

# LA BÚSQUEDA DE UN MUNDO DIFERENTE. LA REPRESENTACIÓN SOCIAL QUE DETERMINA LA TOMA DE DECISIONES EN ADOLESCENTES MEXICANOS USUARIOS DE DROGAS ILEGALES

Bertha Lidia Nuño Gutiérrez\*, Fátima Flores Palacios\*\*

## SUMMARY

**Introduction:** The main study's premise was the conceptualization that drug users make decisions based on non-arbitrary reasoning. On the contrary, such decisions seem to rely on common sense based on: lay knowledge; socially shared beliefs and attitudes; and experiences and affectivities that give meaning to their actions. Drug consumption itself seems to be a social practice underlied by several decisions making: Subjects by themselves decide whether or not to consume, what kinds of drugs to use, whether or not to keep on using them, and when is the proper time to quit. One of the risks identified in the literature about drug consumption initiation is that drugs are offered by a friend, classmate or acquaintance. In the beginning, drug consumption is apparently maintained by peer pressure, and the search for treatment only begins when the problem seems to be unsolvable and difficult to handle. Nonetheless, which is the explicative common sense model that guided a group of users in rehabilitation toward their decision to begin, then continue, and finally, quit consumption? What representations and socio-cognitive processes support these decisions? This paper presents a study that revised a theoretical duality: the Social Representation (SR) and the Brief Family Therapy, under a multi-methodological approach, using associative techniques and in-depth interviews. The study of decision-making models comes from the psychotherapeutic tradition but it shows some limitations such as: ignoring the kind of problem, its evolution, experiences, historical-social background, and individual-society interactions. The Social Representation Theory is centred on the cognitive and social processes that make up the decisions of the addiction process. Therefore, the objective of this study was to explain how, and based on what social representation, the model that led to the decision to begin, maintain and quit drug use is constructed in users who are in rehabilitation. **Method:** A three stage transversal analytical-interpretative study based on the above mentioned theoretical duality was carried out. The study population was comprised by 57 teenage drug users, being treated at *Centros de Integración Juvenil* (CIJ) in Guadalajara, Mexico. Free listing and context interviews were

used in the first stage; the sorting technique was used in the second stage; finally, in-depth individual interviews were used in the third stage. Anthropic 4.9 and Atlas Ti software were used for data analysis. **Results:** The Social Representation (SR) on which the decision-making model was constructed was "the search for a different world" opposite to their family tradition, which emerged from three problem areas: (a) 90% of the families had gone through evolutive cycles of drug consumption. The behavior pattern translates into a behavior modeled on the definition of acceptable conduct. (b) Parents expected their children "to learn from their mistakes" and that "a better world" could appear regardless of the family emotional problems and the "barrio" context. (c) Adolescents were certain "the same thing wouldn't happen to them"; they believed they could build "a better world". They believed that just thinking about it would hinder the possibility that "it would happen to them", and therefore, did not see that consuming drugs was a risk. Under the above mentioned conditions, the SR that emerged was featured by three "moments". (1) **Pathway:** It could be explained as due to: curiosity, invitations from friends, a sensation of loneliness or a warmthless family environment. On the other hand, study subjects underscored that it was also a result of their own free will which would also be instrumental for the withdrawal. The image of a friend was embodied in someone emotionally close, such as a neighbor who would satisfy the missing psycho-affective needs. When consumption became evident to the family, there were reproaches, threats and aggression. Parents would make the teenage to promise he/she would quit taking drugs; nonetheless, it was not the time to quit because youngsters did not considered a problem. They were living a "romance with drugs" and thought they could quit any time. (2) **Continuance:** The peer group modeled the necessary skills to remain using drugs. Study subjects learned about different kinds of drugs and about their use patterns, effects, prices, quality, sale points, strategies to get money to maintain their habit and how to avoid the abstinence syndrome. Women reported greater problems for drug access. Continuance was the longest stage, ranging between three and six years. Also it was the most costly in terms of investment and resources, since it was the stage when

\* Maestra en terapia familiar sistémica, doctorante en psicología social en la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigadora asociada B en la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. IMSS. Delegación Jalisco. Av. Tonalá No 121. 45400, Tonalá, Jalisco. Correo electrónico: bnuno@udgserv.cencar.udg.mx

\*\* Doctora en Psicología Social. Investigadora de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: fatflor@servidor.unam.mx  
Recibido primera versión: 2 de octubre de 2003. Segunda versión: 3 de febrero de 2004. Tercera versión: 23 de marzo de 2004. Aceptado: 30 de marzo de 2004.

subjects suffered the greatest losses. Associated conflicts, such as a more hostile family relationship, a greater drug consumption and aggressiveness were more prevalent in women. At this time in the model, the idea that they could quit drugs on will power still prevailed, therefore the strategies used were to stay away from consumer friends, go back to old non-drug user friends, return home early and listen to music. The abstinence syndrome showed that these strategies were not working and, therefore, users realized that drugs were indeed a problem that justified getting help. Nevertheless, recognizing this was a difficult step because it was posing against the conceptions and beliefs that they were still holding. (3) **Withdrawal:** Began when the subjects finally decided to accept the help offered by their parents to seek out professional treatment. They became aware of the associated problems in terms of four criteria that enabled to obtain cognitive redefinition of addiction as a problem: (a) they themselves became aware of: their deteriorating health, the change of their habits and interests, and the "hit rock bottom feeling"; (b) the peer group, when the subjects observed their friends poor condition and wondered if they were looking the same. They redefined true friends as those that encouraged them to quit drugs; (c) work and school. Those subjects that were still working reported that they did not keep jobs because they would be absent or arrive late. School seemed hard for those studying; and (d) the family: one of the most important elements was becoming aware of their mothers' deteriorated emotional state and the rejection by other family members. **Discussion:** Our findings agree with the literature by locating these three moments in the model. Furthermore we identified that one of the main reasons to decide to take drugs was that it was not perceived as a problem. This reasoning was partially nourished by: (1) the sensation of invulnerability or by a low perception of risk; (2) subject feels certain he/she can survive just as other relatives with some experience; (3) drugs are offered by an affectively close friend; and finally, (4) because they discover that drugs alleviate stress produced by a rather unstable family and by the resulting psycho-emotional and affective unease. The reasoning that accompanies the step toward continued use comes from the "honeymoon" established with drugs. It has been reported that as long as there are no problems associated with consumption, it is not identified as a problem. Nonetheless, we found that experimenting with other drugs seems to be an easier decision to make than using drugs for the first time. This fact is partially due to his/her experience that "nothing happens" and to the prevalence of the beliefs that "drugs are not the problem" and "where there's a will there's a way" that are anchored in the low perception of risk and the widely accepted value of willpower. In such a stage, the peer group assumed an important role in maintaining drug use by modeling skills concerning the experimentation with other kinds of drugs. In agreement with previous reports, we found that the peer group offers a sense of belonging and unity. As above mentioned, we also found that it takes up to six years to define consumption as a problem. Nonetheless, this apparently does not depend on time but on the kind of cognitive processes undertaken. As it has been reported, we also found that when subjects decided to use health services, this coincided in time with this realization that associated problems look like irreparable. Our findings also revealed that only when drug addiction was perceived as a problem, was also the time when subjects changed the previously favorable image of addiction, and then, the necessary cognitive processes emerged leading them to seek help. Finally we consider that our findings must be extrapolated only in those instances in which the subjects have gone through the all three addiction stages.

**Key words:** Addiction, adolescence, drugs, social representations, family therapy.

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue explicar cómo y sobre qué representación social se construye el modelo que condujo a tomar la decisión de iniciar, continuar y cesar el consumo de drogas, en un grupo de usuarios en rehabilitación en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) de la Ciudad de Guadalajara. Se trata de un estudio cualitativo, de tipo analítico-interpretativo de tres fases transversales. La población en estudio fue de 57 adolescentes usuarios de drogas ilegales que acudían a tratamiento a los CIJ. Para la recolección de datos se utilizaron listados libres, entrevistas de contexto, sorteo de montones y entrevistas a profundidad.

La representación social sobre la que se construyó el modelo de toma de decisiones fue la *búsqueda de un mundo diferente al de su tradición familiar*, que surgió de tres condiciones problemáticas provenientes del contexto familiar y social, en el que los padres esperaban que los hijos "aprendieran de los errores" y pudieran crear un mundo mejor. Los adolescentes tenían la certeza de que "a ellos no les iba a pasar lo mismo", creían que iban a poder construir un "mundo diferente". En el modelo se identificaron tres momentos: el inicio, la permanencia y la retirada.

(1) **El ingreso** al consumo que tuvo lugar por curiosidad, invitación de los amigos, sensación de soledad y percepción de un ambiente familiar poco cálido. Sin embargo, se le dio mayor peso a la voluntad propia. Este voluntarismo representaría más tarde la búsqueda de la salida. En este momento, prevalecía la idea de que "las drogas no son un problema" y los interesados tenían la sensación de que podrían dejarlas cuando ellos quisieran.

(2) **La permanencia.** El grupo de pares proveyó el aprendizaje necesario para permanecer en el mundo de las drogas. Esta etapa fue la más prolongada en cuanto a tiempo e inversión de recursos. Las circunstancias conflictivas asociadas fueron mayores en las mujeres.

(3) **La retirada.** Comenzó cuando aceptaron la ayuda ofrecida por los padres para buscar tratamiento. Se apercibieron de los problemas asociados, en función de cuatro criterios que habilitaron la redefinición cognitiva de la adicción como un problema: a) ellos mismos, b) el grupo de pares, c) el trabajo y la escuela y d) la familia.

Los hallazgos coinciden con la bibliografía al ubicar los tres momentos del modelo. En este estudio se identificó que uno de los razonamientos centrales para decidir el consumo de drogas es que éste no se percibe como un problema y se discuten las fuentes que alimentan esta creencia. Los razonamientos que acompañan la transición hacia el uso continuado, provienen "de la luna de miel" del usuario con las drogas. Otros estudios han documentado que mientras no haya problemas asociados con el consumo, éste no se define como un problema. Sin embargo, encontramos que experimentar con otras drogas parece ser una decisión más fácil de tomar que la de consumir por primera vez. El rol del grupo de pares fue determinante, al propiciar el uso continuado dada su experiencia en el consumo de otro tipo de drogas, y tal como lo señalan otros estudios, se encontró que dicho grupo de pares ofrece el sentido de pertenencia y la cohesión que facilitan mantener el consumo. Como lo señalan otros informes, la decisión de acudir a los servicios de salud se toma cuando se advierten los problemas asociados y una vez que se vuelven irremediables. Nuestros hallazgos revelan que sólo cuando la adicción es re-

definida como un problema, se habilitan los procesos cognitivos necesarios para acudir a tratamiento. Por último, este modelo presenta los razonamientos sólo de quienes decidieron aceptar, continuar y abandonar el consumo.

Finalmente, los resultados pueden extrapolarse en aquellos adolescentes que pasan por las tres etapas de la adicción.

**Palabras clave:** Adicción, adolescencia, drogas, terapia familiar, representaciones sociales.

## INTRODUCCIÓN

Las representaciones sociales (RS) tienen como función permitir que los grupos sociales se comuniquen, se entiendan, elaboren identidades y expliquen su realidad con razonamientos de sentido común que orientan *a posteriori* sus comportamientos (21).

De acuerdo con Moscovici (21), las tomas de decisión son productos razonados que subyacen en conocimientos y sistemas de creencias que giran alrededor del objeto. Estos razonamientos no son producto de teorías elaboradas; provienen del sentido común con el que los individuos operan en su vida cotidiana para resolver sus problemas.

Dicho de otra forma, las RS son formas de pensamiento social que incluyen, implícita y explícitamente, informaciones, creencias, imágenes, actitudes, prácticas y experiencias que orientan *a posteriori* la toma de decisiones (1,6,13,21,23).

El estudio de la toma de decisiones, como modelos, tiene sus antecedentes en la terapia familiar breve (TFB), donde fueron definidos (4) como un conjunto de ideas de las personas que opera como paradigma cultural al definir sus problemas y proyectar soluciones.

Esta noción fue presentada a raíz de encontrar la alta adhesión ideológica de las personas al proyectar sus soluciones: no se cuestionaba si la decisión tomada era adecuada o no, ya que las decisiones estaban respaldadas por sistemas de creencias (y una cualidad de las creencias es que éstas son de tipo dogmático) (4,5,14-17). El objetivo terapéutico de los modelos es identificar qué reglas los rigen para planificar la intervención (4,5,14-17). Sin embargo, estos modelos tienen deficiencias, no les interesa el tipo de problema, su evolución, las experiencias, la cultura histórico-social ni las interacciones individuo-sociedad. Como diría Moscovici (21), se ignora el proceso cognitivo y social que se halla detrás de las prácticas.

El consumo de drogas es un problema complejo de salud pública. En 1993, Jalisco ocupó el segundo lugar en prevalencia por arriba de la media nacional

(24). En 1998 la Ciudad de Guadalajara alcanzó una de las más altas tasas de uso registradas entonces (7.50%), también por arriba de la media nacional (5.27%) y sólo por debajo de Tijuana (14.73%) y de Ciudad Juárez (9.20%).

En este problema se encuentran vinculados aspectos psicosociales y de sentido común con los que se opera en la vida cotidiana al tomar decisiones (18). Se decide primero, por ejemplo entre consumir y no consumir; después qué drogas usar, y si continúan usándolas o no y, por último, cuándo es tiempo de abandonarlas. Siguiendo a Moscovici (21) estas decisiones no son arbitrarias, sino producto de razonamiento del sentido común.

Entre los marcadores de riesgo identificados para el inicio del consumo están: el ofrecimiento de las drogas por parte de un amigo, compañero o conocido (25,28) movido por sentimientos pseudo-altruistas; la invitación de un vendedor (28) y el ambiente de fiesta y ocio (25). Se informa que uno de cada tres de los sujetos que tuvieron oportunidad de usar droga, incurrió en el consumo. Parece que el consumo se mantiene debido a la influencia de los pares (25) y mientras no se reconocen los problemas asociados con el uso de las mismas (28). Los estudios documentan que la búsqueda de tratamiento ocurre hasta que el problema se vuelve irremediable y de difícil manejo (3,11). La estigmatización y la marginación también parecen ser factores asociados con el hecho de no acudir a tratamiento (3), porque como dice Goffman (12), los consumidores pueden convertirse en sujetos estigmatizados y desacreditados. Sin embargo, ¿cuáles serán las razones del sentido común a las que un grupo de usuarios en rehabilitación atribuye su decisión de iniciar, permanecer y finalmente de abandonar el consumo?, ¿qué RS y qué procesos sociocognitivos respaldan tales decisiones?

En este trabajo se retoma una dualidad teórica: la teoría de las representaciones sociales (TRS) y la TFB, empleando un acercamiento plurimetodológico (1) a través de técnicas asociativas y de entrevistas profundas.

El argumento central del estudio parte del concepto de que los usuarios de drogas toman decisiones como producto de razonamientos que no son arbitrarios, sino de sentido común, que se encuentran arraigados en conocimientos, creencias e imágenes socialmente compartidas y en actitudes y afectos que le dan sentido a sus acciones. Por lo que el objetivo del estudio fue explicar cómo y sobre qué RS, se construye el modelo que condujo a decidir iniciar, continuar y abandonar el consumo de drogas, en usuarios en rehabilitación en Centros de Integración Juvenil (CIJ) de la Ciudad de Guadalajara.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio retrospectivo, analítico-interpretativo, de tres fases transversales (1), bajo los supuestos teórico-metodológicos de la TRS (21) y de la TFB (4,5), con un acercamiento plurimetodológico (1). La población en estudio incluyó a adolescentes de 13 a 19 años de edad, usuarios de drogas que acudían a tratamiento a los CIJ en Guadalajara. La muestra se calculó utilizando la fórmula clásica. El tamaño requerido para hacer estimaciones de porcentajes —con un nivel de precisión de 10%—, suponiendo un porcentaje esperado de 30% de casos con las características que se estudiaban, fue de 69 casos (10). La población total que participó en las tres etapas fue de 57; 56% hombres y 44% mujeres. La selección se realizó mediante un método bietápico de tipo aleatorio en cuatro de cinco CIJ.

El objetivo de la primera fase fue establecer premisas respecto a cómo se objetivaba la RS. Los instrumentos de recolección de datos fueron: listados libres y una guía de entrevista que exploró el ambiente familiar y el del barrio. Para el análisis se utilizaron los *software* Anthropac 4.9 (2) y el Atlas Ti (22).

La segunda fase identificó la dinámica de la objetivación de la RS. La información fue clasificada y jerarquizada por los participantes, mediante la técnica de sorteos de montones.

El objetivo de la última fase fue la elaboración gráfica de los modelos de toma de decisiones identificando sobre qué RS se construía, cómo orientaba las decisiones y cómo se anclaba en la vida cotidiana. Para la recolección de los datos se aplicaron entrevistas individuales profundas, cuyas guías se construyeron a partir de los resultados de las etapas previas y cuyos ejes temáticos fueron: participación de los amigos y la familia en el ingreso al consumo de drogas, romance, respuesta de los padres, transición entre experimentar y mantener un consumo, mundo de las drogas, reconocimiento de la adicción, intentos para cesar el consumo y debut en los servicios.

En promedio, se llevaron a cabo tres sesiones de dos horas cada una y fueron audiograbadas con previa autorización. El análisis fue similar al de las entrevistas de contexto. Por último, las medidas éticas fueron: solicitar el consentimiento informado y salvaguardar la identidad de los participantes al ocultar sus nombres con pseudónimos. En este artículo se presentan los resultados generados a partir de la tercera fase.

## RESULTADOS

La RS sobre la que se construyó el modelo de toma de decisiones fue la *búsqueda de un mundo diferente* al de su tradición familiar.

Se pudo identificar que 90% de estas familias tenía antecedentes de consumo problemático de alcohol por parte del abuelo, el padre y el esposo, y en 72%, había consumo de drogas. En 67% de los casos, el consumidor era el padre del adolescente. Alrededor de este hallazgo se encontraron tres condiciones problemáticas: 1) las familias habían vivido prácticamente en todos sus ciclos evolutivos, el consumo de drogas (legales y/o ilegales) y habían aprendido a sobrevivir pese a éste. Dicho patrón de conducta se traduce en un comportamiento que será el modelo para las nuevas generaciones en la aceptación de conductas de tolerancia. 2) A pesar del consumo, las expectativas respecto a los hijos, por supuesto no incluían el consumo de drogas; se esperaba en todo caso, que ellos "*aprendieran de los errores*" y pudieran hacer realidad "*un mundo mejor*". Se ignoraban las carencias y condiciones emocionales de la familia y del contexto del barrio. 3) Los hijos por su parte, creían que a "*ellos no les iba a pasar lo mismo*", pensaban que iban a poder construir "*un mundo diferente*". Creían que con sólo pensar lo anterior se bloquearía la posibilidad de que a ellos "les pasara" lo que a sus padres, y por ende, no veían el consumo como un riesgo.

De estas tres condiciones problemáticas emergen dos representaciones: *la promesa de un mundo mejor* por parte de los padres y *la búsqueda de un mundo diferente* por parte de los adolescentes. De tales condiciones se desprenden dos modelos de toma de decisiones. En este artículo se presenta el modelo construido por los adolescentes, en el que se identificaron tres momentos: el ingreso, la permanencia y la retirada (figura 1).

### *El ingreso al consumo de drogas*

El modelo se inició cuando decidieron consumir bajo razonamientos de invulnerabilidad, es "*un mundo en el que se prueba de todo... el que quiere lo deja... y el que no... se queda*". Los adolescentes tenían claro que sus padres esperaban algo más que tener un hijo adicto, sabían que había expectativas para una vida mejor.

*Servando, hijo de Domingo y Leoncia: "Yo no quería que supieran que le ponía a las drogas, no les quería decir, porque no quería ver a mi mamá llorando, a mi papá desanimado y triste".*

Explicaron su ingreso por factores tales como curiosidad, invitación de los amigos, sensación de soledad, ambiente familiar poco cálido y haber crecido observando el consumo en figuras de autoridad. A pesar de que reconocieron varias causas, destacaron que iniciaron el consumo por voluntad propia, pues a pesar de que había un *amigo consumidor*, lo justificaron. Este voluntarismo representaría más tarde el móvil para salir de las drogas.

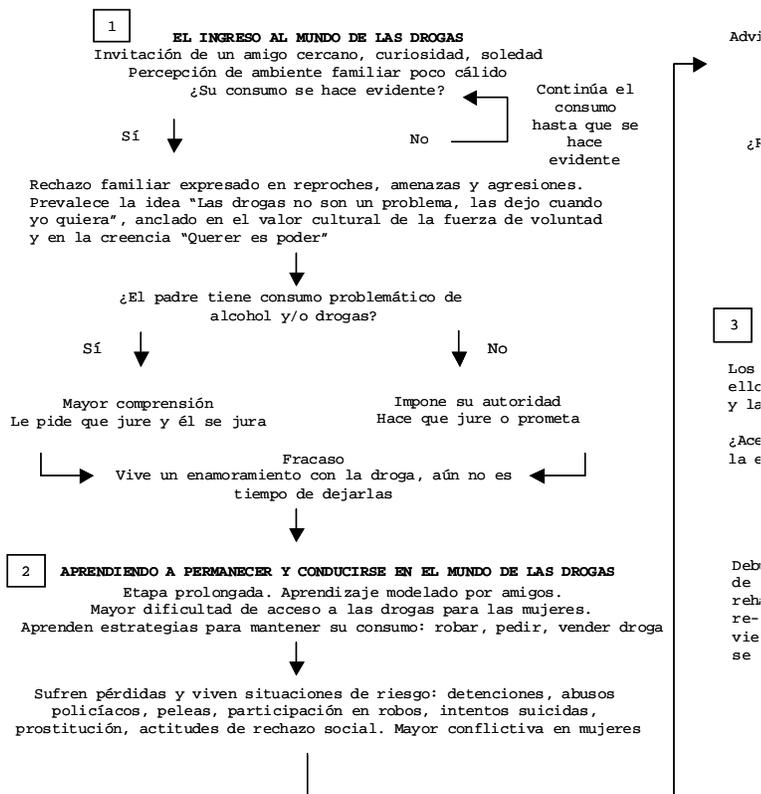


Fig. 1. Modelo de toma de decisiones de adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales basado en la representación "la búsqueda de un mundo diferente"

La imagen del que creían *amigo(a)*, se encarnó en alguien emocionalmente cercano, vecino del barrio que cubría las necesidades psico-afectivas de las que carecían; se podían comunicar con ellos, quienes los entendían y compartían idiosincrasias similares; esto les daba sentido de pertenencia. La droga representó un mundo sin carencias. Cuando el consumo se hizo evidente en sus familias, hubo reproches, lágrimas de la madre, amenazas y agresiones del padre, pero también acercamientos afectivos para hacerles prometer dejar las drogas. Sin embargo, en ellos prevalecía la creencia de que el consumo no *representaba un problema*, pues tenían la sensación de que podían dejarlo en cualquier momento, por lo que rechazaron la opción de buscar ayuda o de formular una promesa sincera, pues aún no era tiempo de retirarse, estaban viviendo un "romance".

### ***Aprendiendo a permanecer y a conducirse en el mundo de las drogas***

El grupo de pares ofreció el aprendizaje necesario para permanecer dentro; experimentaron con diferentes drogas, conocieron sus usos, efectos y aprendieron a evitar el síndrome de abstinencia. Distinguieron drogas de mala y de buena calidad, conocieron lugares de venta, precios y estrategias para mantener el consumo

tales como vender, robar o pedir dinero. Las mujeres señalaron que en su caso, era más difícil obtener la droga, pues algunos vendedores "*no enviciaban a mujeres*".

*Jovana, hija de Raymunda: "Uno nos va a vender y yo la mando comprar con otro muchacho, porque a mí no me venden ... no venden a mujeres".*

Esta segunda etapa fue la más prolongada —el tiempo del consumo osciló entre uno y seis años— y fue en la que sufrieron mayores pérdidas. En los relatos, se advirtieron historias crudas como homicidios, muertes de amigos y situaciones de violencia.

*Isidro, hijo de Bulmaro: "Por intento de homicidio caí en la penal y por robo al tutelar. En la penal me aventé mes y medio y al consejo he caído como 5 veces en todo el año, fue en defensa propia, unos cuates me picaron y traían machetes, entonces yo saqué la pistola ... la había rentado con unos narcos por 800 pesos y me habían dado una caja de tiros".*

Aun cuando no todos los sujetos vivieron estas situaciones, estuvieron expuestos a riesgos. La mayoría relató que había sufrido detenciones y abusos policíacos, y participado en peleas entre bandas y en robos. En el caso de algunas mujeres, se documentaron in-

tentos suicidas y prostitución. La problemática asociada fue mayor en las mujeres: se encontró que había relaciones más hostiles en la familia, mayor consumo y mayor agresividad.

En este momento empezaron a darse cuenta de que su consumo traía problemas, y por primera vez, se sintieron dependientes de la droga por el síndrome de abstinencia. Sin embargo, a pesar de reconocer los problemas, aún pensaban que se les podría dejar solas, por lo que decidieron abandonar el consumo, pues “*querer significa poder*”. Esta creencia subyace en el valor popular que se le otorga a la voluntad, pero en estos casos era adicional, porque pensaban que así como voluntariamente habían decidido consumir drogas, podían ahora, de la misma manera, abandonar su uso.

Entre las estrategias utilizadas estaban la de alejarse de los amigos consumidores y reunirse con antiguos amigos, regresar temprano a casa, salir menos, ver televisión o escuchar música. Bajo estas condiciones de vida rutinaria, se formó un círculo vicioso que frenó la búsqueda de otras alternativas de solución, ya que aunque aparentemente diferentes estas estrategias eran *más de lo mismo*; estaban ancladas en la creencia de *querer es poder*, pues se insistía en la idea de que la droga se dejaba con voluntad. Esta primera tentativa no funcionó pues al confrontarse con la abstinencia, se dieron cuenta de que la droga era un problema que ameritaba ayuda. Sin embargo, reconocer lo anterior les fue difícil porque contrariaba sus creencias y desecharlas no era fácil.

### La retirada

Comenzó cuando aceptaron la ayuda ofrecida por sus padres para buscar tratamiento profesional. Pero ¿qué factores contribuyeron a la redefinición cognitiva de la adicción como un problema? Según ellos, dijeron “*me quité la venda de los ojos*”, “*como que empecé a darme cuenta ... empecé a oír y ver lo que los otros me decían*”. Advirtieron los problemas asociados en función de cuatro criterios: a) ellos mismos, b) los otros, c) el

trabajo y la escuela, y d) su familia (cuadro 1).

a) *Ellos mismos*. Reconocieron el deterioro de su salud: su memoria no funcionaba igual, olvidaban cosas importantes o lo que habían hecho la noche anterior. Su aspecto era desaliñado, sus intereses habían cambiado y todo su mundo era la droga. Tenían la sensación “*de haber tocado fondo*”.

b) *El grupo de pares*. Comenzaron por observar el aspecto de sus amigos, sus condiciones de vida, su deterioro y se preguntaron si ellos se verían así. Hasta este momento, no les había importado, habían vivido un “romance con la droga”. Detenerse a observar su entorno bajo una actitud diferente, les mostró una nueva realidad, “*me di cuenta lo bajo que había caído*”, y lo más importante fue descubrir que este grupo era de *pseudo-amigos*. Los *verdaderos amigos* se re-definieron en aquellas personas que los alentaban para dejar las drogas.

c) *El trabajo y la escuela*. Algunos de los que en ese momento trabajan (52% hombres y 39% mujeres) informaron que no conservaban su trabajo, faltaban o llegaban tarde y los despedían o ellos voluntariamente lo dejaban. Los que estudiaban (35% hombres, 41% mujeres) pensaban que los estudios eran difíciles, no entendían lo que se les enseñaba como antes, faltaban frecuentemente, no entraban a clases y no cumplían con sus tareas.

d) *La familia*. Uno de los elementos más importantes fue el advertir el estado emocional deteriorado de cada madre: en la etapa de *permanencia* en el uso de drogas, no preocupó a los usuarios porque no se apercebían del mismo, pero cuando éste fue evidente, actuó como un disparador para reconocer el consumo como problemático. En parte, esto se puede explicar por la diada emocional y la vinculación afectiva que se establece entre madre-hijo, pero además porque la madre siempre dio cobijo emocional tanto a hombres como a mujeres, a diferencia del padre cuya relación era más periférica. Adquirió importancia la actitud de rechazo

**CUADRO 1**  
**Criterios para aceptar el consumo como un problema que ameritaba ayuda**

<i>El mismo</i>	<i>El grupo de pares</i>	<i>El trabajo y la escuela</i>	<i>La familia</i>
Advierte: - El deterioro de su salud - Que desde que se levanta piensa en consumir droga - Que no pasa un día sin que pueda consumir - Que tiene problemas económicos - Ya robó para comprar droga - Que vende drogas para mantener su adicción - Que ha sufrido actitudes de rechazo social - Que ha tenido problemas con la policía - Que tiene la sensación de haber tocado fondo	Observa: - A sus amigos muy deteriorados y se pregunta si así lo verán a él - Un entorno bajo una actitud diferente y no le gusta - Que su grupo de pares no son amigos y redefine lo que es un amigo verdadero	Reconoce: - Que ha perdido empleos y no dura en ellos - Que lo expulsaron de la escuela o que él voluntariamente la dejó	Se da cuenta: - Del estado emocional deteriorado de su madre - Que lo excluyen de actividades familiares - Que es la vergüenza de la familia - Que lo quieren, pues lo habían intentado llevar a rehabilitación y no había querido

de los hermanos y de otros miembros de la familia. La sensación que tenían de "no importarle a nadie", se veía confrontada.

Esta introspección permitió romper con el círculo vicioso que frenaba la búsqueda de atención en los servicios. Se estaba revalorando y confrontando la sensación de vacío y de invulnerabilidad que motivó el consumo. Los usuarios se dieron cuenta de que ese *mundo diferente* que representaban las drogas no concordaba con sus expectativas iniciales, pues "el romance se vive mientras no hay mucho consumo".

Había adolescentes que no estaban convencidos de la eficacia del tratamiento, particularmente cuando los enviaban de la escuela o del Centro Tutelar. Sin embargo, desde estas formas de pensamiento social, el camino por recorrer no sería diferente: se encontrarían transitando por la etapa de *permanencia* y aún les faltaría confrontarse con *el mundo real*, experimentar pérdidas, reflexionar por sí mismos y aceptar su consumo como problemático.

*Isidro, hijo de Bulmara: "Hay mucha gente aquí que yo los veo, los analizo y digo, éste cuando salga se va a tronar, porque es una persona adicta, muy adicta, no viene, lo traen y él necesita tocar un fondo bien cabrón para decir, quiero cambiar. Necesita haber sufrido mucho, necesita haber pasado de todo, que la vida lo haya tratado de la chingada".*

Cuando finalmente aceptaron la ayuda, debutaron en los servicios acompañados por la madre. Asistieron llevados por expectativas altas e ingenuas respecto a que el deseo de consumir desaparecería. Su pensamiento no estaba fijo en "la droga no tiene salida", sino en "¿cuál es la salida?" y sus esfuerzos se orientaban hacia esa búsqueda. La construcción de la imagen del usuario rehabilitado se relacionaba con el re-encuentro con sus valores, con las *verdaderas amistades*, el desempeño de actividades productivas y el retorno a los viejos hábitos.

## DISCUSIÓN

La representación social que hemos denominado *la búsqueda de un mundo diferente*, surge, como lo señalan los teóricos (1,6,13,21,23) de una condición problemática en la que por un lado, la familia ejemplifica el consumo, pero por otro, espera que los hijos no incurran en lo mismo. Esta forma de pensamiento social incluye ciertos conceptos como "las drogas no son problema"; creencias como "querer es poder"; imágenes como la del "usuario rehabilitado"; sentimientos de afecto hacia los padres y hacia sí mismos, matizadas por sus propias experiencias, que finalmente

son las que mantienen esta representación y de las que se derivan las tomas de decisión.

Este modelo constituye un conjunto de conocimientos de la población en estudio, que tiene una función: explicarse su proceso adictivo, que es nuevo, ajeno y extraño, pero a la vez no del todo, porque ya lo han observado en la experiencia familiar. Explican su realidad por medio de sus creencias, sentimientos, actitudes y afectos, con las que los exponen, verifican y distinguen y finalmente toman decisiones. Este modelo no necesariamente debe apegarse a los modelos científicos de la adicción ¿por qué habría de ser así? El sentido común es simple y reduccionista. Seguramente decidir consumir drogas, continuar el consumo y luego dejarlo, es algo que va más allá de intentar materializar *un mundo diferente* al de su tradición familiar. Sin embargo, los adolescentes sólo conocen este tipo de razonamientos con los que operan en su vida cotidiana y a partir de los cuales toman sus decisiones. Entender estas formas de pensamiento social puede permitirnos lograr intervenciones exitosas.

No obstante, aunque los estudios coinciden en ubicar estos tres momentos del modelo: el debut (20,27,25,28), la permanencia (3,28) y la retirada (3,28), no se habían detenido en el proceso cognitivo y en los razonamientos del sentido común que respaldan tales decisiones. Se ha señalado que los factores relacionados con el inicio son el percibir el fácil acceso al consumo, tener amigos, conocidos o familiares usuarios de droga, la aprobación de los padres y la baja percepción del riesgo (20). Wagner (28) estimó que una de cada tres personas que tuvieron la oportunidad de usar drogas, aceptó consumirlas. En este estudio se identificó que uno de los razonamientos centrales para decidir utilizar drogas es que el consumo no se percibe como un problema; se tiene la certeza de que a ellos "no les va a pasar nada". En parte, este razonamiento se origina en varias fuentes: 1) la sensación de invulnerabilidad (18), que incluye la percepción de que el riesgo es para otros y no para ellos, o como lo refiere Medina-Mora (20) al señalar la baja percepción de bajo riesgo; 2) se tiene la certeza de poder sobrevivir por su propia experiencia familiar; 3) la droga es ofrecida por un amigo afectivamente cercano (15,23) en el que confían, y por último, 4) descubren que la droga alivia el estrés que proviene de tener una familia poco estable y de los malestares psico-emocionales y afectivos resultantes (18). Por ello es que, cuando los padres intentan "jurarlos"\* como estrategia de solución, los adolescentes tienen la sensación de no necesitarlo, y por lo tanto, la estrategia no tiene éxito.

---

\*Ceremonia religiosa en la que el adicto jura ante Dios o la Virgen abstenerse de ingerir la droga durante un tiempo.

Los razonamientos que acompañan el paso hacia el uso continuado, provienen del "romance" (18) o de "la luna de miel" (28) que se establece con las drogas. Se ha documentado que mientras no haya problemas asociados al consumo, éste no se identifica como un problema (18,28). Experimentar con otras drogas parece ser una decisión más fácil de tomar que consumir por primera vez, en parte porque la experiencia les demostró que "no pasó nada" y porque prevalencian ciertas creencias como *la droga no es un problema y querer es poder*, las que se traducen en "las dejo cuando quiera". Adicionalmente, el grupo de pares les ofrece el entrenamiento necesario y les comunica los conocimientos que se deben adquirir para saber cómo usar otras drogas. Como dicen Villalón y Torres (26), el grupo de pares adquiere un valor importante, pues ofrece un sentido de pertenencia y la cohesión entre ellos parece radicar en el interés por compartir las mismas sensaciones (7). De tal forma que el grupo de pares adquiere un rol importante aunado a la baja percepción de riesgo, que contribuye a continuar el consumo. En este estudio se pudo identificar que transcurren hasta seis años antes de que los interesados acepten su consumo como problemático; sin embargo, esto no parece depender del tiempo, sino del tipo de re-definiciones cognitivas que tienen lugar.

Cuando deciden usar los servicios de salud, tal como lo señalan los estudios (3,11) es cuando advierten los problemas en su salud y hasta que éstos se vuelven irremediables. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (19) reveló que sólo una de cada diez personas con algún trastorno recibe atención. Estos hallazgos muestran la problemática que enfrentan los servicios de salud mental. La población parece tener buena disposición para buscar y recibir ayuda, sabe a dónde acudir, pero parece que acude hasta que se da cuenta de que por sus propios medios no podrá resolver sus problemas de adicción (11). Los hallazgos en este estudio revelan que la imagen atribuida a la adicción no favorece su uso, pues es hasta que se re-define como problema, cuando se habilitan los procesos cognitivos necesarios para decidir acudir en busca de ayuda.

A partir de la TFB, se diría que la regla que rige la construcción de este modelo, es el *voluntarismo del adolescente*, por lo que habría que planear intervenciones diferentes a las emprendidas hasta ahora para romper con el círculo vicioso y proyectar una solución efectiva. Agregaríamos adicionalmente que la TRS se orienta por una representación que emerge de la condición problemática de la práctica del consumo, al tratar de *materiarizar un mundo diferente* al de su tradición familiar, que los conduce a experimentar con drogas bajo pretensiones de invulnerabilidad. Esta RS se mantiene en virtud de dos creencias que respaldan este voluntarismo:

*la droga no es un problema y querer es poder*, por lo que habría que intentar modificarlas.

Esta RS no es autónoma, coexiste con una más: lo que debe *ser una familia* y cómo se proyecta. Por lo tanto, las tomas de decisión respecto al ingreso, la permanencia y la salida, no son razonamientos directos; están filtrándose mediante otra RS. Como dice Flores-Palacios(9), pueden coexistir diferentes significados que expliquen un mismo objeto de representación. Los adolescentes explican la adicción no sólo en función del proceso como tal, sino que la vinculan con aspectos normativos de la familia en los que seguramente intervienen conocimientos, creencias, imágenes y actitudes de lo que debe ser. De ahí que habría que profundizar en su estudio.

Desde esta forma de pensamiento social, la adicción se revela como un proceso en el cual *es necesario permanecer para poder salir*, en el que los pares ofrecen el apoyo y la afectividad necesarios para mantener el consumo. Es lo que, desde estas formas de pensamiento social, facilitaría las recaídas. Fletcher y Battjes (8) documentaron que los grupos de autoayuda post-tratamiento se relacionaron significativamente con la disminución del uso de drogas y de la actividad criminal. Por lo tanto, es recomendable introducir esta práctica afectiva en el tratamiento y en el seguimiento profesional.

Por último, consideramos que los resultados pueden ser extrapolados en aquellos adolescentes que pasan por las tres etapas de la adicción.

### Agradecimientos

A los adolescentes que nos permitieron observar desde estas formas de pensamiento social el mundo de las drogas y ser portavoces de sus experiencias. A los CIJ en Guadalajara, a su personal y directivos por las facilidades otorgadas. Un reconocimiento más que especial a las doctoras Ma. Elena Medina-Mora Icaza, Catalina González-Forteza, Emily Ito-Sugiyama y Emilia Lucio Gómez-Maqueo por su invaluable asesoría para la realización de este estudio. Al doctor José Álvarez-Nemegyei por la revisión crítica. Al Fondo de Fomento a la Investigación (FOFOI) por el financiamiento 2001-055. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca estudiantil otorgada.

### REFERENCIAS

1. ABRIC JC: *Prácticas Sociales y Representaciones*. Ed. Coyoacán, México, 2001.
2. BORGATTI S: *Anthropac 4.9* Software. Natick, MA. Analytic Technologies. 1996.
3. CRAVIOTO P, MEDINA-MORA ME, DE LA ROSA B, GALVAN F, TAPIA-CONYER R: Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México: barreras de acceso a tratamiento. *Salud Publica Mex*; 45:181-190, 2003.
4. DE SHAZER S: *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Paidós, España, 1995.

5. DE SHAZER S: *Patterns of Brief Family Therapy: An ecosystemic approach*. Guilford Press, Nueva York, 1982.
6. DI GIACOMO JP: Teoría y métodos de análisis de las representaciones sociales. En: Paéz D (ed). *Pensamiento, Individuo y Sociedad: Cognición Social y Presentación Social*. Fundamento, 78-85, Madrid, 1987.
7. ENCINAS GJ: *Bandas Juveniles*. Trillas, México, 1994.
8. FLETCHER B, BATTJES R: Introduction to the special issue: treatment process in DATOS. *Drug Alcohol Dependence*, 57:81-87, 1999.
9. FLORES F: *Psicología Social y Género. El Sexo como Objeto de Representación Social*. McGraw-Hill, México, 2001.
10. GARCIA-NUÑEZ J: *Manual de Muestreo*. Kumarian Press, USA, 1972.
11. GARCIA-SILBERMAN S: Necesidades de atención y utilización de servicios de salud mental. *Salud Mental*, 20(Supl 2):34-46, 1997.
12. GOFFMAN E: *Estigma. La Identidad Deteriorada*. Amorrortu, Argentina, 1995.
13. JODELET D: Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En: Jodelet D, Guerrero A (eds.). *Develando la Cultura. Estudios en Representaciones Sociales*. UNAM, 7-30, México, 2000.
14. KANTOR D, LEHR W: *Inside the Family: Toward a Theory of Family Process*. Jossey-Bass. California, 1975.
15. KEENEY B: Ecosystemic epistemology: An alternative paradigm for diagnosis. *Family Process*, 18:117-129, 1979.
16. LANDAU J: Therapy with families in cultural transition. En: McGoldrick M, Pearce JK, Giordano J (eds.). *Ethnicity and Family Therapy*. Guilford Press, Nueva York, 1982.
17. LEWIN K: *Dinámica de la Personalidad*. Morata, Madrid, 1973.
18. NUÑO B: De la representación a la acción: modelos de toma de decisiones con los que intentan resolver el consumo de drogas ilegales adolescentes consumidores y sus padres. Tesis para obtener el grado de doctora en psicología social. Facultad de Psicología, UNAM, México, 2004.
19. MEDINA-MORA ME, BORGES G, LARA-MUÑOZ C, BENJET C, BLANCO-JAIMES J, FLEIZ-BAUTISTA C y cols.: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26:1-16, 2003.
20. MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, LOPEZ E, BERENZON S, CARREÑO S, JUAREZ F: Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica México*, 131:383-387, 1995.
21. MOSCOVICI S: *El Psicoanálisis, su Imagen y su Público*. Ed. Huemul, Argentina, 1979.
22. MUHR T: *Atlas Ti*. Scientific Software Development. Berlín, 1998.
23. PAEZ D: Características, funciones y proceso de formación de las representaciones sociales. En: Paéz D (ed). *Pensamiento, Individuo y Sociedad: Cognición Social y Representación Social*. Fundamento, Madrid, 1987.
24. SECRETARIA DE SALUD-CECAJ: *II Encuesta Nacional de Adicciones 1993. Datos Región Occidente*. Guadalajara, 1995.
25. TAPIA-CONYER R, CRAVIOTO P, DE LA ROSA B, GALVAN F, MEDINA-MORA ME: Historia natural del consumo de la cocaína: el caso de Ciudad Juárez, Chihuahua. *Salud Mental*, 26:12-21, 2003.
26. VILLALON BM, TORRES PE: Trabajo con farmacodependientes en una comunidad marginal de Guadalajara, Jalisco. Aportaciones teóricas y prácticas para el conocimiento del farmacodependiente. Centros de Integración Juvenil. *Serie Técnica Perfil Farmacodependiente*, 5:41-55, 1989.
27. VILLATORO J, MEDINA-MORA ME, LOPEZ LE, JUAREZ F, RIVERA GE, FLEIZ BC: La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud Mental*, 19:1-6, 1996.
28. WAGNER F, GONZALEZ-FORTEZA C, AGUILERA RM, RAMOS-LIRA L, MEDINA-MORA ME, ANTHONY JC: Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 26:22-32, 2003.