmadurez del drogadicto manifestada por los diferentes autores (OUGHOURLIAN, JM. 1977; ARANDA, J. Y OTROS, 1981; BORROUGHS, W. 1982; BOTVIN, GI. & COLS., 1989) contrasta con la falta de resultados a la hora de encontrar estructuras específicas y concretas de personalidad que conduzcan a las drogodependencias (SERRANO SEGURA, A. Y OTROS, 1987). No obstante, lo que sí se ha podido observar es que los consumidores excesivos de drogas poseen más frecuentemente rasgos psicopáticos y neuró-

ticos en su personalidad :

- 1.- Necesidad de gratificación inmediata y sin posibilidad de control.
- 2.- Intolerancia a la frustración.
- 3.- Tendencia al establecimiento de relaciones interpersonales gratificantes y placenteras de carácter superficial y sin ningún tipo de compromisos.
- 4.- Aplanamiento de la autoexigencia, la responsabilidad y el deber.
- 5.- Agotamiento del interés cuando la realidad exterior no es inmediatamente gratificante.
- 6.- Y su insaciabilidad.

Ante esta dificultad de distinguir "psicopatologías preexistentes" y "alteraciones mentales inducidas por las drogas", añadido a ello, lo complicado y costoso que resultaría seleccionar sujetos valorados como "predispuestos", antes de que se inicien en el consumo, relacionados con otros sujetos "no predispuestos", seguirlos en el tiempo y evaluar si efectivamente el primero de los grupos

ha accedido en mayor cuantía al uso de drogas; en nuestro estudio, para yugular estos problemas, hemos tenido que dividir el cuestionario en dos fases en el tiempo, con lo que hemos podido comparar dos muestras dentro del mismo grupo drogodependiente, haciendo hincapié en la comparación entre el estado anterior al abuso de drogas y el estado actual de drogodependiente.

Además, también tenemos que destacar las dificultades ofrecidas por algunos de nuestros encuestados, afortunadamente los menos, que unas veces por estados de apatía - amotivacional, demencia, agresividad y otras por síndromes de abstinencias e infecciones diversas, nos han hecho dudar de la veracidad de algunas de nuestras encuestas, que tuvimos que anular.

Para coadyuvar en nuestro estudio, tuvimos que descartar las influencias socioeconómicas que son de sobra conocidas precipitantes en la adicción (CHEIN, I. 1964; HAASTRUP, S. & THOMSEN, K. 1972; BLUM, RH. 1972; JESSOR, R. & COLS. 1973; SMITH, DE., 1989), ello se consiguió mediante un grupo control buscado adrede, es decir, poseía las mismas circunstancias socioeconómicas al grupo drogodependiente.

Hemos podido contrastar los resultados con diferentes autores, siempre limitado por la diversidad de variables y metodologías utilizadas. Así, podemos decir, que coincidimos con la mayoría en cuanto al lugar de comienzo, las amistades como incitadoras al consumo, y la falta de ocupación del tiempo libre de forma constructiva (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 1981), pero también hemos diferido en cuanto a la importancia del consumo de drogas legalizadas por parte del padre en relación al consumo de drogas ilegales por el hijo (JORGE HARB, JJ. 1986; KORNBLIT, AL. 1988), que en nuestro estudio no ha resultado estadísticamente significativo; siendolo sin embargo con respecto al abuso de drogas legales por parte de la madre, coincidiendo en esto con otros autores (SMART, RG. & FEJER, D. 1972).

Nos hemos referido anteriormente a la influencia que de la calle, y más concretamente de las amistades, se tiene en el comienzo de la escalada hacia las drogas; así algunos autores consideran necesario un adiestramiento para aumentar las resistencias ante los ofrecimientos de drogas por los compañeros (BRANNON BR. & COLS., 1989; BOTVIN GI. & COLS., 1989; FAUSKE, S., 1990)). Pero otros autores, dan más importancia a la familia como provocadora de la situación adictiva (AUSLOOS, G., 1981; CANCRINI, I., 1982; STANTON, MD. & TOOD, EC., 1983), ya fuese debido a conflictos familiares (SMITH, DE., 1989) o bien debido a influencias de conductas adictivas (MCCAUL ME. & COLS., 1990), y en definitiva, debido a una

disfunción familiar (FLORENZANO, R., 1990). Por último, otros autores coinciden con nosotros, en la responsabilidad compartida entre familia y amistades para con el comienzo de la drogadicción (BROOK, JS. & COLS., 1989).

La polémica es constante, mientras que para algunos autores (CANTERBURY, R.J., GRESSARD, C.F., VIEWEG, W.V.R. ET AL., 1990), la predisposición al alcohol sería consecuencia de una adicción por parte de los padres, otros autores (WERNER, R.B., 1990), piensan que es el propio damnificado, el que debido a estados de ansiedad, se vuelve adicto al mismo.

GARY W. SELNOW (1987), examina la relación entre el uso de sustancias adictivas y las relaciones afectivas entre el niño y sus padres, además del número de padres con los que el niño vive. Este estudio comprobó que los jóvenes que vivían con ambos padres, tenían menos riesgo de drogadicción que los que vivían con uno sólo. Además, los jóvenes con mejores relaciones afectivas con sus padres, tenían menos riesgo de drogodependencia. Evidenciándose que la relación afectiva con los padres era un factor de predicción más importante, que el número de padres en el hogar.

Para BROOK, J.S. & COLS., (1990), el propósito de su trabajo era la búsqueda de una armadura, una teoría de interacción familiar,

para explicar el aspecto psicosocial del uso de drogas por los adolescentes. Tres temas les preocupaban, la extensión del acontecimiento del uso de drogas, la elucidación familiar (especialmente de los padres) de los principales influyentes en el uso de las drogas y la exploración de factores que incrementaran o mitigaran la vulnerabilidad del adolescente ante las drogas. Se estudiaron 649 colegiales y sus padres, y un estudio longitudinal de 429 niños y sus madres. Se les pasaron cuestionarios con escalas de medidas para personalidad, familia y amistades. Comprobándose diferencia en cuanto a la influencia de los padres, y el uso de drogas por las amistades como un importante factor de riesgo.

Con respecto a las situación civil de los padres distinta al matrimonio, encontrada en nuestro trabajo en mayor proporción para con el grupo drogodependiente, presentamos una similitud en los resultados con otros autores (WEISS, 1975; HETHERINGTON, COX y COX, 1977; WALLERSTEIN y KELLY, 1980), aunque sería necesario señalar, que estos autores se refirieron sólo a los padres divorciados, mientras que en nuestra investigación engloba otras situaciones además de ésta, ampliándola con padres solteros, viudos y separados; con lo que damos razón a HESS y CAMARA (1979), cuando dicen que, al comparar familias de divorciados con familias intactas, encontraron que el tipo de relación mantenida entre los padres resultaba un predictor más potente, acerca de las alteraciones de comportamiento de sus hijos, que el estatus civil del matrimonio.

En un estudio longitudinal realizado durante 12 años, en el que se encuestaron un total de 1.577 hombres, a los 19 y de nuevo a los 31 años, para la búsqueda de factores predictivos de riesgo para el consumo de determinados tóxicos (SIEBER, F.B. & ANGST, J., 1990); se pudo comprobar que la actitud antisocial, depresiva y la patología psicosomática no resultaron indicadores específicos de ninguna toxicomanía. Los siguientes predictores fueron específicos para: Alcohol: el consumo de los padres, autodescripción de agresivo y extrovertido; Tabaco: ruptura de hogar, bajo nivel vocacional, extroversión; Cannabis: alienación social. En este estudio comprobamos, como en el nuestro, de la participación familiar en una determinada toxicomanía. Otros estudios, también pretenden relacionar el consumo de alcohol y drogas, así como la forma de conducir su vehículo, con las dificultades intrafamiliares (FARROW, J.A. & BRISSING, P., 1990).

Por otro lado, también se ha especulado sobre la condición social como un factor de riesgo para el abuso de determinadas drogas, así WEINER, H.D. & WALLEN, M.C. (1990) comprueban al respecto, que la pobreza y la desorganización social no son causa directa, pero los problemas de la vida cotidiana en tales condiciones, representan un factor de gran riesgo significativo. Así, de su estudio con mujeres adictas, comprueban un mayor consumo de farmacos en

mujeres con escasa relación con los niños, ruptura de su relación con el marido, baja autoestima, pobre imagen de ellas mismas, mínima educación, pocos conocimientos profesionales y la necesidad de interacción social para tener contacto con otras sustancias abusivas. En nuestro trabajo, hemos prescindido del factor económico, al buscar un grupo control con idénticas circunstancias medio ambientales, por lo que ya contábamos desde un principio con este factor como coadyuvante en el inicio y mantenimiento de una drogodependencia.

En cuanto a los conocimientos que de las drogas se tienen previos al consumo, hemos podido comprobar que no se presentaba como estadísticamente significativo en el inicio de una drogodependencia, eso sí, en ambos grupos (adicto y control), presentaban una desinformación básica. BECHERER, L.H.J. & ZWINDERMAN, A.H. (1990), no encontraron correlación entre los conocimientos en relación a las drogas por edades, entre el grupo experimental y el grupo control, apoyando de esta forma, nuestros resultados.

Hemos podido rescatar, tras una amplia revisión bibliográfica actualizada, el hecho de relacionar ideas presuicidas con el uso y abuso de drogas (MANSON, SM. & COLS., 1989), pero sus resultados son manejados en poblaciones de diferente característica a la nuestra. Otros estudios de drogodependientes, estaban adaptados a

protocolos de tratamientos, seguimientos y sus resultados, que diferían en esencia de lo que buscábamos en nuestro estudio (MELGAREJO Y OTROS, 1986; WILLIAM DEJONG, PH., 1987), pero que coinciden en cuanto a las características del comienzo y desarrollo del drogodependiente.

Respecto al resto de los resultados de nuestro estudio, tenemos que añadir, que son difíciles de discutir con otros trabajos, ya que las diferencias en cuanto a realización y análisis, las hacen francamente complejas y carentes de significación.

VIII.- CONCLUSIONES.

De los resultados anteriormente citados, deducimos las siguientes conclusiones:

1. El ambiente afectivo familiar de tipo negativo, influye directamente en el comienzo y mantenimiento de una drogodependencia.

2. El estilo de consumo de tóxicos por la familia, y en especial por parte de la madre, se presenta como un factor de riesgo para la adicción.

3. La situación conyugal de los padres, distinta al matrimonio es un factor de riesgo para el comienzo de una drogodependencia.

4. El ofrecimiento de la droga por parte de las amistades se presenta como el primer factor precipitante al consumo.

5. No existen diferencias en cuanto al tipo o cantidad de drogas respecto al sexo, existiendo, sin embargo una predisposición al consumo en pareja por parte de la mujer.

6. La falta de dedicación del tiempo libre a actividades constructivas, facilitan el contacto con las drogas.

7. Existe una predisposición anímico-amotivacional y presuicida en el inicio del consumo de drogas.

8. El mayor consumo de tóxicos se da entre aquellas personas carentes de profesión.

IX.- RESUMEN.

En el presente trabajo se expone una recopilación de los diferentes avances tanto a nivel nacional como internacional, que en materia de prevención de drogodependencia se están llevando a cabo; una vez considerado todo ello, hemos pasado a realizar una investigación piloto dentro de la ciudad de Sevilla, en la que ofrecemos un análisis estadístico con sesenta y cuatro variables cualitativas, y tomando como centro de nuestro estudio a un grupo de noventa y seis drogodependientes en fase terminal, en relación con un grupo control de noventa y seis adolescentes de igual sexo, edad y situación socioeconómica así como familiares, hemos pasado a desarrollar y discutir los resultados obtenidos.

Del estudio realizado se desprende la enorme influencia medioambiental en el desencadenamiento y precipitación de las politoxicomanías, así la calle y los amigos junto a la falta de alternativas, son entre otros los más importantes; en cuanto a la pareja, hemos demostrado, representa un factor decisivo en el caso de la mujer.

En segundo lugar, la conflictividad familiar en la que se desarrolla el individuo, el tipo de relación afectiva paterno-filiares, los modelos familiares de consumo o patrones adictivos familiares y la educación ofrecida nos ayudan a delimitar un gran porcentaje de población de alto riesgo.

Por último, un tercer factor, un componente de labilidad personal que justificaría aquellos casos que sin reunir los factores antedichos, les llevaría a emular empecinadamente a todo lo que debería ser aversión.

Con todo ello, hemos buscado como fin la construcción de un instrumento que nos sirviera para detectar la circunstancias familiares y extrafamiliares más próximas al inicio y mantenimiento de la drogodependencia y, creemos haberlo conseguido con nuestra investigación pues, sin duda, nuestros conocimientos han aumentado y permiten, a su vez, abrir un camino, con fines preventivos, para la realización de proyectos futuros en los que se incluyan muestras mayores de población, ampliándolo a otras ciudades y un mayor refinamiento de las técnicas actualmente preventivas.



X.- BIBLIOGRAFIA.

ACKERMAN, N. "Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares". Ed. Paidós. Buenos Aires. 1974.

AGUSTIN VIDAL, A. Y ESTAPE RODRIGUEZ, J. "Epidemiología del cáncer de pulmón". Rev. de Tratado de Medicina Interna "MEDICINE". 4ª edición. P 22 y ss. Marzo 1985.

ALFONSO SANJUAN, M. E IBAÑEZ LOPEZ, P. "Drogas y toxicomanías". Ciencias de la educación preescolar y especial. 1ª edición. Madrid. 1979.

ARY DV. & COLS. "Smokeless tobacco use among male adolescent: patterns, correlates, predictors, and the use of other drugs". Prev Med. 16(3). P 385-401. May. 1987.

ATTARDO, N. "Psychodynamic factors in the mother-child relationship in adolescent drug addiction: A comparison of mothers of schizophrenics and mothers of normal adolescent sons". Psychotherapy and Psychosomatics. 13(4): P 249-255. 1965.

AUSLOOS, G. "La Dimension Familiare dans l'alcolisme et les autres toxicomanies". Les Chaiers du Laussane. 1981.

BAER, DJ. & CORRADO JJ. "Heroin Addict Relationships with Parents During Childhood and Early Adolescent Years". J. of Genetic Psychology, 124: P 99-103. 1974.

BAITHER, R. "Family Therapy with Adolescent Drug Abuser: A Review". J. of Drug Education. 8(4): P 337-41. 1978.

BECHERER, L.H.J. & ZWINDERMAN, A.H., An evaluation of a preventive action. (DUIC) Onderzoek Naar Effecten Van Drugsvoorlichting. Tijdschr. Alcohol Drugs Andere Psychotrope Stoff. 16(3). P 110-116. 1990.

BEHERS, HG. "La Droga, Potencia Mundial". Ed. Planeta. 1ª edición. Barcelona. 1981.

BERGMAN B. & COLS. "Aetiological and precipiating factors in wife battering. A psychosocial study battered wives". Acta Psychiatry Scand. 77(3). P 338-45. Mar. 1988.

BLANQUEZ RODRIGUEZ, MP. "Consumo de alcohol y cannabis en los escolares de BUP y Formación Profesional". Psicopatología, nº 7, (4): P 527-533. Madrid. 1987.

BLUM, RH. & COLS. "Horatio Alger's Children: The Role of the Family in the Origin and Prevention of Drug Risk". San Francisco. Jossey-Bass. 327 p. 1972.

BOGANI, ME. "El alcoholismo, enfermedad social". Ed. Plaza y Janés SA. 1ª edición. Barcelona. 1976.

BOIX, R. Y OTROS. "Actuar es posible. El profesional de atención primaria de salud ante las drogodependencias". Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Servicios Sociales. 1ª edición. 1989.

BORROUGHS, W. "Yonqui". Ed. Jucar. Madrid. 1982.

BOTVIN, GJ. & COLS. "Psychosocial approaches to substance abuse prevention: theoretical foundations and empirical findings". *Cri-sis*. 10(1). P 62-77. Apr. 1989.

BRAGADO ALVAREZ, MC. "Utilidad y utilización del concepto de familia normal y no normal". *Rev. Neuropsiquiatría Infantil*. nº 9, vol. I. P 43-7. 1987.

BRANNON, BR. & COLS. "The television, school and family project. V. the impact of curriculum delivery format on program acceptance". *Prev. Med.* 18(4) P 492-502. jul. 1989.

BROOK, J.S., BROOK, D.W. & COLS., The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Genet. Soc. Gen. Psychol. Monogr.* 116(2). P 111-267. May 1990.

BROOK, JS. & COLS. "A network of influences on adolescent drug involvement: neighborhood, school, peer and family". *Genet. Soc. Gen. Psychol. Monogr.* 115(1). P 123-45. Feb. 1989.

BROOK, JS. & COLS. "The Psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach". Genet. Soc. Gen. Psychol. Monogr. 116(2). P 111-267. May. 1990.

BUNGEY, JB. "Screening alcohol and drug use in a general practice unit: comparison of computerised and traditional methods". Community Health Stud. 13(4). P 471-83. 1989.

BURGESS, AW. & COLS. "Abused to abuser: antecedents of socially deviant behaviors". Am. J. Psychiatry. 144(11). P 1431-6. Nov. 1987.

CANCRINI, L. "Quei temerari sulle macchiazze volanti". Ed. Nis Roma. 1982.

CANERINI, L. & COLS. "Social and Family Factors of Teenager Drug Adiction". Europ. J. Toxicol. 3: P 397-401. 1970.

CANTERBURY, R.J., GRESSARD, C.F., VIEWEG, W.V.R. ET AL., Psychosocial inventory among first-year college students by patterns of alcohol use. Alcohol Subst. Abuse. 9(3-4) P 1-11. 1990.

CARTER, YH. & ROBSON WJ. "Drug misuse in adolescence". Arch Emerg Med. 4(1). P 17-24. Mar. 1987.

COLEMAN, SB. & DAVIS, DI. "Family Therapy and Drug Abuse: a National Survey". Family Process. 17(1): P 21-30. 1978.

CONFEDERACION ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE PADRES DE ALUMNOS (MADRID). "Drogodependencias y su prevencion". MADRID: CEAPA. 85p. 1988.

COOPER, D. "La Muerte de la Familia". Ed. Paidos. Buenos Aires. 1972.

CHAMBERS, C. & COLS. "Narcotic Addiction in Females: A Race Comparison". Int. J. Addictions. 5: P 257-78. 1970.

CHEIN, I. & COLS. "The Road to H.". New York. Basic Books. 1964.

CHEIN, I. & COLS. "The individual environment", in : Chein, I. The Road to H: Narcotics, Delinquency, and Social Policy. New York. Basic Books. P 109-148. 1964.

CHEIN, I. "Narcotics use among juveniles", in : Cavan, R. Readings in Juvenile Delinquency. New York City. J. B. Lippincott. P 237-252. 1964.

CHEIN, I. & COLS. "The family of the Addict", in: Chein, I. The Road to H.: Narcotics, Delinquency, and Social Policy. New York. Basic Books. P 251-275. 1964.

CVETKOVICH G. ET AL. "Child and Adolescent Drug Use: A Judgment and Information Processing Perspective to Health- Behavior Interventions". J. Drug Education, vol. 17(4). 1987.

DAVIS, DI. "The Adaptative Consequence of Drinking". Psychiatry. 37: P 209-215. 1974.

DE ANDRES, R. En la Jornada sobre "SIDA y Salud Mental". Zaragoza. 16 y 17 de Noviembre 1990. JANO, Vol. XXXIX nº 930. 7- 13 Diciembre 1990.

DE SOBRINO, JA. "El paraiso del sexo y la droga". Rev. Diálogo nº 123. P 9-17. 1987.

DELL ORTHO, AE. "The role and resources of the family during the drug rehabilitation process". J. Psychedel. Drugs. 1974.

DENT, CW. & COLS. "Adolescent smokeless tobacco incidence: relations with other drugs and psychosocial variables". Prev Med. 16(3). P 422-31. May. 1987.

DORN, N. & COLS. "Coping with a nightmare: family feeling about long term drug use". Institute for the study of drug dependence (ISDD). 72p. London (ISDD). 1987.

DOUGHERTY, RJ. "status of cocaine abuse 1984". J. of Substance abuse treatment. Vol. 1. P 157-161. 1984.

D.S.M. III R.: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (Tra. castellana). Barcelona. Masson. 1987.

DUPONT, RL. "Prevention of adolescent chemical dependency". Pediatr. Clin. North Am. 34(2). P 495-505. Apr. 1987.

ELSTER, AB. & COLS. "Association between behavioral and school problems and fatherhood in a national sample of adolescent youths". J Pediatr. 111(6 Pt 1). P 932-6. Dec. 1987.

ERIKSON, EH. "El ciclo vital completado". Ed. Paidós. Buenos Aires. 1985.

ESPAÑA. CONSEJO SUPERIOR DE PROTECCION DE MENORES. "Drogas y menores". Madrid: Departamento de publicaciones y documentacion del Consejo Superior de Protección de Menores". 324p. 1984.

FARROW, J.A. & BRISSING, P., Risk for DWI: a new look at gender differences in drinking and driving influences, experiences, and attitudes among new adolescent drivers. Health Educ. Q. 17(2). P 213-221. Summer 1990.

FAUSKE, S. "Post-education in clinical problems of narcotics abuse". Tidsskr Nor. Laegeforen. 110(8). P 973-5. Mar 1990.

FDEZ. DEL RIESGO, M. "Anomia, Marginación, y Delincuencia, signos de una sociedad en crisis". Alternativas a la Sociedad Actual. Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias de Vizcaya. 1985.

FLORENZANO, R. "Alcoholism and other substance abuse: preventive programs in Santiago, Chile". Bull Pan Am Health Organ. 24(1). P 86-96. 1990.

FLOREZ, J. Y OTROS. Compendio de Farmacología Humana. Ed. EUNSA. 2ª edición. 844p. Septiembre 1980.

FRAMROSE, R. "From a Structure to Strategy with the Families of Solvent Abusers". J. of Family Therapy. Vol. 4(1): P 43-59. 1973.

FRANCESC FREIXA I SANTFELIU. "El fenómeno de la droga". Ed. Aula Abierta Salvat. 1ª edición. Barcelona. 1982.

FRANKEL, P. "The Parents of Drug Users". J. of College Student Personnel. 16:3. P 244-7, 175. 1975.

FREUD, S. Obras Completas. Tomo III. "Psicología de las Masas". Ed. Biblioteca Nueva. P 3667. Madrid. 1973.

FRIEDMAN, HL. "The health of adolescents: beliefs and behaviour". Soc. Sci. Med. 29(3). P 309-15. 1989.

FOWLER, RC. & COLS. "San Diego suicide study. II. Substance abuse in young cases". Arch Gen Psychiatry. 43(10). P 962-5. Oct. 1986.

FULTON, JA. "Parenteral reports of children's postdivorce adjustment". J. of Soc. Issues. 35(4). P 126-139. 1979.

GARY W. SELNOW. "Parent-Child Relationships and Single and Two Parent Families: Implications for Substance Usage". J. Drug Education, Vol. 17(4), 1987.

GERARD, D. & KORNETSKY, C. "A Social and Psychiatric Study of Adolescent Opiate Addicts". Psychiat. Quart. 28: P 113-25. 1954.

GERGEN, MK. "Correlates of marijuana use among college students". J. of Applied Social Psychology. 2(1): P 1-16. January 1972.

GINZEL, KH. "The underemphasis on smoking in medical education". NY State J Med. 85(7). P 299-301. Jul. 1985.

GLANZ, A. & COLS. "Role of community pharmacies in prevention of AIDS among injecting drug misusers: findings of a survey in England and Wales". B.M.J. 299(6707). P 1076-9. Oct. 1989.

GOODE, E. "The Marijuana Smokers". New York. Basic Books. P 122-138. 1970.

GOOS, C. "Problemática de la atención a drogodependientes". Comunidad y Drogas. nº 5. P 7-13. Diciembre 1988.

GROSS, M. "Tratado de Psiquiatría". Tomo II. P 128-129. 1988.

HAASTRUP, S. & THOMSEN, K. "The social backgrounds of young addicts as elicited in interviews with their parents". Acta Psychiatrica Scandinavica. 48: P 146-173. 1972.

HAASTRUP, S. & COLS. "The Social Background of Young Addicts as Elicited in Interview with their Parents". Acta Psychiatric Scandavica. 48: P 147-73. 1972.

HALEY, J. Uncommon Therapy. New York. Norton. 1973.

HARBIN, T. & MAZIAR, M. "The Family of Drug Abusers: A Literature Review". Family Process. Vol. 14(33): P 411-3. 1975.

HAWKINS, JD & LISHNER, DM. "Delinquents and drugs: what evidence suggest about prevention and treatment programming". Brown B., Mills AR.; eds: Youth at high risk for substance abuse. P 112-131. 1987.

HAYNES, SN. & WILSON, C. "Behavioral Assesment. Recent advances in methods, concepts and applications". San Francisco. Jossey-Bass. 1979.

HECHTMAN, L. & WEISS G. "Controlled prospective fifteen year follow-up of hyperactives as adults: non-medical drug and alcohol use and antisocial behaviour". Can J Psychiatry. 31(6). P 557-67. Aug. 1986.

HESS, RD. & CAMARA, KA. "Postdivorse family relationships as mediating factors in the consequences of divorce for children". J. of Soc. Issues, 35(4). P 79-96. 1979.

HETHERINGTON, E. & COLS. "Divorced fathers". Psychol. Today. abril. P 42-6. 1977.

HIRSCH, R. "Group Therapy with Parents of Adolescent Drug Addicts". Psychiat. Quart. 35: P 702-10. 1961.

HOWE, B. "Acohol Education: a handbook for health and welfare professionals". London (ETC). Tavistock/Routledge. 177 p. 1989.

HUBERTY, CE. & HUBERTY, DJ. "Treating the Parents of Adolescent Drug Abusers: The Necessity for Marriage Counseling". Contemporary Drug Problems. 5: P 537-92. 1976.

JESSOR, R. & COLS. "A social psychology of marijuana use: Longitudinal studies of high school and college youth". J. of Personality and Social Psychology. 26(1): P 1-15. April 1973.

JACKSON, DD. Interacción Familiar. Ed. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires. 1974.

JACOB, I. & LESSIN, S. "Inconsistent communication in family interaction". Clinical Psychol. Review. 2. P 295-309. 1982.

JOHNSON, BD. "Marijuana Users and Drug Subcultures". New York: John Wiley and Sons. P 29-50. 1973.

JOHNSON, EM. & DELGADO, JL. "Reaching Hispanics with messages to prevent alcohol and other drug abuse". Public Health Rep. 104(6) P 588-94. 1989.

JORGE HARB, JJ. "El drogadicto y su familia". Psicopatología, nº 6, (4): P 364-368. Madrid. 1986.

JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL. "Programas de prevención de las drogodependencias". Cruz Roja Española. Centro de Alcoholismo y Toxicomanías (Sevilla). 1985.

KAGSBRUN, M. & DAVIS, DI. "Sustance abuse and Family Interaction". Family Process. 16(2): P 175. 1977.

KALANT, H. ET KALANT OJ. "Drogues Societé et Option Personnelle Prejuges et réalité". Ed. La Presse-Montreal, 1973.

KANDEL, D. "Adolescent marijuana use: Role of parents and peers". Science. 181: P 1067-1081. 1973.

KANFER, F. y PHILLIPS, J. "Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento". (Trad. castellana). Méjico. Trillas. 1976.

KANFER, F. & SASLOW, G. "Behavioral Diagnosis" en Franks C. (ed). Behavior Therapy: appraisal and status. N. Y. MacGraw-Hill. 1969.

KAUFMAN, E. & KAUFMAN, P. "From a Psychodynamic Orientation to a Structural Family Therapy in the Treatment of Drug Dependence". Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse. Gardner Press. Inc. New York. P 276. 1979.

KLIMENKO, A. "Multifamily Therapy in the Rehabilitation of Drug Addicts". Perspectives in Psychiatric Care. 6: P 220-3. 1968.

KLITZNER, M. & COLS. "Screening for risk factors for adolescent alcohol and drug use". Am J Dis Child. 141(1). P 45-9. Jan. 1987.

KLITZNER, M. & COLS. "The assessment of parentled prevention programs: a preliminary assessment of impact". J. Drug Educ. 20(1). P 77-94. 1990.

KIM, S. & COLS. "A short-term outcome evaluation of the "I'm Special" drug abuse prevention program: a revisit using SCAT inventory". J. Drug Educ. 20(2). P 127-38. 1990.

KORNBLIT, AL. & COLS. "Detección de familias vulnerables a la drogadicción y estrategias de intervención pertinentes". Revista Española de Drogodependencias. 13(3). P 193-205. 1988.

KUMPPER, KL. "Special populations: etiology and prevention vulnerability to chemical dependency in children of substance abuse". Brown B, Mills AR.; eds: Youth at high risk for sustance abuse. P 73-80. 1987.

KURTZBERG, RL. & COLS. "Sex Drawn First and Sex Drawn Larger by Opiate Addicts and Non-Addict Inmates on the Draw-A-Person Test". J. Project. Techn. 30: P 55-8. 1966.

LAING, R. "El Cuestionamiento de la Familia". Ed. Paidós. Buenos Aires. 1972.

LEBLING, C. "Child abuse as precursor to adult abuse of alcohol and drugs". Med Law. 5(3). P 239-45. 1986.

LEON FUENTES, JL., "Actitudes de la Familia y Educadores ante el Fenómeno Estupefaciente. Reflexiones sobre un Plan Preventivo". Gabinete de Psicología de la Jefatura Superior de Sevilla. Ed. Dirección General de la Policía. 108p. Sevilla. 1986.

LEVITIN, TE. "Children of divorce: an introduction". J. of Social Issues. 35(4). P 1-25. 1979.

LEVY, DM. "Experiments on The Sucking Reflex and Social Behavior of Dogs". American J. Orthopsych. Vol. 4. 1975.

LISTAS I, II, y III anejas al Convenio de 1961 de las Naciones Unidas. 1961.

LOSCIUTO, LA. & COLS. "Correlates of the generation gap". The J. of Psychology. 81: P 253-262. July 1972.

LUCAS, WL. & COLS. "The Marijuana Muddle". Lexington, Mass: Lexington Books. P 33-53. 1973.

MACDONALD, DI. "Patterns of alcohol and drug use among adolescents". *Pediatr Clin North Am.* 34(2). P 275-88. Apr. 1987.

MACDONALD, DI. "Prevention of adolescent smoking and drug use". *Pediatr Clin North Am.* 33(4). P 995-1005. Aug. 1986.

MAIER, JN. "La cocaine: historie, pathologie, clinique therapeutique, defensa social". Payot. Paris. 1928.

MANSON, SM. & COLS. "Risk factors for suicide among Indian Adolescents at a boarding school". *Public Health Rep.* 104(6). P 609-14. 1989.

MARTINEZ DIAZ, MP. "Familia y Comunicación". *Rev. Diálogo.* n° 151. P 3-11. 1986.

MARTINEZ REGUERA, E. "El Entorno Ambiental". En la Escuela ante la Inadaptación Social. Ed. Fundación Banco Exterior. Madrid. 1988.

MCCAUL, ME. & COLS. "Alcohol and drug use by college males as a function of family alcoholism history". *Alcohol Clin. Exp. Res.* 14(3). P 467-71. Jun. 1990.

MELGAREJO Y OTROS. "Estudio descriptivo de 431 heroinómanos usuarios del programa DROSS". Fons Informatiu. nº 5. Nov. 1986.

MELLINGER, GD. "Psychotherapeutic drug use among adults: A model for young drug users?". J. of Drug Issues. 1: P 274-285. October 1971.

MISCHEL, W. "Personalidad y Evaluación". (Trad. castellana). Méjico. Trillas. 1973.

MILMAN, DH. AND BENNETT, AA. "The pediatrician and adolescent drug abuse (letter)". J Pediatr. 110(3). P 499. Mar. 1987.

MILLER DE, PL. "Psychoanalytical Studies on the Causes of Intoxication by Marihuana". The International J. of the Addictions. Vol. 14(5): P 729-34. 1979.

MINUCHIN, S. "Familias y Terapia Familiar". Ed. Garnica. Barcelona. España. 1977.

MONTERO, JM. "Delincuencia e Inadaptación". Rev. Diálogo nº 149. P 3-10. 1986.

MORA MORANDEIRA, E., Jefe Superior de la IV Región Policial. XI Jornadas sobre Drogodependencias y Psicotrópicos. Tema monográfico: "Prevención , area policial". Sevilla. Abril 1990.

MORA MORANDEIRA, E. "Consumo de Drogas y Consecuencias Socio - Económicas". Ponencia. II Jornada de la Asociación Andaluza de Medicina y Seguridad del Trabajo. 1990.

MORENO IZQUIERDO, JA. "Hacia una radicalización del bienestar social: crisis, política económica y necesidades fundamentales". Documentación Social, Revista de Estudios Sociales y de sociología aplicada. 71: Abr.-Jun. 1988.

NACIONES UNIDAS. "Conferencia Internacional sobre el Uso Indebido y el tráfico Ilícito de Drogas". Viena, 17-26 Junio 1987.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). "Prevención del abuso de las drogas". Rockville, Maryland: NIDA. 20p. 1981.

NEUMAN, E. "La sociedad de la droga". Buenos Aires: Lerner Editores Asociados. 350p. 1979.

NUÑEZ, A. "El desencanto y lo Pasota". Rev. Diálogo nº 123. P 17-26. 1987.

ONU. "Fiscalización de Drogas. El Tráfico de Drogas y la Economía Mundial". Publicado por el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, DPI/1040B-40126, January 1990.

OUGHOURLIAN, JM., "La Personalidad del Toxicómano". Ed. Herder. Barcelona. 1977.

PAIS VASCO DPTO TRABAJO Y SANIDA SS. "La Educación sobre Drogas en la Escuela". Ed. Centro Coordinador de la Drogodependencia. 1986.

PELECHANO, V. "Psicodiagnóstico". Unidades Didácticas. UNED. 1976.

PEUTZ, MA. & COLS. "A comprehensive community approach to adolescent drug abuse prevention: effects on cardiovascular disease risk behaviors". Ann. Med. 21(3). P 219-22. Jun. 1989.

PICHON RIVIERE. El Proceso Creador del Psicoanálisis a la Psicología Social I, II, III. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1977.

PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS. Ed. Servicio de Información de la Junta de Andalucía. 1987.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Ed. Servicio de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1988.

RAMIREZ OSES, MA. "El Conflicto Familiar". En la Escuela ante la Inadaptación Social. Ed. Fundación Banco Exterior. Madrid. 1988.

REINA GALAN, FL. Y OTROS. "Los padres ante las drogas". Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Comisionado para la Droga. Ed. 2ª. 1987.

REYNOLDS I., ROB MI. "The role of family difficulties in adolescent depression, drug-taking and other problem behaviours". Med J Aust. 149(5). P 250-6. 5 Sep. 1988.

RHODES, JE. & JASON, LA., "The Retrospective Pretest: an alternative approach in evaluating drug prevention programs". J. Drug Education, Vol. 17(4). 1987.

RINSLEY, DB. "The dipsas revisited: comments on addiction and personality". J Subst Abuse treat. 5(1). P 1-7. 1988.

ROBBINS, L. & COLS. "College Student's Perceptions of their Parent's Attitudes and Practices toward Drug Use". Paper presented at 42 nd Annual Meeting, Eastern Psychological Association. New York. 8 p. (ED053422). 15-17 April 1971.

ROHSENOW, DJ., & COLS. "Molested as children: a hidden contribution to substance abuse?". J Subst Abuse Treat. 5(1). P 13-8. 1988.

ROSENBAUM, M. & BENNETT, B. "Homicide and depression". Am J Psychiatry. 143(3). P 367-70. Mar. 1986.

ROSEMBERG, CH. M. "Determinants of Psychiatric Illness in Young People". Brit. J. Psychiat. 115: P 907-8. 1969.

ROSENBERG, CH. M. "The young addict and his family". British J. of Psychiatry. 118(545): P 469-470. April 1971.

SANTODOMINGO CARRASCO, J. "Alcoholismo y otras toxicomanías". Ed. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. 1ª edición. Madrid. 1970.

SCHWARTZ RH., "A screening questionnaire for risk factors associated with adolescent alcohol and other drug abuse: an update (letter)". Am J Dis Child. 142(7). P 701. Jul. 1988.

SCHWARTZ, RH. & COLS. "Behavioral, psychosocial, and academic correlates of marijuana usage in adolescence. A study of a cohort under treatment". Clin Pediatr (Phila). 26(5). P264-70. May. 1987.

SCHWARTZ, RH. & HAYDEN GF. "Marijuana use among middleclass adolescents". South Med J. 79(8). P 927-30. Aug. 1986.

SELDIN, NE. "The Family of the Addict: A Review of the Literature". Int. J. Addictions. 7: P 97-107. 1972.

SIEBER, M.F. & ANGST, J., Alcohol, tobacco and cannabis: 12-year longitudinal associations with antecedent social context and personality. *Drug Alcohol Depend.* 25(3). P 281-292. Jun. 1990.

SILVIS, GL. & PERRY, CL. "Understanding and deterring tobacco use among adolescents". *Pediatr Clin North Am.* 34(2). P 363-79. Apr. 1987.

SMART, RG. & FEJER, D. "Relationships between parental and adolescent drug use", in: Keup, Wolfram, ed. *Drug Abuse: Current Concepts and Research.* Springfield. Illinois. Charles C. Thomas. P 146-153. 1972.

SMART, RG. & COLS. "Drug Use Among Adolescents and Their Parents: Closing the Generation Gap in Mood Modification". *J. Abnorm. Psychol.* 79: P 153-160. 1972.

SMITH, DE. "Heavy cocaine use by adolescents". *Pediatrics.* 83(4). P 539-42. Apr. 1989.

SOMAINI, B. "AIDS: epidemiology and prevention for clinical practice". *Schweiz Rundsch Med. Prax.* 79(18). P 547-50. May. 1990.

STANTON, D. "Family Treatment Approaches to Drug Abuse Problems: A Review". *Family Process.* Vol. 18. P 251-279. 1979.

STANTON, D. & TODD, EC. "The family of drugdependens". Ed. Guilford Press. New York. 1982.

STENBACKA, M., Initiation into intravenous drug abuse. Acta Psychiatr. Scand. 81(5). P 459-462. 1990.

STIERLIN, H. & COLS. Terapia de familia (la primera entrevista). Ed. Gedisa. Barcelona. España. 1981.

STRANG J. "Drug abuse: a new problem (letter)". Br Med J (Clin Res). 295(6602). P 852. 3 Oct. 1987.

STRASBURGER VC. "Sex, drugs, rock 'n' roll: are solutions possibles? -A commentary". Pediatrics. 76(4 Pt 2). P 704-12. Oct. 1985.

TEC, N. "Differential involvement with marijuana and its social-cultural context: A study of suburban youths". The International J. of the Addictions. 7(4): P 655-669. 1972

TEC, N. "Family and differential involvement with marihuana: A study of suburban teenagers". J. of Marriage and Family. 32(4): P 656-664. November 1970.

TENNANT, FS. "Dependency Traits Among Parents of Drug Abusers". J. of Drug Education. 6: P 83-8. 1976.

TORDA, C. "Comments on the Character Structure and Psychodynamic Processes of Heroin Addicts". *Percept. Mot. Skills.* 27: P 143-6. 1968.

UNESCO. "La droga, vista por la prensa de la juventud". República Federal de Alemania, EE.UU., Francia, Italia, Reino Unido, 1973-1975.

UNESCO. "Educación y Drogas: Prevención". París. 1987.

VALLEJO ORELLANA, R. "El papel del padre y de la madre". *Rev. Diálogo* nº 149. P 33-40. 1987.

VALLERSTEIN, J. & KELLY, J. "Surviving the breakup: how children actually cope with divorce". NY. Basic Books. 1980.

VEGA, A., "El papel del educador en la prevención del abuso de las drogas". Ed. Santillana. Madrid. 1978.

WEINER, H.D., WALLEN, M.C. & COLS., Culture and social class as intervening variables in relapse prevention with chemically

dependent women. J. Psychoactive Drugs. 22(2). P 239-248. Apr-jun. 1990.

WEISS, R. "Marital Separation". NY. Basic Books. 1975.

WELPTON, DF. "Psychodynamics of Chronic Lysergic Acid Diethylamide Use". J. Nerv. Ment. Dis. 147: P. 377. 1968.

WERNER, R.B., Alcohol use and abuse secondary to anxiety. Psychiatr. Clin. North Am. 13(14). P 699-713. 1990.

WILLIAM DEJONG, PH.D. "A Short-Term Evaluation of Project DARE (Drug Abuse Resistance Education): Preliminary Indications of Effectiveness. J. Drug Education, Vol. 17(4). 1987.

WILLIAM POLLIN, MD. "La Prevención del Abuso de las Drogas", folleto producido bajo contrato de NIDA con Porter, Novelli y Asociados, S.A., Washington. 1981.

WINNICOTT, DW. "La familia y el desarrollo del individuo". Ed. Hormé. Buenos Aires. 1980.

WOLK, RL. & DISKIND, MH. "Personality Dynamics of Mothers and Wives of Drug Addicts". Crime and Delinquency. 7: P 148-52. 1969.

ANEXO.

CUESTIONARIO.

1. A qué dedicas el tiempo libre actualmente.

- Deporte..... 1
- Televisión..... 2
- Lectura..... 3
- Fiestas..... 4
- Calle..... 5
- Otros()

2. Cómo te encuentras actualmente de ánimo.

- Alegre..... 1
- Normal..... 2
- Triste..... 3

3. La Salud es para ti:

- Importante..... 1
- Poco importante... 2

4. Pensaste alguna vez en suicidarte:

- sí..... 1
- no..... 2

5. El Futuro, es para ti:

- Importante..... 1
- Poco importante... 2

6. El Trabajo es para ti:

- Importante..... 1
- Poco importante... 2

Cómo es tu relación actual con:

	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No
7. Padre.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4	... <input type="checkbox"/> 5	... <input type="checkbox"/> 6
8. Madre.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4	... <input type="checkbox"/> 5	... <input type="checkbox"/> 6
9. Amigos.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4	... <input type="checkbox"/> 5	... <input type="checkbox"/> 6
10. Pareja.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4	... <input type="checkbox"/> 5	... <input type="checkbox"/> 6
11. Esposo/a.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4	... <input type="checkbox"/> 5	... <input type="checkbox"/> 6
12. Hermanos.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4	... <input type="checkbox"/> 5	... <input type="checkbox"/> 6
13. Profesores.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4	... <input type="checkbox"/> 5	... <input type="checkbox"/> 6
14. Trabajo.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4	... <input type="checkbox"/> 5	... <input type="checkbox"/> 6

Tomas alguno/s de estos productos:

	Nunca	Alguna vez	De vez en cuando	Bastantes veces
15. Cerveza.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
16. Vinos.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
17. Cubatas.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
18. Licores.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
19. Tabaco.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
20. Café/Té.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
21. Tranquilizantes.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
22. Barbitúricos.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
23. Anfetaminas.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
24. Cannabis (Porros)...	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
25. Cocaína (Derivados)...	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
26. Opiáceos (Heroína)...	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
27. Disolventes.....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
28. Ácidos (LSD).....	<input type="checkbox"/> 1	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4
29. Otras ()	... <input type="checkbox"/> 2	... <input type="checkbox"/> 3	... <input type="checkbox"/> 4	... <input type="checkbox"/> 4

30. Qué sustancias consume tu padre:

- Alcohol..... 1
- Tabaco..... 2
- Tabaco y Alcohol..... 3
- Tabaco y/o Alcohol y otras drogas..... 4
- Otras drogas..... 5
- Ninguna..... 6
- No tengo..... 7

32. Qué sustancias consumen tu/s hermano/s:

- Alcohol..... 1
- Tabaco..... 2
- Tabaco y Alcohol..... 3
- Tabaco y/o Alcohol y otras drogas..... 4
- Otras drogas..... 5
- Ninguna..... 6
- No tengo..... 7

34. Qué sustancias consumen tus amigos:

- Alcohol..... 1
- Tabaco..... 2
- Tabaco y Alcohol..... 3
- Tabaco y/o Alcohol y otras drogas..... 4
- Otras drogas..... 5
- Ninguna..... 6
- No tengo..... 7

36. Edad.....

38. Número hermanos sin incluirte tu.....

41. Nivel de estudios.....

43. Profesión Padre.....

45. Situación laboral Padre.....

47. Estado Civil padres.....

49. Con quién vivías antes del consumo.....

31. Qué sustancias consume tu madre:

- Alcohol..... 1
- Tabaco..... 2
- Tabaco y Alcohol..... 3
- Tabaco y/o Alcohol y otras drogas..... 4
- Otras drogas..... 5
- Ninguna..... 6
- No tengo..... 7

33. Qué sustancias consume tu pareja:

- Alcohol..... 1
- Tabaco..... 2
- Tabaco y Alcohol..... 3
- Tabaco y/o Alcohol y otras drogas..... 4
- Otras drogas..... 5
- Ninguna..... 6
- No tengo..... 7

35. Ante un problema de drogas pedirías ayuda a:

- Familia..... 1
- Médico..... 2
- Amigos..... 3
- Profesor..... 4
- Centro de tratamiento de drogodependencia... 5
- Otros..... 6
- A nadie..... 7

37. Sexo.....

39. Estado Civil.....

40. Profesión.....

42. Situación laboral.....

44. Profesión Madre.....

46. Situación laboral Madre.....

48. Con quién vives.....

50. Barrio donde vives_____

51. Quién te ofreció drogas por primera vez:

- Padres.....1
- Hermanos.....2
- Esposo/a.....3
- Pareja.....4
- Amigos.....5
- Médico/ATS/Sanitario.....6
- Vendedor/Traficante.....7
- Otros/No recuerda.....8

52. Dónde tomaste drogas por primera vez:

- En casa padres.....1
- Casa de amistades.....2
- Discotecas/Pub.....3
- Calle/Bares.....4
- Colegio.....5
- Trabajo.....6
- Servicio Militar.....7
- Otro/No recuerda.....8

Cómo era tu relación antes del consumo de drogas con:

	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No
53. Padre.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
54. Madre.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
55. Amigos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
56. Pareja.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
57. Esposo/a.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
58. Hermanos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
59. Profesores.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
60. Trabajo.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

61. Antes de tomar drogas qué hacías con tu tiempo libre:

- Deporte.....1
- TVE.....2
- Lectura.....3
- Fiestas.....4
- Calle.....5
- Otros ().....6
- No recuerda.....6

62. Cómo era tu estado de ánimo antes de tomar drogas:

- Alegre.....1
- Normal.....2
- Triste.....3

63. Cómo sueles consumir las drogas:

- Solo.....1
- Con mi pareja.....2
- En grupo.....3

64. Qué tipo de problemas te ha dado la droga:

- Familiares.....1
- Enfermedades.....2
- Laborales.....3
- Policial/Judicial.....4
- Académicos.....5
- Familiar/Enfermedad.....6
- Familiar/Laboral.....7
- Familiar/Académicos.....8
- Familiar/Pol/Jud.....9
- Enfermedad/Laboral.....10
- Enfermedad/Académ.....11
- Enfermedad/Pol/Jud.....12
- Académicos/Pol/Jud.....13
- Laborales/Pol/Jud.....14
- Tres de éstos o más.....15
- Ninguno.....16

65. Cuál es el principal motivo por el que consumes drogas:

- Soledad.....1
- Fracasos.....2
- Necesidad.....3
- Presión grupal.....4
- Mejorar relación social.....5
- Mejorar relación sexual.....6
- Protesta social.....7
- Curiosidad.....8
- Me gusta.....9
- No lo sé.....10
- Tratamiento médico.....11
- Mejora rendimiento.....12
- Otros (.....)

Pregunta 1 :

- Deporte:incluye actividades de acción física y campestres.
- Fiestas:incluimos discotecas, pub, bailes.
- Calle:incluimos bares, salas de juego, jardines.
- Lectura:incluimos toda actividad intelectual.
- Otros:entre paréntesis para incluir otras.

Preguntas 7,8,9,10,11,12,13 y 14 :

La respuesta No, comprende individuos que no han tenido nunca pareja, hermanos, trabajo, etc. o no lo recuerden, es el caso del padre fallecido siendo el encuestado aun muy joven.

Preguntas 15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28 y 29 :

- Nunca:aquel que no consumió, ni consume.
- Alguna vez:el que consumió hace bastante tiempo, años o que consume esporádicamente (una vez cada varios meses o años), pero sin la intención de volver a tomarlo.
- De vez en cuando:consumo habitual (gran consumo cada pocos meses o poco consumo una vez por semana).Seria el caso del consumidor moderado del fin de semana.
- Bastantes veces:drogodependientes crónicos(un poco al dia o varias veces por semana en gran cantidad).

Preguntas 32 y 34 : Evitamos complejidad al tener varios amigos o hermanos, sólo valoramos al más consumidor de todos. Los que no tengan padre, madre, etc. contestarán No tengo. Pero si lo tuvieron recientemente o lo recuerdan lo suficiente como para ser influidos por ellos, contestarán como si lo tuviesen.

Pregunta 36 :

- <16 años.....1.
- 16-18 años.....2.
- 19-21 años.....3.
- 22-24 años.....4.
- 25-27 años.....5.
- 28-30 años.....6.
- >30 años.....7.

Pregunta 37 :

- varón.....1.
- mujer.....2.

Preguntas 39 y 47 :

- Soltero.....1.
- Casado.....2.
- Divorciado.....3.
- Separado.....4.
- Viudo.....5.

Pregunta 38 :

- Si no tiene hermanos.....1.
- tiene 1 hermano.....2.
- tiene 2 hermanos.....3.
- tiene 3 hermanos.....4.
- tiene n hermanos.....n+1.

Preguntas 40,43 y 44 :

- sin profesión.....1.
- desconocida.....2.
- fallecido/impedido.....3.
- operario sin cualificar.....4.
- operario cualificado.....5.
- industrial.....6.
- administrativo/aux/oficial.....7.
- médico/ATS/sanitario.....8.
- policia/guardia c./militar.....9.
- profesor/educador.....10.
- titular medio.....11.
- titular superior.....12.
- ama de casa.....13.

Pregunta 41 :

- No tiene.....1.
- Primarios.....2.
- EGB/FP1.....3.
- BUP/COU/FP2.....4.
- Universit. medio.....5.
- Universit. super.....6.
- Otros.....7.

Preguntas 48 y 49 :

- Padres.....1.
- Otros familiares.....2.
- Solo.....3.
- Matrimonio.....4.

Preguntas 42,45 y 46 :

- Trabajo fijo.....1.
- Trabajo eventual.....2.
- Paro.....3.
- Cobra desempleo.....4.
- Pensión/Invalidez.....5.
- Fallecido.....6.
- Autónomos.....7.
- Ama de casa.....8.

- Pareja heterosexual.....5.
- Pareja homosexual.....6.
- En grupo.....7.
- No consumo.....8.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Reunido el Tribunal integrado por los abajo firmantes en el día de la fecha, para juzgar la Tesis Doctoral de

D. José Martín López
titulada Detección de Vuelos Familiares
para la prevención de la drogadicción

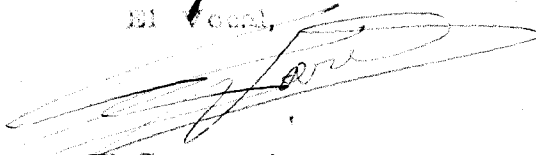
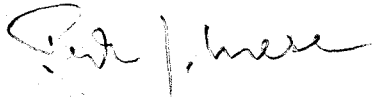
acordó otorgarle la calificación de APTO CON LAURE
por UNANIMIDAD

Sevilla, 12 de Julio de 1991

El Vocal,

El Vocal,

El Vocal,



El Presidente

El Secretario,

El Doctorado,

