

Nº 14
REV.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
APLICADO A UN CASO CLINICO
QUIMICO-DEPENDIENTE**

que para obtener el Título de:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:
GLORIA DEL CARMEN HERNANDEZ GONZALEZ

México, D. F.

1992

**TESIS CON
SALA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

INTRODUCCION

I.-

MARCO TEORICO

1. PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LA FARMACODEPENDENCIA
2. HISTORIA NATURAL DE LA DROGADICCION QUIMICO FARMACODEPENDIENTE
3. MARCO LEGAL
4. CONCEPTUALIZACION
5. CALSIFICACION DE LAS DROGAS
 - 5.1. ESTIMULANTES
 - 5.2. DEPRESORES
6. DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA
 - 6.1 ASPECTOS SOCIOCULTURALES
 - 6.2 ASPECTOS PSICOSOCIALES

II.-

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

- 1.- DATOS DE IDENTIFICACION
- 2.- ANTECEDENTES
- 3.- PROBLEMA ACTUAL

III.-

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

IV.-

PLAN DE ACCIONES DE ENFERMERIA

- 1.- PROBLEMA, MANIFESTACIONES Y RAZONES CIENTIFICAS
- 2.- ACCIONES DE ENFERMERIA, RAZONES CIENTIFICAS Y EVALUACION

V.-

EVALUACION FINAL Y CONCLUSIONES

GLOSARIO DE TERMINOS

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION.

En este Trabajo, presenté una investigación de campo referente a la drogadicción en el adolescente.

Mencionaré que la farmacodependencia es la resultante de múltiples factores que desequilibran al individuo en sus funciones biológicas, fisiológicas, sociales y conductuales, es un hecho reconocido en el consumo de las drogas se ha convertido actualmente en parte integrante del sistema social.

Los efectos que se producen por el consumo de las drogas, hacen que el individuo pierda el equilibrio de sus funciones básicas, convirtiéndolo en un ser improductivo y necesitado de auxilio médico, psicológico y de rehabilitación, es decir, es un enfermo.

La farmacodependencia es una enfermedad que no respeta edad, sexo o clase social, pero que puede prevenirse y curarse de tal forma que la persona rehabilitada se integre a la comunidad a la que pertenece.

Considerando así que todo individuo dentro de su crecimiento y desarrollo pasa por una etapa que se llama adolescencia, en donde el adolescente no es un niño, ni un adulto. Esta etapa de la vida, época de transición de la niñez a la adultez, no sólo es importante, sino decisiva debido a las repercusiones que ocurren dentro de esta etapa en la formación de la personalidad, sin embargo tiene pocos años que se le ha prestado atención e interés a esta edad como período de características propias.

Los cambios tecnológicos, y las cualidades humanas han sufrido diversas transformaciones; el saber se ha puesto al servicio de la técnica y de la industrialización, se ha creado una demanda de mano de obra junto con una necesidad de vender y la manipulación de consumo.

Las familias han pasado de ser extensas a nucleares, de vivir en el campo o pueblos aislados se trasladan a las zonas urbanas de alta concentración humana, donde se han creado diferentes fuentes de trabajo.

Los jóvenes que hasta el momento vivían dentro de su familia, con unos roles claramente diferenciados y con una perspectiva de futuro predeterminados por el sexo y por la función que estaba asignada (el hijo sería sustituto del padre y la hija ayudaría a las tareas domésticas), tuvieron que sufrir esas transformaciones al pasar a vivir en los núcleos urbanos, donde el padre es un trabajador en alguna fábrica, donde la casa se ha convertido en un paso-reducido, donde la escolaridad se alarga y donde ya no haya quien sustituir en el plano familiar.

Los jóvenes se encuentran en las escuelas y en sus momentos de --ocio, intercambian opiniones y deseos, de esa manera se van formando; un grupo de razgos específicos poco a poco van creando su lenguaje, su moda, sus gastos y al mismo tiempo, empieza a reivindicar sus derechos movilizando en los adultos aspectos adormecidos.

Anteriormente, a los niños cuando dejaban de serlo, se les consideraba adultos y realizaban tareas propias de estos, actualmente al sobrevivir --los cambios corporales, el adolescente se da cuenta de que ya no es un niño, --pero tampoco es un adulto y la sociedad no lo reconoce como tal, entonces empieza a buscar su identidad con preguntas como ¿ Quien soy ?, no se resigna a perder ventajas infantiles y tampoco se atreve aceptar las responsabilidades --que paulatinamente se le van exigiendo para entrar en el mundo adulto.

Así el joven, que se encuentra entre el mundo perdido y un mundo --que es conocido y por lo tanto el que le da seguridad, se vuelve introvertido-- y se aleja de los adultos, por lo que se siente comprendido. Este alejamiento--irrita a los mayores, que no se avienen a perder a "su niño" o le exigen como--si fuese un adulto en sus respuestas y comportamiento.

Acaba de estallar la crisis familiar, que irá haciendo extensiva --al resto de los núcleos sociales. Buscando en los que como el se encuentran --perdidos y llenos de contradicciones, el joven se unirá a ellos formando gru--pos. Crearán su mundo en el que ensayarán y elaborarán dramas internos con per--sonajes externos.

Con las nuevas posibilidades de pensamiento y criterio, las expe--riencias registradas en su mundo interno, el resurgimiento de la sexualidad --

adormecida, la capacidad de fantasía y la confusión, el adolescente se enfrenta a la sociedad y así mismo, intentando encontrar el camino que le conduzca a la vida adulta.

Es importante ver como se debate el joven entre su mundo interno y el externo, y el papel que juegan la familia y la sociedad frente a esta -- "Anormalidad Normal" que es la adolescencia.

Uno de los problemas que más preocupan, cuando se habla de adolescencia es la cuestión de las drogas, resulta prácticamente imposible dejar los fuera de este tiempo, por ello , a continuación analizaré las connotaciones y características de éste fenómeno tan actual y preocupante.

Todas las culturas y tipos de sociedad, desde la antigüedad hasta nuestros días, han consumido diferentes tipos de droga, sin embargo tal consumo nunca ha suscitado tanta preocupación, e incluso alarma, como en la actualidad.

La cultura occidental presenta, por otra parte, unos rasgos específicos que dan un cariz nuevo al asunto, conviene destacar, no obstante, que la juventud es el grupo de edad que en mayor proporción, y cada día de un modo generalizado, consume drogas. Otras características del fenómeno están referidas al tipo de droga utilizada, así como a la aparición de lo que podría denominarse "escala de valores" típica del drogadicto.

Por otro lado, es fácil comprobar que se trata de una realidad cuyas dimensiones van en aumento. La prensa, la radio y la televisión informan frecuentemente de sucesos ocurridos bajo el efecto de las drogas relacionadas con ellas: Muertes por sobredosis, asaltos a farmacias, robos, etcetera.

Paralelamente aumenta la demanda de información sobre el tema por parte de asociaciones de padres, entidades culturales, colegios, clubes juveniles, etcetera. Igualmente la celebración de conferencias informativas, coloquios especializados y otros actos orientados a esclarecer y comprender las raíces y manifestaciones de un problema tan complejo.

En realidad la mayoría de los padres de adolescentes sienten el tema como una amenaza, ven el peligro de que sus hijos "caigan" en esos ambi-

entes que están tipificados negativamente por la sociedad, y de los cuales sólo se pueden esperar problemas y conflictos. Paralizados por el miedo y la ignorancia, los padres se sienten impotentes para enfrentarse de modo racional al problema y a veces, sin esforzarse por comprenderlo suelen abandonar sus responsabilidades educativas, o bien recurren a actitudes autoritarias que no hacen sino agravar los problemas. En pocas ocasiones los padres hablan con sus hijos y les informan de un modo real el objetivo como eficaz medida de prevención.

Es necesario preguntarse si tales reacciones de miedo y preocupación están plenamente justificadas si es tan grande el número de jóvenes que se drogan si tan fácilmente se puede llegar a la droga dependencia y si tan graves son las consecuencias que se le considere como una enfermedad. Las noticias que suelen aparecer al respecto en la prensa y demás medios de comunicación ofrecen una imagen un tanto distorsionada. La drogadicción es tratada en general, desde estas instancias informativas de maneras sensacionalista, sin analizar las raíces del problema, por lo general, aparecen notas en tono trágico en las que se asocia de un modo mecánico el consumo de droga con la delincuencia, la criminalidad y el delito en general, con los jóvenes por protagonistas; esta asociación contribuye a crear una imagen negativa y un clima de rechazo respecto a este sector de la población y a su forma de vida. Origina también un conocimiento parcial y superficial de una grave realidad que se deforma de un modo tendencioso. Con ello se dificulta la puesta en práctica de medidas eficaces para solucionar el problema. Es imprescindible acercarse al tema de un modo objetivo y sin perjuicios.

Se considera que las causas de esta enfermedad son innumerables, sin embargo el consumo de las drogas, en ocasiones se inicia por necesidades terapéuticas, (tratamiento médico) porque no se respeta la dosis indicada o bien en por un imperdonable descuido en su toma lo que provoca que se duplique la dosis causando dependencia psicofísica o intoxicación aguda que requiere de atención médica de urgencia, pues de esta acción depende la vida del sujeto.

Las estrategias planteadas fueren cuidadosas y sistematizadas; para realizar el presente trabajo fué necesario seguir una serie de pasos, y reunir elementos adecuados para el desarrollo de la investigación, utilizándose -

las siguientes técnicas de investigación documental y de campo.

- Síntesis de observación a través de las técnicas de observación ordinaria y el trabajo directo en el sujeto investigado.

- Las guías de observación y de entrevista estructurada al evento.

- Como complemento se llevaron a cabo entrevistas, visitas a familiares, visitas a centros de rehabilitación, (Albergues, comunas grupos anónimos etc.), esenciales para adquirir la información y el conocimiento que nos permitieran explicar los procedimientos que fueron utilizados para tratar de asegurarse la exactitud del trabajo.

- También se utilizó el proceso de atención de enfermería, el que en un plazo inmediato proporciona los medios, para individualizar la atención de acuerdo a las condiciones biológicas, psicológicas, socioeconómicas y culturales del paciente, a la vez ayuda a identificar y jerarquizar las necesidades, plantear la atención de enfermería, que posteriormente permitirá evaluar la -- eficiencia de la participación de enfermería; la participación de las diferentes disciplinas en la aplicación del proceso de enfermería y permite además anticiparse a otros problemas que pudieran presentarse

El proceso de atención de enfermería (P.A.E.) se realizó a un adolescente internado en una comuna, con diagnóstico de Químico Dependiente, en - un centro anónimo de 24 horas para drogadictos.

1.- PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LA FARMACODEPENDENCIA

En el momento actual, la farmacodependencia es motivo de preocupación no sólo para las autoridades de salud, sino para todos los sectores de la población, por las graves consecuencias que este fenómeno presenta.

El abuso de los fármacos que generan adicciones es un fenómeno mundial, que en cada país y en cada sociedad reviste características especiales.

A fines de la década de los sesenta y principios de los setenta, se hizo evidente que en México, como en otros países, el uso de las drogas no se restringía ya a grupos minoritarios que tradicionalmente habían hecho uso de ellas, sino que se había extendido a otros sectores de la población, y su abuso por los jóvenes constituía un problema social que no debía ser ignorado, es entonces cuando en nuestro medio se inician los estudios epidemiológicos alrededor de dicho problema.

Las poblaciones más estudiadas y sobre las que se puede tener un panorama más actualizado de la prevalencia y la tendencia a través del tiempo, son las estudiantiles, la población de adolescentes poliusuarios y estimaciones sobre tendencias del consumo en pacientes que acuden a centros de tratamiento.

Los estudios acerca de la prevalencia de la farmacodependencia indican que continúa extendiéndose y que los jóvenes son los más afectados se dice que el 12% de la población infantil de 14 y 18 años han usado sustancias psicoactivas o estimulantes y que, entre los jóvenes no estudiantes el consumo es mayor. (3).

(3) Dirección General de Epidemiología Instituto Mexicano de Psiquiatría.
"encuesta Nacional de adicciones" p. 289.

En nuestro país, las drogas que mas se consumen son en primer lugar la marihuana, seguida muy cerca por los inhalantes (thiner y cemento) y en tercer lugar las anfetaminas y algunas drogas sedantes.

El consumo de los inhalantes, por niños juvenes, han aumentado en forma apreciable, los efectos físicos y psicológicos (defectos cognocitivos)-asociados con este hábito, están bien establecidos y también su asociación con la deserción escolar y conductas delictivas, la amplia disponibilidad y el bajo precio de estas sustancias las hacen accesibles, y su control se dificulta por su utilidad tanto en la industria como en la escuela o en el hogar.

Crece en importancia el abuso de sustancias psicoactivas sedantes y estimulantes, prescritos por el médico, este problema es más frecuente entre personas adultas y las consecuencias médicas y sociales a que dá lugar este hábito son características. En nuestro país el consumo de heroína es bajo por -- fortuna ya que el abuso de esta droga es muy peligroso.

En México el consumo de la cocaína se ha limitado a un grupo minoritario de buen nivel económico. Sin embargo en otros países se ha extendido-- considerablemente por lo que es de temerse que en nuestro medio se convierta-- en un problema mayor (4).

Una característica actual en la farmacodependencia es el consumo-- combinado, simultáneo o sucesivo de varias drogas que alteran el humor, la conciencia y la conducta, por otra parte se agregan nuevas drogas, susceptibles - de causar abuso, y dependencia.

(4). Encuesta Nacional de adicciones, op.cit. p. 291.

De acuerdo a la investigación epidemiológica realizada por el Sistema Nacional de encuestas de epidemiología de la Secretaría de Salud, que se ha desarrollado sistemáticamente desde 1974 a 1988 sobre la extensión de la farmacodependencia en México, se ha podido determinar que esta ha avanzado, no sólo en magnitud, sino se está extendiendo a núcleos de población susceptibles, como es el caso de niños jóvenes de 7 a 18 años de edad que recurren al uso de los inhalantes.

Entre la población estudiantil de enseñanza media superior, el uso de drogas no ha variado en forma importante durante los últimos años. Aunque -- los estudios realizados desde 1970 a la fecha, han abarcado poblaciones diferentes, las cifras que se reportan son muy similares oscilan entre un 13% y un 17% de consumo por lo menos alguna vez en la vida. En población estudiantil universitaria, las cifras de consumo son mayores 23% en 1980). Estas cifras reflejan la prevalencia de consumidores habituales o farmacodependientes.

El patrón de consumo mas frecuente entre los estudiantes es el uso esporádico. En 1980 a 1988 el uso habitual en este grupo alcanzó un 0.5% en el Distrito Federal. También hay evidencias de que han aumentado las ocasiones en que usó para experimentar alguna vez en sus efectos.

El uso habitual se ha mantenido estable, entre 1976 y 1981. Se observó un aumento significativo en el uso esporádico de solventes y también de marihuana (7.6%). Mientras que en 1976 la marihuana ocupaba el primer lugar, a la fecha en 1988 el consumo de solventes por inhalación fue mas frecuente seguido por los tranquilizantes; las otras sustancias investigadas muestran porcentajes bajos. (5).

(5). ibidem p. 294

Las tendencias de los estudiantes a usar droga puede calcularse por resultados del estudio nacional conducido en 1988, que reportó índices altos en regiones de la República y por el estudio conducido en la región centro occidental.

Los índices que se encontraron para el reactivo de "si las han usado alguna vez en la vida", han aumentado en una proporción similar a la observada en el Distrito Federal entre 1976, 1977 y 1978. Y de 1980 a 1988. Desgraciadamente las cifras globales para el uso de drogas calculadas en 1976 a la fecha no son comprobables. En 1981 el porcentaje global fué de 15%, ligeramente más alto que el observado en la Capital de la República en 1988, cuando llegaron al 13% y al 12.3% respectivamente.

Los índices de uso de drogas en el Distrito Federal no son representativos de la nación pues deben observarse importantes variaciones de una u otra región. Las áreas mas afectadas son dos, la frontera con los Estados Unidos y algunas ciudades del Estado de Jalisco. Entre otros estudios conocidos en las regiones fronterizas se confirma que las cifras más altas de consumo de droga corresponden a esta área y población urbana entre 12 y 65 años. (6).

En la población adulta, las cifras de uso de las drogas médicas, tales como tranquilizantes y anfetaminas, son mas altas que aquellas encontradas en la población joven. El grupo de mas de 24 años de edad fue el que reportó los índices mas altos en el consumo de estos dos tipos de droga, en las seis ciudades estudiadas a través de encuestas de hogares.

La gente joven de la población general y de la población estudiantil utiliza con mas frecuencia drogas de uso no médico, pero cuando utilizan drogas de uso médico, generalmente lo hacen sin prescripción médica.

(6) Programa contra la farmacodependencia. Secretaría de Salud. p. 14-17

Tanto en la población general como en la población estudiantil los hombres usan más drogas que las mujeres, con excepción de las anfetaminas, según los estudios de población general. Por lo que se refiere al uso de tranquilizantes entre estudiantes universitarios, se encontró que era más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. (7).

Por lo general, los inhalantes, la marihuana, la cocaína y la heroína empiezan a consumirse a una edad muy temprana, de 12 a 17 años; para las otras sustancias, el mayor porcentaje de usuarios inició entre los 18 y 25 años. Los amigos o conocidos son las personas que proporcionan la mayor parte de las drogas por primera vez, especialmente en el caso de la marihuana (84%), la cocaína (71%), los alucinógenos (68%) los sedantes (56%), los estimulantes (50%) y los inhalantes (46%).

Por otra parte entre los jóvenes y los adultos jóvenes hay grupos de poliusuarios, principalmente de marihuana y droga de uso médico. Hay ciertos grupos circunscritos a áreas geográficas de usuarios de heroína. Otros grupos que consumen la cocaína, pertenecen principalmente a las clases socioeconómicas media y alta.

En todos los niveles socioeconómicos hay grupos de adolescentes que usan múltiples drogas. El grupo que ha sido estudiado con más frecuencia pertenece al nivel socioeconómico bajo. Sin embargo, independientemente del nivel socioeconómico, esos jóvenes tienden a ser más estables en comparación con los usuarios de solventes, que forman subculturas y pertenecen en su mayoría a niveles socioeconómicos bajos (8).

Se ha establecido la relación directa que existe entre ciertas condiciones de vida familiar y social y el uso de drogas por los jóvenes; estas variables son: provenir de familias inestables, la vagancia el ser integrantes de una pandilla.

En los inhaladores crónicos se ha comprobado una disminución importante de las habilidades cognitivas y de la atención.

(7) Encuesta Nacional de Adicciones op.cit.p.297

(8) Programa contra la farmacodependencia. Secretaría de Salud. p.19-23

La deficiente estructura familiar, las actividades antisociales y -- las alteraciones en el aprendizaje asociadas al uso crónico de las drogas, sugiere que para resolver el problema deben considerarse estos aspectos.

Los programas de salud pública contra el alcoholismo, el tabaquismo, la farmacodependencia, forman parte del Programa de Mediano Plazo del Sector Salud cuyo propósito fundamental es el de mejorar los niveles de salud de la población. Su principal instrumento es la Ley General de Salud, que en el capítulo referente a las adicciones contempla la adopción de medidas y regulaciones legales, acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación, investigación y formación personal.

El Programa Nacional resalta el criterio de que las medidas preventivas aisladas no han dado resultado satisfactorio y que se requieren de acciones conjuntas que indican tanto sobre la oferta como sobre la demanda. Se aborda la interacción que se produce entre el huésped, el agente y el medio ambiente es decir entre la sustancia, la población de riesgo y en ambiente que favorece la interacción. Los tres factores son cruciales en la iniciación, mantenimiento, desenlace y consecuencias del consumo.

Para la prevención se debe considerar lo siguiente:

- Medidas tendientes a reducir la disponibilidad de las sustancias: drogas, alcohol y tabaco, mediante regulaciones y controles.

- La protección de la población susceptibles a través de restricciones publicitarias y venta, cambiándolo con el fomento de actividades deportivas, culturales, etc.

- La educación a la población en general, de la población escolar y de las poblaciones específicas, maestros, personal de salud, personas que ejercen influencias en la opinión pública, con el fin de crear una conciencia más clara de la importancia del fenómeno y de sus implicaciones.

- No es conveniente suponer que la educación de los escolares, de los jóvenes, de los padres, de los maestros, etc. asegura en forma suficiente la salud mental de la población, pero si es un recurso muy importante de que dispone la sociedad para cambiar significativamente el modo de pensar, sentir y actuar de las personas en cuanto al cuidado de salud. (9).

(9) ibidem p. 248

2. HISTORIA NATURAL DE LA DROGADICCIÓN QUÍMICO FARMACODEPENDIENTE

Para establecer las estrategias de la prevención es muy importante conocer la interacción del agente, huésped y medio ambiente. Al conocer los factores predisponentes se establecerán las medidas que se llevarán a cabo a través de la promoción de la salud, y la protección específica, cuyas acciones corresponden a la prevención primaria. (10).

Para que se llegue a lo descrito anteriormente existen medidas de prevención. Y sólo se justifica hablar de ello si partimos de la base de que la farmacodependencia es una enfermedad. Considerándola como una entidad nosológica compleja donde intervienen múltiples factores en ocasiones desconocidos. Si bien esta situación se presenta en la mayoría de las enfermedades de todo tipo, la farmacodependencia la pone de manifiesto con especial claridad.

Por ello la sistematización de esta complejidad mediante el modelo de historia natural de la enfermedad. Permite derivar una base conceptual y operativa clara a partir de la cual pueden instrumentarse en forma racional las medidas preventivas. (11).

El esquema de historia natural de la enfermedad parte de la existencia de tres grandes grupos de factores ya mencionados que explican la aparición de la enfermedad.

Es la interacción de esta tríada la que determinará en un momento dado la ruptura o el mantenimiento del equilibrio entre los tres grupos de factores, para dar, lugar al estado de salud o enfermedad.

En la historia natural de la enfermedad existe un período prepatogénico, durante el cual los factores, del agente, del huésped y del ambiente están interactuando. (12).

(10) Manual de Educación para la Salud ISSSTE. p. 177

(11) Drogadicción y Trabajo Social. Secretaría de Salud. p. 77-80

(12) Estrategias de Prevención en Farmacodependencia. Secretaría de Salud p. 80-81.

Factores del Agente.

En este caso, el causante de la enfermedad es la substancia química o droga que se consume, y causa dependencia.

Ejemplo.- Estimulantes (anfetaminas) Benzedrina, dexedrina.

Depresores: alcohol, inhalantes, barbitúricos y tranquilizantes.

- Factores del huésped.

Edad.- Principalmente la adolescencia

Sexo.- Mas frecuentemente en el hombre

Nivel Socioeconómico.- Estrato socioeconómico bajo: alcohol inhalantes volátiles (cemento, thinner, gasolina).

Estrato Socioeconómico medio: marihuana, barbitúricos, tranquilizantes menores, estimulantes.

Estrato Socioeconómico alto: cocaína, heroína, LSD, Crack.

Nivel Educativo.- Es proporcional, entre mas preparada este la persona menos expuesta está a drogarse pero no excenta, ya que en base a esa proporción de conocimiento sabrá manejar sus mecanismos, con mas agilidad y con capacidad de reflexión, ya que si se cae en la droga su pronóstico es mejor.

Lo contrario a una persona que es impreparada se dificultaría y complicaría mas encontrar su salida hacia la rehabilitación.

Ocupación.- Diferentes gremios de mano de obra como obreros, taxistas, camioneros, meseros de cabaret, boleros, estudiantes.

En profesionales principalmente, médicos y enfermeras.

Características de la personalidad.- Obsesivos, compulsivos neurosis de angustia.

Grado de tolerancia a las drogas.

- Factores del medio ambiente

Estabilidad Familiar.- Cuando no existe buena relación entre padres e hijos, y en la pareja, el pronóstico es negativo posibilidad de ser farmacodependientes, padre alcoholico, desempleado y problemas de pareja. En el caso de existir una buena relación familiar y comunicación entre padres e hijos, el pronóstico es positivo y mens posibilidad de ser farmacodependientes.

Facilidades para el cuidado de la salud.

Facilidades recreativas en la comunidad.- Que existen centros deportivos, programas específicos que contemplan acciones donde el adolescente y el joven pueden descargar todos sus desfuegos emocionales.

Eficacia en los sistemas policíacos.- El no existir una vigilanciamas efectiva en la comunidad esto propicia a que pandillas o grupos se dediquen a incidir a que otros sean drogadictos.

Características del grupo social que rodea al individuo.

De acuerdo al tipo de grupo este será un factor vital para que el adolescente o joven sea elemento predisponente que influya en el consumo de droga. Ya que el contacto con el grupo influirá para que a través de ellos se introduzca a la droga.

Los factores del ambiente son muy importantes para lograr la prevención. (13).

Una vez que el equilibrio se rompe, la enfermedad pasa el período patogénico. En el se localiza un horizonte clínico, por deabajo del cual el padecimiento permanece, asintomático, para ocasionar signos y síntomas una vez rebasado dicho horizonte. Si la enfermedad es dejada a su evolucion natural, esto es si no es tratada su comportamiento será siempre similar con variaciones conocidas y determinadas por particularidad de la gente, del huesped o del ambiente.

(13). Manual de Educación op.cit. p. 179

Así pasará por las etapas de enfermedad temprana donde suele observar se somnolencia, midriasis, insomnio, irritabilidad, cierto grado de confusión - que conlleva a desorientación, falta de apetito y ligera palidez. En la etapa - moderadamente avanzada los signos y síntomas arriba mencionados se agudizan pre- sentando además alteraciones en el equilibrio hídrico, agresividad, munusvalía, y alteraciones a nivel sexual; es de señalar que el individuo en esta etapa es cuando maneja hasta con exageración sus mecanismos de defensa.

Durante la etapa muy avanzada y complicada el síndrome que presenta - es muy crítico, llegando incluso a culminar con la muerte por sobredosis.

Esto es lo que constituye precisamente la historia natural de la en-fermedad. Partiendo de este concepto, cualquier acto médico resulta preventivo- en la medida en que previene la continuación de la evolución natural de la en-fermedad.

A cada una de las etapas descritas de la historia natural de la enfer- medad corresponde un cierto nivel de prevención. (14).

La prevención primaria se aplica al período prepatogénico y abarca -- los niveles de acción. La promoción de la salud y la protección específica. Las medidas de promoción de salud no se aplica a una enfermedad particular sino --- abarcan, en un sentido amplio, el mejoramiento de las condiciones ambientales - e individuales de vida en un intento por prevenir todas las enfermedades median- te la búsqueda de la salud, y el bienestar, tales acciones corresponden a los - siguientes puntos:

- Educación Sanitaria.- Incremento de la comunicación de los padres e hijos.- vigilancia del desarrollo de la personalidad.- mejoramiento de las condiciones culturales.- mejoramiento de las condiciones de vida.- facilidades para la recreación.- Utilización de los medios - de comunicación masiva.- exámenes de salud periódicos.

La protección específica se refiere a todas aquellas medidas destina- das a evitar la aparición de la enfermedad en particular. Tales acciones son:

- Información a padres de familia y maestros sobre la farmacodependen- cia.- Adecuación médica y popular para el uso adecuado de los fáрма- cos.- protección en los medios de trabajo.- estudio de los fármacos que salen al mercado.

(14). Estrategias de prevención. op.cit. p. 82-83

- Evitar la venta indiscriminada de farmacos.- control del narcotráfico.

Cuando existe un huésped susceptible en un medio ambiente propicio la droga es el estímulo para el inicio de la farmacodependencia y se rompe el equilibrio que mantenía la salud y se inicia la farmacodependencia. (15).

Una vez instalada la enfermedad, existe la prevención secundaria y se aplica al período patogénico que es el diagnóstico temprano, y tratamiento oportuno, por una parte, y limitación de la incapacidad, por la otra. (16).

Encontramos en esta etapa las manifestaciones que las adicciones provocan en el individuo que las utiliza, con mucha frecuencia:

- Habituación.- necesidad compulsiva de la droga, sin prescripción médica.- cambio de conducta, ansiedad, depresión.- cambios en la personalidad, aislamiento social y disminución de la productividad.
- Manifestaciones propias de la droga usada.- consumo de más droga.-- desarrollo de tolerancia o bien intoxicación aguda.- muerte. (17).

El nivel de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno tiene como objetivo la detección de los casos en los inicios de las manifestaciones antes señaladas a fin de poder curarlos o detener el proceso patológico o para prevenir que la enfermedad progrese a los estadios complicados o hacia las escuelas. La limitación de la incapacidad se realiza en una fase avanzada de la enfermedad, con el fin de prevenir las consecuencias del padecimiento.

Finalmente la prevención terciaria se aplica a una fase todavía más avanzada del período patogénico, cuando ya existen complicaciones y secuelas. - Su nivel de aplicación es la rehabilitación, la cual pretende al detener la avlución de la enfermedad, prevenir la invalidez completa, además de reintegrar al individuo a la sociedad mediante la utilización cabal de sus capacidades restantes y el desarrollo de nuevas potencialidades. (18).

(15). Manual de Educación op.cit. p. 187-190

(16). Estrategias de Prevención op.cit. p. 82-83

(17). Manual de Educación op.cit. p. 189

(18). Estrategias de Prevención op.cit. p. 191-194

3. MARCO LEGAL

En el Plan Nacional de desarrollo (1989-1994), el objetivo más amplio de la política de salud, asistencia y seguridad social persigue impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarios, que coadyuben efectivamente el mejoramiento de sus condiciones de bienestar social con la participación de las comunidades y de los tres niveles de gobierno como medio eficaz para asegurar los recursos deseados.

Las estrategias generales que regirán las acciones del sector son: - mejorar la calidad de servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud. (19).

En la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos se señala en el Artículo 4o que,

- " Toda persona tiene derecho a la protección de la salud ".

Así mismo en la Ley General de Salud en el Artículo 116 dice que.

- " Las Autoridades Sanitarias establecerán las normas tendientes a proteger la salud. Ante los riesgos dependientes de las condiciones del ambiente ". Y en su Capítulo III referente al programa contra la farmacodependencia, en su artículo 191, dice que.

"La Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Consejo de Salubridad General en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa contra la farmacodependencia a través de las siguientes acciones":

1.- La preservación y el tratamiento de la farmacodependencia, y en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes.

(19). Plan Nacional de Desarrollo: p. 104-106

11.- La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en relaciones sociales y,

III.- La educación e instrucción a la familia y a la comunidad, sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales y tratamiento.

Por último en el artículo 192o queda muy claro que,

" La Secretaría de Salubridad y asistencia elaborará un programa nacional contra la farmacodependencia y lo ejecutará en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los Gobiernos- de las entidades Federativas ". (20).

Por lo tanto es necesario que todas las instancias de salud y educativas, tomen conciencia y trabajen en la parte correspondiente para frenar y abatir este problema que ataca a población tan importante como lo son los adolescentes y jóvenes.

(20). Ley General de Salud p.115.

El consumo de sustancias, con el fin de modificar la conciencia, el humor y la conducta, es una práctica muy antigua. En las últimas décadas, esta práctica se ha diversificado, se ha extendido a grandes sectores de la población del mundo y se ha convertido, en la mayoría de los países en un grave problema social. El fenómeno que afecta particularmente a los jóvenes, es causa de daños a la salud, la familia, la escuela y el empleo, y juega un papel importante en las acciones delictivas.

En nuestro país, los problemas relacionados con el abuso de estas -- sustancias constituye un motivo creciente de preocupación pública debido a su alto costo social y a las dificultades que el estado y las comunidades encuentran para contener exitosamente dicho problema.

La diversidad de las sustancias involucradas, las modalidades de su abuso y la complejidad de sus causas y consecuencias hacen necesario que el fenómeno sea abordado desde una perspectiva amplia que permita considerar las -- múltiples interacciones entre cada tipo de droga, el individuo que las consume y el medio ambiente. (21).

Para evitar confusiones semánticas es útil adherirse a las definiciones y a los ciertos criterios que ha propuesto la organización mundial de la salud. Droga o fármaco es toda sustancia que, introducida en el organismo vivo puede modificar una o mas de sus funciones; dependencia física o adicción es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos mas o menos intensos cuando se suspende bruscamente su administración -- (llamado síndrome de abstinencia); dependencia psíquica es la necesidad compulsiva de usar una droga sin que haya necesariamente dependencia fisiológica; tolerancia es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que resulta en la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados semejantes; abuso es el consumo de una droga en una forma ajena a la terapéutica médica habitual, de manera excesiva ya que sea en forma persistente o recurrente.

Los fármacos de abuso ejercen diversos efectos sobre la actividad---

(21). Programa contra la farmacodependencia p.10.

mental el estado emocional o la conducta, bien se trate de drogas estimulantes, como la anfetamina y la cocaína, drogas alucinógenas, como el LSD, la mezcalina y también, marihuana o drogas depresoras, como los narcóticos y los barbitúricos.

El denominador común que permite abordar en un punto de convergencia los problemas relacionados con el abuso de diversas drogas y también los problemas relacionados con el alcohol y el tabaco, es la dependencia. A pesar de ello no debe perderse de vista que muchas personas, sin ser dependientes, sufren, -- por el abuso que hacen de las sustancias en cuestión, diversos daños e incapacidades. (22).

Hoy se piensa que el fenómeno de la dependencia, el aprendizaje y por lo tanto el ambiente, juegan un papel de la mayor importancia. La compulsión a autoadministrarse la sustancia es mejor comprendida si se toma en cuenta estas respuestas adquiridas y las señales internas que las activan.

Si bien hay aspectos de los problemas generados por el abuso de las drogas, que son comunes, es claro que cada tipo de droga presente diferencia en cuanto al grado y tipo de dependencia resultante y los problemas individuales y sociales que suscita. Por lo tanto, no es conveniente limitarse a hablar, en general, del problema de la farmacodependencia sin proceder después a hacer las distinciones pertinentes.

Un aspecto importante del abuso de las drogas es que se trata de fenómenos cambiantes del tiempo, cuyas variaciones se explican precisamente por su estrecha relación con la disponibilidad del fármaco y las circunstancias socio-económicas y culturales. La experiencia en otros países muestra que el consumo de una droga puede alcanzar proporciones "epidémicas". Por ejemplo, la heroína causa una dependencia fisiológica de gran severidad, un síndrome de abstinencia difícil de tolerar y, por lo tanto, una necesidad imperiosa de tener la droga a cualquier costo, así como la asociación estrecha de la adicción con el tráfico y otros actos delictivos. Además, la adulteración del producto que se expende en las calles es causa de un número importante de muertes por autoadministración de una dosis excesiva. Algo semejante ocurre con la cocaína cuando se administra por vía parenteral.

Actualmente se observa la tendencia entre los jóvenes al uso combinado, simultáneo o sucesivo de varias sustancias, por ejemplo, anfetaminas y barbitúricos, o bien, la combinación de las sustancias psicotrópicas, o de la marihuana con el alcohol. Esto se complica por el hecho de que sustancias utilizadas anteriormente por una vía, son ahora consumidas usando nuevas vías de administración, y otras sustancias se agregan al grupo ya extenso de las volátiles. Los efectos inmediatos y tardíos del uso de las sustancias se agrava en los usuarios por la mala nutrición y otras condiciones orgánicas debilitantes. (23).

(23). Ibidem. p. 17

Existe un gran número de drogas o fármacos que pueden dar origen a un estado de farmacodependencia, por ello, resulta importante clasificarlas, ya -- que en esta forma, será mas fácil conocer sus efectos y la labor de identificar las se simplificará.

Los fármacos de abuso se clasifican de acuerdo al efecto que ejercen sobre la actividad mental o el estado psíquico de una persona. Este efecto puede ser de dos tipos, acelerar o retardar la actividad mental. Las drogas aceleran la actividad mental y que, por lo tanto, producen estados de excitación, reciben el nombre de estimulantes y las que retardan dicha actividad se llaman de presores.

Dentro de los estimulantes que pueden producir farmacodependencia, -- existen tres tipos: el primero de ellos es el de las anfetaminas, el segundo es la cocaína y el tercero es un grupo especial, pues la excitación mental que producen se manifiesta en forma de alucinaciones, donde los sentidos se distorsionan y se perciben objetos que no existen en la realidad, este grupo comprende a los alucinógenos, de ellos, el más comunmente usado en nuestro país es la marihuana, que en grandes dosis produce alucinaciones, aunque en cantidades pequeñas no lo hace; dentro de los alucinógenos también se encuentran otras drogas -- que, aunque no son tan comunes, empiezan a representar un problema, tal es el -- caso del LSD, de la mezcalina y de la psilocibina. De todos los estimulantes, -- sólo las anfetaminas tienen algún uso médico, pues a veces se usan en el manejo de la obesidad.

Los depresores comprenden en primer lugar al alcohol, el cual también es una droga, de hecho, es la droga que mas se consume y que mas problemas ocasiona para la sociedad. Otros depresores son los barbitúricos y los tranquili--zantes, que en ocasiones se utilizan como medicamentos. Dentro de los depresores también se encuentra el grupo de la morfina se sigue utilizando medicamento para calmar dolores intensos, y sus derivados, la heroína y la cocaína. Finalmente, tenemos un grupo especial de depresores, formado por los inhalantes, estas drogas no se toman ni se inyectan como casi todos los demás, sino que se in halan por la nariz y la boca, dentro de este grupo se encuentra el cemento plás tico, el thíner, el éter, la acetona y otros. Su abuso constituye uno de los --

más graves problemas de la farmacodependencia en México.

A continuación presento, en forma de cuadro sinóptico, la clasificación de las drogas a la que me he referido:

DROGAS O FARMACOS CAPACES DE PROVOCAR DEPENDENCIA	ESTIMULANTES	ANFETAMINAS COCAINA	MARIHUANA LSD
	DEPRESORES	ALUCINOGENOS ALCOHOL BARBITURICOS TRANQUILIZANTES MORFINA, HEROINA CODEINA INHALANTES	MEZCALINA PSILOCOBINA

A lo largo de este trabajo presentaré cada una de estas drogas en particular

Anfetaminas**Nombres populares.**

Droga: Chochos, pastas, chocolates, pastillas, quesos, pingas, dulces, diablos, speed, acelerador, chocholucos, pastel, pasas, tabletas, pildoras, diablitos, demonios, mandarinas, rojos, corazones, púrpuras, whites, anfinas, anfetatas, bifetas, benzas, benzedrinas, aktedrón, acelere, ciclón, poderosa, superman para arriba, ups, chupe, boleta, boleto "A", venenos, aciditas, vitaminas "p", -mazapanes.

Usuarios: pastillo, pastillero, pasto, pastero, pastor, pastochas, pas telero, chocholuco, cochero, chucho, anfiaco, anfibio, benzedrino, benzo, pildora, diablo, chocolate, pingo, pinguas, acelerado, pasado, grifo, ausente, brincador, ventarrón, ups, en onda, viajando, viaje, drogado, zafado, loco, atacado, -folklorico, pacheco, pachol, cocas, está pedadrín.

Identificación de la droga.

Las anfetaminas pertenecen al grupo de los estimulantes del sistema --nervioso. Por lo tanto, aceleran la actividad mental y producen estados de exitación. Además disminuyen el apetito. Por ello, las anfetaminas se usan a veces como medicamentos para tratar la obesidad y algunos casos de depresión mental menor. Es frecuente que la prescripción médica sea la que provoque el inicio de la farmacodependencia. En estos casos, las anfetaminas se toman a dosis mayores y -fuera del control médico. En otras ocasiones, el abuso de anfetaminas no guarda-relación con su uso médico.

Los productos autorizados fabrican las anfetaminas en forma de un polvo blanco que es presentado como tabletas o cápsulas de tamaños, formas y colores muy diferentes. Algunos tipos de anfetaminas también se preparan como soluciones para ser inyectadas. Las anfetaminas producidas ilegalmente en laboratorios clandestinos comunmente tienen la misma apariencia que las fabricadas legalmente.

Existen tres tipos de anfetaminas, cuyo aspecto varía:

El primer tipo es el de la anfetamina, cuyo nombre comercial más conocido es Benzedrina. Se puede presentar como tabletas de color rosa en forma de corazón, tabletas redondas y blancas o tabletas ovaladas de diversos colores. - También han anfetamina inyectable.

El segundo tipo se conoce como dextroanfetamina, y su nombre comercial es Dexedrina. Se presenta en tabletas de color naranja y de forma de corazón.

El tercer tipo es el de la metilanfetamina, la cual se fabrica tanto en ampollitas para inyección como en tabletas. Su efecto sobre el sistema nervioso es más intenso que el de las otras dos anfetaminas. También se fabrica -- ilegalmente. Las tabletas pueden ser ingeridas, pero muchos abusadores las disuelven en agua después se la inyectan, con el fin de aumentar los efectos.

Identificación del usuario.

Muchos jóvenes se inician en la farmacodependencia a través del uso - de las anfetaminas para mantenerse despiertas o vencer la fatiga.

Cuando se encuentra bajo los efectos más leves, el abusador se vuelve parlachín, excitable, alerta, activo, inquieto y exaltado. Comúnmente hay cambio en la manera de ser, las personas fatigadas se vuelven alertas, las deprimidas se hacen activas, sin embargo, estos consumidores pueden sufrir estados de angustia y depresión que se presentan después de que han pasado los efectos inmediatos de la droga. El abuso de anfetaminas también puede producir temblor en las manos, pupilas agrandadas, sudoración abundante, falta de sueño e inapetencia. Además su uso excesivo reseca la nariz y la boca, esto determina que el -- abusador no pueda captar muchos olores, que se lama los labios continuamente y que se rasque la nariz. Es frecuente que el nerviosismo y la inquietud lo obliguen a fumar muchos cigarrillos. Las anfetaminas también elevan la presión sanguínea y causan alteraciones en la respiración y en los ritmos del corazón y -- cuando se toman grandes dosis, provocan trastornos mentales con ideas de persecución y alucinaciones, el uso prolongado produce irritabilidad, insomnio, nerviosismo y debilidad.

Las personas que más frecuentemente usan anfetaminas son las siguientes:

- Personas obesas que desean disminuir su apetito para bajar de peso. Muchas de ellas empiezan por las anfetaminas como parte de un tratamiento médico, pero después se vuelven farmacodependientes.
- Gente que lleva vida muy agitada y que toma una tableta para empezar el día o antes de un compromiso importante.
- Individuos deprimidos que requieren de las anfetaminas para mantenerse alertas.
- Jóvenes que desean estimularse en fiestas
- Estudiantes que necesitan mantenerse despiertos durante la noche para preparar un exámen. Sin embargo, el uso prolongado de anfetaminas lleva a la intoxicación, y el estudiante puede entonces ser incapaz de resolver el exámen al día siguiente.
- Personas que, por su trabajo, requieren permanecer despiertos durante toda la noche.
- Choferes de camiones que tienen que recorrer grandes distancias y mantenerse alertas durante periodos de tiempo muy largos. Sin embargo, las anfetaminas alteran la visión. Además es posible que tomen anfetaminas para evitar la necesidad de dormir y que no se den cuenta de la fatiga hasta que ésta los domine, lo cual puede ocasionar serios accidentes de tránsito.
- Atletas que toman anfetaminas para obtener mayor energía. Ellos también pueden calcular erróneamente los efectos de la droga y ser víctimas de una intoxicación que les impida desarrollar en absoluto sus actividades.
- Personas que se inyectan metilamfetamina por la vena. Esta es la forma mas peligrosa del abuso.

Todas las características permiten sospechar que una persona está consumiendo anfetaminas. Si además se le encuentran pastillas de diversas formas, tamaños y colores, la sospecha se hace mayor.

Algunas personas utilizan en forma alternativa anfetaminas y barbitúricos.

Las anfetaminas no producen dependencia física, y por lo tanto no dan lugar a un síndrome de abstinencia bruscamente, aunque como dijimos antes esta suspensión puede provocar depresión severa y ansiedad. Sin embargo, las anfetaminas provocan dependencia psíquica muy marcada. Quizás su mayor peligro se deba a que dan lugar a una gran tolerancia. Este hecho determina que los usuarios tengan que aumentar la dosis gradualmente, lo cual puede provocar una intoxicación aguda.

En el estado de intoxicación aguda, se presentan los siguientes síntomas: irritabilidad, agresividad, insomnio, fiebre, euforia, resequead de la boca y de la nariz, sabor "metálico", falta de apetito, náusea, vómito, vértigo, diarrea, dolor de abdomen, inquietud, temblores, convulsiones, deterioro físico por la falta de sueño y de alimentos, trastornos del pensamiento, confusión, alucinaciones, delirio, alteraciones graves de la respiración y del ritmo cardíaco y sentimientos de persecución. Todo esto puede llevar a la inconciencia y a la muerte.

Es importante conocer que actitud tomar y lo que debe hacerse ante el farmacodependiente intoxicado. De momento, debemos tener presentes las características de las anfetaminas y de sus usuarios, a fin de poder reconocerlos. En esta forma, estaremos dando el primer paso hacia la posible curación de estos farmacodependientes. (25).

Cocaína.

Nombres populares.

Droga: coca, nieve, pericazo, cocacola, polvo, perico, tecata, cocazo, doña blanca, pepsicola, cocada, coco, talco, blanca nieves, azúcar, glaciés, nice, arponazo, cotorra, cucharazo, nose, chutazo, aliviane, alucine, acelere narizado, Knife, pase.

Usuarios: coco, arponero, alivianado, tecato, pasado, cocacolo, pericazo, cocainómano, una coca viajando, cocodrilo, cocotero, coquero, cocaño, cococal, tinacoco, periquero, pericoso, cotorro, inyector, tícara, torero, -----

cucharo, acelerador, viajero, anda para arriba, en onda, anciano, chutado, nieves, vicioso, drogado.

Identificación de la droga.

La cocaína es una droga estimulante que proviene de una planta cultivada en algunos países de América del Sur, principalmente Perú y Bolivia. Esta planta requiere de un clima templado y húmedo. Crece hasta alcanzar una altura de aproximadamente un metro y medio. Las hojas son lisas y de forma oval, y -- crecen en grupos de siete en cada tallo. En región de los Andes, las hojas son masticadas por la población indígena, con el fin de obtener un ligero efecto -- estimulante y de calmar el hambre.

A partir de la hoja de coca se obtiene la cocaína, cuyas propiedades estimulantes son mucho más poderosas que las de las hojas. Para extraer la cocaína, las hojas de coca son sometidas a un tratamiento de cal, con lo que se obtiene un polvo cristalino que después es tratado con un ácido.

La cocaína tiene el aspecto de un polvo esponjoso, blanco y sin olor. Su apariencia suele ser similar a la de la nieve, lo que explica el nombre popular que se le ha dado. Es frecuente que la cocaína se adultere con un polvo blanco de otra sustancia, como el bicarbonato de sodio o el ácido bórico.

Los usos médicos de la cocaína son muy limitados. Se le emplea todavía como anestésico en cirugía de ojos y de oídos, nariz y garganta. En todo -- el mundo, se produce alrededor de un kilo y medio de cocaína en forma legal para fines médicos. La inmensa mayoría de la cocaína es producida y consumida en forma ilícita.

Identificación del usuario.

La cocaína puede usarse de dos maneras: inhalándola por la nariz como polvo o inyectándola por la vena como líquido. Los usuarios que huelen la -- droga comúnmente tienen la nariz roja, con una erupción en la piel de la región vecina. Los que se la inyectan presentan huellas de piquetes de aguja en -- los brazos.

La cocaína produce euforia, excitación, ansiedad, locuacidad, disminución de la fatiga, mayor capacidad de trabajo y sensación de mayor fortaleza física. Las pupilas se dilatan y la presión de la sangre aumenta. Con dosis mayores, la cocaína puede producir alucinaciones y delirios de persecución. Después de que ha desaparecido el efecto, el abusador sufre de una profunda depresión.

El uso prolongado de cocaína lleva a una rápida pérdida de peso, con debilidad física, extrema palidez de la cara, mareos, vómitos y gran excitabilidad.

Muy pocas veces la cocaína es consumida sola. Como la estimulación que provoca es muy intensa, muchos de los usuarios combinan la cocaína con alguna droga depresora. En algunos países es frecuente hacer una mezcla de cocaína con heroína para ser inyectada.

La cocaína no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia. Sin embargo, crea una fuerte dependencia psicológica. Al dejar de usarla, el abusador puede sentirse deprimido y sufrir alucinaciones.

La cocaína produce también un grado considerable de tolerancia, lo que puede llevar a una sobredosis y por tanto a una intoxicación aguda. Esta se caracteriza por: inquietud, excitación, euforia, alucinaciones, resequeza bucal, palidez, dilatación de la pupilas, fiebre, escalofrío, náuseas, vómito, dolor abdominal, respiración irregular y rápida que después se hace lenta, pulso rápido al principio y después lento y débil, convulsiones y trastornos de la circulación. Todo esto puede llevar a la muerte.

El abuso de cocaína todavía no se ha extendido ampliamente en México sin embargo, constituye un considerable problema de farmacodependencia, por lo que debemos estar preparados para identificarlo y para manejarlo en forma adecuada. (26).

Alucinógenos:

Marihuana.

Nombres populares.

(26). Como identificar op.cit. 21,22.

Droga: Mota, café, grifa, yerba, la verde, juanita, mostaza, mora, -toque, de la buena, canabis, pasto, mari, diosa verde, yerbabuena, mariquita, -yesca, grass, golden, Mary Jane, oro verde, hoja verde, pepita verde, verdosa, yerba verde, mostro, verde, campechana verde, yerba santa, yerba del diablo, -yerba de oro, zacate, pastura, alfalfa, María, Juana. flor de jauana, Mary popins, marinola, Margarita, petate, petate del soldado, coffee, pot, joint, ---chester, jefferson, guato, huato, cáñamo, tronadora, achicalada, queta, kris -kras, chiclona, fitoca, maní, orégano, mafufa, habanita, chara, bacha, gravos, te, chupe, pochola, epazote, bailarina, chíchara, guerra, grilla.

Usuarios: grifo, marihuana, moto, pasado, motorolo, macizo, pacheco, en onda, drogado, mafufo, atizado, tocado, alivianado, colgado, yerbero, mari-moto, corredor de motos, enmotado, motado, mortado, matigoso, enyerbado, moro, moreliano, pasto, cafetero, cafetol, verde, mostachón, yasco, grivo, grijalvo, lelo, grillo, achicalado, quemador, quemado, quemar, quemado, tatemar, tostar, flamear, atizar, groovy, tizón, drogadicto, toxicómano, loco, alocado, huido, -ido, trole, chido, guido, acelerado, conectado, entrado, calmado, pasadena, de serizado, viajador, aviador, andar volando, en órbita, transportado, elevado, -chupe, chupador, tronador, tronárselo, cizoma, mozo, pasado.

Identificación de la Droga:

La marihuana es una droga alucinógena que puede presentarse en diversas formas. Toda marihuana se obtiene de una planta llamada canabis, que tiene las variedades sativa e indica, conocida también como cáñamo indio o simplemente cáñamo. Esta planta se cultiva y también crece silvestre, puede desarrollarse en todos los sitios del mundo donde hay clima templado, pero se le encuentra sobre todo en África, India, Medio Oriente, Estados Unidos y muy especialmente en México. La altura de la planta varía entre uno y tres o más metros. - Las hojas son largas, estrechas, y aserradas. Adoptan una forma de abanico sue le tener cinco o siete hojas, pero puede tener desde tres hasta quince. Estas hojas son lustrosas y pegajosas, y su superficie superior está cubierta de vellos cortos. Según la parte de la planta que se utilice, pueden obtenerse diversas preparaciones de droga. La preparación mas común es la que conocemos -- propiamente con el nombre de marihuana. En ella, se utilizan las hojas de las-

semillas y los tallos. Las hojas de color verde, se cortan finamente.

Si se utiliza la resina de la planta, la preparación se conoce con el nombre de hashish. Esta resina es de color café y comúnmente se comprime en forma de bloques. El hashish en varias veces más potente que la marihuana.

Otra preparación consiste en un líquido aceitoso de color café oscuro que contiene una alta concentración del principio activo de la Connabis. -- llamado tetrahidro-cannabinol o THC. Esta preparación es conocida como aceite de marihuana y a veces se añade a los cigarros de marihuana para aumentar su -- efecto, aunque existen otras formas de consumirlo. Esta es mucho más potente -- que la marihuana y el hashish.

Sin lugar a dudas, la marihuana es una de las drogas que más se consume en México. Por lo común, los usuarios la fuman, casi siempre en forma de cigarrillo, donde puede estar sola o mezclada con tabaco. También se usan p-- pas, especialmente para la resina. La marihuana se consume así mismo, en prepa-- raciones alimenticias, sobre todo pastillas y dulces. También pueden masticar-- se las hojas. Cuando la fuma el usuario puede hacer sus propios cigarrillos y entonces dobla los dos extremos del papel para evitar que la marihuana se salga. Otras veces, extrae parte del tabaco de cigarrillos ordinarios y los rellena con marihuana; en este caso, la apariencia del cigarro con marihuana es indistinguible de la de un cigarro común y corriente. Un cigarro con marihuana -- pura es más pequeño que un cigarro ordinario, y su contenido tiene un color -- verde, a diferencia del color café claro del tabaco. Cuando se enciende se fuma, la marihuana produce un olor muy peculiar, parecido al de la paja seca en combustión.

Antiguamente, la marihuana se utilizaba como medicamento para diversas enfermedades. Actualmente su uso ha sido prescrito en la medicina.

Identificación del Usuario.

La potencia de la marihuana varía según el sitio de donde provenga, -- la forma de cultivar la planta y la manera en que ha sido preparada y almacenada.

Además los efectos varían de acuerdo con la cantidad que se consume, el ambiente social y la personalidad del usuario. Generalmente, fumar marihuana constituye una actividad de grupo.

El efecto de la droga se hace sentir con rapidez, entre 15 y 30 minutos después de inhalar el humo. Este efecto suele durar de dos a cuatro horas. Como dijimos antes, los efectos dependen de la dosis. Existen, sin embargo, -- dos signos que son constantes, el enrojecimiento de los ojos y el aumento de la frecuencia cardíaca.

Con dosis pequeñas, de aproximadamente medio cigarrillo, el usuario se siente en un principio estimulado, de manera que ríe y habla con facilidad; posteriormente puede presentar marcada somnolencia.

Una dosis tres veces mayor, de un cigarrillo y medio, aumenta la percepción de lo que está ocurriendo en el exterior. Al mismo tiempo, se pierde la coordinación de las extremidades y la capacidad de recordar lo que ha ocurrido recientemente. Se produce disminución anormal de la temperatura corporal, hambre insaciable e inflamación de las membranas mucosas y los bronquios. La droga también exalta la fantasía, el estado de ánimo y la sensación de estar por encima de la realidad. Además existe una pérdida del sentido del espacio. El tiempo relativo se hace muy lento.

Con dosis mayores, de tres cigarrillos, suelen ocurrir alucinaciones muy vívidas. Pueden producirse estados de pánico, un temor exagerado a la muerte y delirios de persecución. Si la dosis es suficientemente alta el usuario puede sufrir una psicosis tóxica.

En general, la marihuana provoca una incapacidad para tomar decisiones que requieren de un razonamiento claro. La persona que está bajo sus efectos acepta con facilidad la sugerencia de otras gentes. No puede realizar correctamente las tareas que requieren de buenos reflejos y de una coordinación de las ideas y los movimientos. Por ello, resulta peligroso conducir un automóvil mientras duran los efectos de la droga.

Como se señaló antes, el signo externo más común del abuso de marihuana es el enrojecimiento de los ojos, hecho que induce a muchos usuarios a portar lentes oscuros. Además, el fumar puede tener la boca seca y sentirse --

mareado. Casi siempre necesita beber agua con frecuencia. A medida que los -- efectos van desapareciendo, el usuario suele sentirse muy hambriento, con una avidez especial por los alimentos dulces. El usuario crónico se ve somnoliento, suda abundantemente, está pálido y tiene los dedos manchados o decolorados. Su ropa y su aliento presentan un olor muy especial, parecido al del humo de la marihuana. Si además con estos signos, encontramos papeles de cigarrillo o pipas, podemos sospechar que la persona es un fumador de marihuana.

Si bien la marihuana no produce dependencia física ni síndrome de -- abstinencia, sí puede crear una fuerte dependencia psíquica. La marihuana también provoca tolerancia y los casos de sobredosis son extremadamente raros. -- Sin embargo, existen varios peligros en el abuso de la marihuana. Aún las dosis pequeñas pueden provocar reacciones inesperadas con estados emocionales -- incontrolables. Como se apuntó antes, las dosis elevadas pueden producir conducta impulsiva, ansiedad, alucinaciones, pánico e incluso dar lugar a reacciones psíquicas. La marihuana puede desencadenar enfermedades mentales latentes. El uso continuo produce, además de un hábito difícil de romper, estados crónicos de apatía y desinterés, con una disminución de la motivación, -- descuido de la higiene personal y deterioro en las relaciones personales y sociales.

En la actualidad, se están investigando otros efectos y peligros de marihuana. Según algunos investigadores, es probable que el abuso de una droga predisponga al abuso de otras más poderosas y peligrosas. En todo caso, es indudable que los usuarios de una droga, como la marihuana, están expuestos a la influencia de otros usuarios y tienen más posibilidades de entrar en contacto con traficantes. Esta asociación puede incitarlos a abusar de otras drogas.

En un futuro próximo, los investigadores científicos podrán aportar más datos sobre los efectos y los peligros de la marihuana, así como sobre la toxicidad provocada por el empleo crónico de esta droga.

Por lo pronto, debemos tener en mente que la marihuana es una de -- las drogas más frecuentemente utilizadas y que su abuso indudablemente encierra graves riesgos. (27).

(27). *ibidem* p.p. 23,25.

LSD, Mezcalina y Psilocibina.

Nombres populares.

Droga: ácido, chochos, aceite, viaje, orange, dulces, cápsulas, sushi ne, aceitunas, bomba, ácidos, acelide, grasas, azúcar, terrones, sugar, papel, paper, cristales, purple haze, gis, diablos, white, elefanteblanco, blanco de españa, cápsulas, colorines, saturnos, lluvia de estrellas, trip, viaje en las nubes, alucinantes, nave, cohete, en onda, la salud, pit, nureler, avandaro, mica, piedrita de la luna, divina, tocatosa.

usuarios: onda ácido, viajando, en onda, en viaje, viajero, drogadicto, onda aceite, aceituno, chavo ácido, onda ácida, chavo, aceite, aceitoso, acidoso, chocheando, chochero, astronauta, piloto, aviador, cósmico, volando, -- alucinado, ésta finto, prendido, drogado, pasado, loco, pisto, alivianado, entnado, elevado, heavy, onda gruesa, andar zarro, pastiloco, neblino.

Identificación de la droga.

El LSD, la mezcalina obtenida del peyote y la psicocibina constituyentes de las más importantes drogas alucinógenas. Estas drogas producen trastornos en la percepción. Es decir estas sustancias hacen que el usuario perciba objetos o sensaciones que no existen en la realidad.

Como hemos visto antes, el uso de marihuana a altas dosis provoca alucinaciones. Por este motivo, la marihuana es considerada como una droga alucinógena. A parte de la marihuana, los alucinógenos que mas se consumen son el LSD, la mezcalina y el peyote. Existe, además, una gran variedad de farmacos alucinógenos sintéticos, como DMT, DOM, DET, entre otros conocidos así por las siglas de sus nombres químicos.

El abuso de estas drogas todavía no se ha extendido por nuestro país. Sin embargo, el LSD, la mezcalina y el peyote empiezan a constituir un problema de farmacodependencia. En este capítulo nos referimos principalmente a ellas. En particular, debe señalarse que el abuso de LSD esta aumentando entre los farmacodependientes de clase económica alta, quienes pueden pagar el alto costo de esta droga, y en los estados del Norte de la República, quizá como resultado de la influencia norteamericana.

La mayoría de las drogas alucinógenas se fabrican en laboratorios -- clandestinos. En otros países, la industria química legal produce algunas de estas drogas, pero solo con fines de investigación científica. Si bien durante algún tiempo se usaron estas drogas en el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas y del alcoholismo crónico, en la actualidad no tienen ninguna utilidad médica en vista del peligro que entraña su uso.

El LSD se deriva de un hongo llamado cornezuelo del centén. Existen - diversas preparaciones de LSD en el mercado ilícito, comúnmente se prepara como un líquido sin color, sin olor y sin sabor. También se encuentra como polvo como pequeñas píldoras blancas o de color, como tabletas o como cápsulas. Las tabletas tienen a veces un color gris plateado y una forma ovalada. En otras oca--siones son redondas y planas y otras veces son muy pequeñas. En suma, el LSD se encuentra en muy variadas formas, tamaños y colores.

Como las dosis que se emplean son sumamente pequeñas, los traficantes y los usuarios transportan y ocultan las drogas en formas muy diversas, se ha encontrado LSD en terrones de azucar, caramelos, biscochos, porciones de gelatina, bebidas, aspirinas, papel, pañuelos, joyas, licor, ropa e incluso en el dorso de timbres de correo.

Por lo común el LSD se toma por vía oral, pero también puede ser in--yectado.

La mezcalina es el ingrediente activo obtenido de los capullos de un cacto llamado peyote, que crece principalmente en México. Los capullos pueden - masticarse o bien pueden ser molidos en forma de polvo. Este polvo puede colo--carse en cápsulas para ser ingerido o usarse para fabricar un líquido de color--café que se bebe. Los capullos tienen un fuerte sabor amargo. Durante siglos, - el peyote ha sido usado en forma ritual por grupos indígenas de México, de Amé--rica Central y del Suroeste de Estados Unidos.

También existen preparaciones ilícitas de mezcalina purificada. En este caso, se encuentra como un polvo blanco y cristalino que se coloca en cápsu--las. También se fabrica en ampollitas con líquido. Aunque usualmente es ingeri--da, también como inyectada.

La psilocibina se obtiene de ciertos hongos que existen en México y - America Central. Al igual que la mezcalina esta droga se ha utilizado durante - siglos en ritos indígenas. La psilocibina también se consigue en el mercado ilícito en forma de polvo cristalino o como solución.

Identificación del usuario.

En general, los alucinógenos alteran la percepción del usuario y disminuyen su capacidad para distinguir entre la realidad y la fantasía. Casi invariably producen alucinaciones de todo tipo: Visuales, auditivas, táctiles, etc. Además estas drogas aumentan la intensidad de las reacciones emocionales, y el usuario puede pasar rápidamente de un estado anímico a otro. El sentido se pierde. La persona se siente bombardeada y abrumada por todo tipo de estímulos-externos: Visuales, auditivos, táctiles, etc. En forma muy característica, estas drogas producen sentimientos opuestos y simultáneos, de modo que el usuario se siente al mismo tiempo relajado y ansioso, contento y triste. También se presentan desasosiego e insomnio hasta que desaparece el efecto de la droga.

Los alucinógenos hacen a los usuarios muy susceptibles a las sugerencias de otras personas. Por lo tanto, el tipo de experiencias de estos farmacos depende en gran medida de las condiciones en las que el consumo tiene lugar.

Los efectos visibles incluyen dilatación de las pupilas, temblor de - las manos, sudor de las palmas de las manos y gran sencibilidad de los ojos a - la luz.

Cada vez que se toma un droga alucinógena, sus efectos sobre la mente son impredecibles, variando desde las alucinaciones, la exaltación, el alejamiento de la realidad y los movimientos violentos hasta los actos autodestructivos y las reacciones de pánico. Esta imposibilidad de prever los efectos de la droga constituye uno de sus principales peligros. Además, como casi todas estas drogas son producidas en laboratorios clandestinos nunca se puede conocer la -- cantidad y la calidad de la droga en las preparaciones ilícitas . Esto encarna otro gran peligro para el usuario pues puede llevarlo a ingerir una sobredosis. Otros peligros son los siguientes: Sensación de angustia o pánico, depresión -- prolongada, delirios de persecución, cambios súbitos del estado de ánimo, confusión, incapacidad de distinguir entre realidad y fantasía, pérdida del control-

de los impulsos agresivos, trastornos de la motivación para estudiar y trabajar fiebre, temblor, dificultad para resolver problemas simples y a veces alteraciones prolongadas de las funciones mentales, con reacciones psicóticas.

Estas drogas producen una gran dependencia psíquica. No provocan dependencia física pero sí, dan lugar a tolerancia a veces tan rápidamente que después de 4 o 5 días de uso continuo los usuarios tienen que aumentar considerablemente la dosis.

Refiriendonos específicamente al LSD debe señalarse que una dosis mayor que punta de un alfiler basta para producir los efectos. Estos efectos empiezan a presentarse de 30 a 45 minutos después de la ingestión de LSD, aumentan gradualmente y llegan a su máximo durante 4 o 5 horas y duran entre 8 y 10 horas.

Las reacciones físicas de el LSD incluyen dilatación de las pupilas, disminución de la temperatura corporal, "carne de gallina", náuseas, transpiración profunda, sudor frío en las manos, temblor de las manos y palpitación acelerada del corazón, así como aumento de azúcar en la sangre. Durante la primera hora después de la ingestión el usuario experimenta cambios visuales y variaciones extremas del estado de ánimo. Posteriormente, se producen alucinaciones, las cuales se acompañan de pérdida del sentido del tiempo y del espacio, distorsión del tamaño y del color de los objetos, alteraciones de los sonidos, del tacto y de la imagen de su propio cuerpo. Durante este período el usuario es incapaz de hacer juicios razonables y de percibir peligros comunes, por lo que esta expuesto a lesionarse. Después de la experiencia, el usuario puede experimentar ansiedad o depresión. Es frecuente que las alucinaciones reaparezcan espontáneamente días y hasta meses después de la última dosis.

Por lo general el LSD se consume en grupo. Rara vez se toma más de dos o tres veces por semana.

Las personas que usan LSD son propensas a presumir de este hecho y hablar en el argot asociado a él. El LSD es conocido como "ácido", la experiencia se denomina "viaje" y los efectos indeseables se conocen como "mal viaje".

Todos estos datos, junto con un deterioro en la capacidad de estudio y de trabajo, permiten sospechar que una persona toma LSD. Si además se encuen-

tran pastillas de diversos colores, formas y tamaños la sospecha se hace mayor.

Actualmente, se está investigando muchos de los aspectos del LSD. Varios experimentos en animales han demostrado que este puede causar desordenes - en el sistema nervioso central. Todavía no se ha llegado a una conclusión definitiva en cuanto al daño que puede producir a los hijos de mujeres que lo consumen durante el embarazo, aunque se ha demostrado que si aumentan las posibilidades de aborto.

Por lo que respecta a la mezcalina, sus efectos son muy parecidos a los del LSD. Las alucinaciones que provocan duran de 5 a 12 horas.

La psilocibina es menos potente que el LSD, pero en altas dosis produce los mismo efectos. En cambio, es más potente que la mezcalina. Las alucinaciones que produce la psilocibina duran alrededor de 6 horas. (28).

5.2 DEPRESORES

alcohol.

Identificación de la droga.

El alcohol es una droga en realidad, es la droga que mas se consume - en el mundo y en México. El hecho de que el consumo del alcohol esté permitido - en la mayoría de los países, explica en parte que el alcoholismo constituya actualmente el principal problema de la farmacodependencia.

El alcohol es un fármaco depresor. Como tal inhibe y retarda las --- acciones del Sistema Nervioso Central.

Como se sabe, existe una gran cantidad de bebidas que contienen alcohol: vinos, cerveza, pulque, ron, whiskey, vodka, ginebra y otros destilados. - El tipo de bebida alcohólica que se ingiera varía de una clase social a otra. - Es raro que el alcohol se ingiera en forma pura, aunque este tipo de consumo -- suele observarse entre los miembros de la clase económica más pobre. En ocasiones, el alcohol puro se mezcla con jugo de frutas.

(28). ibidem. p.p. 27,29

El alcohol tiene pocos usos médicos: para secar, para inducir sueño y en muy limitadas ocasiones para aportar calorías a personas desnutridas. Sin embargo, el pueblo usa el alcohol para el tratamiento de numerosos males como catarro, ansiedad, etcetera.

Identificación del usuario.

Son bien conocidos los efectos del alcohol. Ellos dependen de la cantidad que se ingiera con una dosis pequeña se presenta relajación, sensación de bienestar, locuacidad y disminución leve de los reflejos. Una dosis mayor, provoca dificultades en el habla, incoordinación de los movimientos, juicio alterado, reducción de las inhibiciones, falta de control emocional y gran aumento de accidentes automovilísticos. Una dosis todavía mayor produce una clara intoxicación con marcada dificultad para la marcha, trastornos del pensamiento y la memoria, juicio distorcionado, labilidad emocional y agresividad. Si se incrementa aún más la cantidad del alcohol, se presenta, por depresión respiratoria, la piel se vuelve fría y pegajosa la temperatura baja, la respiración se hace lenta y ruidosa, el corazón se acelera y las pupilas se dilatan, si el proceso continúa, la persona muere.

El alcohol produce dependencia física y una marcada dependencia psicológica, provoca también tolerancia. Al efecto posterior a una fuerte intoxicación alcohólica se le conoce como "cruda". En los alcohólicos crónicos el síndrome de abstinencia es muy severo, y comienza unas tres horas después de la última ingestión y se caracteriza por temblores, náuseas, vómito, ansiedad, sudoración profunda, calambres, puede llegar a alucinaciones terroríficas, convulsiones, delirios, insuficiencia cardíaca y muerte; según el grado de dependencia física desarrollada. El síndrome de la abstinencia del alcohol es más peligroso que el de la heroína. Una vez que el delirio comienza resulta muy difícil detener el proceso. La desintoxicación requiere de un equipo médico bien entrenado y tarda varias semanas.

Por lo tanto, los datos más claros para reconocer a una persona que ha ingerido alcohol son: náuseas, vómito, incoordinación, dificultad para hablar, labilidad emocional, pérdida de las inhibiciones, agresividad y aliento alcohólico. En los laboratorios especializados, pueden determinarse el nivel de el alcohol en la sangre.

Como se ve, el abuso del alcohol encierra graves peligros. Los mas - serios son los que resultan de la incoordinación, del juicio alterado, de la - labilidad emocional y de la agresividad. Existe además el riesgo de una sobre- dósís, con alcohol solo o combinado con otras drogas depresoras. Se presenta - también un deterioro personal y social, con conductas antisociales y homicidas. Por último el alcohol provoca daño irreversible a varios órganos como el cere- bro, el hígado, el pancreas, el estómago y el riñón. Sobresalen por su frecuen- cia en México la cirrosis epática, la gastritis y la pancreatitis, además de - las deficiencias de vitaminas que acompañan al uso del alcohol y, como se seña- ló antes de grave daño cerebral.

BARBITURICOS

Nombres populares.

Droga: Mandrax, psicopoles, ceconales, chochos, pastas, pasidrim, - diablos, equaludes, mandarina, ceconal, cecos, sódicos, ciclón, ciclos, ciclo- pales, chichapal, tactin, noctec, equanil, mejorales, nubarene, fandeformo, op talondón, artane, chocolate, pastillas, quesos, downs.

Usuarios: Pastillo, pasto, chocho, onda down, queso, mandro, qualudo secos, pastillero, pastelero, pastucho, chucho, chocolate, diablo, pasado, --- aplatanado, para abajo, downero. (29).

Identificación de la droga:

Los barbitúricos pertenecen al grupo de medicamentos populares cono- cidos como "pastillas para dormir". Se trata de sustancias cuya acción princi- pal es la de deprimir las funciones del sistema nerviosos central. Los barbitú- ricos son producidos sistemáticamente, en forma de capsulas y tabletas de muy- diversos colores tamaños y formas.

Existen muchos tipos de barbitúricos una buena parte de ellos se u-- san con fines medicos. Se prescriben a dósís bajas sobre todo para tranquili-- zar a personas ansiosas y para producir sueño en casos de insomnio. Sin embar- go, los abusadores de barbitúricos los tomas a dósís mucho mayores.

(29). Ibidem p.p. 31-32

Los distintos tipos de barbitúricos difieren según el tiempo que tardan en iniciarse sus efectos y según la duración de los mismos. Los de acción rápida son los favoritos de los abusadores. Cuando se usan como drogas de abuso, los barbitúricos generalmente se ingieren, pero a veces se disuelven en agua y se inyectan.

Los barbitúricos más usados por los farmacodependientes son los siguientes:

- Pentobarbital Sódico. Su nombre comercial más conocido es "Nembutal"; se presenta en forma de cápsulas amarillas.
- Secobarbital Sódico. Se produce en forma de cápsulas rojas con el nombre comercial de "Seconal".
- Amobarbital Sódico. Se presenta como cápsulas azules y nombre comercial es "Amytal"
- Amobarbital Sódico combinado con Secobarbital Sódico. Su nombre comercial es "Trinal" y se presenta como cápsulas rojas y azules.

Identificación de usuario.

A dosis bajas, los barbitúricos pueden hacer que el usuario parezca relajado y de buen humor, aunque muy lento para reaccionar. A dosis elevadas, los barbitúricos dan lugar a dificultades en el habla, tambaleos, pérdida del equilibrio, caídas, facilidad para reír o para llorar y agresividad, todo ello seguido por un sueño profundo.

En ocasiones, el usuario despierta con sensación de "cruda". En casos extremos los barbitúricos pueden provocar pérdida de la conciencia.

Estos síntomas son parecidos a los producidos por el alcohol, aunque el consumo del barbitúrico no produce, por supuesto, aliento alcohólico. Por lo tanto, la apariencia de embriaguez sin aliento alcohólico indica intoxicación por barbitúricos. Sin embargo el alcohol se consume en ocasiones junto con barbitúricos a fin de aumentar los efectos de estos últimos, la presencia de aliento alcohólico no incluye la posibilidad de intoxicación por barbitúricos. Más aun, las dosis excesivas de barbitúricos, especialmente cuando se toman junto con alcohol, suelen provocar la muerte a menos que el usuario reciba tratamiento adecuado.

Los síntomas más frecuentes de intoxicación aguda debida a una sobre dosis de barbitúricos, son los siguientes: desorientación, somnolencia, inestabilidad emocional, pupilas pequeñas, pérdida de la conciencia, flacidez muscular, coma, respiración lenta, color morado de la piel, caída de la presión sanguínea, choque y finalmente muerte.

Con las dosis excesivas utilizadas por los abusadores, los barbitúricos provocan una gran dependencia física, además de la psíquica. También se desarrolla tolerancia que suele provocar intoxicaciones por sobredosis. Como resultado de la dependencia física, se produce un síndrome de abstinencia - cuando se dejan de tomar los barbitúricos. Los síntomas de abstinencia son muy peligrosos y pueden causar la muerte. Empiezan entre ocho y doce horas después de la última ingestión de barbitúricos. Entre los síntomas de abstinencia se encuentran los siguientes: inquietud, nerviosismo creciente, temblores, debilidad, insomnio, delirios, náuseas y vómito. Después de 36 horas, se producen convulsiones. La presencia de convulsiones permite distinguir al síndrome de abstinencia de los barbitúricos de los opiáceos, que describiremos en un capítulo posterior.

Todos los síntomas arriba descritos permiten sospechar que una persona ingiere barbitúricos. La sospecha se acrecienta al encontrarse cápsulas de diversos colores o marcas de agujas en los brazos cuando los barbitúricos son inyectados.

En vista del peligro de muerte, cada vez que se sospeche que una persona está bajo la influencia de los barbitúricos, es indispensable llamar a un médico.

En conclusión, los principales riesgos del abuso de barbitúricos son los accidentes provocados por la incoordinación, la bellicosidad, la irracionalidad y la violencia. Además, el individuo pierde interés por sus estudios o en su trabajo y cae en un estado de apatía general. A esto hay que añadir, - por supuesto, el grave riesgo de una sobredosis y de un síndrome de abstinencia. (30)

(30). Ibidem p.p. 33, 34

TRANQUILIZANTES MENORES:

Identificación de la droga.

Los tranquilizantes son drogas depresoras cuyo uso como medicamento se ha extendido. Grandes cantidades de tranquilizantes son prescritos cada año por los médicos; y en muchos países pueden conseguirse sin receta médica. Se usan para calmar a la gente y para reducir estados transitorios de ansiedad en el paciente. En ocasiones se utilizan también como relajantes musculares y como anticonvulsivantes.

En muchas ocasiones, es precisamente la prescripción médica la que da origen al abuso de estas drogas. Se crea así un estado de farmacodependencia, en el cual las dosis ingeridas son mucho mayores a las terapéuticas, la persona no puede vivir sin esta droga y la situación escapa del control médico. Es aquí donde los médicos tienen una gran responsabilidad, en los últimos años, ha habido una explosión un tanto irresponsable e indiscriminada en la prescripción de tranquilizantes. Estas drogas deben recetarse solamente en casos pasajeros de ansiedad, cuando la causa de ésta es claramente identificable como la muerte de alguna persona querida, tensión por algún acontecimiento pasajero, etc. En estos casos, los tranquilizantes son útiles pero el médico debe además establecer una relación amistosa con el paciente que permita la libre expresión y la comprensión de los problemas. El uso indiscriminado y exclusivo de tranquilizantes para tratar todo tipo de ansiedad es lo que provoca posteriormente el abuso incontrolado de estas drogas por parte del paciente.

Existen varios tipos de tranquilizantes. Los que se usan más comúnmente y por lo tanto los que dan lugar a farmacodependencia con mayor frecuencia son los siguientes: meprobamato cuyo nombre comercial más conocido es Equanil, clordiacepóxido llamado Librium y diacepán cuyo nombre comercial es Valium.

Estas drogas se presentan en tabletas de diversos tamaños y colores y algunas de ellas también en ampollitas. Generalmente se ingieren, aunque algunas pueden inyectarse.

Identificación del usuario.

Los síntomas del uso a grandes dosis son muy parecidos a los que se observan con el consumo de los barbitúricos.

Con una sobredosis de tranquilizantes, pueden llegarse a producir coma, insuficiencia respiratoria y muerte, aunque esto ocurre menos frecuentemente que con los barbitúricos.

Los datos de intoxicación aguda son somnolencia, movimiento rápido -- e involuntario de los ojos, visión doble, visión borrosa, pupilas muy pequeñas, debilidad, relajación muscular, zumbido en los oídos, confusión mental, alucinaciones, disminución de los reflejos, falta de coordinación, convulsiones en algunos casos, excitación, agresividad, disminución de la tensión arterial, shock coma y depresión respiratoria que puede llevar a la muerte.

Los tranquilizantes provocan dependencia psíquica y dependencia física. El síndrome de abstinencia es muy parecido al de los barbitúricos, aunque -- menos severo.

Todos estos datos, junto con la presencia de tabletas de diversos colores y tamaños y el antecedente de la prescripción médica, permiten sospechar que una persona está abusando de los tranquilizantes.

Quizá la forma más efectiva de combatir esta farmacodependencia sea -- creando conciencia entre los médicos de que los tranquilizantes sólo deben prescribirse en ciertos casos bien indicados, nunca en forma indiscriminada. (31).

Analgésicos Narcóticos:

Opio, morfina, heroína y codeína

Nombres populares

Droga: tecata, arpón, nieve, polvo heroica, pericazo, polvo amargo, -- polvo blanco, cristales, borra blanca, dama blanca, papel, pepito, goma, pasta,

(31). Ibidem p. 35

helena, adormidera, ticara, amor, arponazo, piquete, banderilla, chutazo, cura, ardor, lenguazo, cáscara, archivia.

Usuarios: arponero, arponeado, tecatos, banderilleros, héroe, heroíno mano, heroíno, heros, morfínmano, morfino, morfoarponés, inyector, piquete, ticaro, tecate, gavilán, nevato, gomero, viajero, drogado, curado, curita, padrecito, achicalado, pachicado, yafanado, alinado, chivo, chunelas, jaípo.

Identificación de la Droga

El opio, la morfina, la heroína, y la codeína son las drogas más importantes del grupo conocido como estupefacientes, poderosos depresores del sistema nervioso.

El opio se obtiene de la adormidera o amapola. La adormidera es una planta de una altura entre 70 centímetros y un metro y medio, que produce flores blancas de cuatro pétalos. Tiene una cabeza o cápsula de forma ovalada que cuando está madura es de un tamaño intermedio entre una nuez y una naranja. En el interior de la cápsula se encuentra, además de las semillas una substancia, que brota haciendo una incisión de cápsula, y se recoge en vasijas donde se endurece y toma un color café oscuro. Esto es el opio crudo. Tiene un olor fuerte parecido al amoníaco, y un sabor amargo. Se envuelve en celofán para mantenerlo medio húmedo.

El opio preparado se obtiene del opio crudo mediante un proceso muy simple. Se presenta en forma de varas, planchadas o barras, de color café o dorado. Se fuma en pipas especiales, y al quemarse desprende un olor muy característico. También puede ingerirse o inyectarse. Existen además preparaciones farmacéuticas de opio, la tintura alcanforada de opio, llamado paregórico, que se utiliza como medicamento contra diarrea.

La morfina se extrae del opio mediante un sencillo procedimiento químico. La morfina base que así obtiene se presenta como un polvo fino o en bloques. La morfina inyectada es de diez a veinte veces más potente que el opio ingerido. Si bien esta parece ser una de las drogas más dañinas cuando se abusa de ella, es necesario señalar que constituye un medicamento muy útil cuando se usa adecuadamente. La morfina es el analgésico más poderoso que se conoce, sin embargo como su uso provoca efectos indeseables y produce adicción, sólo se le

emplea para tratar dolores extremadamente intensos resultantes de fracturas, quemaduras, intervenciones quirúrgicas etc., así como para reducir el sufrimiento en las últimas fases de enfermedades fatales como el cáncer.

La heroína es un derivado de la morfina que se produce también mediante procedimientos químicos relativamente sencillos. Sus efectos son de cuatro a diez veces más poderosos que los de la morfina. En su forma pura, es un polvo cristalino blanco tan fino que desaparece al frontarse contra la piel. Sin embargo, cuando su fabricación es imperfecta, resulta de color amarillento rosado o café y de consistencia áspera. Cuando la heroína llega al mercado ilícito generalmente se encuentra muy adulterada, con azúcar, química u otras substancias. Aunque puede ingerirse, lo más común es que se inhale después de calentarla o bien que se disuelva en agua y se inyecte. La heroína no se emplea en medicina y en la mayor parte de los países, el nuestro entre ellos, su uso está totalmente prohibido.

La codeína también se obtiene en su mayor parte de la morfina. Su poder adictivo es mucho menor que el de las drogas anteriores, y debe tomarse en grandes cantidades y durante mucho tiempo para causar dependencia. Puede ingerirse o inyectarse. Se presenta en forma de polvo blanco o de tabletas. Como medicamento, la codeína se emplea extensamente en forma de jarabes y de tabletas para suprimir la tos. También se usa para aliviar el dolor, aunque sus efectos analgésicos son diez veces menores que los de la morfina.

Si bien el uso de estas cuatro drogas es todavía raro en nuestro país debe señalarse que la morfina y sobre todo la heroína empiezan ya a constituir una considerable amenaza de farmacodependencia en algunos estados del norte de la República y en los estratos sociales altos del Distrito Federal. Actualmente su uso es un serio problema en ciertas poblaciones, como Mexicali y Mazatlán.

Identificación del usuario

El estupefaciente más usado por farmacodependientes es la heroína. La inhalación de heroína debe sospecharse cuando se encuentren en cerillos quemados junto con papel de aluminio que tenga señas de haber sido expuesto a una flama, sobre todo si presenta rastros de polvo blanco o café en el otro lado. La inyección de heroína se sospecha cuando se encuentra una jeringa o

un equivalente hecho en casa (como un gotero con una aguja, además de una cuchar con el mango doblado, algodón y una liga para torniquete.

El adicto a la heroína se reconoce por la presencia de marcas de inyección, costras cicatrices o decoloración de la piel, sobre todo en los antebrazos o en el pliegue interno del codo, pero también es los tobillos, en el empeine o en las piernas. Sin embargo, las marcas de aguja por sí mismos no son una prueba de adicción o una droga, pues otras personas, como los diabéticos, tienen razones legales para inyectarse con frecuencia. Por otra parte, el heroinomano necesita buscar privacidad de cada 4 ó 6 horas a fin de aplicarse otra inyección a realizar otra inhalación.

El abuso de la morfina se sospecha también cuando hay huellas de inyecciones. Sin embargo, por estar estrictamente reglamentado su uso, los abusadores son por lo común personas con fácil acceso a lotes de morfina. A pesar de ello, la morfina se encuentra también en el mercado ilícito en los tiempos de escasez de heroína.

La práctica de fumar opio, muy rara en México, debe sospecharse ante la presencia de una pipa con una pequeña cavidad en un extremo, una lámpara para calentar el opio, una aguja y limpiadores de pipas.

El abuso de cocaína se sospecha al encontrar una cantidad exagerada de botellas vacías de jarabe para la tos producido en base de esta droga.

En términos generales, el abuso de alguna de estas cuatro drogas hace que el usuario se vea somnoliento, apático, poco comunicativo, con un escaso interés en lo que ocurre a su alrededor y con poca capacidad para concentrarse. El usuario puede simplemente sentarse y mirar extraviadamente hacia el espacio. Sus ojos pueden aparecer descoloridos y con pupilas muy pequeñas, como puntos. En ocasiones se produce primero euforia y una sensación de desconexión con respecto al dolor y a las preocupaciones sociales. El hombre, la agresividad y los deseos sexuales están disminuidos. El usuario crónico pierde peso y se ve descuidado. Puede usar anteojos oscuros para ocultar sus pupilas y camisas de manga larga a fin de cubrir las huellas de las inyecciones. A veces las mangas están manchadas de sangre.

En particular, la heroína produce una primera reacción emocional ---

consistente en una atenuación de los temores y en una liberación de las preocupaciones. Después sigue un estado de inactividad que parece estúpido.

En dosis terapéuticas, la morfina produce afectos secundarios que incluyen náuseas, vómitos, estreñimiento, comezón, sobre todo de la nariz, sensación de calor, pesantez de los miembros, rubor, constricción de las pupilas y depresión respiratoria.

La codeína produce primero una sensación de bienestar. Algunos usuarios se vuelven muy sociables y se sienten valientes. Con dosis mayores se vuelven solitarios y se desconectan del medio. Los efectos empiezan a la media hora de haber tomado la codeína y duran de 8 a 18 horas.

Estas cuatro drogas producen toda dependencia psíquica y una gran dependencia física. Existe marcada tolerancia, lo que obliga al usuario a aumentar progresivamente las dosis. El síndrome de abstinencia es uno de los más severos que se conocen.

Cuando se acerca la hora de consumir una nueva dosis, el usuario empieza a presentar el síndrome de abstinencia. Cuando éste es leve, se caracteriza por bostezos, ojos llorosos, flujo nasal, nerviosismo, ansiedad, comezón, dilatación de las pupilas y "carne de gallina". Cuando los síntomas son más graves, se presenta insomnio, sudoración profusa, diarrea, náuseas, contracciones musculares, fuertes dolores en la espalda y en las piernas, escalofrío, aumento de la respiración y de la presión sanguínea, fiebre y una sensación de desesperación y de obsesión por conseguir una dosis de la droga.

La intensidad del síndrome de abstinencia varía con el grado de dependencia física y con la cantidad de droga que se consume. Los síndromes empiezan a manifestarse entre 8 y 12 horas después de la última dosis. Aumentan gradualmente en intensidad para alcanzar su máxima entre 36 y 72 horas. Posteriormente, los síntomas disminuyen gradualmente en los próximos 5 a 10 días, pero el insomnio, el nerviosismo y los dolores musculares persisten durante varias semanas.

El principal peligro que corre el abusador de estas drogas es el de una sobredosis. Los usuarios viven bajo la perpetua amenaza de consumir una dosis excesiva. Ello puede ocurrir de varias maneras cuando el usuario es inexperto y calcula erróneamente la potencia de la dosis, o la droga puede ser más

poderosa de lo que se le advirtió al comprarla.

Existen poblaciones donde la droga se vende muy adulterada. De vez en cuando, los narcotraficantes no tienen tiempo, por diversos motivos, de adulterar la droga y la introducen en el mercado en forma más pura que la habitual. - Muchos adictos, entonces, son víctimas de sobredosis, pues al no saber que la droga es más pura que la habitual. Muchos adictos, entonces, son víctimas de sobredosis, pues al no saber que la droga es más pura se inyectan la dosis usual que ahora resulta una dosis excesiva.

Los signos de intoxicación aguda por sobredosis son los siguientes:- pupilas muy pequeñas, resequedad bucal, náuseas, vómito, sudoración, temperatura baja, temblores, flacidez muscular, somnolencia marcada, disminución de la presión arterial, respiración lenta y pulso débil y lento. Si no es atendido por un médico, el paciente progresa hacia la inconciencia, el coma, la insuficiencia respiratoria y la muerte.

Otro peligro de la adicción a los estupefacientes, consiste en la destrucción, ya que los usuarios de estas drogas no sienten hambre. Es muy frecuente que contraigan infecciones, debidas tanto a la desnutrición como a la aplicación de inyecciones con materiales no esterilizados, de donde puede resultar una septicemia (infección en la sangre), hepatitis y abscesos en hígado, cerebro, pulmones y SIDA.

Por otra parte, la obsesión y la necesidad de conseguir la droga produce un deterioro personal y social. Además el alto costo de estas drogas obliga muchas veces a los usuarios a cometer actos criminales a fin de conseguir el dinero para comprarlas. (32)

INHALANTES

Identificación de la droga

Los inhalantes forman un grupo especial de depresores del sistema nervioso.

Los representantes más importantes de este grupo son los siguientes: pegamento, líquido de encendedores, tiner, éter, cloroformo, óxido nitroso, -- líquido de tintorería (tricloroetileno), benceno, xileno, tolueno y acetona.

Todas estas sustancias son o contienen compuestos volátiles. Por ello, se consumen como drogas de abuso inhalándolas.

El pegamento llamado también "cemento", se usa para unir partes de juguetes de plástico, como modelos de barcos y aeroplanos. Contiene sustancias químicas volátiles. La forma de abusar de ellas consiste en colocar un poco del "cemento" en un pañuelo, en una bolsa de papel o de plástico, en una porción de estopa o en un pedazo de tela. Estos objetos se colocan entonces sobre la boca y la nariz y el usuario inhala de ellos.

Las otras sustancias de la lista, por lo común, se inhalan directamente del recipiente.

Ninguna de estas sustancias tiene usos médicos, a excepción del éter, el cloroformo y el óxido nitroso que se emplean como anestésicos.

Los inhalantes se reconocen por el envase característico, como los del "cemento" y el líquido para encendedores, por su penetrante olor.

El consumo de inhalantes constituye, junto con el alcoholismo y el abuso de marihuana, uno de los principales problemas de la farmacodependencia en México. Los inhalantes son consumidos especialmente por jóvenes y niños (entre los 6 y los 14 años de edad), de clase baja ya que son fáciles de conseguir en tlapalerías y tienen un bajo costo en comparación con otras drogas. Su abuso es frecuente en las llamadas "colonias perdidas", donde muchos niños los consumen en ocasiones para calmar el hambre. Sin embargo, también abusan de ellas personas de la clase media y alta, para satisfacer su curiosidad, para divertirse o como resultado de trastornos de la personalidad.

Identificación del usuario

Como se señaló arriba, la mayor parte de los inhaladores son niños y jóvenes generalmente de clase baja.

Los efectos de la inhalación de estos depresores del sistema nervioso aparecen rápidamente y duran alrededor de media hora. En las fases iniciales, producen una sensación de hormigueo y de mareo que es seguida por visión borrosa, zumbido en los oídos y dificultades para articular palabras. Se presenta también estado de embriaguez, junto con alborozo, euforia, inestabilidad de la marcha, sensación de flotar, inquietud, pérdida de las inhibicio-

nes, agresividad y sentimientos de gran poder, parecidos a los de la intoxicación alcohólica. El usuario se ve aturrido y borracho. En una fase posterior, puede vomitar, sentir mucho sueño e incluso perder la conciencia. Cuando se recupera, puede no recordar lo que ocurrió bajo los efectos del inhalante. Si la intoxicación es severa hay temblores, respiración rápida y superficial, -- irregularidad en el latido cardíaco, convulsiones y coma. La inconsciencia -- puede ir precedida de excitación violenta o de delirio. En algunos individuos susceptibles, se presentan alucinaciones, que son muy vividas y se refieren -- frecuentemente a temas de fuego y de color. El éter produce una sensación de bienestar y de alborozo.

Los inhalantes provocan marcada dependencia psíquica, poca dependencia física y una gran tolerancia. Los efectos posteriores a una intoxicación son náuseas, depresión, insomnio y pérdida del apetito.

Además de lo anotado arriba, el usuario se reconoce porque tiene los ojos llorosos, está eufórico o somnoliento, habla con dificultad y camina tam -- baleándose, en forma parecida a como lo hace el alcohólico. Si además se -- encuentran tubos de pegamento, envases con diversas sustancias volátiles o bol -- sas de plástico, bolsas de papel, estopa o pañuelos con manchas de inhalantes, ' la sospecha se confirma.

El consumo de inhalantes encierra varios peligros. El efecto dañino sobre el juicio puede llevar al usuario a provocar accidentes peligrosos, plei -- tos, etc. Quizás lo más grave sea el daño permanente que muchos de los inha -- lantes producen en el cerebro, en la médula ósea, en el hígado y en los riño -- nes. Se han reportado muertes súbitas a consecuencia de la inhalación de las sustancias contenidas en los aerosoles.

Además muchos inhalantes pueden explotar e incendiarse. La gasolina, el éter y otras sustancias volátiles son muy inflamables. Por tanto, cuando -- se sospecha la presencia de cualquiera de los inhalantes, nunca debe acercarse una flama. El éter además de ser usado como inhalante, se emplea en laborato -- rios clandestinos para la producción de heroína. Su uso es peligroso, ya que al contacto con el aire se transforma en peróxido de éter, el cual explota con un solo golpe. Por ello, cualquier botella que contenga éter debe ser manejada con mucha precaución. En forma muy delicada, debe añadirse agua a la botella,

así como introducir en ella una porción de alambre de cobre. El agua retarda la formación de peróxido y el cobre previene la explosión.

Como se indicó antes, el consumo de inhalantes es uno de los más graves problemas de farmacodependencia en nuestro país. Es por ello que se debe estar preparado para detectarlo y para enfrentarlo en forma adecuada. -

(33)

6. DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA

Nunca han dejado de reconocer los observadores del desarrollo humano. La enorme significación de las transformaciones físicas y fisiológicas de la pubertad. En la maduración sexual se ha dado siempre gran importancia a esta etapa de crecimiento, a la cual están relacionadas directa y casualmente los cambios de la personalidad en la pubertad. Se dice que no había sido posible entender a la pubertad en sus aspectos psicológicos, hasta que expertos en el área exploraron y sistematizaron la psicología de la niñez temprana: Al hablar de la adolescencia se hace referencia a estos aspectos. (34)

Será útil recordar por que mecanismo, en un momento dado de su historia, el niño se transforma en persona mayor. Todos sabemos que en el origen de ese proceso actúan las glándulas, sin embargo, esta noción es extremadamente vaga y da lugar a concepciones erróneas. Se intentará pues, precisar algunos puntos que sean esenciales.

El hecho de que la transformación de la pubertad se efectúe, a una edad variable, en todos los niños, en cualesquiera condiciones en que vivan, tiende a probar que se trata de un fenómeno de determinación interna relacionado con la calidad misma de la materia viva, de la que el cuerpo está compuesto. Una vez sentado este punto, surge inmediatamente otra consideración, ¿por qué esta transformación se efectúa a partir de una edad determinada?, para hacer comprender bien la naturaleza de los mecanismos que entran en juego, se consideran cuatro etapas de la transformaciones fisiológicas, a saber:

La primera etapa es cerebral, se emplea a propósito este término, mejor que el nervioso, pues éste último es, al igual que el de glándulas, un término vago y difícilmente utilizable. Al decir que la primera etapa es cerebral, se quiere decir que el desencadenamiento de la operación pubertad tiene un punto de partida cerebral. Probablemente es de la zona más central del cerebro, precisamente de la región del hipotálamo, de donde parte la excitación.

(34). Psicoanálisis de la Adolescencia p.p. 8, 9.

¿Por qué se inicia?. Aún no se puede responder con exactitud a esta pregunta, pero todo induce a creer que esta zona del cerebro debe llegar a su estado de madurez para que comience esa larga cadena de fenómenos que desembocarán en la imagen definitiva del hombre.

La Segunda Etapa es, una etapa endocrina y tiene su origen en una glándula de secreción interna, que vierte el producto que fabrican sus células directamente en el torrente sanguíneo, y no en una cavidad exterior, como lo hace, por ejemplo, una glándula salival. Esta glándula es minúscula y está en las proximidades de la primera etapa cerebral de la que hemos hablado, en la base misma del cerebro, y su nombre es "Hipófisis". A partir del momento en que se le transmite una determinada orden, probablemente por intermedio de una secreción que parte de los centros cerebrales, la parte anterior de la hipófisis lanzará a la circulación una hormonas que tienen un objetivo preciso, el objetivo de estimular de la que se hablará en la siguiente etapa.

Tercera Etapa que es, como la segunda, glandular, está compuesta de dos grupos de glándulas, por una parte, las cápsulas suprarrenales que, como su nombre indica, envuelven el polo superior de los riñones y por otra parte las glándulas sexuales, ovarios en las muchachas, testículos en el muchacho, sin dejar de observar que en los fenómenos de la pubertad, tanto en los chicos como en las chicas, existen bastantes puntos parecidos: ambos aumentan de talla, su musculatura toma consistencia y aparece vello a nivel de pubis y de las axilas. Esas analogías se deben al hecho de que la secreción de las cápsulas suprarrenales es la misma en ambos sexos. Estas glándulas secretan, tanto en la muchacha como en el muchacho, una hormona parecida a la hormona masculina testicular. Dado que en los muchachos existe una segunda fuente de producción de hormonas masculinas, el testículo, algunos de estos rasgos están más marcados en el varón. Es preciso añadir igualmente, en aras de la objetividad, que las glándulas de secreción interna del muchacho producen igualmente una pequeña cantidad de hormonas de tipo femenino, esta hormona, en condiciones normales, queda inactivada por el hígado y no desempeña ningún cometido.

Conviene insistir de nuevo acerca del hecho de que las glándulas de secreción interna vierten el producto de su secreción en la sangre. En efecto, las glándulas sexuales de que hablamos ahora tienen, en realidad, una

doble función, una interna, de la que acabamos de hablar, y otra externa, que está, además, bajo dependencia de la primera y que consiste esencialmente en formar las células reproductoras, espermatozoides en el muchacho, y óvulos en la muchacha. La entrada en actividad de estas hormonas revolucionará profundamente todo el organismo, estas hormonas circulan por la sangre y todo el cuerpo queda impregnado de las mismas.

La Cuarta Etapa del satélite humano, es la etapa de los receptores.

Algunos tejidos muestran más afinidad que otros hacia las hormonas sexuales; ello implica, por ejemplo, el hecho de que crezca la barba en el muchacho, debido a que la piel de la cara contiene receptores de las hormonas masculinas. Entre esos receptores, figura el propio cerebro. Esta es una de las razones por las cuales, cuando aparecen hormonas sexuales en la sangre, se modifica el comportamiento.

Sin querer entrar en otros detalles fisiológicos, puede decirse que este proceso se da a la vez en un sistema cerrado y en un sistema abierto. Este sistema es cerrado, pues de modo permanente existe un estado de equilibrio entre las diversas etapas y, sobre todo, cuando el nivel de hormonas sexuales aumenta de forma demasiado impetuosa, baja, en compensación, el nivel de hormonas hipofisarias encargadas de estimular la secreción. Por otra parte, este sistema es abierto, a todas las influencias, físicas y humanas, por medio del cerebro. Esta zona del cerebro de la que todo parte, no está al abrigo de las influencias exteriores y, sobre todo, de las influencias psicológicas. (35)

No basta con decir que la adolescencia es el período de la vida que separa la infancia de la edad adulta, para darle especificidad a la vez psicológica, fisiológica y social. A pesar de que sea posible, aunque arbitrario, hacer coincidir su principio con el de la pubertad sexual y sus añejas manifestaciones somáticas, es mucho más difícil fijar su término, ya que la noción de madurez, que debería caracterizar el acceso al estado adulto, es de por sí muchas veces arbitraria y con frecuencia puesta en entredicho. La verdad es que cada uno se ve tentado de proponer una definición particular a partir de su disciplina o de los modelos que le proponen su época y la sociedad en que vive.

Si el médico por ejemplo, cree que la adquisición definitiva de los caracteres sexuales primarios y secundarios basta para caracterizar el fin de la adolescencia, la hará coincidir con el final de la pubertad sexual y fijará entonces a los 15 ó 16 años para las muchachas, y a los 16 ó 18 años para los muchachos.

Si, por el contrario, concede más importancia a la madurez del conjunto de los aparatos genitales, a la determinación del crecimiento ponderoestatural, a la osificación definitiva del esqueleto y a la terminación de su envoltura muscular, la fijará entonces hacia los 21 años.

Al hacer esto, será preciso acordarse de que la senescencia de - - otros aparatos, tales como el de la visión, puede comenzar muy pronto, hacia los 25 años, lo que restringe de modo considerable en el tiempo la noción de una madurez física, considerada como un estado intermedio entre la formación completa del organismo y el principio de su degradación.

Si pretende, por otra parte, extender los frutos de su propia experiencia clínica al conjunto de las poblaciones juveniles, cuyo estudio es objeto de encuestas sistemáticas, le será preciso tener en cuenta los factores socioprofesionales, geográficos, alimenticios y culturales, con miras a modificar considerablemente sus promedios cronológicos, tanto en valores absolutos como en aspectos diferenciales. Además, incluso sobre el plano somático, intentar referirse a normas intangibles de desarrollo, equivale a postular la acción ciega de sus primeras divisiones y diferenciaciones y, a priori, insensible a todo estímulo que no sea el genético. Si existe semejante determinismo, sus límites comienzan a aparecer gracias a recientes estudios, que ponen evidencia, por ejemplo, el papel de factores tan diferentes como el hábitat, el nivel escolar, las relaciones familiares, o la calidad de los stress audiovisuales, sobre fenómenos, tan simples y rígidos en apariencia, como el crecimiento estatural de los adolescentes de las grandes ciudades modernas, la aparición precoz de las primeras reglas en las muchachas, o las tasas humorales de ciertos grupos juveniles.

Si como es probable, el desarrollo corporal de los seres está más o menos condicionado desde su nacimiento por un factor fisiológico, no será - - posible, en el estado actual de los conocimientos, definir con precisión ni su naturaleza ni sus límites de acción.

Asimismo es probable la interacción constante con otros factores - más contingentes que hacen que tampoco se pueda, en la actualidad, decir en - cada momento de la evolución orgánica, ante cada característica individual, - lo que pertenece propiamente al mensaje genético o lo que, por el contrario, - corresponde al medio, a las condiciones de vida y de aprendizaje, o incluso - al pasado funcional o sensorial de cada cual. Etapa entre otras, dialéctica, en la que jamás conocemos exactamente todos los términos, la adolescencia, en su aspecto más simple y más directamente observable, se muestra rebelde a - cualquier definición y sistematización cronológicas.

¿Cómo va a obtener mejores resultados la psicología cuando todavía sigue debatiéndose entre motivaciones filosóficas y sus ambiciones científicas, donde la medicina, a pesar de estar en situación privilegiada por lo - concreto de su campo de experimentación y de reflexión halla mayores dificultades para aprehender el fenómeno en su conjunto? Siendo en sus principios - estudio del alma, durante mucho tiempo sólo vio en el final de la infancia - una revolución sentimental y siguiendo el ejemplo de los filósofos de la anti- guedad, de los moralistas del Renacimiento y sobre todo, el de Jean-Jacques - Rousseau, lo definió como una "crisis brutal", una "tormentosa revolución", - un "segundo nacimiento". El despertar de los sentidos, la eclosión de la - sexualidad colorean además de forma nueva todos los comportamientos, todos -- los deseos y todos los apetitos. El romanticismo, al dar una visión demasiado poética de esta concepción esencialmente dramática, acabó por quitarle, por lo menos a nuestros ojos, toda realidad objetiva, hasta restringir, como Chateaubriand, el tiempo de la crisis juvenil a las modificaciones solitarias de una única y fecunda noche de Combourg (castillo donde pasó el poeta su juventud).

Para racionar contra estas influencias y deformaciones literarias, que no tenían en cuenta sus otros campos de observación, la psicología se - volvió entonces hacia la ciencia, y se convirtió en biopsicología, es decir, - acopló sus estudios con los más fácilmente experimentales de los fisiólogos y de los biólogos. De modo natural, la crisis psicológica de la adolescencia - fue considerada como la simple secuela caraterológica de la pubertad sexual.

La agresividad, la violencia, la rebelión o la tendencia específica al repliegue y a la introspección que manifiestan la mayoría de los adolescen- tes, se explican desde este momento por la intervención de nuevos estímulos

hormonales; las eventuales, y no menos frecuentes, manifestaciones de hipere motividad, de excitabilidad de inestabilidad no hacen más que reflejar de un modo natural, el nivel de vida de los comportamientos, las dificultades subya centes y orgánicas del equilibrio endocrino. Esta teoría pareció muy seducto ra en la época en que fue enunciada, ya que entonces era imposible controlar y medir exactamente las actividades hormonales. La misma, pese a todo, ha - inspirado muchos trabajos y doctrinas y continúa más o menos conscientemente, justificando el prestigio un poco misterioso de que goza aún a los ojos de - muchos padres e incluso educadores "la influencia glandular". Los estudios - sistemáticos, que comparan grupos de adolescentes de uno y otro sexo, de la - misma edad y del medio escolar o social, muestran, sin embargo, que el grado de maduración sexual, medio clínicamente y por la proporción de hormonas san guíneas, sólo parece tener una relación muy inconstante con la maduración - - fisiológica. Aunque a veces influye sobre los intereses heterosexuales, el - acuerdo familiar, la coquetería, los jóvenes y sus lecturas, no intervienen en absoluto, por ejemplo, sobre el desarrollo intelectual o la formación de - la personalidad.

En pruebas de nivel, el grupo de chicos y chicas púberes no mani fiesta superioridad sobre el grupo de adolescentes impúberes de su misma edad.

Parece pues, que, aunque el establecimiento de la pubertad "sexuali dad" ciertos comportamientos, la misma no los motiva en el sentido estricto del término.

Hoy en día sabemos, además, que sería un tanto simplista hacer del sistema endocrino el directo todopoderoso y único de nuestras emociones y - - nuestras pasiones. También en este terreno nos encontramos a menudo ante una verdadera dialéctica psicofisiológica. Al igual que el medio puede hacer - - aumentar la secreción normal de adrenalina, la cual amplifica entonces nues tro organismo los efectos de angustia, las secreciones de hormonas sexuales, - que polarizan electricamente nuestros intereses y nuestros apetitos en direc ciones muy precisas, pueden verse estimuladas por algunas incitaciones psico culturales. La actual precocidad de tantas pubertades se puede también rela cionar con las estimulaciones audiovisuales a las que se ven sometidos, en - particular en el plano erótico, la mayoría de nuestros jóvenes. (36)

(36) Psicología op. cit. p.p. 196, 197.

Mientras unos psicólogos creían encontrar, y a veces de modo equivocado, en la biología el marco científico que en ocasiones faltaba a sus simples observaciones clínicas sobre los sentimientos juveniles, otros, en cambio a partir del estudio y de la interrogación sistemática de importantes de adolescentes, trataban de analizar, catalogar y reagrupar los comportamientos más frecuentes, con el fin de precisar las estructuras comunes, apropiadas para caracterizar las actitudes y las posturas del mayor número. Los materiales recogidos por este método, puramente psicológico y extraño a cualquier consideración fisiológica o de otro tipo, parecieron suficientemente abundantes y concordantes como para permitir adelantar la hipótesis de que existe una verdadera crisis psicológica de la adolescencia, que tiene por lo tanto un principio y un fin, constituidos por una sucesión de estados específicos en sí mismo, y tan íntima y necesariamente ligados a la maduración de los individuos adopta un significado patológico.

Al igual que, en el plano físico, el niño, para convertirse en adulto, debe pagar el precio de los trastornos fisiológicos de la pubertad sexual tampoco puede, en el plano psicológico, librarse de unas tormentas asimismo violentas e inquietudes. Esta crisis de originalidad juvenil caracterizada, primeramente, por la rebelión, el rechazo de las coacciones antiguas, la negativa a obedecer, la excentricidad, proseguida casi de modo ritual a través de una necesidad nueva e intensa de repliegue interior, de introspección, de reflexión metafísica, y terminará, al cabo de uno o dos años de evolución, más o menos orientada por un apetito altruista, que traducen el deseo de hacerse útil a la comunidad, a través de vocaciones generosas, políticas, religiosas, nacionalistas de otras clases; de un modo más raro, con tendencias egoistas y, en esos casos, llevará a la práctica ambiciones personales exageradas o devoradoras.

No se puede rechazar por completo un esquema de este tipo, ya que podemos aplicarlo a muchas transformaciones juveniles. Para muchos padres el que sus hijos, hasta aquel momento dóciles y sumisos, comiencen a dudar de su autoridad, constituye la manifestación inicial y sorprendente de una evolución aún insospechada o desconocida. El deseo de afirmarse a través de peinados excéntricos, por comportamientos ruidosos, por opiniones heterodoxas, por un lenguaje hermético, por un ostensible desprecio respecto de los hábitos morales, religiosos o políticos de su familia, caracteriza a muchos jóvenes que salen de-

la infancia. Es, a su manera, la forma de singularizarse de los adultos, de romper las cadenas que, según crean, les entorpecen y contrarían su necesidad de libertad. Su repugnancia a obedecer procede del mismo anhelo de independencia, y traduce más una negativa sistemática a cualquier sujeción que una repugnancia real a ejecutar lo que se les demanda. La voz que les ordena algo les es aún más desagradable que el contenido mismo de la orden.

También sucede que, con posterioridad o no es este periodo de rebelión inicial, se instaura una fase pseudorromántica de inquietudes, de interrogaciones y a veces, de derogaciones más o menos oníricas o filosóficas. En primer momento el joven, seguro de haber edificado más solidariamente su personalidad, al oponerse a la autoridad de sus padres o de sus educadores, convencido de haberle insuflado vigor y autonomía, al liberarla de sus lazos infantiles, trata de conocerla mejor. Para ello se sumerge en sí mismo, se examina con avidez, se escruta de modo incansable, juega con sus reacciones, sus nuevos apetitos, sus logros recientes, como aún ayer se divertía con sus padres o compartía la vida de sus héroes favoritos. Al descubrirse se realiza, y el sentimiento que posee de este cumplimiento sin fin, le embriaga al mismo tiempo que enriquece el registro de sus sensaciones y habitúa a especulaciones cada vez más abstractas.

En un segundo momento, trata de situar esta nueva personalidad tan atrayente, no ya en relación a lo que ha conocido hasta entonces: su familia, su escuela, su medio vital, sino en relación a cuanto aún ignora y que le atrae de un modo mucho más irresistible. Para conocerse mejor, es preciso conocer la sociedad en la que se prepara a entrar, el mundo que quiere descubrir y, más lejos aún, los horizontes infinitos donde van a perderse la totalidad de los conocimientos científicos, de las ideas fisiológicas y de las aspiraciones metafísicas cuya atracción comienza a medir al mismo tiempo que toma conciencia de su relativa importancia para explicarlo todo. Cuanto más único y so lo se siente, más solidario se profesa del marco donde va a desenvolverse a existencia futura. Como una piedra lanzada al agua, su curiosidad se rodea de círculos concéntricos de intefes, cada vez más amplios, pero asimismo cada vez más vagos. Muchos se sienten perdidos enfrentados ante lo desconocido y privados voluntariamente de la seguridad que les ofrecía hasta entonces la tutela de sus mayores tan mal soportada.

Unos buscan la ayuda y el remedio a su soledad en la compañía de amigos o de compañeros de su edad. Es el momento de las preciosas y ambiguas amistades de juventud, cuando cada cual busca más en el otro un compañero u oyente, que un verdadero interlocutor. Es asimismo la época de las "pandillas", donde la cantidad palió la calidad y donde el número da a pesar de todos los excesos de inestabilidad y de inquietud que supone tal reunión. (37).

Otros, más sensibles a la experiencia o a la irradiación espiritual de ciertos adultos privilegiados, profesores, escritores, o líderes políticos, se convierten en sus fieles discípulos y se hacen más ciegos seguidores. Fanáticos del compromiso, llegan a veces a preferir la amargura de las causas perdidas a la alegría de los triunfos demasiado fáciles. Es entre estos adolescentes entre los que se reclutan los militantes más disciplinados, los partidarios más entusiastas, pero asimismo, cuando siguen a malos pastores, los cómplices más fanáticos, los más intolerantes o los criminales.

Más adelante otros adolescentes, de mayor edad, más próximos a la madurez adulta, se crean capaces de decir por sí mismos la causa que quieren servir. Sus compromisos, siempre algo románticos y exagerados, ya no tienen necesidad de modelos o de maestros para desear ser puros e intransigentes, sus elecciones son personales y sus vacaciones imperiosas. Es el momento de la ofrenda de sí mismo, de consagrar todas las energías a un objetivo lejano que se ha convertido en la razón de ser de la existencia. Todo se subordina a esta empresa, incluso los sacrificios más amargos se convierten en aceptables, si ayudan al triunfo de la causa abrazada. De por sí generosos, esos entusiastas pueden emprender los caminos más diversos e incluso los más contradictorios. Sin embargo, todos tienen en común el deseo de ser útiles y de dar a esta forma una dimensión más amplia a la realidad cotidiana, percibida ya como demasiado pesada o demasiado mediocre. Egosistas, valoran, por el contrario, un éxito social, profesional, amoroso, o financiero, prometedor de un futuro más próspero, a partir del mismo hastío de la vivencia inmediata.

Cualquiera que sea su naturaleza, esas ambiciones surgen directamente bajo el influjo de los valores que preconiza el medio a que pertenecen, y se conforman más o menos fielmente a éste medio de sí el joven, convencido de-

haberse al fin separado de la empresa adulta, ha recobrado, gracias a esta libertad, la confianza y el respeto hacia sus padres o sus maestros. Por el contrario reaccionan en sentido diametralmente puesto, si los conflictos que ocupan a los adultos a nivel de las elecciones profesionales o deportivas como al de las vocaciones religiosas, políticas o de otro tipo. Todo lo que estos impulsos y movilizaciones tenían de irrazonable y de onírico se calma y se disciplina poco a poco, a medida que el adolescente aprende a considerar las realidades del mundo exterior. Según los partidarios de una crisis de adolescencia repentina y tormentosa, limitada en el tiempo y con un curso intangible, lo que señalaría, el principio de la madurez, la depresión definitiva de las inquietudes adolescentes, es la armonización entre los sueños de juventud y la toma de conciencia progresiva de la realidad.

Esta es la exposición resumida de las diferentes fases que, según algunos observadores, señalarían, en una sucesión cronológica rígida, el paso de la infancia al estado adulto.

Tal sistematización se adorna, evidentemente, con la seducción de todas las leyes científicas y por esta razón conserva tantos más defensores, cuanto que es justo subrayar que la misma se aplica a muchas evoluciones juveniles.

Sin embargo, sería falso concluir que todos los adolescentes, para llevar a buen término su proceso de maduración, están obligados a presentar todos los síntomas y a repetir escrupulosamente todas las etapas.

Para elaborar esta teoría, los psicólogos abogan preferentemente por el estudio de los adolescentes que son más capaces de responder de modo completo e inteligente a los cuestionarios que se les proponen:

Al tratarse de bachilleres, de alumnos de centros de formación de profesorado o de estudiantes en general, que tienen en común la pertenencia a la misma zona cultural, la adquisición de conocimientos y de modos de razonamiento idénticos, el aprendizaje de especulaciones abstractas, parece normal que sus maduraciones psicológicas emprendan caminos paralelos y reflejen mismas estructuras de pensamiento. Pero esta teoría, al convertir de este modo la crisis de la adolescencia en patrimonio exclusivo de unos privilegios, lleva forzosamente a la conclusión de que aparte a todos los jóvenes privados de los

medios intelectuales necesarios para su crecimiento y su desarrollo normal. Es to es lo que han creído afirmar algunos autores, al pretender que "la forma---ción espiritual poseía sus leyes propias y sólo podía ser entorpecida por la -necesidad de una colaboración precoz con los adultos para ganar el pan de cada día".

Según ellos y esto por otra parte, era más cierto en la época en que escribían que hoy los aprendices y los trabajadores jóvenes, al no conocer ni inquietudes ni rebeliones, pasarían sin transición de la infancia a un estado-adulto del que adoptarían de un modo espontáneo y sin choques, todos los hábitos y todos sus valores.

Al economizar una crisis que hubiera podido perturbar su inserción -social, ya no recogerían sus frutos y se encontrarían así condenados a maduraciones incompletas, justamente compatibles con la obligatoria modestia de sus-obligaciones profesionales (38).

Llegar a tales afirmaciones equivale inevitablemente a decir que la-adolescencia es un lujo. Equivale a quitar a la descripción sistemática, que -tan agusto se ha hecho, cualquier especificidad y cualquier universalidad. Es-admitir que tal descripción sólo representa, a lo sumo, un esbozo de actitudes y de reacciones y que, por lo general, y en su forma clásica, sólo constituye-un fenómeno excepcional, ligado de modo esencial a las estructuras socioeduca-tivas de algunas poblaciones juveniles, europeas o norteamericanas.

La nueva contribución de los historiadores y de los etnógrafos en el estudio de los problemas de juventud, ha venido a confirmar la hipótesis de --que el concepto de adolescencia tiene un contenido más cultural que psicológi-co.

Hasta no hace mucho, el paso de la infancia a la edad adulta, en ---nuestras civilizaciones occidentales, se efectuaba sin que mediara un estado -latente, sin un período intermedio. La pubertad marcaba, en el antiguo derecho romano, el principio de la capacidad civil y su comprobación autorizaba al joven a pretender todos los derechos y deberes del ciudadano. Entre los francos--y los germanos, era suficiente el poder de llevar las armas para ser juzgado--

(38). Psicología Infantil y Juvenil p. 223

como adulto. Mas tarde, tanto en la Edad Media como en la Edad Moderna, el joven que rondaba los trece años, a menudo, antes de cualquier signo puberal, ya se tratase de un hijo de burgués o de señor, abandonaba radicalmente sus estudios para dedicarse a los negocios o a la carrera de armas, sin que la ternura propia de su edad le mantuviera al abrigo de cualquiera de los peligros o de las responsabilidades de su nuevo estado. En sus caracteres, la Bruyere lamentaba la presencia en el Parlamento Francés de consejeros de 16 ó 17 años, y -- evocaba a "aquellos adolescentes que, apenas salidos de los bancos de la escuela, pasaban de los palmetazos a la púrpura". Jovenes banqueros, oficiales, negociantes o sabios, ya que el hecho era hasta tal punto frecuente, que pasaba por natural en una época en que la longevidad media no sobrepasaba los 35 años y no daba lugar a ninguna crítica.

En aquel tiempo, sólo testimoniaban las turbulencias y los desequilibrios, considerados hoy como sintomáticos de la juventud, algunos pocos estudiantes o aprendices de artesanos, es decir, aquellos mismos que, en un mundo tan desprovisto de información, eran los únicos en poder alimentar su curiosidad intelectual con los materiales necesarios. A los demás, la comunión solemne cristiana bastaba para hacerles franquear en algunos días la frontera entre la infancia y la madurez como en la misma perspectiva de iniciación, la "noche de vela" y la armadura consagraban a los caballeros medievales o entre los druidas, un breve retiro, afirmaba y precedía a la emancipación de los celtas nobles.

El papel de estas ceremonias de iniciación, cuya influencia catártica y maduradora tal vez nuestra sociedad ha desdeñado demasiado, ha sido particularmente por quienes se han asomado a las costumbres, aún vivas, de algunas tribus consideradas todavía en la actualidad como primitivas. Entre ellas, igual que sucedía entre nosotros ayer, la adolescencia no tiene una existencia real, como período más o menos largo entre dos edades de la vida. La infancia no se prolonga hasta el estado adulto, en crisis sucesiva, sino que la mayoría de las veces, por el contrario, termina brutal y casi arbitrariamente, según los ritos locales; este fin viene por lo general señalado por una ceremonia de iniciación, cuyo simbolismo traduce, a un tiempo, el abandono de los hábitos pueriles y la adquisición de los privilegios y de las responsabilidades del hombre fuerte. Esas ceremonias constituidas por pruebas diversas, como retiros --

prolongados y solitarios en lo más profundo de los hostiles bosques, mutilaciones voluntarias y dolorosas, competiciones azarosas, tienen todas ellas en común, el atestiguar la energía y el valor de los jóvenes, hacerles tomar conciencia a ellos mismos de la naturaleza y de sus potenciales. Al forzarles a su- perarse, a demostrarse que son tan resistentes e insensibles a la fatiga o al- dolor como sus mayores, estas pruebas eliminan de modo definitivo todos los -- sentimientos de inferioridad que perturban tan frecuentemente, en nuestra so- ciedades, a los adolescentes poco seguros de sus fuerzas. A partir del momento en que se sienten iguales a los más fuertes y a los mas prudentes, se liberan- de modo inevitable de cualquier agresividad compensadora respecto del conjunto de la comunidad. ¿ Cómo no se desembarazaría también, en esta ocasión, de los- recuerdos y de los lazos de una infancia relegada al pasado en algunas horas?.

¿ No es precisamente esa certidumbre de su fuerza, de su propio va- lor, medido en términos simples pero convincentes, la que buscan tanto nues- tros jóvenes, ávidos de probar su madurez a cualquier precio (y hacerla recono- cer por los adultos), tanto a través de marcas deportivas como de lances amoro- sos o de manifestaciones más sistemáticamente violentas?. Si nuestros adole- scentes supieran con certeza que calidad de adultos les será reconocida, un -- día cualquiera, de modo ostensible, aunque fuese a costa de superar unas prue- bas determinadas, ¿ La reivindicarían tan menudo tan temprano, con tanta torpe- za y con tanto exceso ?.

La seguridad que tienen los jóvenes primitivos, una vez iniciados, - de estar insertados de modo definitivo en la comunidad adulta, parece preser- varles, también, de todas las inadaptaciones sociales y de todas las inquietu- des de las que tan pródigos son sus contemporáneos mas civilizados. El hecho - de que la introducción de la civilización moderna en esas tribus parecra, por- el contrario, comenzar a condenarlos a los mismos desequilibrios, muestra, una vez mas, la importancia de los factores culturales en la etiología de esos fe- nómenos.

No contenta con minimizar de este modo el papel de la psicología, la observación etnográfica ha contribuido asi mismo a poner en entredicho algunos de los elementos básicos a partir de los cuales el psicoanálisis, al elaborar- una teoría sexual de la maduración, había creído poder dar, por su parte, un -

contenido específico a la noción de adolescentes. La etnografía ha permitido, en particular, negar la universalidad de ciertos complejos, juzgados como casi indispensables para la edificación de la personalidad juvenil, tales como, por ejemplo, los del Egipto o de Electra, de los que jamás se han encontrado huellas en las sociedades matrilineales. El papel diferente del padre en comparación al que tiene en nuestras sociedades patrilineales, ha llevado a relaciones padre-hija diferentes, sin impedir los aprendizajes y los equilibrios sexuales normales. Parece ser, por el contrario, que la sexualidad no está ligada al desarrollo de los órganos de sus estímulos hormonales, sino que se realiza de un modo precoz y muy rápidamente, he aquí otra noción que hay que subrayar, ya que trasciende de lo psicológico a lo fisiológico. Por otra parte, pocas veces las ceremonias de iniciación coinciden exactamente con la madurez sexual y, muy a menudo, por lo contrario en particular en las pequeñas colectividades, las mismas acogen, de una sola vez, cada cuatro o cinco años, a todos los niños y adolescentes de diez a quince años.

¿ Que ocurre en estas condiciones con una adolescencia por completo bajo la influencia de los procesos psicológicos y orgánicos insensibles a cualquier sollicitación exterior, en particular a las del medio ?. Recientes trabajos sociológicos han venido a disipar todos los escrúpulos que podían conversar los tímidos despreciadores de estas tésis.

De este modo, aunque en la actualidad nos esté permitido observar en nuestras sociedades un participación cada vez mayor de los jóvenes de todos los medios en las manifestaciones habituales de la crisis de originalidad juvenil, y aunque cada vez son más los adolescentes que hacen alarde de sus excentricidades o de sus inestabilidades, esta generalización del comportamiento, hasta ahora reservado a sólo una élite intelectual, parece directamente relacionada con la ampliación de las fuentes de información y de conocimiento, de las que se aprovecha el conjunto de la población.

En los centros polivalentes de formación profesional, donde coexisten diversas secciones de aprendices, aunque se benefician, en ocasiones, de escolaridades diferenciadas, las actitudes adolescentes diferensensiblemente dentro de una misma institución, y parecen estar directamente relacionadas con los respectivos lugares que ocupan en cada programa la cultura general o

las actividades manuales. Cuantas más horas dediquen al taller y más discretas sean las crisis juveniles, más discretas sean las crisis juveniles, más sobrepasa la enseñanza la simple tecnología y mas se opone al comportamiento de los alumnos, cualquiera que sea su medio de origen, al clásico de los estudiantes y de los bachilleres.

Los futuros técnicos, ante la formación general demasiado abstracta y la perspectiva de un futuro socioprofesional mediocre que no les va a permitir satisfacer por entero las ambiciones sustentadas durante su escolaridad, - manifiestan, hoy en día, rebeliones, inquietudes y desencantos mas profundos - que sus compañeros de enseñanza secundaria, los cuales están demasiado preocupados por sus exámenes para permitirse, como sus mayores, la menor ensoñación. Lo mismo sucede con otros jóvenes que, aunque privados de un verdadero aprendizaje intelectual para la interrupción precoz de sus estudios, no disponen menos, gracias al cine, a la radio o a la televisión, de una aportación desordenada pero abundante de informaciones acerca del mundo. Estos jóvenes trabajados no especializados, esos jóvenes agricultores, esos adolescentes de barriadas del campo, comienzan asimismo a testimoniar, en sus nuevos hábitos de vida rebeliones, impulsos e inquietudes que solo parecía sentir hasta hace poco una cierta élite. Y esto sucede en el momento en que, por el contrario, los más -- cultivados de su generación, los mas avanzados en los estudios superiores, los mas al día en el pensamiento moderno, sin renegar en absoluto de sus apetitos de independencia y de libertad, parecen cada vez mas tentados a desembarazarse de sus antiguos oropeles novelescos.

Ocurre como si el nivel cultural medio de las sociedades occidentales se elevara progresivamente alcanzando cada estrato de población juvenil, - uno detrás del otro, un umbral constante de conocimiento y de curiosidad intelectual, hecho tanto de ignorancia como de saber, siendo este hecho un generador obligatorio de incertidumbres y de inestabilidad caracterológicas.

En cuanto haya aprendido a tomar gusto por los juegos del espíritu, - y dispongan, en cantidad suficiente, de los materiales para su alimentación, - los jóvenes, al salir de la infancia, se verán conducidos de un modo natural a interrogarse acerca del mundo y sus problemas, sobre la realidad de su propia esencia y sobre su devenir.

La crisis de la adolescencia se reducirá entonces al reflejo psicológico de un estudio preciso de desarrollo intelectual, sin el cual no serían posibles ni la introspección reflexionada, ni la singularización ante el medio ambiente. Una vez sobrepasado este estadio en el plano de los conocimientos y de los aprendizajes espirituales, el hombre joven o el adulto estaría ansioso por librarse de su cortejo de estériles contradicciones, para comprometerse, - sin mirar ya más hacia atrás, en el camino sin retorno que habría escogido definitivamente.

Muchos, al no querer o no poder franquear esa frontera entre el ensueño y lo concreto, entre los placeres de la dialéctica íntima y los rigones de la certidumbre, se veían condenados a un estado de adolescencia sin fin. -- Tal sería por ejemplo, la suerte envidiable o despreciable de los poetas, de los investigadores, de los filósofos o de los aventureros y de los frustrados.

Si ser adolescente consiste en aprender a dudar de todo, en juzgarse en un perpetuo devenir, el permanecer en tal estado ¿no equivale entonces a rechazar la comunidad de las verdades reconocidas y el logro de un status legítimo y definitivo? ¿no es continuar aspirando a todos los progresos, sin contentarse jamás con lo que se logra, sin satisfacer nunca de uno mismo y de los demás?.

Al confundirse la noción de madurez con la de realización, la de juventud o adolescencia se encuentra casi siempre ligada a la de estado incompleto. Por ello, pensamos que los jóvenes, al tener en nuestros días y en nuestras sociedades cada vez más la idea de sentirse inacabados, ven de este modo cómodo sus problemas que adquieren un lugar cada vez mayor en las preocupaciones de la ciudad:

Tal vez porque los adultos parecen sus hermanos menores, es por lo que nuestros adolescentes experimentan dificultades cada vez mayores para tomarlos entre diversas opciones que la sociedad les propone y hacen exasperantes sus manifestaciones de originalidad juvenil.

Esta es, la razón de las rápidas transformaciones de nuestro mundo - actual, y lo que explica que una definición actual de adolescencia ya no pueda tener nada en común con la que se daba ayer, cuando los roles de cada uno en - el seno de la comunidad parecían sagrados. Tal vez a partir de Rousseau y Stan- ley Hall, todos cuantos han tratado de explicar la adolescencia hayan tenido - razón en su tiempo; tal vez, el interés que se mantiene por los problemas de - la juventud sea debido a que estos constituyen los mas fieles reflejos de la - evolución de las sociedades.

Mantienen las estructuras sociales permanentemente fijas, les es su- ficiente a los juvenes; de modo espontáneo, o a través de diferentes ritos de- iniciación, compararse con los valores adultos-patrón para constriir, con más- o menos facilidad, sus personalidades, desprenderlas de la infancia, darles au- tonomía y posibilidades futuras de éxito. Ya que en estas circunstancias los- fines y los papeles están claros, los elementos psicológicos, o incluso fisio- lógicos, son los únicos que pueden complicar las adaptaciones o las insercio- nes sociales, que se presentan fáciles. Para sentirse adulto, es suficiente -- sentirse parecido al modelo elegido.

Como han subrayado los psicólogos genéticos, "el desarrollo es enton- ces progresivo, contínuo, caracterizado por una profunda unidad funcional y el joven a lo largo del camino que recorre, para alcanzar el estado de adaptación y de equilibrio del adulto, recibe el constante estímulo de la inadaptación de sus conductas".

¿ Cómo puede ser así cuando, y este es el caso de la civilización -- occidental actual, como ya hemos dicho, la sociedad parece incapaz de ofrecer- a su juventud los necesarios ejemplos de maduración, cuando una sensación cre- ciente de sentirse inacabado invade a sus miembros más sensibles y evolucion- dos?. (39).

Muchas son las razones de este nuevo estado de cosas. Unas estan re- lacionadas con rapidez del progreso científico y con la amplitud de sus conse- cuencias técnicas y sociales. En cuanto mas avanza la humanidad por los cami- nos del descubrimiento, mas larga le parece la distancia que le queda por reco- rrer para adquirir un verdadero conocimiento. Cuanto más recibe mas espera.

(39). Psicología Familiar op.cit. p. 201.

Replegada hace poco en su pasado, ahora no ve más que el porvenir y se impacienta por no avanzar lo bastante de prisa. Cuando todos los proyectos, ¿Cómo no se va a sentir también el hombre en perpetuo de venir y aún muy incompleto?.

En el plano práctico de la profesión y del status social, ¿qué estabilidad, que seguridad, qué tipo de realización puede proponerse como ejemplo, condenado como esta a incesantes reformas o a graves cambios económicos?.

Otras razones se relacionan con elementos morales o metafísicos más-específicos. Al mismo tiempo que se priva de los valores morales y religiosos-que, hasta ahora, enlazaban la mayoría de las conductas con un plano superior-inmutable, el hombre moderno, mejor informado del pasado y más curioso ante el porvenir, aprende a pensarse en un continuo temporal incompatible con cualquier sentimiento de finitud.

Mucho más importante, aunque sean pocas veces evocados, parecen ser los factores relacionados con el reciente y muy importante aumento de la longevidad humana que, en término medio, se ha mas que doblado en un siglo. Sus --- efectos añaden a los del alargamiento, asimismo considerable, del tiempo de la formación profesional, para variar completo las relaciones y familiares que --servían antaño de trampa para la inserción social de los jóvenes. Basta citar-algunos ejemplos, para poner en evidencia las distorciones aparecidas reciente-mente entre las nociones clásicas de madurez y la realidad de las soluciones y de los ejemplos propuestos a los adolescentes.

Cuando algunos estudios se prolongan más allá de los veinte años, ¿-se convierte uno en adulto el día en que comienza, al fin, el trabajo asalariado o, en cambio, es en el momento en que se contrae matrimonio, aunque no se -hayan terminado los estudios o cuando psicólogos o médicos han podido, mucho -más pronto comprobar una total realización orgánica e intelectual?.

¿ Donde se sitúa la realización que deberían tomar como referencia -los mas jóvenes ? Por otra parte, ¿ Un adolescente puede recibir de su padre -una imagen realmente maduradora cuando, como ocurre con frecuencia, ese padre- parece no haber aún escapado el mismo a la autoridad o a la tutela financiera-de sus propios padres?.

Era fácil sentirse adulto a los veinte años cuando la vejez comenzaba a los cuarenta y cinco años, y la muerte alcanzaba a la mayoría de los contemporáneos antes de los cincuenta años. Ya no lo es tanto cuando los padres y las madres han permanecido jóvenes, y capaces de rivalizar con sus hijas y con sus hijos adolescentes en casi todos los campos, y, en particular, en el terreno deportivo, amoroso e intelectual, donde los jóvenes se muestran tan celosos de sus marcas y de sus éxitos. Cuando los padres afirman tener aún toda la vida ante sí, ¿Como no van a ver los hijos taponado su propio futuro? Es muy difícil para los mayores, que se sienten jóvenes, el ayudar a los jóvenes a serlo menos. Aunque quisieran no sabrían que ejemplo proponerles.

Estos no son mas que algunos de los factores que frustran a los adolescentes cuando buscan un verdadero modelo de maduración. Sería fácil evocar muchos otros, políticos, sociológicos o culturales, hacia lo que también la acción frustrante corre el peligro de amplificarse.

En estas condiciones, es de temer que, cada vez más, muchos jóvenes -inacabados, inmaduros, en un mundo asimismo cada vez mas conciente de estar incompleto, no encuentran en esta estructura razones nuevas para complicar o incluso rehusar sus inserciones y sus adaptaciones.

Y ello, en el mismo momento en que la elevación media de los niveles de conocimiento, de información y de cultura general, permiten a un número mayor de ellos aumentar de modo paralelo su nivel de aspiración, es decir, a no satisfacerse con las maduraciones incompletas con las que se contentaban la mayoría de sus antepasados.

Es justamente cuando se exagera su sed de autonomía, de realización y de absoluto, cuando la sociedad les priva de los puntos de referencia y de los modelos necesarios para su apaciguamiento. Cuando perciben un objetivo, este huye de ellos. Aunque esta contradicción sea inherente a la naturaleza humana, ¿ como van a asumirla los jóvenes por propia iniciativa sin dar la impresión de un gran desconcierto?.

Las dificultades que surgen de tal confusión, comienzan ya a desbordar el periodo de los 15/20 años para plantearse también a los jóvenes adultos. Probablemente, llegará el día en que nuevas categorizaciones psicosociales atestigüen, a su vez, las consecuencias inevitables de una confrontación cada vez -

mas dramática entre un progreso galopante y una concienciación cada vez mayor.

Tal vez está próximo el momento en que el mundo estero se contratará-sufriendo "del mas de adolescencia".

Puede ocurrir sin embargo, que la prudencia, ya perceptible en algunos de los jóvenes mas cultivados y mejor equilibrados de hoy, nos prometa el -triunfo de nuevos valores, de nuevos criterios de maduración, capaces, a través de las relaciones adultos-jóvenes diferentes, de volver las definiciones actuales de la adolescencia tan caducas como todas aquellas que las precedieron.
(40).

En la época actual se generaliza el uso de drogas ilegales, aunque el de las legales apenas varía. Los protagonistas principales del consumo son los jóvenes. Por otro lado, se comprueba una disminución en la edad de iniciación a la droga, apareciendo niños de doce y trece años que ya las utilizan. También -desciende frecuentemente el porcentaje de adictos a partir de los veinticinco - años.

Entre los consumidores habituales de estos productos suele existir -- una filosofía de la vida con rasgos comunes, una jerarquía semejante de valores y una conciencia de grupo diferenciado. Todo ellos confiere al adicto, unas actitudes y una conducta de rasgos peculiares.

El fenómeno de la droga en sus términos actuales se remota al nacimiento del movimiento hippy. En los años sesenta empezaron a aparecer en Estados Unidos nuevas posturas críticas respecto al sistema socio-político, que -- pronto echaron raíces entre un sector de la juventud. Los valores consumistas, las comunidades fáciles y el contenido materialista de las sociedades avanzadas eran rechazados en áreas de un ideal diferente. A la violencia, al individualismo, al dinero, al trabajo alineado, se contraponían nuevos valores basados en la solidaridad, el pacifismo, la vida en común y la primacía del placer sobre el trabajo. Este sector de la juventud reivindicaba, e intentaba implantar, un nuevo modo de comunicarse y una nueva sensibilidad que pronto empezaba con la creación de su propia música, su literatura, su pintura, etcétera. Este nuevo espíritu juvenil encontró su apego en las grandes concentraciones hippies de -- los años sesenta. El rechazo del sistema social adquirió formas variadas, donde las manifestaciones por cuestiones políticas, como la guerra del Vietnam, hasta las propuestas Universitarias contra el sistema educativo. La ruptura con las normas sociales establecidas se materializó en una forma de vestir, de realizarse y de vivir. Frente a la moral tradicional, se reivindicó el derecho al propio cuerpo, la libertad sexual y el amor libre.

El intento de encontrar nuevos estímulos sensoriales, por un lado y -- el rechazo de las normas culturales y legales vigentes, por otro, confluyeron y se aglutinaron en torno a un fenómeno nuevo que sirvió a la vez de desafío a la

establecida y de medio para ampliar las percepciones y sensaciones físicas. Este puente lo constituyeron las drogas ilegales, cuyo consumo tuvo en sus inicios unas claras connotaciones de rechazo a los valores establecidos, convirtiéndose en un símbolo para los jóvenes contestatarios que expresaban así su anti-conformismo y oposición al sistema. Por otra parte, la droga se convirtió en la señal que identificaba y unía a este tipo de juventud.

La década de los sesenta alcanzó su expresión más crítica con la rebelión estudiantil de mayo de 1968. Toda Europa se vió sacudida por la nueva ideología de cambio que enarbolaban los jóvenes. Posteriormente, surgieron nuevos caminos en el movimiento de contestación juvenil, uno de ellos fué, por ejemplo la creación de las comunas. (41).

La grave recesión económica iniciada a mediados de la década de los 70 agudizó los problemas de toda índole en numerosos países, y la confianza en las posibilidades de ruptura levantada por la juventud de los años 60 desapareció, dejando un impresionante vacío. Los jóvenes comprobaron la capacidad del sistema para soportar la protesta y admitir, deformadas, algunas de sus ideas transformadoras de las costumbres.

El espíritu de los jóvenes, a comienzos de la década del 80 era pesimista, y el desencanto se había generalizado. Todo ello se plasmó en el llamado pasotismo, actitud que consiste en marginarse por la vía de la pasividad y evitar todo posible compromiso. Los grandes objetivos de transformación social que dan ya muy lejos. Como resultado de todo ello, ha variado el valor simbólico -- que la droga tenía para un sector de la juventud. Los descendientes del movimiento hippy siguen en desacuerdo con el sistema, pero sólo para algunos la droga es un símbolo de lucha. Para otros muchos constituye un mero recurso que facilita la evasión, la huida, aunque continúe sirviendo de emblema diferenciador de ciertos grupos.

El consumo de droga se ha extendido actualmente a muchas personas y grupos que lo utilizan sin ninguna intención contestataria ni significado revolucionario, sino mas bien porque está de moda o como requisito de progresismo y--

(41). Enciclopedia Psicología p. 427.

fundamentalmente, por la presión a que se ven sometidos los jóvenes por las grandes organizaciones internacionales que producen y distribuyen la droga. -- Los grandes ingresos que estas obtienen de su comercialización son una poderosa razón para mantener y reforzar su consumo.

Es fácil comprobar que muchos jóvenes que se drogan con frecuencia carecen de razones claras para ello. Sus motivos son ambiguos y simples, toman droga para estar mejor. Este consumo es indicativo de la existencia de un malestar entre la juventud, indefinido, pero general. El aburrimiento y la monotonía pueden ser una razón que lleve a la búsqueda del placer fácil, y el descontento general a la búsqueda de la evasión. Para intentar la superación de estas situaciones, los jóvenes tratan de ampararse en la droga. Sus efectos de de sinhidores crean una amplificación de toda sensibilidad que se materializa en un estado anímico de euforia y relajación. La alucinaciones y otros efectos psicológicos permiten al individuo la creación de una realidad ficticia en la que se siente mínimamente seguro y tranquilo. No obstante, los jóvenes son --- conscientes de que la droga no resuelve sus problemas ni aporta soluciones definitivas, pero les sirve para aislarse hasta cierto punto de una realidad que les produce frustración. (42).

6.2

ASPECTOS PSICOSOCIALES

Aunque las razones individuales que llevan al joven a consumir drogas son muy diversas, es posible encontrar una explicación satisfactoria en la situación característica en que vive, tanto a nivel de desarrollo psicológico como físico o social. Al encontrarse el individuo en la etapa de transición entre la infancia y la madurez, se produce una serie de procesos de suma importancia para la adquisición y consolidación de la personalidad.

Para entender las motivaciones psicológicas del adolescente que se inicia en el consumo de drogas, según la teoría psicoanalítica habría que remontarse a su infancia, cuando el niño dependía totalmente de su madre y fanta seaba con tenerla para él sólo y cuando el quisiera.

(42). Consultor de Psicología Infantil y Juvenil. "La adolescencia" p. 246-250

En la adolescencia, el joven se encuentra con que ha de romper con los ligámenes simbióticos que le unían a sus objetos primarios y reconstruir su mundo interno para desprenderse y diferenciarse. Esto dá lugar a una gran ansiedad que genera confusión, y el muchacho se siente vacío y desorientado al encontrarse entre un pasado que no le sirve y un futuro incierto. Este sentimiento de pérdida hace que busque en el ambiente algo con que llenar este vacío inminente, adheriéndose a personas o cosas con las cuales pueda recrear su -- vínculo simbiótico, el uso, abuso o adicción a las drogas es el sustituto con que se intenta una cierta recuperación del equilibrio.

El adolescente que se siente "normal" con drogas se semeja al bebé -- que se siente "normal" con la madre; este estado de bienestar borra todo aquello que le atormenta de su pasado y de su futuro, eludiendo problemas y responsabilidades. Por otra parte, se encuentran el ansia de experimentar y la -- curiosidad ante todo lo nuevo.

Es fácil que el adolescente con pocos recursos psicológicos encuentre en la droga un medio para escapar a la inseguridad y al aislamiento producidos por las dificultades de adaptación a su nueva situación. El joven puede buscar la droga para relajarse y tener la sensación de descubrir nuevas maneras de ser y de sentir sin vivir la angustia del cambio. La droga también puede -- representar la posibilidad de compartir experiencias vitales con los amigos y de ser comprendido, aislado y extraño, sino uno más entre iguales.

El proceso de cambio, conflictivo en alto grado, sigue un curso normal en la mayoría de los jóvenes, pero existen casos en los que esta crisis se da con mayor agudeza y resulta más difícil de superar. En algunos adolescentes puede darse una timidez exagerada, que les incapacita para relacionarse con -- los demás, o bien ciertos complejos basados en reales o imaginados defectos -- físicos acompañados de fuertes sentimientos de desvalorización o de inferioridad, así como diversos problemas asociados a trastornos neuróticos de índole varia.

Problemas de estos tipos pueden motivar el recurso a la droga entre ciertos jóvenes para escapar así a una ansiedad que, en algunos casos, se -- torna insoportable. De todos modos, en este apartado de motivaciones por -- trastornos de personalidad, el número de jóvenes constituye una minoría. --

tampoco debe deducirse de lo anterior que todos los consumidores de droga sean individuos psicológicamente desequilibrados. Esto sólo es cierto en algunos - casos, pero no conviene generalizar en absoluto. Con excesiva frecuencia se - cataloga a los jóvenes que toman droga como inmaduros, enfermos, asociales de- lincuentes o perversos. Todas estas opiniones son fruto de medios internos, - de fantasmas creados por una propaganda superficial o proyecciones personales que sirven para expirar ciertas culpas inconcientes.

Podría considerarse la utilización de las drogas, por parte de los - adolescentes como un síntoma a través del cual expresan su conflictividad y a la vez, un intento por solucionarla.

En tal caso, el síntoma palmario sería la pérdida de los vínculos pri- mitivos, y el intento de solución sería mantenerse en un estado de indiferencia- ción alertargada (como el bebé) facilitado por algunos fármacos (narcóticos, barbitúricos, derivados del opio, etcétera) o distorcionando el espacio y el - tiempo con la marihuana, anfetaminas. LSD, etcétera.

Con ello, el adolescente niega todo lo que significa crecimiento, - individualización y personificación. (43)

Un factor motivador del abuso de drogas es el sentimiento de fracaso que se produce en muchos jóvenes cuando no consiguen superar algunas situacio- nes que los rodean, lo que les enfrenta a molestos sentimientos de culpa que - intentan compensar por otras vías.

Si el Yo del muchacho en formación se siente débil e inseguro, necesa- rita hechos y pruebas que le demuestren su valía, que le confirmen su capaci- dad personal para desenvolverse frente a los problemas que les presentan tanto en sus relaciones con los demás como en sus actividades, ya sean de tipo inte- lectual o laboral. Necesita ocupar un puesto, sentirse alguien de cierta - - importancia. Para fortalecer su Yo y conocer los límites, necesita ponerse a prueba e intentar la superación de algunas dificultades.

Pero, durante esta etapa, suele darse una serie de fracasos que de- jan maltrecha la imagen que tiene de sí mismo el adolescente. Es el momento - en que algunos fracasan en los estudios y los abandonan. También acostumbran

(43). Ibidem p. 438.

a producirse en las relaciones interpersonales o familiares, de modo que su -- autoestima se ve seriamente dañada; aparecen entonces estados depresivos junto a sentimientos de vacío e inutilidad.

En este momento, la necesidad de protagonismo, de sentirse importante para los demás, puede conducir al adolescente a encontrar en las drogas el mecanismo a través del cual compensar sus sentimientos de inferioridad y de marginación. El consumo de drogas ilegales, y, por tanto prohibidas, supone un riesgo que puede revalorizar al individuo ante quienes no se atreven a ello. De esta manera, puede sentirse compensado ante la falta de éxito y reforzar, -- así su Yo.

Por otro lado, los actos del joven se convierten en centro de interés para los que le rodean, con las drogas llama la atención, los demás se -- preocupan por lo que hace, en suma, se siente protagonista. Además la sensación de "ser un rebelde" refuerza su valor para enfrentarse al entorno que le ha hecho fracasar, y que en cierto modo, le ha rechazado. Convirtiéndose en -- consumidor de drogas, su marginación ya no le es impuesta u obligada, sino que está elegida voluntariamente, la puede convertir, por consiguiente, en emblema y razón de ser, más aceptable que la integración en un sistema injusto al que empieza a criticar y despreciar. Esta forma de rebelarse es ineficaz, -- puesto que, aunque transgrede las normas, inutiliza el pensamiento y la acción con lo que el muchacho podría revisar y luchar contra situaciones sociales que le parecen injustas. En cambio, se ve sometido a un letargo y a un conformismo pasivo que restablece de otra manera, el vínculo simbiótico con el que, a -- nivel manifiesto, pretende precisamente romper. (44).

Otro aspecto conflictivo en la transición entre infancia y adolescencia es la carencia de metas hacia donde dirigir las potenciales y las energías juveniles. La profunda crisis general de valores y de la cultura universales se manifiesta también en la vida del joven. Si con él movimiento hippy, los -- muchachos rechazaban voluntariamente la integración (cuando ésta era posible), porque no aceptaban los valores vigentes, hoy, para muchos jóvenes el fenómeno es distinto. La falta de integración social no se debe hoy en día tanto a -- una elección personal como a la dificultad para encontrar un puesto en la sociedad.

(44) Ibidem. p. 438

Muchos jóvenes no encuentran posibilidades de elección, Si deciden - iniciarse en el trabajo, se ven relegados a la inactividad por falta de puestos laborales, lo cual condiciona su desarrollo y les obliga a depender económicamente de la familia, Si deciden estudiar, pronto cunde el desánimo al intuirse abocados también al desempleo, con lo que pierde el poco entusiasmo que - pudiera tener. La imposibilidad de hacer lo que les gustaría produce en los -- jóvenes una frustración general, una insatisfacción por lo que les rodea, que les lleva a desconfiar del mundo adulto y a agruparse entre sí para, de esta - manera compartir su malestar y su descontento. Al no tener posibilidades de -- realización, el joven se hunde en la pasividad y el desinterés por todo. Su - vida, carente de objetivos claros, se hunde en una despersonalización y en un vacío de los cuales tratará de escapar a su manera.

La huida del joven no tendrá entonces como finalidad la consecución de unas metas sociales, sino que se realizará en dirección totalmente opuesta, - en el sentido de buscar satisfacciones de un modo tranquilo y sin dificultades, eludiendo toda la responsabilidad. (45)

El grupo constituye un factor de gran importancia, tanto en el desarrollo personal y social del adolescente como en el acercamiento de éste al -- consumo de la droga. Es sabido que, la mayoría de las veces, los primeros contactos con la droga se producen a través de compañeros que la toman, en el - - contexto de la pandilla.

La importancia del grupo o pandilla es vital, ya que, dentro de él, - el joven realiza la mayor parte de sus experiencias y actividades. La llegada de la adolescencia supone para el muchacho un descenso en el interés por la -- vida familiar y un distanciamiento en la comunicación y relación con sus - - padres, y, paralelamente un aumento de la convivencia con los amigos. Con ellos hace planes, se divierte, se comunica, el grupo se convierte así en lugar de - experimentación en las relaciones con los demás. En el grupo adquiere el jo- ven su afirmación respecto a los otros. Su personalidad conquista rasgos propios y diferenciados.

(45). Ibidem p. 442.

El grupo aporta al individuo la posibilidad de realizar actividades nuevas y reconoce los logros que de ellas se derivan. Al mismo tiempo, estimula a realizar cosas, porque de él, recibe el joven su valorización. Su identidad se desarrolla a través de las pruebas a que se ve sometido en el juego y la discusión con el grupo, que muchas veces tienen un marcado carácter competitivo. En conjunto, el grupo o pandilla es el marco desde el que se enjuicia la realidad, se vive la crisis de valores y se dan los primeros actos de transgresión de las normas establecidas. Cada individuo se siente apoyado y protegido por los otros, más seguro de sí mismo, porque sus ideas y valores están reforzados por los demás. Por otra parte, obtiene del grupo sentimientos de poder y pertenencia, la sensación de ser aceptado. En él vive el joven el proceso de socialización, por el es protagonista de algo, se siente más importante, menos débil e inseguro que frente al adulto.

En este ambiente, se llega de un modo u otro, a la primera oferta, a la primera invitación al consumo de droga, al primer porro, Como consecuencia de esta primera experiencia, surgen muy diversas expectativas, en ocasiones se fantasea sobre sus efectos, otras veces, se toma como un significado de iniciación y otras, por último, como algo normal que conviene probar. El individuo encargado de iniciar a los otros en la experiencia suele estar investido de cierto rol de líder, y puede ser valorado y admirado por el hecho de ser ya un iniciado. No obstante, otras veces suele ser algunos de los elementos menos relevantes dentro del grupo quien se sirva de la droga para compensar, de este modo, su bajo status y adquirir, con ello, un mayor reconocimiento.

Aventurarse a probar alguna de estas sustancias, hasta entonces desconocidas, puede ir acompañado de un temor inicial ya que las opiniones escuchadas a los adultos crean cierta prevención ante los potenciales peligrosos de la droga. Pero este primitivo temor se ve disminuido cuando la experiencia se comparte en grupo.

También sucede que las normas no explícitas del grupo presionan sobre sus componentes. Se debe mantener la imagen y mejoría, hay que ser capaz de hacer, como mínimo, lo que los demás e incluso llegar más lejos, si se puede. El sentido de la competencia y el miedo al ridículo impiden muchas veces

negarse a lo que los demás esperan que uno haga, y, por otra parte, tal negativa podría amenazar la relación con el grupo, ya que el individuo se vería en parte marginado o excluido al no participar en esa actividad. El joven tiende a evitar ese riesgo, el desea ser aceptado, busca el apoyo y la seguridad del grupo, necesita personas para comunicarse y compartir sus problemas, y por ello prefiere arriesgarse y superar los primeros titubeos antes que sentir la posibilidad de desvincularse de los amigos. De esta manera, la droga refuerza los lazos de unión de quienes comparten su consumo, al diferenciarlos de aquellos otros que no la utilizan o que la rechazan. (46).

Esta comprobado que la mayoría de los jóvenes que consume drogas se encuentra en conflicto con su mundo familiar. La llamada "crisis generacional" no es sólo un lugar común, sino una importante realidad de nuestra cultura. Es frecuente la queja o la dura crítica de los jóvenes hacia la incomprensión de sus padres; se sienten desentendidos y solos, extraños entre su propia familia. Comparten con esta el espacio físico y un mínimo de tiempo en común, pero intereses y preocupaciones específicos son vividos y compartidos fuera de la familia. En el seno de algunas familias la comunicación es la casa, el diálogo, muchas veces, difícil lo que se agudiza mas, si cabe, en este período.

También son frecuentes las quejas de muchos jóvenes acerca del poco interés que despiertan sus logros entre sus padres de la escasa valoración que hacen de sus mas íntimas aspiraciones.

Por otra parte, la conducta de muchos padres pronto deja de ser modélica ante sus hijos. Estos últimos viven una realidad totalmente diferente a la de sus progenitores, buscan su independencia y, en muchos casos, rechazan los principios y normas de conducta paternos. A esta actitud rebelde se opone la de los padres, empeñados en mantener su autoridad en el grupo familiar. De esta manera, la convivencia entra en un conflicto que tiende a hacerse crónico.

(46). Psicología Familiar, p.p. 216-218.

Mientras tanto el adolescente sigue dependiendo económicamente de -- sus padres, y soporta la degradación de las relaciones familiares por la con-- trapartida que, a nivel económico, le supone vivir en familia. Ante este calle jón sin salida, las relaciones entre padres e hijos se tornan tensas y difíci-- les. Los padres controlan y prohíben; el hijo no colabora en nada. A partir de este momento. No hay diálogo posible, ni intentos por resolver la situación. -- La dinámica familiar entra en crisis y acaba estallando violentamente.

Como ya se apuntó, la actitud adolescente será fruto de la educación recibida durante toda la infancia y, por lo tanto, el planteamiento frente a -- las drogas será distinto de un adolescente a otro, porque distintas serán tam-- bién las relaciones familiares y la influencia de las mismas es esta etapa.

El adolescente adecuado autoritariamente puede convertirse en un --- adicto si su actitud es de rebeldía ante la familia a la que estuvo tanto tiem-- po sometido, aunque sólo sea para fastidiar a los padres y porque aspira a de-- jar de depender de ellos. Sin embargo, su personalidad subordinada le puede -- llevar a buscar, aunque sea a nivel inconsciente, otro tipo de dependencia. Si por el contrario, no puede dar el paso hacia la independencia, debido a que se encuentra sometido a sus padres, seguramente no estará en el mundo de las dro-- gas, ya que tampoco entrará en el mundo de la adolescencia propiamente dicho.

Para el adolescente educado según un método autoritario convertirse-- o no en adicto dependerá del ambiente, de su angustia y de la capacidad de ra-- cionamiento que haya adquirido a través de sus éxitos y fracasos.

El adolescente que ha sido educado democráticamente dispondrá de mas recursos psicológicos y de mas información sobre las drogas, y la relación de-- los padres, al igual que su opinión, tendrán un valor positivo que evidentemen-- te influirán en su criterio respecto a las mismas. De todas formas, el paso de este adolescente a la independencia nunca será tan penoso porque, en realidad, hace mucho que lo esta dando, sin sentir que por ello pierde el amor de sus -- padres.

Si el diálogo nunca ha existido, no será en esa época cuando aparezca. El niño sometido a sus padres, una vez instalado en la adolescencia, quie-- re hacer su propia vida y, por tanto, le será posible huir de tal dependencia--

si encuentra otra con la que puede sustituirla las drogas, en dichos casos, pueden ser los sustitutos.

Si el diálogo siempre ha tenido lugar este continuará, aunque en condiciones más difíciles, durante la adolescencia, y la opinión de los padres tendrá un peso sobre el joven, quien sabe que escuchar no quiere decir necesariamente aceptar. A cambio, le ayudará a alcanzar planteamientos que puede discutir. Consciente como es de que el amor de sus padres no depende de las conclusiones que pueda llegar a elaborar.

Algunos estudios muestran una menor frecuencia de contacto con la droga, en jóvenes cuyas relaciones familiares son satisfactorias. Frente a una mayor incidencia en jóvenes pertenecientes a familias desorganizadas o poco estructuradas. En estas últimas, los papeles de cada miembro son confusos, los controles débiles y las normas contradictorias. También suele encontrarse en este caso una situación familiar difícil y problemática, como la ausencia de algún miembro relevante, o sucesos que hayan trastornado profundamente el clima efectivo general.

Igualmente se encuentra muy extendida entre los consumidores la sensación de no ser amados por sus padres y de ser tratados con hostilidad, frente al equilibrio efectivo más frecuente en grupos de no consumidores.

También ha podido demostrarse, en dichos estudios, un aumento del consumo de droga en hijos de padres de carácter inseguro, incapaces de afirmar su papel de un modo claro frente a sus hijos; o bien entre hijos de padres excesivamente indulgentes.

El desequilibrio entre afecto disciplina puede ser también una de las causas de trastornos de personalidad en el niño. En este sentido, parece positivo cambiar la disciplina con una gran libertad y con una adecuación en la responsabilidad. Resulta negativa una autoridad estricta y sin sentido, al igual que un clima donde se contengan las emociones que crea una falta de espontaneidad y de confianza.

En la familia de sujetos poco expuestos a la droga existe mayor armonía y tolerancia, respeto y disciplina, seguridad de los padres en sí mismos-

y en sus principios educativos, relaciones cordiales y lazos familiares fuertes. Es plausible que el joven que puede mantener buenas relaciones y que se comunica bien con sus padres y amigos, tenga un contacto con las drogas como una experiencia mas que no trascenderá. En cambio, el muchacho aburrido, con dificultades de comunicación, tiene muchas más posibilidades de pasar del uso a la adicción.

De todos modos, sería un error pensar que sólo la familia o los factores y motivaciones individuales son los responsables del consumo de droga. Esta reestrificación de la culpabilidad sería un recurso falso, ya que sólo servirá para ocultar raíces del problema, cuyos determinantes hay que buscarlos en el terreno social, económico y político. En este sentido no se debe olvidar -- que una sociedad en crisis, como la actual, no ofrece prácticamente ningún modelo de identificación para que la familia pueda transmitirlos a sus hijos.

La escuela es sin duda, la principal institución educativa para el niño y el adolescente. Por ello interesa analizar si desarrolla realmente una labor formativa entre los jóvenes, dotándolos de medios para afrontar racionalmente temas como el de la droga, o, por el contrario, si desatiende tales problemas.

El contenido que algunas escuelas dan al aprendizaje pocas veces es percibido por el alumno como algo vivo y útil, con lo que el estudio se convierte, para muchos jóvenes, en una pesada obligación. Ello favorece a la aparición de posturas críticas o de rechazo hacia el entorno social, además demasia de desánimo y de frustración, que conducen, en muchos casos, al fracaso escolar. En estas circunstancias, el camino del adolescente hacia la droga se encuentra abonado. (47).

(47). op.cit. p.p. 251-260

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

1.- Datos de Identificación

NOMBRE: C.U.V.
EDAD: 23 AÑOS
LUGAR DE NACIMIENTO: Morelia, Michoacán
LUGAR DE RESIDENCIA: Morelia, Michoacán
OCUPACION: Nutrionista Vegetal
ESTADO CIVIL: Soltero
RELIGION: Pertenece al grupo Evangelista
ESCOLARIDAD: Zootecnista
DOMICILIO: Juarez 110

2.- ANTECEDENTES:

- FAMILIARES

Heredó familiares: Carlos refiere tener su padre vivo de 80 años de edad, quien acostumbraba tomar todos los días mezcal y cerveza pero no se embriagaba su madre vive y tiene 72 años ambos están en casa "descansando" actualmente, en aparente buen estado de salud; tiene 9 hermanos 7 hombres y 2 mujeres (Fernando, Carolina, Hugo, Silvia, José Abraham, Francisco, Rafael de Jesús), - uno de ellos falleció por arma de fuego, los demás, en aparente buen estado de salud; el resto de los antecedentes heredó familiares es negativo (epilépticos, Oncológicos, Fímicos, Luéticos, cardiovasculares, diabéticos, Hemofílicos).

- PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Recibió todo el esquema de inmunizaciones; referente a sus hábitos higiénicos, realiza baño diario con agua fría, con cambio de ropa, aseo de manos después de defecar, lavado de dientes, no siempre tres veces al día, la vivienda donde habita con sus papas, tiene todos los servicios, piso de mosaico, buena ventilación e iluminación, buena higiene, no hay hacinamiento; en cuanto a la casa donde vive en rehabilitación, es de ladrillo con cemento, piso

de mosaico, buena ventilación e iluminación, no hay hacinamiento y está en una localidad rural ahí vive con 7 compañeros más.

Respecto a su alimentación, acostumbra almuerzo consistente en fruta papas con chile o con huevo, en ocasiones frijoles, leche muy pocas veces ya - que se les dificulta conseguirla, pero toma café o té; la comida consiste en - sopa de pasta, carne, frijoles, en ocasiones verduras pero varía según los ali-
mentos que consigan.

Su actividad recreativa es la música, ya que le gusta mucho tocar va-
rios instrumentos, (guitarra, órgano y violín).

- PERSONALES PATOLOGICOS:

De niño padeció con frecuencia cuadros gripales no proporciona -
datos en cuanto a otro tipo de enfermedades de la infancia; no ha recibido ---
transfusiones.

3.- PADECIMIENTO ACTUAL:

A petición del mismo paciente se realizó la primera visita a la-
comuna donde habita. Carlos empieza a referir su problema señalando que lo ini-
ció a la edad de 9 años, en el momento que le ofreció una pastilla de barbitúri-
cos (mandrax de 5 mg) un amigo mayor que el (5 años).

Se observa al joven, conciente, con edad aparente correspondiente a -
la cronológica; adaptándose al medio donde se encuentra; muestra actitud colabo-
radora; sonriente, respetuoso; de constitución delgada; pálido, con clara deshi-
dratación de su piel; con ropa limpia y aseada; acude por primera vez a este --
centro de rehabilitación para su atención.

Carlos ocupa el séptimo lugar entre sus ocho hermanos y considera que
aparentemente su familia cuando estuvieron juntos era "unida; todos son profe-
sionistas, uno terminó su Licenciatura; vive con sus padres y 2 hermanos casa-
dos, actualmente.

PRIMERA ENTREVISTA.

Carlos empieza a comentar cuando inició el Kinder, lo llevó su mamá--
por primera vez, recordándole este evento con agrado; inició su primaria a la -

edad de 5 años en una Escuela mixta hasta 3o de Primaria, posteriormente lo -- cambiaron a un Colegio privado, únicamente de niños, lo que le molestó pues es ta decisión la tomó su mamá, ya que siempre ella es la que ha mandado en su ca sa; al llegar al 5o año parte de un grupo de 6 a 8 compañeros entre ellos, uno mas grande lo inició en la droga, ofreciéndole unas "pingas" (pastillas de man drax de 5 mgs). También aprendió la masturbación con el mismo amigo lo que lo- hacía tener sentimientos de culpa y pecado, señalando que el no eyaculaba como su amigo, pues era muy chico.

Refiere que siempre ha sido muy inquieto y que se altera con mucha - facilidad ocasionándole hasta la fecha problemas personales muy serios, pero - que es también muy inteligente.

Carlos se queda pensativo y vuelve a recordar cuando estaba en el 5o año; comenta que siempre tuvo profesoras en toda su primaria y que sentía un a facto muy especial por ellas, no especificado; siempre se encariñaba y las que ría, era algo que le apretaba en el pecho ocasionándole angustia.

Realizó su 6o año y al término la profesora solicitó a todo el grupo fotos y papeles para su certificado, al no pedirselos a él le preguntó a la -- maestra cual era el motivo, respondiendo que como todavía era muy chico la se- cretaría de Educación Pública no lo había autorizado. Esto lo ocasionó mucha - rabia y coraje, volviéndose más insoportable hasta considerarlo en la escuela- un niño problema. Carlos comenta que fué una frustración ya que el era muy in- teligente y siempre tenía mejores calificaciones que todo el grupo.

SEGUNDA ENTREVISTA.

Carlos me recibe con agrado, sonriente, inicia la plática pero el se queda callado y suspira, se atropella al querer hablar ya que no encuentra co- mo iniciar, porque ha tenido muchas vivencias.

Refiere que se reinscribía nuevamente al sexto año, ocasionando du-- rante todo el ciclo escolar, problemas a la profesora del grupo y a la Direc*ci* ón de la escuela, ya que extrañaba a sus amigos del otro año y era tan fácil - cursar las materias que se distraía fácilmente y hacía travesuras. Para calmar lo la Directora lo llamaba a colaborar en otras actividades como el cuidado de otros grupos y acompañarla a los trámites de la Escuela.

Carlos vuelve al tema de su inicio a la adicción en el quinto año, - y comenta que ya no solo tomaba el mandrax sino incluía, seconales, aumentando cada vez mas la dosis.

Platica que seguían viendo con el grupo que tenían en la Escuela para drogarse, pero a veces jugaban basquet-boll. En una ocasión que fueron a jugar por la tarde a la Escuela, se le fué la pelota hacia unas aulas donde había poca visibilidad ya que eran como las seis treinta o siete de la tarde, en contrando que la profesora que les daba clase de sexto año, estaba realizando el acto sexual con un alumno de secundaria de los mas grandes, lo que presenciaron los compañeros que estaban jugando sin percatarse la profesora.

Esto dice Carlos, lo ocaciono un choque emocional tan fuerte que considera que le originó en gran parte la devaluación y falta de respeto que siente por la mujer hasta la fecha, siendo ambivalente su sentimiento hacia ellas.

Inicia su secundaria con mucho conflicto personal, aferrado mas a -- las drogas, de manera constante, incluye ya otro tipo de barbitúricos como la metacualona de 300 mg.

Refiere que su familia tenia camiones suburbanos. Que realizaban viajes a poblaciones cercanas a Morelia. En una ocasión por no tener chofer les pidio el papá a el y al hermano, mayor que el tres años, que hicieran el viaje a una de las poblaciones, siendo Carlos el encargado de cobrar el pasaje. Refiere que como se tenían que quedar a dormir en la población y ya siendo las ocho de la noche, estaba un niño jugando con un imán aventándolo al camión para que se pegara; Carlos queria quitarle el imán y como era tan pelionero le pegó al niño y se le cayó el imán a un charco de agua, al no encontrarlo el niño lloró; en la esquina cerca del camión había una tienda donde vendían cerveza, y se encontraba tomando un señor que al parecer era tío del niño, el cual al enterarse que le habían pegado y quitado su imán, al niño, se dirigió al camión, donde tanto Carlos como el hermano estaban arreglando sus cobijas, el señor gritando maldiciones e insultos preguntó quien le había pegado al sobrino, Carlos estaba escondido entre los asientos, y el hermano respondió que el no sabía y alumbrando al hombre con una lámpara, que traía en la mano, al ver el señor que brillaba algo creyó que era una pistola, y sacandola de el le disparó dos tiros sin decir nada, cayendo mal herido su hermano, al ver que el hombre se fué Carlos salio y fue a ver al hermano para decirle que ya se había --

ido el señor, pero al no responderle lo quiso levantar y vió como le salía - sangre de la cabeza, empezó a gritar solicitando un médico que le ayudara, - recuerda que no supo cuanto tiempo pasó hasta que un chofer conocido de su - papá se ofreció para traerlos a Morelia.

En el trayecto para llegar a Morelia comenta que el miedo aumentaba al pensar como le iba a decir a su papá, que él había ocasionado el problema y no, su hermano, y su temor se acrecentó cuando vió que su hermano se agravo y falleció 4 Kms., antes de llegar a Morelia.

Llegó a informar a la casa de un familiar de lo que había ocurrido enterándose sus padres más tarde, siendo muy doloroso para él que su papá le hubiera culpado de la muerte, ya que le decía que como era muy peleonero seguramente eso había provocado el problema.

Esta vivencia señala Carlos fue una base importante para su problema de adicción ya que propició desencadenar un sentimiento de culpa, y sentirse más, sobre todo por la acusación que el papá le hacía. Comenta que aún cuando lo culpaban tuvo enfrentamientos con su papá por enviarlos tan chicos con esa responsabilidad.

Refiere que en virtud de lo ocurrido sus padres vendieron los camiones, lo que él aprovechó para proponer se pusiera una farmacia y que él atendería, accediendo los papas, lo que le facilitó adquirir con mayor facilidad la droga, ya que cuando hacían la solicitud de medicamentos, él a escondidas alteraba notas, solicitando los barbitúricos o anfetaminas que requería.

Carlos se volvió a ver con los amigos adictos, y refiere que había ocasiones en que tenía cajas de diferentes pastillas en su closet, así como marihuana y peyote, señala que hasta este momento no se había dado cuenta su familia que se drogaba.

Platica que una vez estaba solo, en su casa y revolvió de diferentes pastillas (lo que llaman molotov) y las ingirió con cerveza, quedando -- tirado enmedio de la sala con las pastillas y frascos regados; lo encontró - en ese estado su mamá, y fue hasta este momento que se dió cuenta que se drogaba.

No le llamaron la atención ya que tenía temor de sus arranques violentos. Se tuvo reunión de familia para platicar sobre el problema, acordando llevarlo a tratamiento con psiquiatra.

Estuvo 3 o 4 meses con diferentes médicos, los que le dieron tratamiento barbitúricos, considerando la familia que esto también ayudó a continuar su drogadicción. Posteriormente lo llevaron con un psiquiatra que le dió -- tratamiento de Hipnosis, para esto Carlos se ríe porque recuerda que hacía -- creer al psiquiatra que sí era efectivo el tratamiento pero a la salida de cada sesión se tomaba sus "chochos" ya que siempre traía llenas las bolsas del pantalón. Al ver la familia que tampoco daba resultado solicitó el apoyo de un sacerdote para que les diera consejos sobre lo que debía hacer con su hijo, el sacerdote como era americano, les sugirió que lo enviaran a Estados Unidos con una familia conocida, que vivía en Chicago, para que cambiara de ambiente y se olvidara del problema. Considera que fue peor pues ya estando en Chicago trabajó en diferentes lugares, en un Restaurante conoció a otro mexicano el que lo relacionó con drogadictos y con vendedores de droga. Así conoció y se drogó -- con cocaína, morfina, además de los barbitúricos y anfetaminas que ya utilizaba.

Refiere que se sentía muy bien drogándose y que no tenía el menor interés de dejarlo adentrándose cada vez más aumentando las dosis. Esto duró un año, el que estuvo en Estados Unidos y en una de las visitas los padres al ver que su hijo estaba cada vez peor, optaron por regresarlo a Morelia.

Carlos era un adolescente que nadie podía controlar, le tenía miedo a la familia, "ya que no tenía juicio" porque sí le llamaban la atención los -- agredía verbalmente y en ocasiones hasta físicamente.

Se increbió nuevamente en la secundaria y la terminó. Inició su bachillerato y a los dos meses ya no asistió por drogarse, y perdió el año. Decidieron sus padres enviarlo al Estado de México con una hermana, inscribiéndolo en una escuela privada. Dejó de drogarse como 7 u 8 meses ya que tenía temor -- que lo descubrieran, en una ocasión el grupo realizó una fiesta en casa de un compañero, ya en la reunión como eran "niños bien" sacaron la droga ofreciéndola y así volvió nuevamente a drogarse, utilizando las drogas ya mencionadas, además de la heroína, y el LSD. La heroína no le gustó ya que lo hacía sentir--

se demasiado mal, por lo que la utilizó únicamente 3 o 4 veces, no así las demás.

A la mitad del 2o año del bachillerato ya no asistió debido a la drogadicción regresando nuevamente a Morelia donde terminó su preparatoria.

Durante este periodo como le gustaba demasiado la música formó un -- conjunto musical que tocaba en diferentes lugares, "sintiendose realizado". -- Con esta actitud.

Debido a que toda la familia era profesionista y para darle gusto a su mamá se inscribió en una carrera técnica de Zootecnia, la que terminó y se tituló. Durante este tiempo de estudio disminuye su adicción ya que conoce a una joven española de la que se enamoró, viviendo con ella gran parte del día, se volvió naturalista ya que ella tenía una tienda donde se vendían este tipo de productos y un salón de yoga.

Su relación duró como dos años y añ ver ella que no se embarazaba, -- según su religión, lo dejó para que buscara a otra que si pudiera darle un hijo.

Nuevamente volvió a sufrir otro problema emocional, lo que lo hizo -- reiniciar casi de manera suicida, en la drogadicción, pero continuaba tocando pues era lo que mas le gusta.

En una ocasión que su mamá lo vió tan drogado, sin que se diera --- cuenta le vendió los instrumentos musicales, ya que decía que esa música lo inducía a la drogadicción, cuando Carlos se enteró, se salió de su casa y se quedaba donde fuera, para comer, robaba en el mercado, y seguía drogándose con dósis más altas, hubo ocasiones que lo recogieron de la calle la policía y lo encerraban ya que consideraban que era muy agresivo y peligroso, así duró varios meses.

Regresó a su casa posteriormente, con gran preocupación para la familia ya que no sabían que hacer con él, buscando toda posibilidad para su rehabilitación, pero no aceptaba el tratamiento ya que no tenía intención de dejar la droga.

Al narrar todos estos episodios de su vida señalaba que su mamá no -- lo quería, que ella quería al tercer hijo ya que el era un científico y econó-

micamente estaba muy bien y que siempre lo había preferido así como a los demás hermanos que estaban bien en todos los aspectos, considerándose Carlos un fracaso en todo.

Por referencia familiar al parecer Carlos no es hijo legítimo del padre, lo que nunca se dijo abiertamente en la familia, pero que al parecer el -- sospechó desde niño, por el trato que le daba toda la familia, al considerarlo como un problema.

En cuanto a su vida sexual esta la inicia a la edad de 13 años con -- una mujer casada, habiéndose sido satisfactoria. A partir de entonces tuvo muchas mujeres teniendo relaciones sexuales de 3 a 4 veces al día.

Carlos expresa que tiene mucho resentimiento hacia la mujer y que no se "mide" en hacerles daño, ya que hubo ocasiones que eran vírgenes las jóvenes con las que tenía relaciones, y sentía satisfacción en hacerles daño.

Refiere que fueron tantas las mujeres que tuvo, que ya no le satisfacían las relaciones normales, volviéndose sádicas ya que amarraba a la mujer y la golpeaba en los glúteos al momento de realizar el acto sexual, y teniendo -- coito interrumpido, sintiendo una sensación que no puede explicar de satisfacción ya que hacía sufrir a la pareja con esto.

Al preguntarle que porque está en rehabilitación, ya que no lo mencionó que su amigo el que lo indujo a la droga y que había dejado de ver un tiempo, hacía como 6 meses que lo había encontrado, mencionándole que estaba en rehabilitación y que se sentía muy bien y lo invitó a que asistiera pero el no quiso.

Para tratar de convencerlo y entenderlo, su hermano el que refiere, -- que su mamá más quiere, asistió al grupo de drogadictos anónimos para aprender que es lo que debía hacer con él. Cuando Carlos se enteró se reveló en contra -- de él drogándose durante dos semanas ininterrumpidamente, hasta que su amigo en un momento de lucidez lo convenció de la necesidad de su rehabilitación, aceptando finalmente. Sus padres lo llevaron al lugar donde está actualmente en tratamiento.

EVOLUCION EN LA COMUNA

La estancia del paciente en la comuna, ha sido positiva ya que ha en-

contrado lo que a el le gusta, como es el tocar intrumentos musicales.

Las actividades para su tratamiento, consisten en terapias grupales, -musicoterapia y terapia ocupacional; además asiste a una iglesia evangélica don de alaban a dios con cantos para obtener el perdón de todo el mal que han hecho Leen la Biblia y confrontan los pasajes bíblicos, con sis acciones durante el - tiempo que se drogaban. No hay un programa específico para que no reincidan en la droga, ya que han presentado casos de pacientes que ya tenían tiempo en tratamiento y han vuelto a la droga.

No hay personal profesional en ninguna área para ayudarlos en su reen cuentro con ellos.

III.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Joven de 23 años de edad en período de rehabilitación de problema de drogadicción, desencadenado probablemente por mal manejo familiar desde la educación infantil acentuado por ambiente escolar y social inadecuado. Muestra pér dida de peso considerable y deshidratación. Hay aceptación y colaboración en la entrevista.

IV.- ACCIONES

1.- OBJETIVO GENERAL

Lograr que el paciente continúe en su puesto de rehabilitación a tra vés de acciones de enfermería en colaboración con otros profesionales (psicólogo, médico, trabajadora social, etc.) para que no abandone su tratamiento, específico mejore su estado general de salud, y se reintegre a su medio familiar y social en general y se integre a un proceso de productividad como corresponde a su edad y formación profesional evitando su reincidencia en las drogas.

2.- PROBLEMAS DETECTADOS, FUNDAMENTACION TEORICA Y ACCIONES DE ENFERMERIA

No. 1.-

- PROBLEMA NEUROSIS POR DEFICIENTE ESTRUCTURACION DEL YO

El enfermo presenta características de desequilibrio de la -- personalidad, maneja especialmente el mecanismo de defensa del desplazamiento,

pues ha mantenido relaciones con diversas mujeres a quienes ha llegado a agredir sexualmente. Se siente hijo rechazado y devaluado en su auto estima. Refirió ser hiperquinético, con carácter irritable que en varias ocasiones culminó en agresión y toxicómano desde niño.

- FUNDAMENTACION TEORICA DEL PROBLEMA

Según la escuela psicoanalista, el yo neurótico presenta angustia, manifestación de conflictos inconscientes, fobias, observando fenomenos de conversión histérica producidos por sus defensas. Cuando el yo es demasiado fuerte en sus defensas no es normal, en el fondo es demasiado débil y es cuando -- los síntomas se manifiestan.

El neurótico tiene un carácter patológico; es un hombre para quien -- los problemas de la coexistencia con el otro no son resueltos pues no alcanza su propia identificación, principalmente en su medio familiar. Este malestar -- del sujeto frente a sí mismo y los otros, es experimentado como angustia donde se mezclan sentimientos de vergüenza, de culpabilidad y de frustración.

El drama del neurótico es frecuentemente más complicado, pues los -- síntomas que presenta con reacciones de angustia o defensas destinadas a neutralizarla, para hacerla tolerable, actúa como fijaciones y organizaciones al personaje del neurótico.

Cualquiera de las formas clínicas de las defensas, su organización y solución con relación al conflicto interno, los síntomas neuróticos se reemplazan, se remueven y se complican sin cesar como si el yo, prisionero de su inconsciente, no pudiera lograr su auténtica identificación; de ahí los caracteres artificiales de esta enfermedad; exageración, teatralismo, refugio en la enfermedad, etc.

Algunas personalidades tienen determinadas anomalías como la inadaptación a la vida social y la inestabilidad de la conducta, asociadas a transornos psiquiátricos distintos como la depresión, excitación, perversiones sexuales, toxicaneonías, etc.

Por lo que respecta al termino desequilibrio así se emplea en Francia, en Alemania se habla de personalidades psicopáticas, en Inglaterra de Neurósis compulsivas y en Estados Unidos de Norteamérica se les denomina a quie--

nes presentan tales características individuos disociales.

Al referirnos a la biografía del sujeto que posee tal personalidad, - diremos que cuenta con una historia de los trastornos que es ya un síntoma. Refiere que su educación fué difícil, de niño osciló entre un comportamiento aparentemente adaptado y bruscas rupturas y rebeliones, fugas precoces, impulsividad, ataques de cólera y malicia en sus primeras relaciones con el grupo.

En relación a sus carencias afectivas reales, contó con madre ausente o insuficiente y padre distante. Pueden haber ocurrido importantes errores educativos en momentos críticos, como el castigo o el control esfinteriano.

La labilidad emocional desde la primera infancia y ambivalencia en -- sus relaciones son rasgos frecuentes; el niño seductor y querido se convierte -- de repente en un niño cruel que se hace temer y odiar.

Caprichoso e inestable, puede fracasar en su conducta escolar ya que su inteligencia, que es normal y a veces superior, no es aplicada a las tareas impuestas. Desatento, solo persigue fines personales inmediatos, originando --- constantes conflictos con padres y educadores.

La etapa de la pubertad reactiva los anteriores elementos y presenta carácter reactivo, inestabilidad, compulsiones, mentiras y patrañas, inventos de niños, precocidad sexual y hasta los primeros actos delictivos, anunciando con ello, los actos mas graves del adolescente o del adulto.

Alguno de los síntomas importantes de descubrir mediante la información con el propio sujeto, con la familia o con la policía son: La fuga, referida a la acción que pone fin a una situación familiar, escolar o profesional y -- el episodio psiquiátrico agudo que puede deberse a un exceso maniaco o depresivo de una tentativa de suicidio, de una embriaguez anormal, o bien de depresión por la utilización de mezclas tóxicas aún cuando ésta no se haya dosificado y -- por tanto, no le ayudó en el aprendizaje de sus frustraciones.

Sobre todo en relación con la madre y el padre; pues generalmente la madre presenta una actitud ambivalente reviviendo en el hijo sus propias carencias efectivas, la indulgencia y la severidad las manifiesta en situaciones con contradictorias y así se percibe la importancia del momento en la carencia de las primeras relaciones; en este estilo de relación tiene su origen la fijación ---

oral, la posición particular de la angustia y la elección preferente de la acción.

El padre, por su parte, no permite corregir las perturbaciones precedentes, ya que es descrito como lejano, ausente y débil y consecuentemente, -- tampoco llega a constituir una imagen de identificación para el hijo.

Así pues, las enfermedades de la personalidad se caracterizan por -- conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales, a éstas que se derivan de la personalidad psicopática o desequilibrio de la personalidad; se les denomina neurósis.

Los síntomas neuróticos son los transtornos de conducta, de sentimientos o de ideas que manifiestan una defensa contra la angustia. El carácter neurótico del yo a través de la identificación consigo mismo, no puede encontrar positivas relaciones con el prójimo, ni un equilibrio interior satisfactorio.

Siguiendo a la teoría psicoanalista de Freud, la neurosis constituye una forma de adaptación del yo a las exigencias pulsionales de una parte y a -- las socioculturales de otra. Los síntomas neuróticos representan el contenido-manifiesto, es decir, la apariencia, la emergencia, la superficie del yo y, el verdadero contenido latente de la neurosis el cual debe ser decifrado.

Esto significa que la neurosis aparece como una deficiente estructuración del yo, de donde éste no es capaz de ejercer su papel normal de filtro y de control entre las necesidades biológicas y la adaptación a la vida práctica, edificando una moral personal.

El neurótico se encuentra fracasado en dos frentes: En el del Instinto, cuya descarga está entorpecida y en el de la vida social, donde su participación es restringida y dolorosa.

Muchos de los acontecimientos que invocan los enfermos como experiencias de separaciones penosas mal toleradas son el foco de su neurósis; así las pérdidas de amor, de protección, los duelos, la desaprobación de una persona querida, la soledad y el rechazo pueden ser sentidas como pérdidas de valor -- graves e irreparables; hasta que un día en que la acumulación de hechos, o un hecho más significativo que los demás desencadena el estado de angustia.

NO HAY

HOJA

No. 96

pareja para obtener satisfacción sexual, existen grados intermedios, desde el crimen hasta el placer furtivo de pehiscos en senos y nalgas, pasando por las flagelaciones, torturas, encadenamientos, quemaduras, mordeduras, etc.

El masoquismo que es la forma inversa del sadismo, lo constituye la búsqueda y provocación de su propio sufrimiento para obtener el placer sexual. Lo que caracteriza a esta conducta es más que un verdadero apetito de dolor un escenario de humillación.

La dificultar para conciliar el sueño se produce por una acentuación de la presión de las pulsaciones reprimidas que se vuelven insoportables. El individuo tiene miedo al sueño y esto se manifiesta en la calidad del sueño y en la presencia de pesadillas.

Los estados neuróticos tienen un fondo común que son la fatiga los trastornos de la sexualidad, de la agresividad y del sueño. Considerada la fatiga como un estado psicomático de agotamiento, lasitud y desaliento; la fatiga es el mas corriente de los síntomas, que expresa inconscientemente la lucha contra los instintos sexuales o agresivos.

De los trastornos del desarrollo psicomotor, se puede anotar a la neurósis que es rara en el neurótico adulto, pero que a persistido en la, la--tendencia al somnolismo y a los terrores nocturnos.

Los tics movimientos estereotipados, bruscos intempestivos, impues--tos y molestos, aparecen con las emociones o en periodos de tensión y expresan una descarga pulsionada agresiva reprimida.

El enrojecimiento que aparece entre una descarga emocional, es involuntario y se expresa en el rostro debido a una represión generalmente de tipo sexual y en ocasiones agresiva. El sistema vasomotor manifiesta la vergüenza que produce un movimiento emocional desaprobado.

Junto a la palabra y los gestos, la actitud y la marcha constituyen expresiones significativas de defectos de integración de las funciones nerviosas en el neurótico.

Todos los fenómenos neuróticos se basan en una insuficiencia del aparato normal de control. La insuficiencia del aparato de control puede producir

se por una parte en que se presentan una serie de hechos, de estímulos que se convierte en incontrolables correspondiendo de manera general a la angustia y por otra, una segunda serie de hechos que corresponde a los síntomas neuróticos y a sus mecanismos de defensa, más o menos elaborados y complejos.

Ambos tienen el objetivo de disminuir la tensión interior experimentada como angustia o culpabilidad, evitando reconocerla y manteniéndola fuera de la consciencia. Estos medios de protección son inconscientes.

Entre los principales mecanismos que emplea el neurótico están:

La represión, que consiste en rechazar y mantener en el inconsciente representaciones tales como pensamientos, imágenes y recuerdos ligados a una pulsión, implica la censura del super yo.

El desplazamiento, este mecanismo aparece en forma típica en los sueños, en los que el deseo inconsciente puede ser expresado por un detalle manifiesto tomando por continuidad de un elemento indiferente del escenario. En la neurosis puede aparecer el desplazamiento creando un síntoma por deslizamiento en la expresión, en el tiempo o en especie; por ejemplo de la madre a las mujeres en general.

La proyección, es una operación por la cual el sujeto expulsa de sí y sitúa en otro, persona o cosa, sentimientos o deseos que desconoce o rechaza de él.

La identificación, es un proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad o un atributo del otro y se transforma total o parcialmente según el modelo de éste.

La introyección, se trata de un mecanismo derivado de la identificación, la táctica defensiva consiste en deglutir el objeto, causa de la insatisfacción haciéndolo desaparecer en el interior de sí mismo.

El aislamiento consiste en separar una imagen o una idea de su contexto temporal, especial o emocional, ejemplo la separación del amor tierno en amor erótico.

Así el yo neurótico se caracteriza por la lucha que se impone contra sus pulsiones empleando mecanismo de defensa que forman los síntomas o rasgos del carácter neurótico.

El enfermo neurótico debe su mala estructuración del yo a una distor-
sión congénita, prehistórica u original del sistema de valores de identifica-
ción y del ideal que, en relación a los demás, tiene el yo como autor y no só-
lo como actor de su personaje.

El desequilibrio introspectivo, constituye el fondo del carácter --
neurótico, producto de un yo débil, estrechamente dependiente de sus objetivos
así como la violencia y ausencia de medida de los efectos y de las emociones,--
en el amor posesivo destructor de objetivos, en el mantenimiento de un cierto-
sentido de la realidad; pero a costa de una defensa mutilante.

Los rasgos del temperamento de estos enfermos se caracterizan por la
ansiedad que se debe a la elevación de la colinesteraza sanguínea, la mala re-
sistencia a un esfuerzo standar, la mayor fatiga a lo largo de cualquier apren-
dizaje, además de tono muscular débil, posturas defectuosas, dispeocia, tem-
blor, parestecia, trastornos del sueño y una particular sensibilidad al frío.

Como se mencionó, el enfermo neurótico por su deficiencia estructura-
ción del yo tiende a consumir tóxicos.

- ACCIONES DE ENFERMERIA.

a).- Dar psicoterapia o colaborar con el especialista.

La psicoterapia se refiere a cierto, tipo de relación directa entre-
un paciente y el terapeuta. Las relaciones pueden poseer características com-
plejas, sutiles e inestables hasta el grado de ser difícil el definir las y la
relación psicoterapéutica no forma excepción.

La psicoterapia individual consiste en una serie de entrevistas pri-
vadas entre un enfermo y un terapeuta, que entre paréntesis sea afirmado, una-
enfermera preparada profesionalmente puede ser terapeuta. En estas entrevistas
se establece y sostienen comunicación principalmente verbal, con el fin de pro-
porcionar nuevas experiencias de vida que pueden influir sobre el enfermo; así
como orientarlo en dirección a la salud.

En de primordial importancia que el terapeuta deje al margen de su -
conducta; juzgar o ser juzgado, impresionar, asustar, competir o someterse, se-
ducir o ser seducido; inclusive los deseos de agradar, de ser visto con efecto
y de ser admirado, de satisfacer su orgullo personal; puesto que lo anterior--

puede servir de obstáculo a la percepción y al juicio del terapeuta; así mismo deformar la relación terapeuta en lo que se refiere al esfuerzo.

Idealmente el terapeuta sentirá la necesidad de comprender al paciente y ayudarlo a lograr una adaptación más eficaz a la vida; pero para lograrlos es imprescindible que se conozca así mismo considerablemente, mejor de lo que se conoce cualquier persona término medio.

El conocimiento que el terapeuta tenga de sí mismo, es el de mayor importancia en la psicoterapia, ya que la conciencia de sus propias peculiaridades le permitirán desconocer el efecto que estas pueden tener para apreciar las respuestas del paciente y para reducir las posibilidades que se interpongan en el camino que sigue hacia los objetivos del tratamiento.

Dependiendo del estado del enfermo, podrán emplearse distintos tipos de psicoterapia para los enfermos neuróticos, lo recomendable es primeramente una psicoterapia de sostén en la cual el terapeuta debe establecer con el paciente un contacto amistoso destinado a suprimir actitudes de desconfianza esta fase es muy activa.

En una segunda fase pueden ser hechas interpretaciones de palabras, gestos y actos estereotipados, siempre para fortalecer al yo y elevar su nivel.

Las interpretaciones deben ser periféricas donde la personalidad del terapeuta debe servir de soporte formativo al yo poco coherente del sujeto y una tercera fase que intente un análisis de la transferencia, conservando lo esencial de la experiencia analítica, esto es, la utilización de la dinámica pulsional y de las modificaciones del yo.

La psicoterapia del sostén, consiste en ayudar al enfermo a restablecer su equilibrio mediante el tratamiento de apoyo, aquí el terapeuta de manera sutil, presta algunos de sus recursos al enfermo; mientras este reagrupa sus propias defensas.

Técnicas como el interés amistoso y la sugestión son empleadas. En grado limitado, el paciente puede ser animado a discutir sus problemas consistentes y a obtener alivio expresando en palabras sus pensamientos e impresiones. Esta técnica con frecuencia resulta adecuada para permitir al paciente, recuperar su primitivo equilibrio. Este tipo de terapéutica puede ser instituída con la idea de pensar un tipo expresivo de terapéutica.

La psicoterapia expresiva, comprende la mayor parte de los riesgos de la terapéutica de relaciones, incluye las finalidades de una conciencia mayor (en el paciente) de las determinantes de la enfermedad, la reorientación emocional y una perspectiva más madura con relación a tales determinantes, el aumento de la capacidad y de la fuerza del ego y, experiencias correctivas -- más específicas y medulares.

En este tipo de psicoterapia existen diversas formas dependiendo de la profundidad en que tanto el paciente como el psicoterapeuta trabajan; en este sentido se encuentra la terapéutica en que el enfermo se ve alentado a expresar verbalmente de manera libre y completa sus pensamientos, sentimientos, preocupaciones y problemas consistentes, todo esto empleando la técnica de una conversación ordinaria. Esta técnica permite ambientar la comprensión-consciente que el paciente ha de tener de sí mismo y su capacidad de presentación en sus propias dificultades y problemas emocionales.

La terapia familiar, es una técnica que en el sujeto llega a conocerse más a fondo y refleja detenidamente sobre sus modos de operación al analizar sus relaciones más íntimas con otros miembros de su familia y al descubrir patrones de interacción cuya familiaridad los hace automáticos y que pasan inadvertidos. Este método es un valioso auxiliar en el tratamiento de neurasias, ya que hoy se conoce grave importancia de las variables de la interacción familiar pues marcan el contexto de la primeras experiencias del niño y de su desarrollo durante la adolescencia e incluso en los primeros años de la edad adulta.

b).- Contribuir a la resocialización

La enfermera puede volverse de la técnica de la remotivación para permitir que el enfermo se exprese libremente en un intento por integrarlo a su grupo social.

Es necesario considerar que un buen porcentaje de las enfermedades mentales respetan ciertos aspectos e intereses de la personalidad original -- del enfermo, generalmente estos, se relacionan con elementos motivacionales y situaciones de la vida cotidiana; de donde tales elementos forman parte del mundo real, del mundo objetivo y pueden ser compartidos mediante discusiones.

Con esta técnica se comparten ideas y actividades, el material es - muy variado generalmente se emplea en grupo de enfermos, aún cuando también - pueden llevarse al cabo entre un paciente y la enfermera, sirve para rescatar áreas sanas del paciente y relacionarlos mejor con su entorno social cotidiano.

posteriormente a varias sesiones de remotivación, el logro obtenido es muy satisfactorio pues pude percatarme de que el paciente se encuentra con deseos de vivir y contento, me refiero a que su medio, particularmente el de reincidir en las drogas, ha desaparecido.

Las relaciones con su familia han mejorado; vive en la casa de sus padres y ahí mismo se dedica a elaborar artículos artesanales y para tal fin instaló un taller.

Se dedica también a la música que el considera como su terapia, además de leer "la palabra de dios" en la biblia.

Por otro lado, tanto su familia como el están convenidos y decididos a recibir ayuda profesional a nivel de tratamiento psicoterapéutico.

La familia está muy agradecida y mencionaron que por primera vez se sienten tranquilos y contentos al ver a su hijo mejor ubicado.

No. 2.-

- PROBABLE ANEMIA Y PERDIDA DE PESO

El enfermo presenta palidez de conjuntivas y piel.

Por definición, los pacientes con anemia presentan una importante reducción en la cantidad de eritrocitos y una disminución concomitante en la capacidad de la sangre para portar oxígeno.

Las causas son muy variadas pueden ser factores hereditarios, el descubrimiento de un soplo cardiaco y esplenomegalia llevan a la posibilidad de que el paciente anémico puede tener una endocarditis bacteriana subaguda.

Mediante los estudios de laboratorio se investiga si la anemia se debe a menor producción de eritrocitos a su mayor distribución.

Además se debe tener en cuenta la posibilidad de una hemorragia, ya sea como única etiología o como un factor contribuyente.

De manera que es indispensable que el enfermo se le practiquen cuantificaciones de reticulocitos, índices de eritrocitos, exámen de frotis de -- sangre periférica y hasta exámen de médula ósea.

Existen diversos tipos de anemia:

La debida a pérdida de sangre, por disminución en la producción de eritrocitos, anemias hemolíticas, anemia ferropriva, anemias sideroblásticas, anemias microcíticas, hipocrónicas, anemia pernicioso, anemias megaloblásti--cas, anemia aplástica, anemias de las enfermedades generales crónicas, anemias hemolíticas y hemoglobinopatías. El estado crónico de anemia produce adinamia y anorexia que conducen a la pérdida ponderal debido a que la hemoglobinopenia no permite un paso satisfactorio de oxígeno a la sangre.

- ACCIONES DE ENFERMERIA

a).- Orientar y convencer al enfermo para que se practiquen estudios de laboratorio, mediante la prescripción médica.

Dadas las características del enfermo y aprovechando la relación terapéutica es conveniente que se atienda con un médico familiar ya que su estado anémico es su estado emocional y físico.

Esto si consideramos que a una persona la integran aspectos emocionales, sociales, espirituales y físicos estrechamente vinculados y que si uno de esos aspectos se afecta consecuentemente se presenta alteración en los --- otros.

En la última entrevista que tuve con el enfermo, me mostró sus órdenes para el laboratorio.

b).- Orientar a la familia sobre la dieta del paciente para mejorar su estado nutricional.

3.- DESEQUILIBRIO HIDRICO

Generalmente los drogadictos sufren un deterioro considerable en sus funciones metabólicas debido al estado permanente de intoxicación en el que la droga sustituye al alimento por lo que llegan a la desnutrición crónica en ocasiones irreversibles, por este motivo se hace necesaria una reduc---ción en cuanto a los hábitos alimenticios para proporcionar al organismo una dieta balanceada.

El paciente presenta sequedad de piel y mucosas.

La vida del hombre y todas las especies de conservar la cantidad adecuada de agua y constituyentes químicos en su medio interno. Toda el agua corporal contiene elementos químicos. Los líquidos están en dos espacios, dentro de cada una de las células al que se le denomina líquido celular y fuera de las células llamado extracelular, confluyen en este último, los líquidos intersticial e intravascular.

Todos los líquidos contienen electrolitos (sales minerales) siendo las principales el sodio, potasio, cloruro, calcio y bicarbonato.

Las personas sanas conservan automáticamente su balance hídrico.

El agua y los electrolitos corporales provienen de la ingestión de líquidos y alimentos y de procesos metabólicos. Toda situación en la cual el individuo pierde líquidos en forma excesiva, puede conducir al desequilibrio, por ejemplo la transpiración excesiva, vómitos o diarrea, secreciones por heridas u orificios corporales, pérdida de sangre, fiebre, dieta poco equilibrada; además por enfermedades como diabetes no controlada, úlcera péptica, neumonitis, infecciones, lesiones, alcoholismo crónico, asma, enfermedad corazón y riñones.

El desequilibrio hídrico también puede ser el resultado del empleo indiscriminado de diuréticos, de morfina o demerol.

Algunos síntomas y signos que pueden indicar desequilibrio hídrico son:

Sequedad en la piel y mucosas, además somnolencia, cambios de personalidad, signos vitales alterados, aumento o pérdida de peso, anorexia, náusea y vómito.

Muchas son las medidas que pueden emprenderse para facilitar la conservación del equilibrio de líquidos y electrolitos. Una de ellas es conservar un buen ingreso de nutrimentos y líquidos; en volúmenes adecuados, en donde la participación del enfermo es de vital importancia.

Explicar en que consisten los nutrimentos y cuales son los volúmenes de líquidos, es una acción importante del personal del enfermería.

Al enfermo se lo orientó al igual que a la familia, respecto a los diferentes tipos de nutrientes, en que alimentos se localizan y como se ingieren; de igual manera por lo que toca a los líquidos. En la última entrevista me percaté de que aún cuando persiste la palidez ya sus mucosas y piel no están resacas.

V EVALUACION Y CONCLUSIONES

- En cuento a los objetivos planeados se trabajó con el paciente sobre el valor de la vida y la salud, logrando hasta el momento no volver a drogarse.
- Se le canalizó con un psicoanalista para su rehabilitación psicológica.
- En cuanto a la estancia donde se encuentra rehabilitándose se apoyó con personal profesional, Trabajadora Social, Psicólogo y Enfermera, capacitados que coadyuvara en las actividades programadas de rehabilitación.
- Con respecto a sus intereses y actitudes vocacionales se logró que se inscribiera en una escuela de música ya que desea volver a integrar un grupo musical y dar clases.
- Se apoyó con personal profesional, Trabajadora Social, Psicólogo, Enfermera y Psiquiatra, para elaborar e implementar un programa específico en las terapias que se tienen programadas de rehabilitación ya que no se contaba con eso.
- Se continúan las entrevistas con el paciente y la familia, para apoyarlos y orientarlos en el tratamiento.

Se ha seguido con la aplicación de un plan de atención en el hogar para apoyar al paciente para su reintegración a la familia.

Se logró apoyar al paciente con terapia ocupacional y en la instalación de un taller de artesanías donde labora realizando esta actividad.

El proceso de atención de enfermería aplicado a este caso clínico es una muestra de la importancia que tienen las acciones de enfermera para los programas que implemente el sector salud, para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes químico-dependientes.

De acuerdo a la experiencia que tuve en este caso clínico y en virtud de haber visitado varios grupos de drogadictos, quisiera mencionar que la rehabilitación no se logra en todos los jóvenes que asisten, ya que no se cuenta con programas específicos de seguimiento de los casos lo que origina que reincidan ya que ningún grupo cuenta con personal profesional que ayude a su rehabilitación integral, pues no se establece relación con la familia quedando al margen de la problemática del paciente.

Para concluir quisiera hacer mención de que en este problema social de actualidad, las ciencias de la conducta humana han descubierto que en la génesis de diferentes enfermedades mentales, trastornos de la personalidad y trastornos de la conducta se encuentran presente una inadecuada interacción de los elementos que integran el grupo familiar.

Las actitudes negativas de los padres, o adultos del entorno social hacia los adolescentes y jóvenes, son generadores de conflictos, alteraciones emocionales, cambios contractuales adaptativos, que poco a poco van minando la personalidad sana y proporcionando desde la adolescencia hasta la vida adulta, la presentación de desviaciones conductuales que se convierten en campo fértil para conducir a diferentes tipos de dependencia a sustancias perjudiciales al organismo.

Por este motivo, dentro de la prevención de diferentes trastornos de salud mental se considera que es fundamental que los padres reciban una verdadera educación que los capacite para la formación de una familia que los lleve a una adecuada interacción tanto conyugal como entre padres e hijos, para proporcionar un conocimiento amplio sobre el desarrollo físico, emocional, intelectual y social de los hijos, que les permita tener elementos para ayudarles a desenvolver sus capacidades y propiciar una personalidad sana. Una vez creada esta personalidad sana el propio individuo tendrá la posibilidad de elegir aquellas conductas que son más valiosas para sí mismo, para su familia y para sus semejantes, esta idea es uno de los aspectos claves en la solución en el futuro del problema de la farmacodependencia.

TERMINOLOGIA

ACTITUD: Posición y modo físico y emocional con respecto a otra persona, cosa o situación. Terapéutica de las actitudes, método de tratamiento que utilizan las actitudes asumidas por el personal, calculadas para ejercer efecto favorable sobre el paciente.

ADAPTACION: Serie de técnicas o procesos (procedimientos) por medio de los cuales el individuo trata de resolver el problema que le presentan los cambios continuos que tienen lugar dentro de sí mismo y en su medio ambiente.

APECTO: Tono generalizado de los sentimientos (comúnmente se considera que es más persistente que emoción y menos persistente que estado de ánimo). Afectivo es lo que pertenece a los afectos. Psicosis afectiva, es la caracterizada por alteraciones externas del estado de ánimo en dirección a la manía o a la depresión.

AGRESION: (Impulso agresivo). Término empleado de distintas maneras; según el uso seguido en este texto, se trata de una fuerza instintiva que probablemente deriva de la fisiología muscular, que al ser influida cuando se experimentan frustraciones se presta a finalidades destructivas.

ALUCINACION: Experiencia sensitiva que presenta, en ausencia de comprobación adecuada de la realidad, sobre la base de las necesidades internas del sujeto e independientemente de la estimulación que provenga del medio ambiente.

ALUCINOGENOS: Sustancias que producen alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento, semejantes a las que caracterizan a la psicosis con desorganización de la personalidad. Suele provocar alucinaciones, es decir falsas impresiones sensoriales.

AMBIVALENCIA: Estado en que se experimentan tendencias o emociones contrarias hacia el objeto o situación. En su forma extrema, la ambivalencia es característica de la esquizofrenia.

ANSIEDAD: Estado de tensión y angustia vecinos al miedo, pero producidos por la amenaza de pérdidas del control interno más que algún peligro externo. Ataque de ansiedad, fenómeno caracterizado por sentimientos intensos de ---

ansiedad a los que se suman manifestaciones fisiológicas, como aumento de la frecuencia del pulso y de los movimientos respiratorios, y aumento de la seducción.

ANTIDEPRESOR: Medicamento que alivia la depresión. Existen dos categorías principales de medicamentos antidepresores: los inhibidores de monoaminooxidasa y los derivados del iminobencilo.

CASTRACION: Literalmente, extirpación o destrucción de las gónadas (o varios o testículos). En la terminología psicoanalítica, pérdida del pene. Complejo de castración, temor de traumatismo genital como castigo por los deseos eróticos prohibidos.

COMPULSIVA PERSONALIDAD: Uno de los tipos de trastorno de la personalidad; más eficiente, uno de los tipos de personalidad neurótica.

COCAINA: Es un estimulante potente del Sistema Nervioso Central que produce un aumento en el estado de alerta, sentimientos intensos de euforia, -- produce inhibición del apetito y las necesidades de dormir.

CONDUCTA HUMANA: Toda actividad del ser humano capaz de ser observada por otra persona.

CONFLICTO: Lucha entre dos o mas fuerzas opuestas. Conflicto intrapersonal (intrapsíquico), lucha entre dos fuerzas dentro de una sola personalidad. Conflicto intrapersonal, lucha entre dos o más individuos.

CRISTALES: Nombre popular que se ha dado a drogas estimulantes que -- puede referirse a derivados de la como como el crack o la metamfetamina cristalizada, ambos tipos de sustancias se fuman y existe evidencia de que pueden llegar a ser más adictivas que la cocaína pura.

DEFENSA, MECANISMO DE (del ego). Técnica psicológica ejecutada por el ego, pero llevada a cabo por debajo del umbral de la conciencia del sujeto, --- ideada para precaverse de la ansiedad o de la tensión desagradable.

DEPRESION: Estado patológico producido por la impresión o sentimiento de perdida o culpa, y caracterizado por trizteza y abatimiento de la autoestima Reacción Neurótica Depresiva, estado de depresión de intensidad neurótica en -- que la comprobación de la realidad permanece intacta en su mayor parte, y en la

cual las perturbaciones fisiológicas, si existen, son usualmente moderadas. Reacción psicótica depresiva, estado de depresión de intensidad psicótica en que la comprobación de la realidad ha sufrido gravemente, y en la que las perturbaciones fisiológicas (signos vegetativos) son generalmente sobresalientes. Depresión reactiva, estado de depresión cuya intensidad no es especificada, en cuyo caso el conflicto desencadenante puede ser discernido con toda claridad, de manera -- que se ve con claridad que es de cierta magnitud.

DESADAPTACION: Estado de desequilibrio entre el individuo y el medio ambiente, en que son satisfechas sus necesidades.

DESORIENTACION: Confusión del sujeto con respecto a datos, como los referentes al tiempo y lugar correctos, el conocimiento de la identidad personal y la comprensión de su situación; en los típicos se ve en el delirio y la demencia.

DESPLAZAMIENTO: Término general empleado para un grupo de fenómenos -- psicológicos (técnicas) en los que ciertas tendencias a sentimientos son inconscientemente transferidos de un sujeto, actividad o situación, que adquieren entonces análoga significación. La técnica de defensa de la sublimación es un ejemplo de desplazamiento que ha tenido éxito.

DESTRUCTIVO, IMPULSO: Impulso básico hacia la destrucción, cuya existencia es sostenida por algunas autoridades, pero es puesta seriamente en duda -- en este libro.

DROGA: Es cualquier sustancia química que produce en la persona cambios fisiológicos emocionales o del comportamiento.

DROGA ANTIPsicOTICA: Droga empleada para controlar algunos síntomas -- psicóticos, especialmente, agitación, pensar incoherente, excitación. Sus principales clases son: fenotiacinas, tioxantenos, butirofenomas y reuwolfias. Los varios tipos de droga difieren entre sí por sus posibles efectos nosivos colaterales más que por sus efectos terapéuticos.

DROGA QUE LEVANTA LOS ANIMOS: Droga administrada para aliviar la depresión. Para depresión de intensidad psicótica, las dos clases de drogas de uso común son los tricíclos (como imipramina [Tofranil] y amitriptilina [Elavil] y -- los inhibidores de la monoaminoxidasa como tranilcipromina [Parnatel].

ESTIMULANTES: Sustancias que inducen alteraciones profundas en el Sistema Nervioso Central, producen aumento del estado de alerta y de la iniciativa falta de sueño, mejoría del ánimo, euforia, merma en el apetito y pérdida del peso corporal.

ETIOLOGIA: Que pertenece a las causas. En medicina y enfermería que pertenece a las causas de la enfermedad.

FAMILIA TRIANGULO DE LA. Situación que comprende a la familia y a los padres, en que el niño experimenta el deseo de desplazar al padre del mismo sexo opuesto. Periodo del triangulo de la familia, fase del desarrollo caracterizada por la máxima intensidad de estas tendencias; es sinónimo de periodo Edipito.

FANTASIA: Imagen consistente o inconciente por la recombinación de los recuerdos y la interpretación de ellos.

FASE GENITAL: (del desarrollo). En terminología psicoanalítica, sinónimo de madurez emocional.

FENOTIACINA: Clase más común de agentes antipsicóticos (tranquilizantes principales) Ejemplos: cloropromacina (torazien) y trifluoperacina (Stelazine).

FIJACION: Persistente en la vida ya avanzada de los intereses y forma de conducta que pertenecen a una fase más temprana del desarrollo.

FOBICA, NEUROSIS: Una de las psiconeurosis, primitivamente denominada histeria de ansiedad, caracterizada por la presencia de fobias.

FUNCIONAL: Que pertenece única y fundamentalmente a las funciones. -- Psicosis funcional, psicosis que se presenta basada en los trastornos de las funciones mentales en ausencia de lesiones estructurales del cerebro.

FRUSTRACION: Bloqueo o falta de satisfacción de las necesidades.

HASHISH: Es una resina extraída de la planta de marihuana (cannabisativa).

HEROINA: Es un potente analgésico narcótico semi-sintético, derivado de la morfina tiene efectos eufóricos y analgésicos muy potentes y un potencial adictivo más alto que cualquier otro analgésico narcótico.

HIPNOSIS: (trance hipnótico) Estado producido artificialmente, empa--
rentado con el sueño, en el que el sujeto entra en tan íntima relación con el -
hipnotista que las sugerencias de este último serán virtualmente imposible de -
distinguir de la actividad de su propio ego.

INHALANTES: Son hidrocarburos solventes volátiles que se obtienen del
petróleo y del gas natural, que tienen efectos psicotrópicos similares a las o--
tras sustancias sedantes e hipnóticos; generalmente producen distorsiones senso
riales y perceptuales temporales.

INTERPRETACION: Hipótesis científica por el psicoterapeuta acerca del
paciente, que explica algunos aspectos de los pensamientos, sentimientos, impre--
siones o conductas de éste.

INVERSION: Es uno de los mecanismos de defensa; técnica por medio de--
la cual un impulso es aparentemente convertido en lo opuesto, como, por ejemplo
cuando el sadismo es reemplazado por el masoquismo.

LATENCIA: (periodo de latencia): Una de las fases del desarrollo del--
hombre, que se presenta entre el período del triángulo de la familia y de la pu--
bertad (aproximadamente entre 6 y 12 años de edad) caracterizado por que los --
instintos permanecen en relativa quiescencia, y porque va acompañada de rápido--
desarrollo intelectual.

LIBIDO: Término que incluye los impulsos sexuales-sociales.

LIBRE ASOCIACION: Técnica empleada en el psicoanálisis, en que el pa--
ciente relata verbalmente sus pensamientos, emociones y sensaciones, la censura
o el control deliberados.

MARIHUANA: Es un alucinógeno leve, en dosis baja induce un sentimien--
to de relajación, desinhibición emocional, distorsiones y sensoriales, inhabili
dad cognitiva y motora.

MASOQUISMO: Que encuentra satisfacción en el dolor; en el sentido más
estricto, una de las perversiones.

MASTURBACION: Estimulación erótica de los órganos genitales externos--
por el propio individuo.

MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES (tranquilizantes): Medicamentos que deprimen las funciones del sistema nervioso central de manera altamente selectiva, que ejerce efecto calmante sin producir daño apreciable del nivel general de conciencia del paciente. Las principales categorías de estos medicamentos comprenden: - derivados de la fenotiacina, alcaloides de rewolfia, dicarbamatos del propanadiol y diacepina. Tranquilizantes mayor es sinónimo de droga antipsicótica.

MEDIO AMBIENTE: El medio ambiente total, emocional lo mismo que físico Terapéutica del medio ambiente, tratamiento por medio de modificaciones controladas del medio ambiente del paciente.

NARCOTICOS: Sustancias que actúan directamente sobre el Sistema Nervio Central, suprimen el dolor, inducen e intervienen para bajar la temperatura.

NEURASTENIA, NEUROSIS: Es una de las psiconeurosis, emparentada con -- las reacciones de ansiedad y caracterizada por sentimientos e impresiones crónicas de fatiga y de tensión y con frecuencia de trastornos de las funciones sexuales y trastornos de menor importancia en las funciones digestivas.

OBJETIVO: Intención u objeto; en la literatura psiquiátrica este término no se usa principalmente al discutir o exponer lo relativo a los Instintos. El - objetivo de un impulso instintivo puede ser definido como la acción del individuo en que queda implícito el objeto del impulso, y da como resultado satisfacción.- De este modo, el objeto del impulso instintivo hambre es el acto de comer.

OPIO: Se obtiene de la amapola (papaver semniferum) contiene varios alcaloides, entre ellos la morfina y la codeína; de la morfina se sintetiza la heroína. Estas sustancias tienen un efecto analgésico muy potente. Los efectos --- principales son: analgesia, somnolencia, cambios en el estado de ánimo, depre--- sión respiratoria, cambios de la motilidad gastrointestinal, además de producir náusea y vómito.

PATOGENIA: Manera o modo de desarrollarse los estados patológicos.

PERSONALIDAD: El grupo entero de las técnicas y equipo de adaptación - que son características de un individuo determinado para enfrentarse a las dis-- tintas situaciones de la vida.

PERVERSION: (perversión sexual). Forma de trastorno de la personalidad caracterizada por alteración de las finalidades o de los objetivos de las tendencias libidinosas. Ejemplo: sadismo, masoquismo, voyeurismo.

PREMORBOSA PERSONALIDAD: Estado de la personalidad de un individuo (conflictos, defensas, fuerzas, debilidades) antes del principio de la enfermedad -- clínica.

PSICOANALISIS: El término designa: 1) un método de: a) psicoterapia y - b) investigación psicológica y 2) conjunto de hechos y teorías relativos a la - psicología humana. Tanto el método como el conjunto de estos conocimientos re-- presentan la obra de Sigmund Freud y sus alumnos. Psicoanalista, profesional, - generalmente médico que ha recibido entrenamiento formal especializado en la -- teoría y la práctica del psicoanálisis.

PSICONEUROSIS: ("neurosis") Enfermedad (desde benigna hasta moderadamen-- te grave) de la personalidad (de la mente) en que las funciones del ego relati-- vas a la comprobación de la personalidad no han sufrido gravemente, y en que el desajuste a la vida es de índole relativamente limitado. Psiconeurótico, que -- pertenece a una psiconeurosis o es característico de ella.

PSICOPATIA PERSONALIDAD: Término primitivo para una de las variedades - de un trastorno de la personalidad, de modo general sinónimo de la categoría - actual (oficial) de los "trastornos sociopáticos de la personalidad", forma de enfermedad caracterizada por falta de madurez emocional, empleo de valores a -- corto plazo y conducta de carácter social o antisocial.

PSICOTERAPIA: Término con muchos matices de significación. En el senti-- do más amplio es equivalente de "medidas psicológicas de tratamiento" en el sen-- tido más estricto, psicoterapia se refiere a una relación directa entre uno o - más pacientes y un profesional, que es el terapeuta, relaciones en las que este último trata "de proporcionar nuevas experiencias de vida que pueden influir - sobre el paciente encaminándolo a la salud"

PSICOTICA, PERSONALIDAD: Esta expresión, todavía sin carácter oficial, - se refiere a trastornos de la personalidad, paranoide, personalidad ciclótímic-- a y personalidad exquizoide- en que, a pesar de no observarse síntomas clínic-- os habituales, los conflictos y las defensas básicos del sujeto son propios del -- psicopata.

PSICOTOMIMETICA DROGA: que, tomada en dosis suficiente, produce un estado parecido al que se observa en psicosis funcionales, pero con ligera mezcla de rasgos propios del delirio tóxico. Ejemplos: mezcalina, dietilamina de ácido lisérgico (LSD) psilocibina y marihuana (cuando se toma en grandes dosis).

PSIQUIATRIA: Rama de la medicina que trata de las causas, diagnóstico, tratamiento y prevención de los trastornos mentales, psiquiatría, médico que se especializa en psiquiatría. Enfermera Psiquiatrica, enfermera que se especializa en la atención de los pacientes que sufren trastornos mentales. Equipo -- Psiquiátrico, grupo de personas profesionales semiprofesionales que trabajan -- juntos bajo la dirección de un psiquiatra para el tratamiento de pacientes psiquiátricos. Usualmente los miembros de un equipo de esta especie comprenden: el psiquiatra, la enfermera psiquiatrica, el psicólogo clínico, la trabajadora social psiquiatrica, el terapeuta de arte y oficios y la ayudante psiquiatrica.

REACCION DE ANSIEDAD: (neurosis de ansiedad). Psiconeurosis, caracterizada por: 1) la presencia mas o menos continua de ansiedad en exceso de lo normal, y 2) ataques ocasionales bien definidos de ansiedad.

RECONSTRUIR: Formarse nuevamente. El término es empleado con respecto a una personalidad, que después de haber sido más o menos desorganizada por la enfermedad, reasume sus medidas previas de defensa y tipo de adaptación.

REGRESION: Es uno de los mecanismos de defensa; proceso en que la personalidad sigue en forma retrógrada las etapas del desarrollo, hasta alcanzar los intereses, las defensas y los modos de satisfacción más tempranos.

REPRESION: Uno de los mecanismos de defensa, por la cual los pensamientos, las emociones y las sensaciones son expulsados de la conciencia.

SADISMO: Forma de perversión caracterizada por el hecho de experimentar placer erótico al infligir dolor a otra persona. Con frecuencia el término es usado con mayor amplitud con la significación de gozar con la crueldad.

SEDANTES BARBITURICOS: Son sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central, producen sedación ligera, sueño, hipnósis; y en dosis elevadas pérdida del conocimiento, anestesia quirúrgica y depresión respiratoria.

SUBLIMACION: Es uno de los mecanismos de defensa, el único que nunca es patógeno; técnica por medio de la cual la finalidad o el objeto original de un-

impulso básico se altera de manera que se permite la liberación de la tensión - y al mismo tiempo resulta socialmente aceptable.

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: Son aquellas que modifican la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental.

TEMOR (miedo): Experiencia que posee comprobantes tanto psicológicos como fisiológicos, estimulados por la conciencia de peligro inminente que se presenta en el medio ambiente.

TRANSFERENCIA: El hecho de atribuir el sujeto a una figura de su medio ambiente actual, características que primero fueron encontradas en alguna persona de su vida inicial, y el experimentar deseos, temores u otras actitudes con respecto a la persona actual, que se originaron en la relación establecida con la persona que figuró en el pasado. El término es más comúnmente usado con respecto a los sentimientos de un paciente con respecto al terapeuta. Contratransferencia, sentimiento de transferencia del terapeuta.

TRAUMÁTICA, NEUROSIS (neurosis de guerra): Reacción morbosa aguda relacionada con la psiconeurosis, pero que se presenta solo en respuesta a traumas o conflictos abrumadores de esta misma índole. El estado está caracterizado por desorganización temporal y parcial de la personalidad, seguida de síntomas como ansiedad, inquietud, irritabilidad, alteración de la concentración, pruebas de disfunción autónoma, y pesadillas repetidas en que se "vuelve a vivir" la experiencia traumática.

TRAUMATISMO: Daño o lesión; algunas veces las circunstancias productoras de daño o de lesión. En psiquiatría el término trauma comprende las lesiones puramente emocionales, lo mismo que las físicas.

VEGETATIVOS; signos, de depresión: Conjunto de datos, tradicionalmente agrupados, que comprenden anorexia, pérdida de peso, extrañamiento, amenorrea, insomnio y variaciones "mañana-noche" del carácter, que cuando se combinan indican grave depresión.

VOYEURISMO: (Este término, que proviene del francés, no tiene traducción adecuada en castellano. El único equivalente que puede proponerse es el osomemania que hoy deriva de raíz griega *ossomi*, que quiere decir ver). Forma de trastornos de la personalidad (más específicamente, de una perversión, en que el sujeto recibe su principal satisfacción erótica en espiar clandestinamente a las personas cuando están desnudas o realizan el acto sexual.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- - ANNIE LAURIE, CRAWFORD ET.AL. ENFERMERIA Y PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL Ed. El Manual Moderno. México; 1987.
- 2.- - BLOS PETER "Psicoanálisis de la Adolescencia" 3o Ed. México, Joaquín Mortis S.A. 1980. p.p. 15-233.
- 3.- - CATHERINE W. TINKHAM. Y ELEANOR F. VOORHIES. "Enfermería Social Evolución y Procedimientos. 1o Ed. México. Limusa 1981. p. 143, 209.
- 4.- - Campuzano Montoya M. "Un Modelo de Psicoterapia Grupal para Adolescentes Farmacodependientes. "Vol. 18 No. 8 México Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría. 1980 p.p. 223, 231.
- 5.- - Consejo Nacional contra la Farmacodependencia I.M.P. "Programa Contra la Farmacodependencia" México, Secretaría de Salud. 1988 p. 82.
- 6.- - Consultor de Psicología Infantil y Juvenil. "La Adolescencia". Barcelona, España. 1985.
- 7.- - CLAY LINDGREN HENRY BYRNE DONN. "Tratado sobre las Ciencias de la Conducta" 1a Ed. Barcelona, España, Labor, -- S.A. 1977 p.p. 65-91
- 8.- - Enciclopedia de Psicología. "La adolescencia" Barcelona, España. Oceano. 1987 p.p. 19, 112.
- 9.- - Erikson Erikh "Sociedad y Adolescencia" 5o Ed. Madrid España, siglo XXI. p.p. 179.
- 10.- - GARCIA RAMIREZ SERGIO. "Ley Titular para Menores del Estado de Michoacán". Morelia, Ed. Oficial 1990.
- 11.- - GARCIA MANZANERO HECTOR. "Manual de Investigación aplicada en servicio social y de salud". Ed. Prensa Mexicana, Mexico, 1987, p.p. 37-98.
- 12.- - HARRISON THORN Y OTROS MEDICINA INTERNA TOMO II Ed. Prensa Médica 5a Ed. en español. México; 1981.

- 13.- - HASSOL DENNIS. "Psicología Evolutiva" 1a Ed. México, Interamericana 1985 p.p. 206-256.
- 14.- - HENRI EX ET. AL. TRATADO DE PSIQUIATRIA Ed. Toray-Mosson 8a ed. Barcelona; 1980.
- 15.- - Irving "Enfermería Psiquiátrica" 1o Ed. México, Interamericana 1975 p.p. 188,199.
- 16.- - KYES HOFLING. "Enfermería Psiquiátrica" Tercera Edición-México, Interamericana 1977 p. 279-288.
- 17.- - KYES CH. K. HOALING. ENFERMERIA PSIQUIATRICA. Ed. Interamericana. México; 1982.
- 18.- - Ley General de Salud Pública en el "DIARIO OFICIAL" 7 de Febrero de 1984.
- 19.- - LUYERNE WOLFF. LEWIS. FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA. Ed. Harla 2a ed. México; 1983.
- 20.- - MARINER ANN. "El Proceso de Atención de Enfermería" 2a - Ed. México Ed. Manual Moderno 1983 p. 301.
- 21.- - MODELL WALTER-LASING ALFRED. "DROGAS" Colección Científica 2a Ed. México, Time Life Internacional 1981. p.p. 9,-59.
- 22.- M. Tanner Joines-Rattray Taylor. "El crecimiento" 2o Ed. México. Colección Científico Time Life 1981. p.p. 77, --114.
- 23.- - Ponce Anibal "Psicología de la Adolescencia" 2o Ed. México Uteha 1989 p.p. 161.
- 24.- - REVISTA PSIQUIATRICA. Organó Oficial de la Asociación -- Psiquiátrica Mexicana, A.C. 2a Epoca Vol. 4 N. 2a Etapa- Vol. No. 1 Enero-Abril, México 1988 p. 1-6.
- 25.- - PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1989-1994. Ed. Poder Ejecutivo Federal 1990 p.p. 104-106.

- 26.- - Reyes del Olmo Patricia I "El J6ven Farmacodependiente, -
sufre las consecuencias de su enfermedad". M6xico. Cen-
tro de Investigaci6n Juvenil. 1990 p.p. 20.
- 27.- - Salud P6blica de M6xico "Reglamento para el control de -
substancias Psicotr6picas por Inhalaci6n". Mayo-Junio. -
M6xico, 1981 p.p. 283-287.
- 28.- - Secretar6a de Salud. "Encuesta Nacional de Adicciones" -
M6xico, Secretar6a de Salud. Direcci6n General de Epide-
miolog6a Instituto Mexicano de Psiquiatr6a 1990 p. 289--
337.
- 29.- - Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Fami-
lia. "Prevenci6n de la Farmacodependencia", M6xico D.I.F
1988 p. 78.
- 30.- - SUBDIRECCION GENERAL MEDICA.
"Manual de Educaci6n para la salud, Magisterio" Ed. ---
ISSSTE. M6xico 1986. p.p. 177.195.
- 30.- - SHERIF COROLYN W. SHERIF MUZAFER. "Problemas de la Juven-
tud" 1o Ed. M6xico Trillas 1980. 157-180.
- 32.- - Tamayo y Tamayo Mario. "El Proceso de la Investigaci6n -
Cient6fica" M6xico, Limusa 1981. p.p. 121.
- 33.- - Trabajadores Sociales de Michoac6n, A.C. "Drogadicci6n"-
Ed. Secretar6a de Salud. Morelia, Diciembre 1989 p.p. 24.
- 34.- - VAZQUEZ CASTELLANOS, ELENA Y OTROS ELEMENTOS DE PSIQUIA-
TRIA Y ENFERMERIA PSIQUIATRICA. UNAM/S.U.A. M6xico; 1979.

FECHA
CENTRO

**FICHA DE ANTECEDENTES
MEDICOS (1)**

APELLIDOS: NOMBRE: NUM:
FECHA DE NACIMIENTO: CIUDAD DE ORIGEN: FECHA DE ADMISION:

APARATO CARDIOVASCULAR

- Soplo
- Endocarditis
- Malformación
- Operación
- Otros

APARATO DIGESTIVO

- Gastritis
- Ulcera de estómago
- Hemorroides
- Operación
- Hepatitis 1 2 3 X
- Otros

SISTEMA NERVIOSO

- Epilepsia
- Crisis tétánicas
- Coma >12h.
- Meningitis
- Otros

APARATO URINARIO

- Cólicos nefríticos
- Infecciones urinarias
- Otros

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- Septicemia por gérmenes
- Septicemia por levaduras
- Otros

OTRAS ENFERMEDADES

-
-
-

APARATO PULMÓNAR

- Asma
- Bronquitis crónica
- Pleuresia
- Tuberculosis
- Otros

APARATO GENITAL

- Enfermedades de transmisión sexual
- Salpingitis
- Embarazo Esteri. Píl. Otro
- Contracepción
- I.V.E.
- Amenorra
- Otros

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS

- Tratamiento ambulatorio
- Hospitalizaciones
- Tentativa de suicidio
- Delirio
- Otros

APARATO LOCOMOTOR

- Fracturas
- Traumatismo craneal
- Spondilodiscitis
- Otros

ENFERMEDADES DE LA PIEL

- Furúnculo
- Hongos
- Tatuaje
- Otros

ADMISION Y ACOGIDA

TOXICOMANIA

PRODUCTOS UTILIZADOS: *Duración toxicomanía:*
- *Per os:*
- *Inyecciones:*

PRODUCTOS UTILIZADOS LA ULTIMA SEMANA:
- *Naturaleza:*
- *Cantidad:*

CURAS POST-CURAS HOSPITALIZACIONES EN MEDIOS PSIQUIATRICOS:

	<i>Establecimiento</i>	<i>Duración</i>	<i>Edad</i>
1
2
3
4

TRATAMIENTOS AMBULATORIOS:

	<i>Producto</i>	<i>Duración</i>	<i>Edad</i>
1
2
3

TRATAMIENTOS EN EL MOMENTO DE LA ADMISION:

Con receta o acuerdo del médico
Sin acuerdo

.....
.....
.....

TALLA: PESO: T.A.: PULSO:

ESTADO GENERAL:

OBSERVACIONES:

.....

.....

	NIV 1	NIV 2	NIV 3
Admisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2º exámen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º exámen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DETECCION ANTITUBERCULOSIS

APELLIDOS:
 NOMBRE:
 FECHA DE NACIMIENTO:
 FECHA DE ADMISION:
 NACIONALIDAD:

	CENTRO	IDR	RADIO	FIRMA DEL MEDICO
1era. fecha				
2da. fecha				
3era. fecha				
4ª fecha				
5ª fecha				
VACUNACION B.C.G.				



**CONSULTAS
GINECOLOGICAS**

FECHA	NOMBRE DEL MEDICO	LUGAR

**VACUNAS Y SUEROS
ANTITETANICOS**

SUEROS	VACUNAS	
		FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
	1ª INYECCION	
	2ª INYECCION	
	3ª INYECCION	
	RECUERDO	

NOMBRE DE LAS SUSTANCIAS TOXICAS	MODO	Fumado	Ingerido	Inhalado	Inyec- tado	Edad Princ	Edad Final	Observaciones
HACHIS								
DISOLVENTES								
COLA								
L.S.D.								
ALUCINOGENOS								
ANFETAMINAS								
OPIO								
MORFINA								
HEROINA								
COCAINA								
BROWN SUGAR								
BARBITURICOS								
NEUROLEPTICOS								
ANTIDEPRESIVOS								
CODEINA								
PERFETINA								
BENZOMETIL								
ALCOHOL								
PALFIUM								
METADONA								
OTROS								

Lectura: 0 ocasional; + el utilizado más a menudo; M para paliar el síndrome.

Ejemplo:

HACHIS		+	0			14	16	DEAL
DISOLVENTES	-		0	+		23	23	ETER

FICHA HISTORICA DE LA TOXICOMANIA