



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

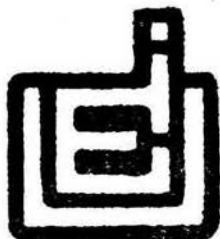
**CAMPUS IZTACALA**

**“LA FARMACODEPENDENCIA,  
LA ADOLESCENCIA Y  
LA FAMILIA”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A N:  
**HUMBERTO SANCHEZ GUTIERREZ  
ROGELIO MARCOS JIMENEZ AGUAS**



**LOS REYES IZTACALA,**

**EDO. DE MEXICO 1995**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**CAMPUS IZTACALA**

---

---

**“ LA FARMACODEPENDENCIA,  
LA ADOLESCENCIA Y  
LA FAMILIA ”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :**

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A N :**

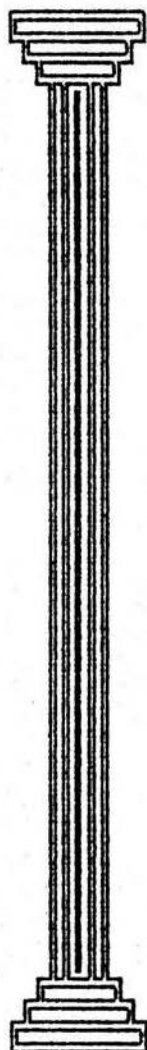
**HUMBERTO SANCHEZ GUTIERREZ**

**ROGELIO MARCOS JIMENEZ AGUAS**

---

---

**LOS REYES IZTACALA, TLANEPANTLA, EDO. DE MEXICO. 1995**



A Dios,  
te agradezco el enseñarme  
cada día el camino a seguir.

A Edna mi esposa,  
por su amor, comprensión  
y participación en la rea-  
lización de este trabajo.

## RESUMEN

La farmacodependencia es un problema que afecta a toda la sociedad, especialmente a los adolescentes; ya que ésta es una etapa en que tienen lugar una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales; y si además se presentan conflictos familiares, el problema se acentúa, lo que puede hacer susceptible a los jóvenes a la ingestión de drogas.

Diferentes Organismos e Instituciones de Salud se han avocado al tratamiento de la farmacodependencia, abordándolo de diferentes maneras, proponiendo diferentes alternativas y estrategias para la solución de este problema.

En la actualidad se observa que los recursos que proporciona la familia para prevenir el consumo de drogas, no los posee ningún otro sistema social, ya que la educación que proporciona a sus miembros y la relación que establece con cada uno de ellos puede ser el recursos más prometedor para prevenir el abuso de drogas.

Así el objetivo de este trabajo es realizar una descripción de la farmacodependencia en el adolescente y su relación con la desintegración familiar, así como las alternativas y estrategias que se han propuesto para este problema.

## INDICE

INTRODUCCION.	1
CAPITULO 1 LA FAMILIA.	
1.1 HISTORIA DE LA FAMILIA.	7
1.2 DEFINICION DE FAMILIA.	12
1.3 FUNCION DE LA FAMILIA.	14
1.4 CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA MODERNA.	17
1.5 DESINTEGRACION DE LA FAMILIA.	20
✓ 1.6 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA FAMILIA DEL FARMACODEPENDIENTE.	23
CAPITULO 2 ADOLESCENCIA.	
2.1 DEFINICION DE ADOLESCENCIA.	28
2.2 CARACTERISTICAS DE LA ADOLESCENCIA.	31
2.3 EL ADOLESCENTE FARMACODEPENDIENTE.	38
CAPITULO 3 FARMACODEPENDENCIA.	
3.1 HISTORIA DE LA FARMACODEPENDENCIA.	42
3.2 DEFINICION DE FARMACODEPENDENCIA.	46

3.3	ETIOLOGIA DE LA FARMACODEPENDENCIA.	49
3.4	CLASIFICACION DE LOS FARMACOS.	55
CAPITULO 4	LA FARMACODEPENDENCIA EN MEXICO Y SU RELACION CON CONFLICTOS FAMILIARES.	86
CAPITULO 5	ALTERNATIVAS Y ESTRATEGIAS AL PROBLEMA DE LA FARMACODEPENDENCIA.	89
	CONCLUSIONES.	100
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	

Uno de los problemas más graves de la sociedad moderna es la farmacodependencia, ya que está aumentando día con día el consumo de diferentes tipos de fármacos, lo cual debe ser un motivo de reflexión y preocupación en el ámbito social.

Se considera el interés de enfocar el problema de la farmacodependencia en relación con la familia, ya que histórica y psicológicamente ésta es el núcleo principal, para el desarrollo del individuo (Alarid e Irigoyen, 1986; Llanes, 1986b; Sánchez, 1986). Se puede afirmar que la influencia de la familia es decisiva para que el adolescente se desarrolle biológica, psicológica y socialmente, y asimismo, logre su crecimiento y supervivencia en el medio.

En la actualidad la familia se encuentra en grave crisis, principalmente en las grandes ciudades; en donde el núcleo familiar tiende a la desintegración, al no existir la interacción adecuada entre los miembros de la familia. Una familia bien estructurada es capaz de hacer frente a los problemas internos o externos que se le presenten, tratando de ajustarse a cada situación, mientras que las familias desorganizadas, se ven afectadas en su funcionamiento, sobre todo en condiciones de crisis. Esta tendencia a la desintegración familiar se observa generalmente cuando existe el divorcio, o cuando ambos cónyuges trabajan para poder satisfacer sus necesidades, olvidándose de sus roles dentro de la familia, o por la ausencia temporal o parcial de alguno de los padres, etcétera.

En la medida de que el sistema familiar se encuentra desequilibrado creará en sus miembros una vulnerabilidad hacia las influencias antisociales, es decir, se incrementa la posibilidad en el adolescente hacia la adopción de un comportamiento como el consumo de drogas (Fernández y Guerra, 1982).



Schioler (1982), Llanes (1986a) y Gispert (1987) afirman que la mayoría de los adolescentes que consumen drogas se encuentran en conflicto con su núcleo familiar. En familias donde las relaciones entre los padres se observa con frecuencia la violencia física o verbal, la incomunicación entre sus miembros, y donde generalmente hay ausentismo de alguna de las partes, se observa que dichas causas tienen sus efectos inmediatos en la conducta de los hijos, que los conducen a formas de afrontar la realidad a través de las drogas, que lejos de solucionar sus problemas los agravan más.

Las relaciones familiares juegan un papel importante para que se origine la farmacodependencia en los adolescentes, otorgando poca o nula importancia a las investigaciones sobre este tema.

Se debe destacar que la etapa de la adolescencia puede ser muy difícil para algunos jóvenes, debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales que experimentan. Y si además se presentan conflictos familiares, escolares o con otros grupos, y no son resueltos adecuadamente, el problema se acentúa y en algunos casos ocasiona el consumo de drogas (Centro de Intergración Juvenil, 1982).

A la adolescencia se le denomina como el lapso comprendido entre la niñez y la edad adulta. Esto es, la etapa entre el momento en que se alcanza la madurez sexual y la que lleva a una madurez psicológica y social (Conger, 1984; Llanes, 1986a; Gispert, 1987; Horrocks, 1987; Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988).

En la adolescencia se observa una gran cantidad de cambios. El adolescente amplía sus actividades, en busca de nuevas experiencias y conocimientos.

Uno de los problemas que más aquejan a la adolescencia es la farmacodependencia, ya que entre los adolescentes ha aumentado

considerablemente. Por un lado, el desarrollo físico que viven y por otro, el medio en que se desenvuelven. Esto puede ocasionar el consumo de algún tipo de droga, ya que el adolescente está sujeto a la búsqueda y experimentación de nuevas sensaciones, incluyendo aquellas con implicaciones de riesgo o desaprobación social. Las drogas pueden representar una forma de responder a la crisis, un intento de escapar a la ansiedad y conflictos del adolescente.

El consumo de drogas puede aparecer por la curiosidad que acompaña todo proceso de cambio, como un intento de obtener una satisfacción que no ha podido encontrar o como una solución a su problemática. Cabe mencionar, que es precisamente el adolescente el que en mayor proporción consume drogas (Gispert, 1987).

Entre los adolescentes que han experimentado con una droga ilícita, los adictos a la marihuana constituyen la mayor proporción (Fernández y Guerra, 1982; Conger, 1984; Llanes, 1986a; Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988; De la Garza y Vega, 1988).

El consumo de las drogas ha existido en todos los tiempos y culturas, lo cual ha sido una realidad. La droga no es la única dependencia del ser humano, hay otras; juego, televisión, etcétera. Casi todas las actividades humanas pueden convertirse en adicciones, basta que signifique una evasión o un refugio. Por lo tanto, existe una correspondencia entre las adicciones y las necesidades psicológicas del ser humano. Sin embargo, una adicción supone siempre perder posibilidades de una independencia creadora.

El hombre ha utilizado las drogas con diversas finalidades buscando no sólo una fuente de efectos placenteros y eufóricos, sino también experiencias rituales, místicas y religiosas (Gispert, 1987; Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988). Por ejemplo, mediante los alucinógenos ha vivido como realidades fantasías de su imaginación.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1974), la farmacodependencia se puede definir como un estado psíquico, a veces causado por la interacción entre un organismo y un fármaco. La farmacodependencia se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar producido por la privación; la dependencia puede ir acompañada o no de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente de uno o varios fármacos.

Existen dos tipos de dependencia; la psicológica; es cuando la droga produce una sensación de satisfacción con el fin de obtener placer o evitar un malestar, y la física; en donde existe un estado de adaptación biológica al ser administrada la droga.

Alguno de los dos tipos de dependencia pueden acompañarse o no de otro fenómeno llamado tolerancia, en donde existe un estado de adaptación orgánica a través del cual, ante la misma cantidad de droga, se presenta una respuesta del organismo cada vez menor. Esto tiene como consecuencia la necesidad del sujeto de consumir una dosis mayor del fármaco, para provocar el mismo efecto (Organización Mundial de la Salud, 1974; Calderón, 1984; Kleinmuntz, 1986; De la Garza y Vega, 1988).

Difícilmente se han podido determinar las causas o motivos que originan la farmacodependencia, no se ha establecido una etiología definitiva sobre dicho fenómeno, aunque se lo han propuesto diferentes teorías, como la biofisiológica, la psicoanalítica, la conductual y la sociológica. Cabe mencionar que ésto no se ha podido lograr ya que las causas que determinan el fenómeno de la farmacodependencia son multifactoriales.

La farmacodependencia es un fenómeno muy complejo, y para prevenirlo es indispensable conocerlo, de ahí la importancia de saber que existen diferentes tipos de fármacos, los cuales se pueden clasificar según los efectos fisiológicos (depresivos o estimulantes) que tienen sobre el sistema nervioso, o bien en base a la dependencia que producen (física o psíquica o ambas) o a su situación jurídica (legales o ilegales). Las drogas más usuales entre los adolescentes es el tabaco, el alcohol, la marihuana, los inhalantes, los alucinógenos, entre otros.

Tomando en cuenta el incremento del problema de la farmacodependencia en todo el mundo, especialmente en adolescentes, se presenta en nuestro país en forma alarmante, con tendencia preocupante. Calderón (1984) señala que durante los últimos años se ha incrementado el abuso de la marihuana, de los inhalantes, de los barbitúricos y de los alucinógenos, entre los jóvenes mexicanos.

Es conveniente señalar, que el adolescente farmacodependiente establece una comunicación superficial e incluso nula con sus padres. Es común para ellos pasar por experiencias negativas durante la niñez. Por ejemplo; inseguridad, falta de atención y estímulos, relaciones conflictivas entre los padres y situaciones más graves como el abandono del padre o madre, e incluso ambos, el alcoholismo severo, infidelidad manifiesta del padre o madre, castigo físico (golpes) por parte de los padres; todo esto crea un ambiente poco estimulante y afectivo. (Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988).

Se deben adoptar medidas para prevenir la farmacodependencia en el adolescente. Esto es, alternativas a nivel preventivo para que no se origine el consumo de drogas en los adolescentes. Involucrando directamente a la familia, principalmente a aquellas donde existe la desintegración familiar, ya que la familia juega un papel muy importante en el desarrollo de la farmacodependencia.

<sup>10</sup>  
El objetivo de este trabajo es realizar una descripción de la farmacodependencia en el adolescente y su relación con la desintegración familiar, así como exponer las alternativas y estrategias que se han propuesto para este problema.)

En el **Capítulo 1**, se describe a la familia, su historia, definición y función, así como las características de la familia moderna, la desintegración familiar y algunas consideraciones generales sobre la familia del farmacodependiente. En el **Capítulo 2**, se describe la adolescencia, en donde se plantea su definición y características, así como el adolescente farmacodependiente. En el **Capítulo 3**, se describe la historia de la farmacodependencia, su definición, su etiología y la clasificación de los diferentes tipos de fármacos. En el **Capítulo 4**, se describe el problema de la farmacodependencia en México, y su relación con los conflictos familiares. Por último en el **Capítulo 5**, se exponen las alternativas y estrategias que se han propuestos al problema de la farmacodependencia.

# **LA FAMILIA**

## 1.1. HISTORIA DE LA FAMILIA

Este capítulo está enfocado a la familia, particularmente a la desintegración familiar, y su relación con la farmacodependencia y el adolescente.

Alarid e Irigoyen (1986) y Sánchez (1986) plantean que la familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para la formación y desarrollo del hombre (en lo biológico, psicológico y social), el cual depende de ella para alcanzar su supervivencia y su crecimiento.

La familia a través del tiempo, ha sufrido una serie de modificaciones, ya que no siempre ha existido con las características actuales, y a pesar de que los pensadores estudiosos de este fenómeno social no se han puesto de acuerdo sobre su evolución histórica, hay un denominador común que tiende a considerar las siguientes etapas.

### A. Promiscuidad Inicial.

La etapa llamada de promiscuidad inicial se caracteriza por la nula existencia de vínculos permanentes en el padre y la madre; no hay una reglamentación consuetudinaria de sus relaciones y de la responsabilidad que el padre pueda tener hacia los hijos y por tanto en relación a éstos no aparece como una figura importante. Es la madre la que mantiene un vínculo constante de cuidado y protección del hijo, éste no sabe quien es su padre y el parentesco se señala por la línea materna.

### B. La Cenogamia.

La cenogamia se caracteriza porque un grupo específico de mujeres mantiene relaciones sexuales con un grupo determinado de hombres. Y a diferencia de la posición anterior, en este caso sí existe una reglamentación de la relación de los diferentes esposos y del cuidado y crianza de los hijos.

### C. La Poligamia.

La poligamia es uno de los fenómenos que la historia nos muestra con más claridad en su evolución. En este tipo de familias se puede hablar de dos aspectos.

a) **La pollandria**, en la que una mujer tiene varios maridos, es un tipo de familia que lleva al matriacado. La mujer, se convierte en el centro de la familia, ejerce la autoridad, fija los derechos y obligaciones de la descendencia y por tanto el parentesco se determina por la línea femenina. Se considera que esta etapa por la que pasó la familia se acentúa en la época, en la que el hombre se convierte en un grupo sedentario, esto es, cuando aparece la agricultura y la ganadería en forma incipiente; la mujer se convierte en el principal agente económico y afectivo, dado que el hombre continua dedicado a actividades peligrosas como son la guerra y la caza que lo llevan a una permanente eliminación.

b) **La poligenia**, se da cuando un hombre tiene varias mujeres, fenómeno social mucho más aceptado, que inclusive en la actualidad se observa en los países musulmanes.

### D. Familia Patriarcal Monogámica.

En la cultura occidental la influencia que la religión católica ejerció en el desarrollo jurídico-político, sobre todo en el imperio romano, fue decisiva para institucionalizar el concepto de la familia patriarcal monogámica. Se caracteriza porque la figura preponderante es la del padre, que representa el centro de las actividades económicas, religiosas, políticas y jurídicas. La familia estaba formada por el padre, su mujer, sus hijos hasta que él moría, sus hijas hasta la boda, las esposas de sus hijos, los clientes y los esclavos. Entre otros derechos, el padre tenía el de reconocer a los hijos o rechazarlos a su nacimiento; repudiar a la mujer, casar a los hijos y a las hijas; emancipar, adoptar, designar al morir el tutor de su esposa y de sus hijos; ser el único propietario del



patrimonio y el representante religioso en el culto doméstico. La mujer debía tener un sometimiento absoluto a la autoridad del hombre.

Un segundo periodo dentro de esta etapa tiene influencia monoteísta religiosa que hace disminuir las características de la familia patriarcal disponiendo que el padre no era el único poder en el hogar. Aparece el principio de la libertad de seleccionar al cónyuge. Cambia su número de miembros, integrada por abuelos, padres e hijos, por lo cual se le llama familia conyugal extensa. La patria potestad y las relaciones que se dan dentro de la familia se democratizan entre el padre y la madre. Esta etapa da inicio a la familia conyugal moderna.

#### **E. Familia Conyugal Moderna.**

Se destaca en esta etapa la legitimización de las relaciones sexuales entre los padres. Con esto se permite el crecimiento, educación de los hijos y la cooparticipación de los cónyuges en el hogar. Otra característica es la regulación de las actividades económicas y un lugar físico para vivir (Calderón, 1984; Sánchez, 1986).

La constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado de un incesante proceso de evolución. En particular, la familia mexicana reúne ciertas características específicas presentes a lo largo de la historia.

En la civilización azteca las familias estaban regidas por leyes estrictas que establecían normas específicas y funciones perfectamente establecidas para ambos sexos.

El padre se hacía cargo del hijo en cuanto a iniciación en las técnicas y obligaciones de la vida adulta masculina, y la madre se ocupaba de preparar a su hija, para su función como esposa. Asimismo, la niña tenía acceso a la educación y conocimiento de historia y tradición de su pueblo. Como vemos, los roles se empezaban a establecer desde muy temprana edad.

La mujer tenía derecho a liberarse del marido cuando éste no podía sostener a sus hijos y a ella; cuando se negaba a educar a éstos o cuando la maltrataba físicamente. Los derechos de los hombres eran superiores a los de las mujeres, pero éstas también los tenían; podían poseer bienes, celebrar contratos y acudir a los tribunales en demanda de justicia. Si bien el hombre podía repudiar a la mujer, con mayor facilidad de lo que ésta podía hacerlo, los hijos podían escoger al progenitor con quien querían irse, lo que muestra respeto a hijos y mujeres.

Sin embargo, al realizarse la Conquista de México, tanto la mujer como el hombre pierden completamente sus posiciones. Son separados como pareja y convertidos en esclavos, perdiendo no sólo estructura sino hasta calidad humana. Así, la Conquista determina un nuevo modelo de familia al destruir, necesariamente, el ya existente (De Sandoval, 1988).

En contadas ocasiones se permite la formación de familias indígenas y aún en este caso el signo es la esclavitud. Es entonces cuando aparece el mestizaje en nuestro país, el cual estaba constituido por uniones de varones españoles con mujeres indígenas. La mujer se incorporaba a una cultura para la que no se encontraba formada. Por lo tanto, el nacimiento de su hijo era la expresión del alejamiento de su mundo.

La mayor parte de los mestizos nacieron bajo el abandono paterno. El padre es un hombre fuerte, su cultura y su forma de vida prevalecen, contempla a su hijo más como el producto de una necesidad sexual que como el anhelo de perpetuarse. La participación del padre en el hogar es limitada, se trata más bien de un ser ausente que cuando eventualmente se presenta es para ser servido, admirado y considerado. Los contactos afectivos con la madre son mínimos, al igual que con el hijo, su presencia va acompañada,

con frecuencia de violencia. Se le ha de atender como un señor, se le debe toda clase de consideraciones sin que él tenga ninguna para el ambiente que lo rodea, frecuentemente se embriaga y abandona el hogar sin tener consideración a los hijos y a la madre, ésta acepta, pasiva y abnegadamente la conducta del padre; considera que su destino es servirle y responder a sus necesidades, frecuentemente recae en ella el peso económico y afectivo del hogar (Alarid e Irigoyen, 1986).

De esta manera, la familia se transformó. De la familia azteca en donde el hombre tenía señorío y superioridad, pero que reconocía a los hijos que engendraba, respetando los derechos de la mujer, se pasa a la familia sin derechos, sin respeto y reconocimiento. Así, la familia mexicana actual es el resultado de la mezcla entre dos culturas (azteca y española). En la cultura azteca, la familia estaba formada por el padre, la madre e hijos, los que seguían un serie de normas y costumbres por las cuales el grupo se regía. Se puede decir que dicha familia tenía una posición muy importante dentro de la sociedad azteca, puesto que era la encargada de transmitir y mantener todos los aspectos tradicionales en cuanto a religión y costumbres. No obstante, a partir de la conquista, toda la organización social azteca cambio y de este cambio no podía escaparse la familia (De Sandoval, 1988).

## 1.2. DEFINICION DE LA FAMILIA

Así como a través de la historia han existido diferentes clases de familia, también existen múltiples definiciones de ésta, las cuales se presenta a continuación:

Ackerman (1983) considera que la familia es la unidad básica de la sociedad, que se encarga de la unión del hombre y la mujer, para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación. Además, psicológicamente los miembros están ligados en interdependencia mútua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas y están ligados económicamente en interdependencia para la provisión de sus necesidades materiales.

Por su parte, Linton (1983), la define como una institución y unidad cooperativa que existe en todas las sociedades y cuya organización es interna. Además, su situación es intermedia entre la persona y la sociedad total a la que pertenece.

Nolasco (1978) hace referencia de que la familia es la base de la organización social, ya que se encarga de reproducir a los individuos biológica, social y culturalmente, y es el camino de la identificación, la afiliación y la participación social.

Satir (1984) señala que la familia es una institución social, un grupo de individuos unidos por situaciones mutuamente reforzantes.

Calderón (1984) expone que en nuestra sociedad actual la familia es una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficientemente precisa y duradera para facilitar la procreación y crianza de los hijos.

Por último, Castellan (1985) define a la familia como una reunión de

individuos unidos por los vínculos de sangre; que viven bajo el mismo techo o en un mismo conjunto de habitaciones; y con una comunidad de servicios.

De esta manera, aunque el término familia se ha definido de distintas formas, se puede decir que el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la Cultura de Occidente, conservando la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo afectivo y físico (Alarid e Irigoyen, 1986).

### 1.3. FUNCION DE LA FAMILIA

Algunas definiciones que se han dado de la familia, consideran que ésta se integra para la satisfacción de las necesidades inherentes de complementariedad biológica, psicológica y social, constituyendo un medio para alcanzar la plenitud del desarrollo humano, seguridad y supervivencia.

La familia es considerada como el núcleo primario y fundamental para proveer a la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo (Sánchez, 1986).

Las funciones básicas que la sociedad espera de la familia son: conservar la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgales cuidado y afecto. Dichas funciones son descritas a continuación.

#### A. Socialización.

La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado, a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad. Es importante aclarar que precisamente dentro de la función de socialización, la familia se perfila como una Institución Ideológica del estado, ya que ésta es el vínculo entre el individuo y la sociedad, por lo que cada tipo de familia responde a la sociedad y por ende al sistema económico en el cual está inmersa.

Los estudios de la familia han colocado a la madre como el educador primario de ésta, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa lactante y preescolar, y al padre como un soporte a sus

acciones por lo menos en estas etapas primarias, ya que posteriormente la responsabilidad de socializar a los miembros nuevos de la familia es compartida por los profesores.

#### **B. Cuidado.**

Esta función significa para la vida familiar el resolver de la manera más adecuada las necesidades físicas y de salud de los miembros, como es la necesidad de alimentación, vestido, seguridad física y acceso a los servicios de salud.

#### **C. Afecto.**

Según los académicos de la lengua el *affectus* en cuanto a la Institución familiar, se refiere a proporcionar: ánimo, amor y cariño. Ahora bien, la familia debe cubrir las necesidades afectivas de sus miembros, debido a que éstas son de suma importancia para una buena relación familiar.

#### **D. Reproducción.**

Otra función de la familia es la de proveer de nuevos miembros a la sociedad.

#### **E. Estatus.**

La familia socializa a un niño dentro de una clase social y pone en él todas sus aspiraciones relevantes (Calderón, 1984; Alaride Irigoyen, 1986).

Se puede decir que la familia es el lugar donde se llevan a cabo los aprendizajes más elementales, como caminar y hablar, donde se satisfacen las necesidades primarias y afectivas, donde además se desarrollan las capacidades necesarias para la integración a una serie de sistemas sociales, en los cuales el individuo funcionará posteriormente.

De esta manera, es de interés destacar que el hecho de que se cumpla con las funciones antes mencionadas, tiene una importancia primordial en la determinación del tipo de adaptación que se tenga con respecto a las personas ajenas a la familia.



**Falta página**

**N° 17**

socioeconómica y de clase, se consideran los siguientes tipos de familias:

a) **Familias de estratos marginados y subproletarios** con niveles de subsistencia totalmente precarios. Dichas familias viven en zonas marginales, sobreviven en un ambiente hostil, hay inseguridad o inconsistencia de su trabajo, y los hijos crecen en una lucha por la subsistencia desde muy pequeños.

b) **Familias de estratos populares proletarios**, dependientes de su actividad económica y con un menor grado de precariedad en su subsistencia. Este tipo de familias aspiran a tener un trabajo estable, una seguridad social básica y a mejorar sus condiciones de vida. Además, la toma de las decisiones es conjunta, pero se reconoce la autoridad formal del esposo.

c) **Familias de estratos medios**, participantes en mayor o menor medida en la actividad económica y que van desde el nivel de consumo básico, hasta el semiestructurado. Por lo regular se cuenta con un trabajo fijo.

d) **Familias de estratos elitistas de dominio**, con un alto grado de consumo y necesidades suntuarias. Dichas familias suelen tener un sentimiento clasista muy marcado, que se refuerza a través de una socialización de los hijos realizada por las escuelas, los clubes, los círculos sociales más o menos cerrados de su clase. Generalmente estas familias no son muy numerosas.

Desde el punto de vista tipológico, característica dada según la ocupación de uno o ambos cónyuges, se considera a la familia campesina, obrera y profesional.

Por otro lado, en base a su demografía, se encuentra la familia urbana, personas que viven en la ciudad, y la familia rural, personas que viven en el campo.

Finalmente, desde el punto de vista de su integración puede haber familias integradas, semiintegradas y desintegradas.

a) **Familia Integrada**, en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones, es decir, cada miembro familiar realiza bien su rol designado. Hay comunicación, en donde se escucha a cada uno de los miembros.

b) **Familia Semiintegrada**, en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones. El padre demuestra poder y los hijos le tienen miedo. La mujer es sumisa.

c) **Familia Desintegrada**, aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono (Calderón, 1984; Alarid e Irigoyen, 1986).

**Faltan páginas**

**N° 20a 24**

realizan fuera de la casa como lo más importante en sus vidas, o este esfuerzo es vivenciado con desagrado y molestia, encontramos que ambas circunstancias les impiden prestar atención a las demandas de sus hijos, por lo que éstos se sentirán abandonados y sin una guía firme y constante. Esta situación, puede llevar al adolescente a buscar un grupo para sentirse acompañado y poder satisfacer sus necesidades afectivas y de desarrollo.

De este modo, en el seno de algunas familias desintegradas, la comunicación es ocasional y el diálogo muchas veces difícil, limitado a temas específicos o a situaciones de poca importancia, lo que se agudiza más en el periodo de la adolescencia, y lo que es más importante, hay datos que señalan que es esta incomunicación la que conduce al consumo de drogas, ya que en dichos ambientes, la familia proporciona una socialización inadecuada que deja al individuo más expuesto a la influencia de otros grupos, sobre todo al llegar a la adolescencia (Fontanetto y Reyes, 1982; Llanes, 1986b; Gispert, 1987; Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988; De Sandoval, 1988)

#### D. Pautas de Conducta Confusas.

Otro de los aspectos a tratar, es que en ciertas ocasiones y ante ciertos hechos los padres se muestran permisivos, mientras que en otros momentos censuran lo que en otras ocasiones aceptaron. Lo mismo sucede cuando existe una división de la autoridad o la presentación de valores entre los padres, y uno permite lo que el otro prohibió. Esta dualidad se traduce en el adolescente en incertidumbre y en un no saber cuál de las dos valoraciones es la justa.

Cuando el adolescente enfrenta estas incongruencias, intenta a veces la única solución que le queda: entrar en un conflicto, que puede traducirse en el consumo de fármacos (Fernández y Guerra, 1982; Llanes, 1986b; Gispert, 1987).

### E. Inadaptación de los Padres.

Es común encontrar casos de farmacodependencia en familias donde la migración del campo a la ciudad trae aparejados fenómenos de transculturación y conflictos en los valores y sistemas de vida. Esta inadaptación de los padres es transmitida a los hijos, quienes por la inestabilidad que esto provoca son presas fáciles de dependencia de distinto género, incluidas aquellas respecto a las drogas.

En una investigación realizada, sobre el adolescente farmacodependiente en el Distrito Federal y zonas colindantes se encontró que la inmigración familiar se dio en un 50 por ciento de los casos (Llanes, 1986b).

En resumen, la familia a través del tiempo, ha sufrido una serie de modificaciones, ya que no siempre ha existido como la conocemos actualmente, pasando por diferentes etapas. Desde la etapa de Promiscuidad Inicial, la Cenogamia, la Poligamia, la Familia Patriarcal Monogámica, hasta la Familia Conyugal Moderna.

En la actualidad existen múltiples definiciones de familia, las cuales se pueden resumir de la siguiente manera: la familia es la unidad básica de la sociedad, formada por (marido, mujer e hijos), conservando la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos, otorgarles apoyo afectivo, físico y económico.

De este modo, es de interés destacar el hecho de que la familia cumpla con la funciones básicas de socialización, cuidado afecto y reproducción; lo cual permitirá sobre todo de los hijos, lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo.

La familia tiene características variables según la cultura en la que se desarrolla. En México no existe una estructura estándar única; ya que

en base a su composición o estructura la familia puede ser de tipo nuclear o triangular (padre, madre y los hijos), extensa (cónyuges, los hijos y los familiares del padre y la madre) y compuesta (cónyuges, hijos, abuelos y personas no consanguíneas).

De acuerdo a un nivel de estratificación socioeconómica y de clase se consideran: familias de estratos marginados y subproletarios, familias de estratos populares proletarios, familias de estratos medios y familias de estratos elitistas de dominio.

Desde el punto de vista de su integración puede haber familias integradas, semiintegradas y desintegradas.

Esto es, la familia funciona como una unidad y, para la conservación de su equilibrio, depende del adecuado funcionamiento de cada uno de sus miembros; por lo tanto, la alteración en el funcionamiento de alguno de ellos perturba todo el funcionamiento familiar, pudiendo provocar la desintegración de ésta.

Los problemas que la desintegración familiar traen al hijo, son en tal grado alterantes de su conducta, que los estudios que se han hecho al respecto indican deficiencias en el aprendizaje, bajo nivel intelectual, dificultad para ajustarse a los diferentes grupos en los que el niño tiene que manejarse, así como problemas de farmacodependencia.

Cabe mencionar, que diversas investigaciones realizadas por estudiosos de este problema han coincidido en varios comunes denominadores de la familia del farmacodependiente, los principales son: desintegración familiar, la presencia de adicciones en alguno de los miembros de la familia, conflictos entre padres e hijos que dificultan su interrelación, pautas de conductas confusas y, desadaptación de los padres en el medio en que se desenvuelven.

**ADOLESCENCIA**



## 2.1 DEFINICION DE ADOLESCENCIA.

Este capítulo se dedica a examinar esta etapa del desarrollo del ser humano, la cual constituye la cimentación para la vida adulta ulterior. Sin embargo, se considera importante señalar lo que se entiende por pubertad, ya que se ha planteado como el principio de un periodo crítico. Además, para comprender lo esencial de la sexualidad en la adolescencia debe tenerse en cuenta que el fenómeno biológico, con repercusiones psicológicas, dominante en esta edad es la pubertad.

El término pubertad proviene de la palabra latina *pubes*, que significa cubrirse de pelo, siendo una alusión clara al vello de las axilas y del pubis (Conger, 1984; Como, Fisher y Ponce, 1984; Llanes, 1986a; Gispert, 1987).

La pubertad principia con la acción de las hormonas sexuales que producen la aparición de las características sexuales secundarias. En realidad, en cada individuo la pubertad es un proceso gradual que abarca desde el principio de la acción hormonal hasta el logro de la completa madurez sexual. Al terminar la pubertad, el individuo adquiere la capacidad de reproducirse (Conger, 1984; Como, Fisher y Ponce, 1984; Llanes, 1986a; Ballesteros, 1987; Gispert, 1987; Horrocks, 1987; Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988).

Las variaciones individuales en el principio de la actividad hormonal son tan marcadas que sería imposible establecer la edad específica del comienzo de la pubertad. No obstante, en los niños esta edad fluctúa entre los 10 y los 15 años, y en las niñas, generalmente entre los 9 y los 14 años.

Por su parte, la palabra adolescencia, procede del verbo latino *adolescere* que significa crecer, desarrollarse (Como, Fisher y Ponce, 1984; Ballesteros, 1987; Gispert, 1987; Horrocks, 1987).

También, se le denomina adolescencia al lapso comprendido entre la niñez y la edad adulta. Esto es, aquella etapa entre el momento en que se alcanza la madurez sexual y aquella que lleva a una madurez psicológica y social (Conger, 1984; Llanes, 1986a; Gispert, 1987; Horrocks, 1987; Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988).

Entendiendo por madurez a aquello que implica un equilibrio entre el individuo y su ambiente, siendo éste capaz de escoger entre una amplia gama de actividades y asumir el papel de adulto, según la definición de adulto que se tenga en su cultura. Esto significa, que para algunos la adolescencia nunca termina: asume el rol de adolescente durante toda su vida.

Se dispone de un criterio biológico preciso para determinar el inicio de la adolescencia; sin embargo, son tantos los factores (psicológicos y sociales) que influyen para alcanzar la madurez personal, que es casi imposible establecer edades precisas en cuanto a su terminación (Horrocks, 1987).

No obstante, existen ciertas características que señalan el fin de esta etapa, como es la elaboración de una serie de conductas para integrarse a su medio ambiente. Además, es posible señalar que generalmente la adolescencia transcurre en las mujeres entre los 12 y los 21 años, y en los hombres entre los 13 y los 25 años.

En conclusión, se puede decir que la adolescencia es una etapa de transición en la historia del individuo, el cual se considera como una unidad biopsicosocial, lo cual es sinónimo de integridad del sujeto. Así pues, se tiene por una parte, su constitución biológica determinada genéticamente, sobre la cual se desarrollan las funciones psicológicas; todo esto dentro de un marco de interacción, la sociedad que en gran parte delimita el grado y dirección del desarrollo de las capacidades del individuo.

De esta manera, a continuación se señalan las características fundamentales de la adolescencia, en cuanto a lo biológico, psicológico y social.

## 2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

Es incorrecto considerar que la adolescencia es una condición estática y sin cambios, similar para todo el que la atraviesa. Dichos cambios varían de una persona a otra, de una familia a otra, de una cultura a otra y de una generación a otra. Sin embargo, existen denominadores comunes, pudiéndose aplicar ciertas generalidades en cuanto a las características de un adolescente: biológicas, psicológicas y sociales.

### A. Características Biológicas

Es importante considerar que el ser humano inicia su crecimiento y desarrollo como unidad biológica, en el momento de la concepción, pasando por diferentes etapas, que van desde la niñez a la edad adulta, siendo la pubertad la época de la vida en la cual se da la máxima diferencia sexual desde el estado prenatal. El rasgo principal de la pubertad es el desencadenamiento hormonal, ya que las hormonas son inductoras de los caracteres sexuales secundarios, lo que puede llevar a una madurez sexual.

Aunque puede haber algunas variaciones individuales en la secuencia de los acontecimientos que llevan a la madurez sexual, lo siguiente constituye el orden normal seguido por el desarrollo.

En el hombre los testículos y el escroto comienzan a aumentar de tamaño. Comienza a aparecer el vello púbico. El pene comienza a agrandarse. La voz se hace más grave a medida que la laringe crece. Comienza a aparecer vello en las axilas y en el labio superior. Aumenta la producción de espermatozoides y pueden presentarse emisiones nocturnas. El vello púbico se pigmenta y la próstata se agranda.

En la mujer, también pueden presentarse variaciones en el orden secuencial de la madurez sexual. No obstante, el patrón característico es el siguiente: crecimiento primario del busto y redondeamiento de

las caderas; aparición del vello púbico (no pigmentado); aumento del tamaño del útero y la vagina, de los labios y el clítoris; vello púbico pigmentado y bien desarrollado; cantidad moderada de vello axilar; mayor desarrollo de los senos; pigmentación de los pezones; aumento en el tamaño de la areola; menarca o inicio de la menstruación; maduración de los senos y crecimiento del vello axilar (Conger, 1984; Gispert, 1987; Krantz y Semmens, 1987).

Cabe mencionar, que al terminar la pubertad el individuo adquiere la capacidad de reproducirse.

Por otro lado, la adolescencia es una época de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, pero también es la idiosincrasia del individuo. En esta etapa se producen rápidos cambios corporales, alcanzándose la madurez física (Horrocks, 1987).

Los cambios en la estatura y el peso se acompañan de cambios en las proporciones físicas del adolescente. La cabeza, las manos y los pies son los primero en alcanzar la talla del adulto. Le siguen los brazos y las piernas, los cuales crecen más rápido que el tronco, que es el último en desarrollarse (Conger, 1984; Krantz y Semmens, 1987).

#### B. Características Psicológicas.

Es importante destacar que el desarrollo psicológico no se realiza paralelamente con el desarrollo orgánico. Biológicamente el individuo en la etapa de la adolescencia ha madurado sexualmente, mientras que los procesos psicológicos de adaptación a esta etapa del crecimiento adquieren notable relevancia y pueden llegar incluso a aparecer como un periodo de crisis. Sin embargo, hay algunas sociedades en las que los cambios se asimilan sin originar al individuo mayores conflictos; pero en la sociedad occidental actual varios factores la hacen una etapa especialmente difícil. El rol adolescente no está definido con claridad, y no señala con precisión cuando ha adquirido

el nuevo estatus de adulto (Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988).

En la adolescencia se realizan una gran cantidad de cambios. El adolescente amplía sus actividades en busca de nuevas experiencias y conocimientos, siendo en esta etapa donde la capacidad para adquirir y utilizar conocimientos, alcanza su máximo punto de eficacia. Normalmente es una etapa de esperanzas e ideales, de anhelos que a menudo, están separados de la realidad, aunque se plantea que hay capacidad simultánea para considerar una serie de posibilidades en forma objetiva y compleja, así como para pensar en términos abstractos. Además, la adolescencia tiende a ser una etapa de evaluación de valores, la cual va acompañada del desarrollo de los ideales propios y la aceptación de su persona.

También, durante la adolescencia se observa que los estados de ánimo tienden a mostrar mayores variaciones que en cualquier otra etapa de la vida. Los periodos de gran entusiasmo e intentos por alcanzar grandes logros son seguidos por periodos de depresión e insatisfacción, en muy poco tiempo. Se dice que tales cambios se han justificado desde una perspectiva psicológica a partir de dos puntos de vista contrapuestos. Uno de ellos se basaría en los cambios fisiológicos que se producen a partir de la pubertad; el otro establecería una independencia entre los procesos físico y psíquico, e interpretaría estos últimos como la señal de que el individuo ha llegado a su madurez anímica (Conger, 1984; Ballesteros, 1987; Gispert, 1987; Horrocks, 1987).

De igual manera, al adolescente le molesta que se burlen de sus preocupaciones, de sus indecisiones, de los que él considera sus profundos e insolubles problemas. Ballesteros (1987) plantea que todas estas manifestaciones que adquieren formas diversas según la índole social, familiar, económica y temperamental del adolescente, tienen como origen común el esfuerzo que el adolescente realiza por afirmar sus personalidad, por hallarse a sí mismo, por comprenderse y formar su carácter.

Por otra parte, se ha observado que un aspecto de suma importancia y transcendencia en la adolescencia es lo referente al sexo, ya que la vivencia de la sexualidad incluye los procesos de adaptación a las personas que le rodean y al mismo tiempo, la experimentación afectiva y el establecimiento de todo tipo de relaciones con los adolescentes del sexo opuesto.

Ante dicha sexualidad, el adolescente tiene distintas posibilidades de actuación: puede negarla, intentar satisfacerla mediante la masturbación, o bien puede establecer relaciones heterosexuales o relaciones homosexuales. Las actividades que adopte ante los hechos sexuales se ven generalmente condicionados por los valores y normas que ha recibido del entorno familiar y escolar en que ha sido educado. (Ballesteros, 1987; Krantz y Semmens, 1987).

Krantz y Semmens (1987) y Horrocks (1987) consideran que para que el adolescente establezca un papel sexual aceptable, su crecimiento y desarrollo físico es un componente importante, ya que su conducta puede variar desde la preocupación abierta sobre el estado de su acné, a una actitud de aparente indiferencia respecto a cualquier cosa relativa a su aspecto.

Los aspectos faciales son particularmente penosos para los adolescentes debido a las erupciones cutáneas, puntos negros o manchas en la piel que presentan muchos de ellos, lo cual constituye una fuente considerable de vergüenza. La preocupación física puede exagerarse mucho, y si el adolescente fracasa pueden aparecer sentimientos acénuados de inseguridad, inferioridad y ansiedad.

El dirigir la atención al propio desarrollo y a su apariencia es probablemente universal entre los adolescentes. Esta es la edad en la cual por encima de todo el individuo está definiendo no sólo quién es sino también qué es.

La aparición del vello pubiano puede provocar muchas preguntas en el adolescente, lo cual no significa que su confusión sea necesariamente causa de preocupación en un grado significativo, o que se encuentre en crisis. La mayoría de los adolescentes obtienen respuestas, aunque sea parciales a sus preguntas, ya sea de sus padres, hermanos, compañeros, maestros y de algún material escrito a su alcance. Cabe señalar, que el joven que carece de información precisa es en particular, vulnerable a la adquisición de datos erróneos. Su cuerpo se vuelve una especie de misterio para él y puede ser causa de preocupación más bien que de orgullo. Lo anterior puede explicar en parte, por qué un adolescente anda cabizbajo o esconde en otras formas su cuerpo de los demás. Puede sentir que el hecho mismo de madurar es malo o algo de qué avergonzarse.

Finalmente, cabe mencionar que si el adolescente está confuso sobre su desarrollo físico o disgustado con éste, es más difícil que establezca una imagen aceptable de sí mismo (Krantz y Semmens, 1987).

### C. Características Sociales.

Un aspecto que influye también en esta etapa se refiere al marco sociocultural en el que los adolescentes se desarrollan, ya que los cambios sufridos dependen en gran parte de los patrones culturales imperantes y de la forma en que cada grupo trata los cambios que se originan.

La familia ejerce una influencia fundamental en el desarrollo del adolescente, ya que en el caso de que ésta no cumpla con las funciones que le corresponden, sobre todo al no satisfacer las necesidades de los adolescentes, aumenta la "brecha generacional", dando lugar a una falta de comunicación e incomprensión entre padres e hijos.

De esta manera, las situaciones de incomprensión familiar suelen afectar



profundamente al adolescente, lo que puede provocar actitudes que influyan negativamente en su vida adulta posterior. (Conger, 1984; Llanes, 1986a; Gispert, 1987; Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988).

Dependiendo de las experiencias familiares previas, habrá mayor susceptibilidad de recibir influencias (del grupo de amigos o de otros elementos), que puedan incluso desafiar o competir con la formación previa, recibida básicamente en el hogar, ya que en la etapa de la adolescencia se está más abierto al mundo exterior y más expuesto a sus influencias. El grupo de amigos se vuelve especialmente significativo por la oportunidad de compartir problemas personales y familiares, por el apoyo y comprensión que proporciona. Dentro de la situación del grupo, el adolescente puede tener un sentimiento de poder, pertenencia y seguridad; aprende a enfrentarse a otros; puede obtener recompensas de prestigio y libertad de movimiento.

En general, el adolescente está ansioso por lograr un estatus entre los de su edad y el reconocimiento de ellos; desea conformar sus acciones a las de sus iguales. También, es la época en la que surgen los intereses heterosexuales que pueden hacer complejas sus actividades.

Es conveniente señalar, que la adolescencia es una etapa en la que las relaciones de grupo adquieren una gran importancia, siendo su existencia considerada como necesaria dentro del desarrollo del ser humano (Conger, 1984; Gispert, 1987; Horrocks, 1987; Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988).

Se puede considerar que el grupo es fundamental para el adolescente, ya que le permite vivir sus problemas de manera colectiva. Se trata de una forma de organización espontánea que funciona como núcleo de socialización, centro de desplazamiento de conflictos o problemas familiares o escolares, lugar de diversión o de contacto

Inicial entre ambos sexos. En el grupo todos sus miembros se identifican con cada uno, siguiendo los dictados de éste en cuanto a vestimenta, costumbres o preferencias, así el grupo adquiere en la adolescencia una importancia fundamental, ya que se posee un sentimiento de pertenencia y de poder que es muy importante para el individuo. Además, se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que se mantenía con la familia, en particular, con los padres.

La escuela también forma parte del desarrollo en el adolescente, siendo la principal institución educativa. Sin embargo, el contenido que algunas escuelas dan al aprendizaje, pocas veces es percibido por el alumno como algo útil, con lo que el estudio se convierte, para muchos adolescentes en una pesada obligación (Llanes, 1986a; Gispert, 1987).

Junto a la familia, al grupo de amigos y a la escuela, la sociedad ejerce una influencia determinante en la conducta del adolescente, ya que esta etapa se caracteriza principalmente por las tensiones surgidas entre el individuo y su sociedad, por su resistencia a aceptar los estándares convencionales de la misma, y el compromiso y estabilidad que implica la vida adulta (Gispert, 1987; Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988).

El adolescente acepta, en su contacto con la sociedad, unas normas y rechaza otras. Dentro de ciertas limitaciones y de acuerdo con su estabilidad psíquica puede elegir sus propios roles sociales.

Por último, los medios de difusión publicitarios adquieren considerable importancia. El adolescente tiene que ordenar y seleccionar todos los estímulos durante su desarrollo, en todos los ámbitos: musicales, religiosos y políticos, entre otros, lo que puede contribuir a su desorientación.

### 2.3. EL ADOLESCENTE FARMACODEPENDIENTE

Uno de los problemas en la adolescencia, es la farmacodependencia, ya que el periodo crítico de evolución que viven los adolescentes, aunado al medio donde se desenvuelven, puede ocasionar el consumo de drogas.

De esta manera, la adolescencia ha sido considerada en sí misma como una etapa difícil de inestabilidad y cambio, en la que el adolescente está abierto a la búsqueda y experimentación de nuevos caminos, incluyendo aquellos con implicaciones de riesgo o de desaprobación social. Las drogas pueden representar una forma de responder a la crisis, un intento de escapar a la ansiedad y conflictos del adolescente.

Gispert (1987) plantea que el proceso de cambio, conflictivo en alto grado, sigue un curso normal en la mayoría de los jóvenes, pero existen casos en los que estos cambios resultan más difíciles de superar. En algunos adolescentes puede observarse una timidez exagerada, que les incapacita para relacionarse con los demás, o bien ciertos complejos basados en reales o imaginarios defectos físicos acompañados de sentimientos de desvalorización o de inferioridad, pueden motivar al recurso de la droga entre ciertos adolescentes para escapar así de su ansiedad, aunque cabe señalar que esto sólo es cierto en algunos casos, y no conviene generalizar en absoluto.

Además, la farmacodependencia en el adolescente puede ser ocasionada en primer lugar por el grupo familiar, después por el grupo social inmediato, por la escuela, así como por la sociedad en su conjunto.

El adolescente farmacodependiente se encuentra en un ambiente familiar conflictivo, el cual no satisface sus necesidades, y en el que

se observa un mínimo de comunicación entre sus miembros.)

Dependiendo de las experiencias familiares previas, habrá mayor susceptibilidad a recibir influencia del grupo de amigos, el cual constituye un factor de gran importancia, tanto en el desarrollo personal y social del adolescente, como en el acercamiento de éste al consumo de drogas. Estas pueden representar la posibilidad de compartir experiencias vitales con los amigos y de ser comprendido por ellos; ya no se es un individuo aislado y extraño, sino uno más entre iguales.

Se puede decir que el grupo desempeña un papel muy importante en la vida del adolescente farmacodependiente, ya que en general cuando el joven se enfrenta continuamente a circunstancias adversas en su familia y en la comunidad, el grupo resulta de incomparable valor, al brindarle apoyo, ayuda, y la oportunidad de satisfacer sus necesidades de afecto, comprensión y esparcimiento (Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988).

Por otro lado, el adolescente farmacodependiente muestra por lo general desinterés a la escuela considerando que sus actividades son inútiles, lo cual conduce en muchos casos al fracaso escolar. En estas circunstancias, se favorece el camino del adolescente hacia la droga, ya que en el momento en que algunos fracasan en los estudios y los abandonan también acostumbra a producirse fracasos en las relaciones interpersonales o familiares de modo que su autoestima se ve seriamente dañada y la necesidad 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. Así, el consumo de drogas ilegales supone un riesgo que puede revalorizar al adolescente ante quienes no se atreven a ello (Gispert, 1987).

También el adolescente se afecta e influye por el contexto social en -

el que se encuentra inmerso, ya sea por la información inadecuada de los medios de comunicación sobre la farmacodependencia o por la disponibilidad de las drogas.

Finalmente, es de interés considerar que entre los adolescentes que han experimentado con una u otra droga ilícita, los adictos a la marihuana constituyen la mayor proporción (Fernández y Guerra, 1982; Conger, 1984; Llanes, 1986a; Gispert, 1987; De la Garza y Vega, 1988; Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988).

En resumen, la adolescencia es una etapa del desarrollo del ser humano, en la cual ocurren cambios. Así pues, se tiene por una parte su constitución biológica determinada genéticamente, sobre la cual se desarrollan las funciones psicológicas; todo esto dentro de un marco de interacción, siendo la sociedad la que en gran parte delimita el grado y dirección del desarrollo del individuo.

De esta manera, los cambios que se manifiestan en la adolescencia varían de una persona a otra, de una familia a otra y de una generación a otra. Sin embargo, existen denominadores comunes, pudiéndose aplicar ciertas generalidades en cuanto a las características de un adolescente: biológicas, psicológicas y sociales.

En lo biológico, la adolescencia es una época de desarrollo físico y crecimiento. En esta etapa se producen rápidos cambios corporales, alcanzándose la madurez física.

En cuanto a su desarrollo psicológico, es importante destacar que no se realiza paralelamente con el desarrollo orgánico. Biológicamente el individuo en la etapa de la adolescencia ha madurado sexualmente, mientras que los procesos psicológicos de adaptación a esta etapa del crecimiento adquieren notable relevancia y pueden llegar incluso a aparecer como un periodo de crisis, en el que el adolescen-

te realiza un esfuerzo por afirmar su personalidad, por hallarse a sí mismo, por comprenderse y formar su carácter .

Por lo que respecta al marco sociocultural en el que los adolescentes se ven inmersos, es determinante; ya que los cambios sufridos dependen en gran parte de los patrones culturales imperantes y de la forma en que cada grupo trata los cambios que se originan.

De este modo, junto a la familia, al grupo de amigos y a la escuela, el adolescente podrá elegir sus propios roles sociales. Sin embargo, el periodo crítico de evolución que viven los adolescentes aunado al medio en donde se desenvuelven, puede ocasionar el consumo de drogas.

Entre los adolescentes la farmacodependencia puede ser una forma de experimentar sensaciones nuevas, de pertenecer a un grupo, de manifestar rebeldía, de estimularse para poder preparar exámenes o simplemente de combatir el ocio.

De ahí, es que los adolescentes deban contar con alternativas creativas. Entre ellas se cuentan las actividades artísticas-culturales, como la danza, la pintura, la escultura, el teatro, las artesanías y la literatura; la recreación física y el deporte; etcétera.

*Objetivo:*

Lo anterior, con el propósito de coadyuvar a la prevención del problema de la farmacodependencia y evitar curiosidad y la experimentación con drogas por parte de los adolescentes. *se intenta promover en el alumno primer*

# **FARMACODEPENDENCIA**

### 3.1 HISTORIA DE LA FARMACODEPENDENCIA

El consumo de drogas es tan antiguo como la humanidad. Tanto las grandes civilizaciones como pequeños grupos, buscaban no sólo una fuente de efectos placenteros y eufóricos, sino también experiencias rituales, místicas y religiosas (Gispert, 1987; Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988).

A lo largo de la historia, se observa que las personas han usado siempre el opio y sus derivados; morfina, heroína y codeína. Los europeos cultivaron la amapola, de la cual se obtiene el opio natural, durante cuatro mil años aproximadamente; en los primeros escritos de los babilonios, egipcios, griegos y romanos ya se habla del opio ("la planta de la felicidad", según la concepción de los antiguos sumerios). En algunas culturas, estas drogas se utilizaron como parte de rituales religiosos, en otras simplemente por placer, y en otros casos para mitigar el dolor o para aligerar las aflicciones (Cowen y Zax, 1984; Gispert, 1987; Harris y Nathan, 1987; Gannon, 1988).

Sin embargo, el opio que en una época tuvo gran aceptación en el Oriente como pasatiempo placentero y que hasta fines del siglo XIX podía conseguirse sin restricciones en tiendas de comestibles tanto en los Estados Unidos como en Inglaterra, en la actualidad está prohibido, excepto cuando se utiliza como medicamento (Jaffe, 1983; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Harris y Nathan, 1987).

Antes del año 500 A.C., se utilizaban las flores y hojas de la planta del cáñamo en los ritos religiosos de la India. Las drogas derivadas del cáñamo han sido importantes, como la marihuana y el hachís (Harris y Nathan, 1987). En las culturas musulmanas, a menudo se tolera el uso de la marihuana mientras que el alcohol es condenado y prohibido, lo cual no ocurre dentro de la sociedad Occidental, ya que es aceptado lícitamente (Jaffe, Hodgson y Petersen, 1986; Gispert, 1987).



En el siglo XII se tenía noticia del uso de las hojas del árbol de coca para propósitos rituales. En ese tiempo, según los escritos, los incas de América del Sur la mascaban con el fin de lograr una mayor comunión con los dioses (Cowen y Zax, 1984; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Gispert, 1987; Harris y Nathan, 1987). En la actualidad el consumo de la cocaína es ilegal en Estados Unidos y otros países, pero hace 85 años era ingrediente de una conocida bebida de cola (Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986).

Durante los siglos XVI y XVII, y como consecuencia de los descubrimientos geográficos producidos por el auge de la navegación, llegaron a Europa, importados de otros continentes, el tabaco, el café y el té, cuyo consumo se extendería rápidamente. Estas sustancias fueron incorporándose poco a poco a los usos sociales diarios, aunque en los inicios de su introducción alguna de ellas fuera rechazada (Jaffe, Hodgson y Petersen, 1986; Gispert, 1987).

Fue sólo hasta principio del siglo XX que se comenzó a utilizar en forma abundante los barbitúricos en casos de ansiedad y para inducir el sueño. En 1938, todavía se dudaba si estos causaban dependencia física. En cuanto a las anfetaminas, sus propiedades estimulantes no fueron descubiertas sino hasta el año de 1915 aproximadamente (Harris y Nathan, 1987).

Durante los años sesenta aparecieron nuevos grupos de drogas. Entre ellas se encontraban la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), tetrahidrocanabinol (la sustancia activa de la marihuana), mezcalina, psilocibina, dimetilriptamina (DMT), miristicina y otras, todas ellas se conocían con el nombre de "drogas psicodélicas" (Burt y Miller, 1982; Harris y Nathan, 1987).

El uso de compuestos psicodélicos era una práctica limitada en Estados Unidos de Norteamérica a algunos estudiantes universitarios e investigadores, no eran ilegales y los consumidores no eran condena-

dos socialmente. Hacia la mitad de la década de los sesentas, la experimentación con sustancias psicodélicas se extendió entre estudiantes universitarios y de enseñanza media. Actualmente, la posesión, fabricación o venta de estos fármacos se ha convertido en delito penado por la ley (Jaffe, 1983).

Es de interés considerar que en México, se consumían hongos alucinantes, a los cuales se les llamaba teonanácatl. Los efectos tóxicos de los mismos son descritos por Fray Bernardino de Sahagún en su historia general de las Cosas de la Nueva España.

Los indígenas mexicanos ingerían una semilla llamada ololiuhqui que, según el reporte del ilustre fraile, "emborracha y enloquece". En otra parte de su libro, Sahagún se refiere a unas "como tunas de tierra que se llaman péyotl, son blancas y los que las comen o beben, ven visiones espantosas".

Tanto el peyote como los hongos alucinantes son aún ingeridos por jóvenes en busca de sus efectos; pero ciertos pueblos indígenas continúan consumiéndolos con propósitos religiosos (Calderón, 1987).

Por otra parte, en México así como en otros países el alcohol, es junto con el tabaco, la droga más consumida actualmente, su presencia en la vida cotidiana y su consumo han favorecido su gran aceptación social.

La actitud hacia el alcohol es, en general, mucho más tolerante que hacia otras drogas, como la marihuana, que es consumida por un gran número de adolescentes (Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988; De la Garza y Vega, 1988).

En conclusión, todas las culturas y tipos de sociedad, desde la antigüedad hasta nuestros días, han consumido diferentes tipos de drogas. La

aceptación de éstas varía extraordinariamente de una cultura a otra, e incluso dentro de una misma cultura puede sufrir grandes transformaciones, con el paso del tiempo.

### 3.2 DEFINICION DE FARMACODEPENDENCIA

Se considera necesario describir varios conceptos importantes, ya que esto permitirá comprender más claramente todo aquello que involucra dicho fenómeno.

En primer lugar, resulta decisivo saber lo que significa farmacodependencia. De esta manera, cabe señalar que el comité de expertos en drogas tóxicas de la Organización Mundial de la Salud recomendó, en su 13º informe, la sustitución de los términos toxicomanía y hábito, por el de dependencia, seguida de la indicación del tipo de droga de que se trate; a partir de 1969, dicha organización internacional adoptó el término farmacodependencia, que ha usado desde su 16º informe, hasta la fecha (Calderón, 1987).

Así pues, la Organización Mundial de la Salud en su 20º informe define el término farmacodependencia como:

"El estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco; la farmacodependencia se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede ir acompañada o no de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos" (Organización Mundial de la Salud, 1974).

En primer término la definición establece que, para que exista farmacodependencia, es necesario que un ser vivo entre en contacto con un fármaco. Se necesita, por tanto, conocer lo que se entiende por fármaco. La definición más aceptada, también elaborada por la Organización Mundial de la Salud, es la siguiente: Fármaco o droga es toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar

una o más de sus funciones". (Frenk, 1976. p. 9). Es decir, un fármaco es una sustancia ajena al organismo que al entrar en él altera alguna de sus funciones.

En segundo lugar, la definición de farmacodependencia afirma que está consiste siempre en un estado conductual y que, en el caso de ciertas drogas, puede haber además un estado físico. El estado conductual se caracteriza siempre por el hecho de que la conducta del individuo se altera. Además, el individuo no puede reprimir el impulso a tomar el fármaco. También, pueden existir aquí dos tipos de motivaciones para tomar el fármaco: una de ellas puede ser que el fármaco se tome para experimentar sus efectos; y la otra es que ciertas drogas pueden usarse para evitar las molestias, producidas por el hecho de dejar de tomarlas (Frenk, 1976).

Los anteriores conceptos hacen necesario conocer otras definiciones. Existen dos grandes tipos de dependencia, según la droga que se consuma. 3

El primero de estos tipos es la dependencia psicológica, que se define de la siguiente manera: "Se habla de dependencia psicológica cuando la necesidad de la droga produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración periódica o continua de esa droga, con el fin de obtener placer o de evitar un malestar" (Frenk, 1976. p. 10).

El segundo tipo de dependencia, es la dependencia física, cuya definición es la siguiente: "Dependencia física es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos, cuando se suspende la administración de una droga" (Frenk, 1976. p.10). 25

Todos estos trastornos físicos, que se presentan por la supresión de la droga, se manifiestan por una serie de síntomas y signos, de naturaleza física y conductual, que varían según la droga. A esto se le llama "Síndrome de abstinencia" (Frenk, 1976. p. 10)

Cualquiera de los dos tipos de dependencia a los que nos hemos referido puede o no acompañarse de otro fenómeno llamado tolerancia. La definición de este fenómeno es la siguiente: "Tolerancia es el estado de adaptación orgánica a través del cual, ante la misma cantidad de droga, se presenta una respuesta del organismo cada vez menor. Esto tiene como consecuencia la necesidad del sujeto de consumir una dosis mayor del fármaco para provocar el mismo efecto (Frenk, 1976. p.10).

Por último, abuso se define como: "El consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación, con la terapéutica médica" (Frenk, 1976. p. 10).

### 3.3. ETIOLOGIA DE LA FARMACODEPENDENCIA

Este es un punto importante a tratar, ya que a partir de aquí se podrá fundamentar la tarea preventiva de la farmacodependencia. A continuación se describen las teorías que se han propuesto para explicar el complejo fenómeno de la farmacodependencia, lo cual ayudará a comprender las causas del consumo de drogas por parte de los adolescentes.

Cabe mencionar, que debido a que las causas que determinan el fenómeno de la farmacodependencia son multifactoriales, no ha sido establecida aún una etiología definitiva sobre dicho fenómeno, aunque se han propuesto teorías de tipo: biofisiológicas, psicoanalíticas, conductuales y sociológicas.

#### A. Teorías Biofisiológicas.

Con Pert y Snyder (1973), se ha dado recientemente un paso importante en lo que respecta a la investigación sobre los factores biofisiológicos de la farmacodependencia. Estos investigadores informan que han identificado sitios activos en el cerebro de farmacodependientes a la heroína y a otros opiáceos. Han observado que dichas drogas se asocian químicamente a clases específicas de células cerebrales en determinadas áreas.

Hasta ahora nadie ha desarrollado una teoría etiológica adecuada de la farmacodependencia, basada en factores biofisiológicos (Harris y Nathan, 1987).

#### B. Teorías Psicoanalíticas.

Las teorías dinámicas de la farmacodependencia describen al farmacodependiente como una persona cuya dependencia hacia las drogas representa una regresión a la etapa oral del desarrollo psicosexual. Como consecuencia de ello las necesidades de depen-

dencia son superiores, pero el individuo se encuentra frustrado debido a su imposibilidad de satisfacer estas necesidades. Ya que el farmacodependiente no puede satisfacer sus necesidades de dependencia oral de la manera más adecuada, utiliza las drogas para lograrlo (Harris y Nathan, 1987).

Chain, Gerard, Lee y Rosenfeld (1964 en Cowen y Zax, 1984) describen al farmacodependiente como poseedor de un ego y un superego débiles, una identificación inadecuada como persona y una perspectiva futura poco realista.

La validez de la formulación psicoanalítica de la farmacodependencia, apenas se ha comenzado a investigar en forma empírica, de manera que su valor como medio explicativo aún queda por comprobarse (Harris y Nathan, 1987).

### **C. Teorías Conductuales.**

Abraham Wikler (1965), probablemente ha sido el primero en proponer una teoría conductual de la farmacodependencia. El considera que la farmacodependencia es el producto del aprendizaje instrumental (operante). Señala que en el medio habitual del farmacodependiente, la búsqueda de la droga es reforzada. Al principio, este refuerzo surge de la inducción de euforia o de reducción de la tensión, del dolor o de la ansiedad. Además supone que cada inyección o ingestión de alguna droga, refuerza la conducta de buscar la droga, proporcionando de inmediato un reforzamiento positivo. Después la aparición de dependencia física produce tensión, y el deseo de suprimir los síntomas de abstinencia refuerza el uso de la droga.

También, Wikler explica que la tasa extremadamente elevada de regreso a la farmacodependencia por las personas desintoxicadas, se debe simplemente a una extinción incompleta de la conducta reforzada de buscar la droga. Además, considera que los síntomas de abstinencia



resultan condicionados a muchos estímulos ambientales, de modo que, aún después de conseguida la supresión, el farmacodependiente puede volver a experimentar, los síntomas de abstinencia a través del contacto con aspectos del medio a que los síntomas han sido condicionados.

Por otro lado, el papel del modelamiento, otro mecanismo de aprendizaje en el desarrollo de hábitos de uso de las drogas, apenas comienza a ser estudiado. En su estudio reciente llevado a cabo, los investigadores concluyeron que muchos adolescentes comienzan a usar la droga al observar esto en sus propios padres. Piensan que el uso de las drogas por parte de estos adolescentes puede reducirse sólo si los padres comienzan a dejar la droga (Jaffe, 1983; Cowen y Zax, 1984; Harris y Nathan, 1987).

#### **D. Teorías Sociológicas.**

Las teorías sociológicas han demostrado la profunda repercusión que ejerce el medio ambiente social circundante del individuo para que se presente la farmacodependencia. Dichas teorías consideran ciertos factores, entre los que se encuentran el núcleo familiar, el grupo y la escuela.

En relación con la familia, se ha señalado que los adolescentes pertenecientes a familias desorganizadas o poco estructuradas tienen una mayor incidencia al consumo de drogas (García, 1982; Cowen y Zax, 1984; Gispert, 1987; De la Garza y Vega, 1988).

En familias en donde las relaciones entre los padres se presenta violencia física o verbal, incomunicación a todos los niveles y en donde generalmente se da ausentismos de alguna de las partes, se observa que dichos problemas tienen sus efectos inmediatos en los hijos, que conducen a intentos de fuga de la realidad por medio de las drogas, lo que lejos de solucionar, agrava la problemática familiar (Llanes, 1986 b).

Por lo que se refiere al grupo, éste constituye un factor de gran importancia, tanto en el desarrollo personal y social del adolescente como en el acercamiento de este al consumo de la droga. 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 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, paralelamente, un aumento de la convivencia con los amigos. Con ellos hace planes, y se divierte. El grupo se convierte así en lugar de experimentación en las relaciones con los demás (García, 1982; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Gispert, 1987).

Por otro lado, la necesidad de ser aceptado va unida frecuentemente al uso de fármacos como un medio para lograr pertenecer a la pandilla o el grupo social con el que se reúne. De este modo, la necesidad de mayor aprobación es tan fuerte que el adolescente hará cualquier cosa que considere parte de las normas del grupo al que pertenece (García, 1982; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Llanes, 1986a; De la Garza y Vega, 1988).

Las investigaciones demuestran que el grupo de amigos es más importante que los traficantes en el inicio del uso de las drogas. Además, la información primaria sobre drogas es proporcionada por los amigos más que por otros medios y, también el grupo facilita el acceso a las drogas y respalda al sujeto emocionalmente disminuyendo sus temores al consumo (De la Garza y Vega, 1988).

En cuanto a la escuela, ésta se considera la principal institución educativa para el niño y el adolescente. Es importante considerar que en la sociedad existen escuelas que se limitan a transmitir, sin enjuiciar ni

criticar los valores y sistemas sociales. Es a través de este mecanismo por el que se ha criticado a la escuela como posible potenciadora del consumo de drogas en general y, sobre todo de drogas legales (Gispert, 1987; De la Garza y Vega, 1988).

Además se señala que los alumnos están familiarizados con las drogas legales, como son el alcohol y el tabaco. Por otra parte, en algunos centros educativos existe la distribución y venta de drogas ilegales, sobre todo los inhalantes y la marihuana. Cabe mencionar, que la edad de inicio en el consumo de drogas disminuye y una porción considerable de sujetos lo hace entre los 10 y los 15 años, precisamente en la edad escolar.

Existen otros factores que pueden favorecer el consumo de drogas, como el hecho de que la sociedad de consumo desarrolle a base de publicidad, el hábito de adquirir cualquier nuevo producto, e incitar al consumo de todo tipo de drogas legales.

De esta manera, la publicidad, el cine y los medios masivos de comunicación en general, han permitido que un gran número de personas posean una información parcial y distorsionada (Gispert, 1987; De la Garza y Vega, 1988).

También, los enormes intereses de las redes de comercialización hacen que se promueva el consumo y que se organicen la producción y su distribución a gran escala, lo cual incrementa su disponibilidad y facilita su acceso (García, 1982; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Gispert, 1987).

Otro de los factores que pueden favorecer el consumo de drogas es la sobrevaloración de los fármacos como medios de curación inmediata de todos los problemas del ser humano, siendo grandes cantidades de drogas prescritas por los médicos sin verdadera necesidad, lo cual

puede originar el consumo de drogas. Del mismo modo, algunas personas piensan que su experiencia previa con el medicamento les da autoridad suficiente para hacerse sus propios diagnósticos, lo que también puede contribuir al abuso de fármacos (García, 1982; Conger, 1984; Gispert, 1987; De la Garza y Vega, 1988).

Un último factor es la carencia en las grandes urbes, de redes de apoyo comunitario que permitan al individuo sentirse parte de un grupo que se interesa por él, como centros recreativos y culturales (García, 1982; Conger, 1984; Gispert, 1987).

Así pues, se puede concluir que no hay un solo factor etiológico determinante de la farmacodependencia. Sin embargo, resulta de considerable importancia en el intento de comprender el complejo fenómeno de ésta.

### 3.4 CLASIFICACION DE LOS FARMACOS

A continuación, se describe la forma en que se clasifican los diferentes tipos de drogas. Esto debido a que existe un gran número de drogas o fármacos que pueden dar origen a una estado de farmacodependencia. De ahí, el que resulte importante clasificarlas, ya que de esta forma, será más fácil conocer sus efectos, y la labor de identificar una droga se simplificará.

Las drogas, pueden clasificarse de diversas maneras, ya que son múltiples las variables que se pueden considerar para incluir una droga en un grupo.

Las drogas pueden clasificarse atendiendo a los efectos fisiológicos (depresivos y estimulantes) que tienen sobre el Sistema Nervioso, o bien en base a la dependencia que producen (física, psíquica o ambas), o a su situación jurídica (legales o ilegales).

Cabe señalar, que las diversas clasificaciones que se han hecho, no deben considerarse de ningún modo incompatibles o contradictorias, sino complementarias.

En este caso se hizo una clasificación en la cual, se toman en cuenta los efectos, así como el tipo de dependencia (física o psíquica), tolerancia y síndrome de abstinencia, que pueden causar los diferentes tipos de drogas en el organismo. Es importante las reacciones que las drogas provocan en el organismo, ya que éstas modifican el comportamiento psicológico, físico y social del sujeto.

Entre las múltiples variables que intervienen en los efectos de una droga están: el nivel de dosificación, el método de administración, condiciones psicológicas y físicas de cada sujeto, así como el ambiente social en el cual las drogas son ingeridas.

A continuación se presenta la siguiente clasificación:

## A. Depresores del Sistema Nervioso.

### 1. Opio

El opio se extrae de una amapola llamada papaver somniferum. Si se abre la vaina inmadura de las semillas, brota un líquido lechoso, el cual, expuesto al aire, se seca y se convierte en una sustancia gomosa de color castaño. Los principales derivados del opio son: la morfina, la heroína y la codeína.

Dentro de los opiáceos sintéticos, que son substitutos artificiales de la morfina se encuentran la meperdina y la metadona (Harris, y Nathan, 1987; De la Garza y Vega, 1988; Gannon, 1988).

Es importante señalar, que en México el abuso de los opiáceos adopta características especiales. Lo anterior debido a que es un país productor y cultivador de amapola, siendo paradójicamente la incidencia de abuso bastante baja. Sin embargo, las ciudades fronterizas (Piedras Negras, Tijuana, Mexicali y Mazatlán), por donde transitan las drogas a los Estados Unidos, presentan mayores índices de consumo que en las grandes ciudades del interior de la república. Este problema, también se presenta en los estratos sociales altos del Distrito Federal, esto se debe al alto costo de dichas drogas (Frenk, 1976; De la Garza y Vega, 1988).

Los opiáceos se administran de diferentes formas, la más conocida entre los farmacodependientes es la inyección intravenosa, debido a que sus efectos son más rápidos. También pueden ingerirse, aspirarse y fumarse en pipa (Dugay, 1975; Frenk, 1976; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986).

### Efectos

Los efectos depresores que los opiáceos tienen sobre el Sistema Nervioso Central, aparecen unos cuantos segundos después del consumo de la

droga. En términos generales, los efectos del consumo de un opiáceo, son: enrojecimiento de la cara, constricción de pupilas, y somnolencia. Además, el usuario se ve poco comunicativo, con un escaso interés en lo que ocurre a su alrededor y con poca capacidad para concentrarse. En algunos casos, se genera primero una sensación de bienestar (euforia). También hay depresión respiratoria, disminución de la motilidad gastrointestinal, náusea y vómito (Frenk, 1976; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; Uriarte, 1988).

Los efectos de una intoxicación por sobredosis son los siguientes: somnolencia, bochorno, contracción de las pupilas, resequedad bucal, náuseas, vómito, sudoración, temperatura baja, temblores, flacidez muscular, disminución de la presión arterial, respiración lenta, pulso débil y lento, incoordinación motora, desorientación, pérdida de la conciencia, coma y muerte por paro respiratorio (Frenk, 1976; Uriarte, 1988).

#### **Dependencia.**

La dependencia hacia estas drogas es de carácter tanto físico como psicológico (Frenk, 1976; Kleinmuntz, 1986; Harris y Nathan, 1987).

La necesidad de una nueva dosis de heroína puede variar, según el sujeto, de 3 a 4 veces diarias y en ocasiones hasta 10 veces o más (De la Garza y Vega; 1988).

#### **Tolerancia.**

El consumidor de opiáceos descubre que a menos que aumente la dosis, la droga ya no tiene el mismo efecto. Por consiguiente, una dosis cada vez mayor de la droga se hace necesaria. En otras palabras, ha desarrollado una tolerancia hacia ella (Frenk, 1976; Jaffe, 1983; Cowen y Zax, 1984; Kleinmuntz, 1986).

Se ha demostrado que, dependiendo de la dosis de heroína, pueden

aparecer síntomas de tolerancia en menos de una semana, e incluso a partir de la primera dosis y que se puede intensificar a medida que se prosigue con la administración de la droga (De la Garza y Vega, 1988).

### **Síndrome de Abstinencia.**

El síndrome de abstinencia, se caracteriza por los siguientes síntomas: aproximadamente unas diez horas después de suspender totalmente el opiáceo, se presenta lagrimeo, bostezos y rinorrea; posteriormente el individuo se siente somnoliento, a las 24 horas, se agrega pérdida del apetito, temblores, dilatación de las pupilas, anorexia, intranquilidad e irritabilidad. De las 48 a las 72 horas el individuo soporta los síntomas más severos; aumenta la irritabilidad, hay insomnio, debilidad, depresión, náuseas, vómito, diarrea, escalofríos, sudoración, calambres, orgasmo, aumento de la presión arterial, taquicardia y leucocitosis. En estas condiciones puede haber colapso cardiovascular por deshidratación, ya que el individuo no come, no bebe, y tiene diarrea e hipersudoración. Después de las 72 horas, los síntomas disminuyen gradualmente en el transcurso de 5 a 10 días; aunque persiste por unas semanas, incluso meses, un estado de depresión (Frenk, 1976; Cowen y Zax 1984; Alistair y Wallace, 1984; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; Uriarte, 1988).

### **2. Alcohol.**

El alcohol es la droga depresora del Sistema Nervioso Central, que más se consume en el mundo y en México. el hecho de que el consumo de alcohol esté permitido en la mayoría de los países, explica en parte que el alcoholismo constituya actualmente el principal problema de farmacodependencia (Frenk, 1976; De la Garza y Vega, 1988; Uriarte, 1988).

Existen datos de que por lo menos dos de cada tres adultos beben alcohol ocasionalmente, y también hay evidencias de que el índice de consumo de alcohol está aumentando entre los adolescentes.



El alcohol forma parte, como ingrediente psicoactivo, del vino, la cerveza, los licores y muchas otras bebidas. Se trata del alcohol etílico, que es un líquido incoloro e inflamable (De la Garza y Vega, 1988).

### **Efectos.**

Las consecuencias de comportamiento de una persona que ingiere alcohol dependen en parte de la concentración de alcohol en la sangre y el cerebro. Una concentración de alcohol en la sangre de aproximadamente .05% deprime las regiones corticales del cerebro, los centros que controlan el juicio, la restricción y las inhibiciones. Debido a la disminución de las inhibiciones, el individuo tiene mayor confianza en sí mismo, disminuyen sus preocupaciones, tensiones o vergüenzas a expensas del estado de alerta, del juicio y autocrítica. Son frecuentes los cambios emocionales bruscos. En ocasiones el individuo puede mostrar conductas eufóricas y, a veces puede presentar mayor depresión y agresividad.

Con cantidades cada vez mayores de concentración, de aproximadamente .1% a .2%, el alcohol deprime las áreas motoras y las regiones inferiores del encéfalo, afectando el cerebro medio, el sitio donde la conducta emocional se localiza. Como consecuencia, el individuo no podrá caminar con facilidad y tendrá dificultad para hablar. También puede resultar afectada, la inteligencia, la atención y la memoria. Cuando a un individuo se le obliga a que realice diversos trabajos físicos y mentales, puede verse claramente una disminución de estas habilidades. El sujeto también puede padecer amnesia, es decir, pérdida de la memoria de lo sucedido bajo los efectos del alcohol.

Con .3% de concentración de alcohol en la sangre, otras áreas más inferiores del cerebro resultan afectadas y el habla, la visión y la coordinación muscular se encuentran muy alteradas. A este nivel, la persona está próxima a quedar inerte, necesita ayuda para caminar y con facilidad se deprime o se vuelve agresiva. No está de más recordar

que el juicio de la realidad de estas personas está distorsionado.

Cuando el nivel de alcohol sobrepasa .4% y alcanza .5% suprime toda el área perceptual del cerebro, y el bebedor puede perder el conocimiento y caer en coma. En algunos casos .5% puede resultar fatal pero en la mayoría de las personas, concentraciones mayores (.6% a .7%) dan lugar a la muerte. Con estos niveles sumamente altos de alcohol en la sangre, los efectos tóxicos sobre el cerebro en su totalidad son tales que los centros que controlan la respiración y los latidos cardiacos ya no pueden funcionar, lo cual ocasiona una interrupción de dichas funciones y se produce la muerte (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; De la Garza y Vega, 1988; Uriarte, 1988).

#### **Dependencia** → *sigue*

El alcohol es capaz de crear tanto dependencia psicológica como física (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; De la Garza y Vega, 1988).

Se acepta, en general, que la dependencia física aparece después de que el sujeto ha ingerido alcohol en dosis altas durante un largo periodo (De la Garza y Vega, 1988).

#### **Tolerancia.**

Se dice que la tolerancia al alcohol es un estado de adaptación por el cual el bebedor necesita consumir una dosis mayor para sentir los mismos efectos. Todo esto provoca una ingestión creciente de alcohol. El proceso es el siguiente: el organismo ante el alcohol pone en marcha mecanismos de defensa para su eliminación, ya que afecta el hígado y otros órganos; como consecuencia de esto, el organismo tiene una mayor resistencia e inmediatamente, necesita mayor cantidad de alcohol para producir los mismos efectos que en ingestiones anteriores (Jaffe, 1983; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; De la Garza y Vega, 1988).

### **Síndrome de Abstinencia.**

El cuadro clínico del síndrome de abstinencia, que ocurre después de la ingestión sostenida de grandes cantidades de alcohol, se ha descrito de la siguiente manera: el síndrome se presenta aproximadamente de 12 al 72 horas después de interrumpir la administración en forma total, y se caracteriza por temblores, náuseas, vómitos, debilidad, ansiedad, depresión, insomnio, sudoración, calambres y cólicos, también pueden tenerse alucinaciones visuales con los ojos cerrados y posteriormente con los ojos abiertos. Conforme progresa el síndrome, aproximadamente a los tres días después de la supresión, el estado de conciencia de la persona se va debilitando hasta llegar a producirse un estado de confusión, desorientación, agitación y crisis convulsivas. A esta etapa se le denomina, *dellirium tremens*. Si durante esta etapa la persona no fallece, ya que existe el problema de complicaciones; con gran riesgo de neumonía o insuficiencia cardíaca, la recuperación sin tratamiento es en el lapso aproximado de una semana (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Jaffe, 1983; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; De la Garza y Vega, 1988; Uriarte, 1988).

### **3. Barbitúricos.**

Los barbitúricos se conocen comúnmente como píldoras para dormir. Son derivados del ácido barbitúrico y actúan como depresores del Sistema Nervioso Central. Los más comunes son: optalidon, nembutal, seconal, tuinal, butisol, amytal y amytal sodium.

Hay también algunas drogas hipnóticas y sedantes no barbitúricas de las cuales comúnmente se abusa. Mucha gente parece creer que desde el momento en que dichas drogas no son barbitúricos, son más seguras y por ende menos propensas a originar dependencia física o psicológica. Sin embargo, cada una de ellas tiene sus propios efectos, algunos de los que frecuentemente son muy similares a los de los barbitúricos. Los más comunes son: choral hydrate, glutetimida (dortiden), nodular y placidyl (Gannon, 1988).

Es de interés señalar, que los barbitúricos son prescritos y ampliamente usados en medicina con fines terapéuticos. En México muchos de estos medicamentos están prohibidos a la venta sin receta médica. Sin embargo, su empleo terapéutico pone al alcance de muchos pacientes, grandes cantidades de barbitúricos (De la Garza y Vega, 1988).

Los barbitúricos por lo general, son producidos sintéticamente, en forma de cápsulas y tabletas de muy diversos colores, tamaños y formas. Cuando se usan como drogas de abuso, los barbitúricos generalmente se ingieren, pero a veces se disuelven en agua y se inyectan por vía venosa o intramuscular (Frenk, 1976; Jaffe, 1983; Kleinmuntz, 1986).

#### **Efectos.**

Los barbutúricos afectan una amplia gama de funciones corporales, tales como los nervios, los músculos esqueléticos, los músculos lisos y los músculos coronarios (Cowen y Zax, 1984; Gannon, 1988).

Los efectos de una dosis moderada de barbitúricos incluyen sensaciones de relajación y euforia, acompañadas poco después por nistagmo (ligeros movimientos laterales de los ojos, lo que significa mal funcionamiento cerebral), dificultad en el habla y el equilibrio, así como alteraciones en los procesos mentales que causan confusión, trastornos del juicio, problemas de la memoria, pérdida del control emocional (facilidad para reír o para llorar) y agresividad (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Alistair y Wallace, 1984; Cowen y Zax, 1984; Kleinmuntz, 1986; Harris y Nathan, 1987; De la Garza y Vega, 1988; Gannon, 1988).

Los efectos más frecuentes de intoxicación debido a una sobredosis de barbitúricos son los siguientes: desorientación, somnolencia, inestabilidad emocional (pasan de una ridícula felicidad a una depresión suicida), contracción de las pupilas, pérdida de la conciencia, flacidez muscular, respiración lenta, caída de la presión sanguínea, choque, coma y muerte por paro respiratorio (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Cowen y Zax, 1984; Harris y Nathan, 1987; De la Garza y Vega, 1988).

**Dependencia.**

Los barbitúricos crean dependencia de naturaleza tanto física como psicológica (Frenk, 1976; Harris y Nathan, 1987).

Si se toman en dosis moderadas, no crean dependencia física, pero cuando se abusa de ellos durante mucho tiempo, si pueden crear dependencia física (Frenk, 1976; Gannon, 1988).

Se crea dependencia psicológica, cuando se necesita de una píldora para dormir o mantener la calma durante el día (Gannon, 1988).

**Tolerancia.**

La tolerancia a los barbitúricos se desarrolla rápidamente, cuando su uso es continuo; inclusive cuando las dosis tomadas han sido bajas, requiriendo dosis cada vez mayores a fin de lograr su efecto deseado (Cowen y Zax, 1984; Kleinmuntz, 1986; Harris y Nathan, 1987).

Los estudios recientes han revelado, que los adictos a los barbitúricos son capaces de consumir una dosis diez veces más fuerte que la suficiente para matar a alguien que no es adicto (Harris y Nathan, 1987).

**Síndrome de Abstinencia.**

El suspender en forma repentina los barbitúricos a una persona que depende físicamente de ellos produce inevitablemente uno de los síndromes de abstinencia con mayores posibilidades de ser mortal (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Cowen y Zax, 1984; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Harris y Nathan, 1987).

Los síntomas del síndrome de abstinencia, se presentan dentro de las primeras 24 horas de haber interrumpido la ingestión de la droga, en orden aproximado de aparición, incluyen ansiedad, calambres, temblores, debilidad muscular, mareo, distorsión en la percepción visual, náusea, vómito, insomnio, pérdida de peso, caída precipitada

de la presión sanguínea y temperatura corporal elevada. También pueden presentarse convulsiones, durante el segundo o tercer día; así como alucinaciones y delirios de persecución, entre el cuarto y el séptimo día (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Jaffe, 1983; Allstair y Wallace, 1984; Hodgson, Jaffe, y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; Harris y Nathan, 1987; Gannon, 1988).

Cabe mencionar, que algunos de los pacientes que sufren convulsiones mejoran después del tercer día, pero más del 50 por 100 continúan hasta la fase de delirio. Durante esta fase, en muchos pacientes puede haber colapso cardiovascular, lo cual les puede ocasionar la muerte. En caso de que sobrevivan, el síndrome de supresión aún sin tratamiento, termina hacia el octavo día, y puede regresar a la normalidad en dos meses (Burt y Miller, 1982; Jaffe, 1983; Gannon, 1988).

#### **4. Tranquilizantes.**

Los tranquilizantes son drogas depresoras del Sistema Nervioso Central, cuyo uso como medicamentos se ha extendido. Grandes cantidades de tranquilizantes son prescritos cada año por los médicos, y en muchos países pueden conseguirse sin receta médica.

En México los tranquilizantes al igual que los barbitúricos, están prohibidos a la venta sin receta médica. Sin embargo, en muchas ocasiones, es precisamente la prescripción médica la que da origen al abuso de estas drogas (Frenk, 1976; De la Garza y Vega, 1988).

Los tranquilizantes se dividen química y farmacológicamente en dos categorías, menor y mayor, según los usos médicos de la droga.

El término tranquilizante menor es una clasificación químico farmacológica que se usa para describir las drogas que se prescriben más comúnmente en el tratamiento de la ansiedad, tensión, espasmos musculares y como anticonvulsivantes. Los tranquilizantes menores

que con más frecuencia se prescriben son: el meprobamato y benzodiazepina (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Kleinmuntz, 1986; Gannon, 1988).

Los tranquilizantes mayores pertenecen a un grupo de derivados de una droga llamada fenotiazina. Se utiliza para tratar a personas en condiciones psicóticas. Entre dichas condiciones se pueden citar la violencia, hiperexcitación, hiperactividad e hipertensión. El gran valor de los tranquilizantes mayores es que aún con grandes dosis, el paciente no pierde la conciencia, de tal manera que se le puede administrar una dosis que baste para calmarlo y pueda ser receptivo a la terapia. Entre los tranquilizantes mayores se encuentran: torazine, compazine, taractán y prolixín (Burt y Miller, 1982; Gannon, 1988).

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 (Frenk, 1976; Kleinmuntz, 1986).

#### **Efectos.**

En pequeñas dosis los tranquilizantes no causan sueño, aunque al calmar la ansiedad y la tensión, con frecuencia ayudan a que la gente se quede dormida (Gannon; 1988).

Tomadas con exceso los tranquilizantes podrán reducir la ansiedad, pero pueden producir también efectos secundarios, incluidos trastornos intestinales, erupciones cutáneas, enfermedades de los riñones y el hígado y depresiones suicidas (Burt y Miller, 1982).

Los efectos de intoxicación por una sobredosis de tranquilizantes, son los siguientes: somnolencia, movimiento rápido e involuntario de los ojos, visión doble, visión borrosa, contracción de las pupilas, debilidad, relajación muscular, zumbidos en los oídos, alucinaciones, disminución de los reflejos, falta de coordinación, convulsiones en algunos casos,

excitación, agresividad, disminución de la tensión arterial, choque, coma y depresión respiratoria que puede llevar a la muerte (Frenk, 1976).

#### **Dependencia.**

Los tranquilizantes provocan dependencia tanto psicológica como física (Frenk, 1976).

Se presenta dependencia psicológica con estas drogas, en especial entre los individuos que tienen que tomarlas en forma regular. Además, el uso prolongado y abundante también puede dar como resultado una dependencia física (Kleinmuntz, 1986).

#### **Tolerancia.**

Si se desarrolla tolerancia, siendo necesaria cada vez una dosis mayor para poder conciliar el sueño (De la Garza y Vega, 1988).

#### **Síndrome de abstinencia.**

Cuando la dosis diaria es bruscamente interrumpida las personas pueden experimentar un efecto de rebote, que consiste en volverse a presentar sus síntomas iniciales, pero en esta ocasión en forma más amplificada.

El uso prolongado y abundante da como resultado síntomas de supresión que incluyen temblores, insomnio, molestias gastrointestinales, alucinaciones, convulsiones y a veces la muerte (Kleinmuntz, 1986).

#### **5. Inhalantes.**

Se da el nombre de inhalantes a los disolventes industriales que son utilizados con fines de abuso por algunas personas, principalmente por niños y adolescentes (entre los 6 y los 14 años de edad) de clase baja, ya que son fáciles de conseguir en tiapalerías y tienen un bajo costo en comparación con otras drogas (Dugay, 1975; Frenk, 1976; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; De la Garza y Vega, 1988).



Los disolventes forman parte de la química moderna y se encuentran en muy diversos productos de uso industrial y doméstico, como en los aerosoles (sprays), las pinturas, los pegamentos plásticos, las tinturas de zapatos, los adelgazadores de pinturas, como el thinner, la gasolina y la acetona (De la Garza y Vega, 1988).

Es importante mencionar, que el abuso de los inhalantes constituye uno de los problemas más graves de farmacodependencia en México (Dugay, 1975, Frenk, 1976).

Datos actuales permiten suponer que existen generaciones de niños que inhalan y hay evidencia de que el fenómeno no ha disminuido, sino que se extiende (De la Garza y Vega, 1988).

La forma de abusar de los inhalantes consiste en humedecer un trapo o estopa con el disolvente que se decidió utilizar, dirigiéndolo hacia la boca y/o nariz aspirando profundamente, pero sin tocar las mucosas, ya que produce irritación. También puede vertirse esta sustancia dentro de una bolsa de plástico con el fin de que no se evapore con rapidez, colocándola firmemente en su boca y nariz, inhalando y exhalando para que el propio aire se "cargue" de la sustancia y sea reintroducido a las vías respiratorias. La inhalación directa del recipiente, también es frecuente (Dugay, 1975; Frenk, 1976; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; De la Garza y Vega, 1988; Uriarte, 1988).

### **Efectos.**

Los materiales utilizados para inhalar contienen sustancias que producen efectos de tipo depresivo en el Sistema Nervioso Central.

Los efectos de la inhalación de estas sustancias aparecen rápidamente y duran alrededor de unos 30 minutos a una hora. Los efectos inmediatos en el consumidor son: lenguaje incoherente, dificultad para articular palabras, desorientación, mareo, pérdida del equilibrio, eufo-

ria sensación de estar flotando, pérdida de las inhibiciones, agresividad y sentimientos de onnipotencia. Después de cerca de una hora, muestra trastornos del juicio, náusea, vómito, somnolencia, estupor, pérdida de la conciencia. Durante esta última etapa, que dura aproximadamente una o dos horas, es incapaz de recordar lo que ocurrió bajo los efectos del inhalante. Los consumidores habituales experimentan alucinaciones visuales, auditivas y kinestésicas (táctiles). También es posible observar pérdida de peso (Frenk, 1976; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; De la Garza y Vega, 1988; Uriarte, 1988).

Los efectos posteriores de una intoxicación por sobredosis son: temblores, respiración rápida, irregularidad en el latido cardíaco, crisis convulsivas y coma (Frenk, 1976).

La muerte puede sobrevenir por asfixia, ya que al caer inconsciente el inhalador, puede quedar pegado el plástico a la boca y debido a la humedad del aire exhalado se adhiere firmemente impidiendo la respiración. También puede suceder que se deprima el centro respiratorio por sobredosis, o sobrevenga arritmia cardíaca, así como por broncoaspiración, depresión de la contractibilidad de la fibra cardíaca, y paro cardíaco (Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; De la Garza y Vega, 1988; Uriarte, 1988).

Es importante considerar, que la lesión física producida por los inhalantes puede tomar la forma de lesiones orgánicas de los tejidos del cuerpo. Quizás lo más grave sea el daño permanente que muchos de los inhalantes producen en el hígado, los riñones, la médula ósea, el corazón y el cerebro (Frenk, 1976; Kleinmuntz, 1986).

#### **Dependencia.**

El abuso de los inhalantes puede crear tanto dependencia física como psicológica (Frenk, 1976).

La dependencia psicológica está caracterizada por una urgente necesidad de inhalar, y de ansiedad cuando no se encuentra a mano la sustancia. La mayoría afirma que puede dejar de inhalar cuando lo desee, sin embargo, confiesan que en sus diversos intentos para abandonar el hábito han fracasado repetidamente (De la Garza y Vega, 1988).

### **Tolerancia.**

La tolerancia a estas sustancias, se desarrolla con mucha mayor rapidez que a otras drogas, generalmente en unas pocas semanas y el consumidor habitual tiene que inhalar cantidades cada vez mayores para obtener los efectos iniciales (Kleinmuntz, 1986).

En los reclusos penitenciarios se han encontrado casos de sujetos que son capaces de inhalar de día y noche durante semanas, consumiendo diariamente cantidades de hasta un litro a más al día (De la Garza y Vega, 1988).

### **Síndrome de Abstinencia.**

Las principales manifestaciones clínicas que aparecen cuando los sujetos se abstienen de inhalar, son las siguientes: excitación psicomotora, ansiedad, dolor de cabeza y dolores abdominales. Algunos dolores abdominales son debido a gastritis por el paso del inhalante hacia el estómago, y no por dolor en la pared muscular. Sin embargo, fuera de estos síntomas el síndrome de abstinencia no es apreciable (De la Garza y Vega, 1988; Uriarte, 1988).

## **B. Estimulantes del Sistema Nervioso.**

### **1. Anfetaminas.**

El nombre de anfetaminas se refiere a una clase de drogas sintéticas que estimulan el Sistema Nervioso Central. Esta clase comprende muchas drogas, pero las tres principales son: la benzedrina, la dexedrina y la metedrina. Dichas drogas se utilizan, sobre todo, como

anorexígenos, es decir, para disminuir el apetito. Además, pueden utilizarse en cuadros clínicos de hiperactividad, en niños con daño cerebral. También están indicadas para el tratamiento de la narcolepsia, una enfermedad que se manifiesta por una incontrolable necesidad de dormir (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Jaffe, 1983; Alistair y Wallace, 1984; Cowen y Zax, 1984; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; Harris y Nathan, 1987; De la Garza y Vega, 1988; Gannon, 1988).

Es importante mencionar, que en México, resulta muy difícil conseguir anfetaminas en las farmacias. Sin embargo, es frecuente que la prescripción médica sea la que provoque el inicio de la farmacodependencia. En estos casos, las anfetaminas se toman en grandes dosis y fuera del control médico. En otras ocasiones, el abuso de las anfetaminas no guarda relación con su uso médico (Frenk, 1976; De la Garza y Vega, 1988).

Las anfetaminas se fabrican 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. Generalmente son usados por vía oral, sin embargo, es cada vez más frecuente que sea utilizada por vía intravenosa (Dugay, 1975; Frenk, 1976; Kleinmuntz, 1986).

### **Efectos.**

Los efectos generales comprenden falta de apetito, insomnio, inhibición de la función intestinal, aumento en la actividad cardíaca y en determinados procesos metabólicos, y estimulación de los vasos sanguíneos que irrigan la piel y las membranas mucosas (Cowen y Zax, 1984).

Los efectos de intoxicación por sobredosis son los siguientes: agitación, inquietud, irritabilidad, agresividad, insomnio, sudoración, fiebre, euforia, resequead de la boca y la nariz, falta de apetito, náusea,

vómito, mareo, dolor de cabeza, diarrea, dolor de pecho, temblores, convulsiones, deterioro físico por la falta de sueño y de alimentos, confusión, falta de atención, alucinaciones auditivas, visuales, táctiles y olfativas, delirios, ideas de persecución, alteración de la respiración y del ritmo cardíaco. Todo esto puede llevar a la inconciencia y la muerte (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Jaffe, 1983; Alistair y Wallace, 1984; Cowen y Zax, 1984; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; Harris y Nathan, 1987; De la Garza y Vega, 1988; Gannon, 1988).

### **Dependencia.**

Su uso continuo produce dependencia psicológica, pero es probable que no produzca dependencia física (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Cowen y Zax, 1984; Kleinmuntz, 1986; Harris y Nathan, 1987).

La dependencia psicológica hacia las anfetaminas se desarrolla debido a su capacidad de producir sensaciones de energía, iniciativa, autoconfianza y bienestar. Debido a que estas experiencias son por lo general seguidas por un efecto de rebote que conduce a fatiga y depresión, se busca especialmente un retorno al estado de bienestar (Kleinmuntz, 1986; Gannon, 1988).

### **Tolerancia.**

La tolerancia hacia las anfetaminas se desarrolla rápidamente. Las personas que las utilizan frecuentemente notarán una necesidad de aumentar las dosis para poder mantener sus sensaciones de euforia y bienestar, así como su falta de apetito, o para combatir la fatiga y mantenerse despierto (Alistair y Wallace, 1984; Cowen y Zax, 1984; De la Garza y Vega, 1988).

Así pues, se va formando una tolerancia hacia las anfetaminas, de modo que el consumidor debe tomar dosis cada vez mayores para obtener los síntomas deseados (Frenk, 1976; Jaffe, 1983; Burt y Miller,

1982; Allstair y Wallace, 1984; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; Gannon, 1988).

Cabe mencionar, que la dosis diaria de anfetaminas puede aumentarse varios cientos de veces la dosis inicial (Jaffe, 1983; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Harris y Nathan, 1987).

Las dosis altas de anfetaminas, al suprimir el apetito favorecen la acidosis y como la anfetamina se excreta con mucho mayor rapidez en la orina ácida, parte de la tolerancia tal vez sea debida a una más rápida eliminación de la droga (Jaffe, 1983).

#### **Síndrome de Abstinencia.**

En algunas investigaciones se ha observado que los síntomas de abstinencia hacia las anfetaminas son: una necesidad por la droga, fatiga, somnolencia, periodos de sueño prolongados, seguidos de un gran apetito y depresión.

Aunque es cierto que aparentemente no hayan otros síntomas de abstinencia mayores cuando se deja de tomar la droga, actualmente se sigue investigado para ver si en realidad no son más serios de lo que parecen (Jaffe, 1983; Cowenk y Zax, 1984; Gannon, 1988).

## **2. Cocaína.**

La cocaína es otra de las drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central. Es un polvo blanco extraído de las hojas de coca, arbusto que crece en América del Sur, sobre todo en las regiones andinas. Este arbusto tiene unos tres metros y medio de altura, sus ramas son delgadas y sus hojas ovaladas de color pardo rojizo (De la Garza y Vega, 1988).

Los usos médicos de la cocaína son muy limitados. En la actualidad se emplea como anestésico en cirugía de ojos, oídos, nariz y garganta (Frenk, 1976; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986).

Cabe mencionar, que el abuso de cocaína todavía no se ha extendido ampliamente en México. Sin embargo, constituye un considerable problema de farmacodependencia (Frenk, 1976).

La cocaína puede usarse de dos maneras: inhalándola por la nariz como polvo o inyectándola por la vena como líquido. el uso más habitual es la inhalación por la nariz (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Jaffe, 1983, Alistair y Wallace, 1984; De la Garza y Vega, 1988).

### **Efectos**

Los efectos inmediatos del consumo de cocaína son: exaltación del estado de ánimo, vigor, disminución de la fatiga, sensación de mayor fortaleza física y una aparente mayor lucidez. Este estado de euforia dura aproximadamente una hora, pero después viene el cansancio, la apatía y la angustia (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Jaffe, 1983; Cowen y Zax, 1984; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Haris y Nathan, 1987; De la Garza y Vega, 1988; Gannon, 1988).

Con el consumo de grandes dosis, la cocaína produce estados alucinatorios, tanto a nivel auditivo como visual y táctil, y ya se han descrito alteraciones del olfato y del gusto. También puede producir delirios de persecución. Después de que han desaparecido los efectos, la persona cae en un estado de depresión (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Jaffe, 1983; Alistair y Wallace, 1984; Cowen y Zax, 1984; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; De la Garza y Vega, 1988; Gannon, 1988).

El uso prolongado de cocaína en muy grandes dosis lleva a una rápida pérdida de peso, con debilidad física, palidez de la cara, mareo, náusea y vómito (Frenk, 1976; Jaffe, 1983; Gannon, 1988).

Los efectos de una intoxicación por sobredosis de cocaína son los siguientes: inquietud, euforia, alucinaciones, resequedad bucal, palidez, dilatación de las pupilas, fiebre, escalofrío, náusea, vómito, dolor

abdominal, convulsiones y muerte por insuficiencia respiratoria, menos frecuentemente debido a complicaciones cardíacas (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Jaffe, 1983; De la Garza y Vega, 1988; Gannon, 1988).

### **Dependencia**

No existe evidencia clínica de que la cocaína produzca dependencia física. Sin embargo, sí produce dependencia psicológica, lo que provoca un aumento en su consumo (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Harris y Nathan, 1987; De la Garza y Vega, 1988; Gannon, 1988).

### **Tolerancia.**

No se desarrolla tolerancia a la cocaína (Burt y Miller, 1982; Gannon, 1988).

### **Síndrome de Abstinencia.**

El síndrome de abstinencia se caracteriza por los siguientes síntomas: apatía, debilidad, depresión e irritabilidad. Pueden presentarse además dificultades digestivas, temblores, manchas en los ojos, confusión e impotencia (Frenk, 1976; Cowen y Zax, 1984; De la Garza y Vega, 1988).

Cabe mencionar, que existe un nuevo tipo de cocaína que en presentación y forma de consumo es diferente y se le conoce como crack; llamado también anatopeya por el sonido que produce el alcaloide al secarse y cristalizarse por calentamiento. El crack es una forma de cocaína que se puede fumar con tabaco u otras drogas, o bien en pipas de cristal. Se extrae de la cocaína por medio de un sencillo proceso químico, a este extracto se le llama base y se le mezcla con bicarbonato y agua para crear una pasta; la que se corta en pedazos que asemejan al jabón, piedrecillas o gránulos blancos.

Su consumo se ha extendido muy rápidamente en algunos países debido a su bajo precio, a la dependencia rápida que se establece y



por la brevedad de su acción. El contenido de cocaína antes era muy elevado, incluso más de 90%; aunque hoy está muy alterada. La cocaína (el polvo blanco) es una sal. Esta sal es transformada químicamente para que pueda fumarse. Cuando se fuma la cocaína en su nueva forma, se están fumando todas las impurezas. Aún si el productor utilizara procesos más refinados, sólo podría eliminar la sal, sin afectar la presencia de otras sustancias que pueden haberse añadido, tales como la lidocaína, procaína y otros anestésicos.

Cuando se fuma el crack, el efecto llega al cerebro en menos de 10 segundos, y al cuarto de hora hay de nuevo un deseo intenso de una nueva dosis. El control del consumo se pierde muy pronto, por lo cual se llega a la dependencia física y psíquica. Los efectos son como los de la cocaína, pero más intensos y rápidos. Los cuadros graves aparecen con mayor frecuencia. Especialmente, problemas cardíacos, hemorragia cerebral, paro respiratorio y convulsiones (Palacios, 1994).

### **3. Cafeína.**

La cafeína estimula las funciones del Sistema Nervioso Central. Se encuentra no sólo en el café, sino también en otros productos muy utilizados en nuestra sociedad de consumo, como el té, el cacao y los refrescos de cola (Cowen y Zax, 1984; De la Garza y Vega, 1988).

#### **Efectos**

El usuario piensa más claramente y se siente menos somnoliento que normalmente. Como resultado, el usuario puede sostener el esfuerzo intelectual y tiene una percepción aguda de los estímulos sensoriales. También la actividad motora suele ser aumentada.

Además de los efectos sobre la corteza cerebral, la cafeína aumenta el ritmo cardíaco, la circulación, la presión arterial y estimula las secreciones gástricas.

El uso excesivo de cafeína puede producir sueño intranquillo, irregularidad en el latido y ritmo cardíaco. La irritación del aparato gastrointestinal y diarrea son otros síntomas (Cowen y Zax, 19884).

#### **Dependencia.**

Las personas que utilizan dichas bebidas tienden a desarrollar una dependencia física y un deseo vehemente de las mismas cuando tratan de dejarlas (Cowen y Zax, 1984).

#### **Tolerancia.**

Con frecuencia se tiende a desarrollar tolerancia (Cowen y Zax, 1984).

#### **Síndrome de Abstinencia.**

Se presenta embotamiento intelectual y síntomas menores como dolor de cabeza (Gispert, 1987).

#### **C. Tabaco.**

Hoy en día está aceptado que el tabaco es una droga. Sin embargo, no existe una clara conciencia de este hecho, debido a la aceptación social de que es objeto esta droga. Esta falta de conciencia se debe en parte al fuerte respaldo publicitario de las grandes compañías tabaqueras.

Los elementos nocivos del tabaco más conocidos por sus efectos perjudiciales sobre el organismo son la nicotina, el óxido de carbono y el alquitrán (Cowen y Zax, 1984; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; De la Garza y Vega, 1988).

#### **Efectos**

La nicotina es el componente más conocido que existe en el tabaco. Es un estimulante del corazón y del sistema nervioso, de tal manera que el efecto inmediato al fumar es un aumento de los latidos del corazón y una elevación de la presión sanguínea. Estos efectos, sin embargo, desaparecen rápidamente.

Los fumadores incipientes pueden desarrollar como consecuencia de esto, accesos de tos y dificultades para respirar y, a largo plazo pueden ocasionar problemas respiratorios o cardiovasculares.

El monóxido de carbono se produce al quemarse el cigarrillo y tiene la capacidad de reducir la habilidad sanguínea para acarrear oxígeno a los tejidos del cuerpo, desarrollando un endurecimiento de las arterias, que es lo que técnicamente se llama arterioesclerosis.

El alquitrán contenido en los cigarrillos posee una capacidad cancerígena muy alta. El alquitrán se encuentra en el cigarrillo que se quema, y ha sido identificado como uno de los principales factores del cáncer pulmonar.

Las causas de muerte producidas por el abuso del tabaco pueden ser, además del cáncer de pulmón, laringe y esófago, problemas de infarto cardiaco y envejecimiento prematuro de las arterias, en general (Cowen y Zax, 1984 Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; De la Garza y Vega, 1988).

#### **Dependencia.**

El tabaco produce dependencia y este es un punto en el cual hay acuerdo unánime.

El Instituto Nacional del Abuso de las Drogas de los Estados Unidos, dice a este respecto: Los usuarios regulares llegan a la dependencia física y psicológica. Encuentran dificultades para dejar de fumar y pueden parar y empezar muchas veces antes de que finalmente, dejen el hábito. Algunos no pueden hacerlo nunca (Hodgson, Jaffe Y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; De la Garza y Vega, 1988).

#### **Tolerancia.**

Un argumento que se esgrime contra la idea de que alguien pueda

hacerse adicto a la nicotina es que no se desarrolla tolerancia de la misma. Sin embargo, este argumento parece falaz. En efecto; la mayoría de las personas empuenzan con no más de un cigarrillo, pero acaban en un punto en que fuman 10, 15 o más cigarrillos por día (Cowen y Zax, 1984).

### **Síndrome de Abstinencia.**

Hay una enorme resistencia a la idea de que existe un síndrome de abstinencia de la nicotina, a pesar de que hay datos contundentes de un patrón bastante congruente y constante de síntomas que surgen cuando los consumidores dejan de fumar. Si bien pueden variar de un fumador a otro los más señalados incluyen irritabilidad, mal carácter, inquietud, ansiedad, somnolencia, ofuscación, pérdida de energía, fatiga, insomnio, incapacidad para la concentración mental, temblor, palpitaciones y dolor de cabeza (Cowen y Zax, 1984; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; De la Garza y Vega, 1988).

## **D. Alucinógenos.**

### **1. Marihuana.**

La marihuana es una droga alucinógena. Marihuana es el nombre vulgar que recibe la Cannabis Sativa. Prácticamente toda la planta contiene las sustancias psicoactivas, pero las principales concentraciones se encuentran en la porción más elevada de la planta donde aparecen las flores, así como en las hojas. Estas partes de la planta del cáñamo producen una resina, la cual contiene una psicotoxina fuerte, conocida como tetrahidrocannabinol (THC).

Hay preparaciones distintas de cannabis o de la planta del cáñamo, cada una de las cuales contiene diversas cantidades de THC. Los cuatro preparados básicos son: THC sintético, hashish, ganga y marihuana.

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 cigarrillos, donde puede estar sola o mezclada con tabaco. También se usan pipas, especialmente para la resina. La marihuana se consume asimismo, en preparaciones alimenticias, sobre todo pastillas y dulces. También pueden masticarse las hojas (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Jaffe, 1983; Cowen y Zax, 1984; Hogdson, Jaffe y Petersen, 1986; Harris y Nathan, 1987; De la Garza y Vega, 1988; Gannon, 1988; Uriarte, 1988).

### Efectos

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 tres horas.

La mayor parte de los fumadores de marihuana presentan un aumento en las pulsaciones y la frecuencia cardíaca, enrojecimiento de los ojos y sequedad de la boca y garganta.

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.

Con una dosis tres veces, de un cigarrillo y medio, puede aparecer disminución leve de la temperatura corporal, aumento del apetito, inflamación de las membranas mucosas y los bronquios. El ánimo puede ser de euforia y relajación. Su sentido corporal y la identidad pueden estar distorsionados o alterados. La percepción aumenta en general en todos los sentidos: la sensibilidad al tacto, a la visión y a los sonidos puede estar alterada. Otros de los efectos pueden ser pérdidas transitorias de la memoria y distorsión en la percepción del tiempo. Aunque el usuario posea la sensación contraria, la capacidad para algunas tareas intelectuales disminuye, por ejemplo: los tiempos de reacción, los de aprendizaje o los de coordinación motora y la atención.

Con dosis mayores, de tres cigarrillos, suelen ocurrir alucinaciones. Pueden producirse estados de pánico, depresión, ansiedad, un temor exagerado a la muerte y delirios de persecución. Además, las investigaciones han indicado que el uso regular y continuo, a las dosis elevadas de marihuana pueden originar lesiones en el hígado, defectos genéticos, lesiones cerebrales, y padecimientos en las vías respiratorias (Frenk, 1976; Jaffe, 1983; Cowen y Zax, 1984; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; De la Garza y Vega, 1988; Gannon, 1988).

### **Dependencia.**

En el caso de la marihuana no hay evidencia de que el fumar en forma prolongada produzca dependencia física, aunque sí puede desarrollarse dependencia psicológica, lo que implica abandonar el hábito (Frenk, 1976; Cowen y Zax, 1984; Harris y Nathan, 1987; De la Garza y Vega 1988; Gannon, 1988).

### **Tolerancia**

Estudios recientes sobre la farmacología conductual de la marihuana sugieren que, la tolerancia finalmente sí acompaña a la ingestión prolongada. La marihuana produce un aumento en la tolerancia; es decir, el sujeto necesita más dosis para sentir los mismos efectos (Harris y Nathan, 1987; De la Garza y Vega, 1988).

### **Síndrome de Abstinencia.**

Debido a que la marihuana no causa dependencia física, interrumpir en forma brusca el fumar no produce síntomas fisiológicas de abstinencia. Pero ya que el uso prolongado de esta droga puede producir dependencia psicológica, la abstinencia en ocasiones puede presentarse junto con ansiedad, depresión, agitación, insomnio y disminución en el deseo sexual (Harris y Nathan, 1987).

## 2. Dietilamida del Acido Lisérgico (LSD), Mezcalina y Psilocibina.

La LSD, la Mezcalina y la Psilocibina constituyen tres de las más importantes drogas alucinógenas. Estas drogas al igual que la marihuana, son una serie de sustancias naturales y sintéticas que afectan primordialmente la percepción de la realidad.

El abuso de estas drogas todavía no se ha extendido en nuestro país. Sin embargo, el uso de LSD está 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, quizás como resultado de la influencia norteamericana.

### 1. LSD

La LSD se deriva de un hongo llamado comezuelo del centeno. 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 ocasiones son redondas y planas y otras veces son muy pequeñas. En suma, la LSD se encuentra en muy variadas formas, tamaños y colores. Por lo común, la LSD se toma por vía oral, pero también puede ser inyectada.

### 2. Mezcalina.

La mezcalina es el ingrediente activo obtenido de los capullos de un cactus llamado peyote. El peyote crece principalmente en México. Los capullos pueden masticarse, o bien pueden ser molidos en forma de polvo. Este polvo puede colocarse en cápsulas para ser ingerido o usarse para fabricar un líquido de color café que se bebe. Los capullos tienen un fuerte sabor amargo. También existen preparaciones ilícitas de mezcalina purificada. En este caso, se encuentra como un polvo blanco y cristalino que se coloca en cápsulas. También se fabrica en ampollitas con líquido. Aunque usualmente es ingerida, también puede ser inyectada.

### 3. Psilocibina.

La psilocibina es el ingrediente activo del hongo Psilocibe Mexicana, se consigue en el mercado lícito en forma de polvo cristalino o como solución (Frenk, 1976; Burt y Miller, 1982; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; De la Garza y Vega, 1988; Gannon, 1988).

#### Efectos.

En general, dichas drogas alteran la percepción del usuario y disminuyen su capacidad para distinguir entre la realidad y la fantasía. Casi invariablemente producen alucinaciones de todo tipo: visuales, auditivas, táctiles. Además, estas drogas aumentan la intensidad de las reacciones emocionales, y el usuario puede pasar rápidamente de un estado de ánimo a otro. El sentido se pierde. En forma muy característica, estas drogas producen sentimientos opuestos y simultáneos, de modo que el usuario se siente al mismo tiempo contento y triste. También se presenta insomnio hasta que desaparece el efecto de la droga.

Los efectos visibles incluyen dilatación de las pupilas, temblor de las manos y gran sensibilidad de los ojos a la luz.

Cabe mencionar, que los efectos pueden variar desde las alucinaciones, la exaltación, el alejamiento de la realidad y los movimientos violentos hasta los actos autodestructivos y las reacciones de pánico.

Otros efectos son los siguientes: sensación de angustia, depresión prolongada, delirios de persecución, cambios súbitos del estado de ánimo, confusión, incapacidad de distinguir entre la realidad y la fantasía, pérdida del control de los impulsos agresivos (Frenk, 1976; Uriarte, 1988).

#### Dependencia.

No hay evidencia de que se cree dependencia física. Sin embargo, se desarrolla una gran dependencia psicológica. (Frenk, 1976).



**Tolerancia.**

Entre los consumidores surge rápidamente tolerancia. Después de unos cuantos días de empleo (4 ó 5 días de uso continuo), los usuarios tienen que incrementar en forma extraordinaria la dosis necesaria para lograr los efectos psicológicos deseados (Frenk, 1976; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986).

**Síndrome de Abstinencia.**

No aparece síndrome de abstinencia detectable cuando se interrumpe el consumo de la droga. Sin embargo, se ha informado que la LSD, posiblemente causa problemas emocionales y quizá físicos, durante y después de un uso prolongado (Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Harris y Nathan, 1987; Uriarte, 1988).

En resumen, se puede decir que a lo largo de la historia la gente ha usado todo tipo de drogas. La aceptación de éstas varía de una cultura a otra, e incluso dentro de una misma cultura puede sufrir transformaciones, con el paso del tiempo.

En primer lugar, la Organización Mundial de la Salud recomienda que se utilice el término farmacodependencia en vez de otros nombres que han estado en boga, como toxicomanía, drogadicción y hábito.

Existen varias teorías (biofisiológicas, psicoanalíticas, conductuales, y socialógicas) que se han propuesto ayudar a comprender las causas del complejo fenómeno de la farmacodependencia. Sin embargo, no se ha identificado un solo factor etiológico como determinante de la dependencia hacia las drogas. Las causas varían ampliamente según los consumidores.

Así pues, existe un gran número de drogas o fármacos que pueden dar origen a un estado de farmacodependencia. Por ello resulta importante clasificarlas. En esta forma será más fácil conocer sus efectos y la

labor de identificar una droga se simplificará.

Los fármacos de abuso se clasifican de acuerdo al efecto que ejercen sobre la actividad conductual de una persona. Este efecto puede ser de dos tipos: acelerar o retardar la actividad conductual. Las drogas que retardan la actividad conductual se llaman depresores. Los fármacos que aceleran dicha actividad se llaman estimulantes.

Los depresores comprenden, en primer lugar el opio y el alcohol. De hecho, el alcohol, es la droga que más se consume. Otros depresores son los barbitúricos y los tranquilizantes, que en ocasiones se utilizan como medicamentos. También dentro de este grupo, se encuentran los inhalantes. Estos no se toman ni se inyectan como casi todas las demás drogas, sino que se inhalan por la nariz y la boca. Su abuso constituye uno de los más grandes problemas de farmacodependencia en México.

Dentro de los estimulantes que pueden producir farmacodependencia, existen tres tipos de drogas. El primero de ellos es el de las anfetaminas. El segundo es la cocaína y el tercero es la cafeína.

El tercer grupo comprende al tabaco, el cual es una droga. Sin embargo, no existe una clara conciencia de este hecho, debido a la aceptación social de que es objeto esta droga.

Finalmente, tenemos al grupo que comprende a los alucinógenos. De ellos, el más comúnmente 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 de la LSD, de la mezcalina y de la psilocibina.

El reconocimiento de los fármacos de abuso constituyen un elemento indispensable en la lucha contra la farmacodependencia. De esta forma, será posible conocer si una cierta sustancia es o no una droga. Entonces se podrán tomar medidas para ayudar a la persona farmacodependiente.

**LA FARMACODEPENDENCIA EN  
MEXICO Y SU RELACION CON  
CONFLICTOS FAMILIARES**

A continuación, se considera conveniente describir el problema de la farmacodependencia específicamente en México.

En los estudios realizados por Centros de Integración Juvenil (1982), con jóvenes en las escuelas y con los pacientes que acuden a dichos centros, se indica que las drogas de mayor uso son la marihuana, los inhalantes, el alcohol y el tabaco. Considerando que las dos últimas drogas son de uso social, por lo que su consumo aparece desde la adolescencia. El uso de la marihuana se observa con mayor frecuencia entre los 16 y los 20 años, mientras que el consumo de los inhalantes se da principalmente entre los 11 y los 15 años.

Por su parte, Calderón (1987) señala que durante los últimos años se ha incrementado el abuso de la marihuana, de los inhalantes, los barbitúricos y los alucinógenos, entre los jóvenes mexicanos.

En base a un cuestionario que se aplicó a 7453 estudiantes de 148 escuelas secundarias (diurnas y nocturnas, públicas y privadas) del Distrito Federal, se obtuvieron los siguientes datos: entre el 10 y el 15% de estudiantes utilizan una o varias drogas; el 79% ingiere anfetaminas o barbitúricos; el 6.5% inhala sustancias volátiles; el 3% utiliza anfetaminas por vía endovenosa; y el 2.5% consume otras drogas.

En una investigación realizada entre estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, se encontró que el 10.4% utiliza marihuana, el 10% sustancias volátiles, el 10% anfetaminas, el 9% barbitúricos y el 2.4% diversas drogas alucinógenas.

La Secretaría de Salud efectuó en su parte norte de la ciudad de México un muestreo entre jóvenes de 11 a 24 años, de ambos sexos y de diversas ocupaciones: obreros, empleados, comerciantes, choferes, amas de casa y estudiantes. La instrucción académica de estos sujetos va desde primaria hasta profesional, tanto de escuelas oficiales como privadas. Del total de las 3096 personas muestreadas, el 6.2% había

probado alguna droga y el 0.7% eran farmacodependientes.

El sexo masculino es afectado cuatro veces más que el femenino; la población masculina estudiada mostró que uno de cada diez sujetos había probado alguna droga y que uno de cada cien era dependiente. Esta cifra fue mayor en los estudiantes varones de las preparatorias, pues uno de cada seis sujetos había probado alguna droga y uno de cada 34 había desarrollado farmacodependencia. Además, se encontró que el problema estaba creciendo a un ritmo de 0.7% anual y además, el 26% de los usuarios de drogas aceptaban haber invitado a otros a usar estas sustancias.

Por su parte, Huffschmid (1994), según la Segunda Encuesta Nacional de Adicciones menciona que en México, el 3.9% de la población confesó haber consumido una sustancia ilegal. También se hace notoria la diferencia en cuanto al sexo: 175 mil mujeres han consumido alguna droga, frente a 1 millón 400 mil hombre, está en primer lugar la marihuana, con una prevalencia 3.3%. El 0.5%, de los entrevistados han utilizado algún disolvente inhalable y un igual porcentaje ha probado la cocaína, aunque el consumo de este alcaloide aumentó en ciertas regiones, como la capital y las ciudades del norte. También se tienen indicios de la utilización del crack, un derivado de la cocaína. Los consumidores de heroína y alucinógenos son todavía muy contados, según la Segunda Encuesta Nacional de Adicciones.

Por otro lado, en un estudio realizado por Chávez, Pacheco, Salinas y Solís (1988), sobre el fenómeno de la farmacodependencia en una colonia suburbana de la ciudad de México, se encontró que entre las familias de adolescentes no farmacodependientes, se dan en mayor proporción buenas relaciones entre los padres, junto con un nivel más alto y frecuente de comunicación, mientras que en las familias de adolescentes farmacodependientes predominan las relaciones conflictivas padre-madre. La comunicación en estos casos tiende a ser ocasional, limitada a temas específicos o a situaciones de poca

importancia.

También, se reporta que el adolescente farmacodependiente establece una comunicación superficial e incluso nula con sus padres, en tanto que el adolescente no farmacodependiente establece con más facilidad un buen nivel de relación y comunicación con sus padres.

Sin embargo, es conveniente señalar que aunque algunos de los jóvenes farmacodependientes no perciben su ambiente familiar actual como conflictivo, fue común para ellos pasar por experiencias negativas durante la niñez. El 75% del grupo vivió un clima de inseguridad, falta de atención y estímulos, relaciones conflictivas entre los padres, y situaciones más graves, como abandono del padre, de la madre (o incluso de ambos), alcoholismo severo o infidelidad manifiesta del padre, castigos físicos (golpes) por parte de los padres, todo esto creando una atmósfera poco estimulante y afectiva.

La situación en el grupo no farmacodependientes es diferente. Entre éstos, solo un 25% atravesó en su niñez por situaciones tales como conflictos entre los padres, separaciones temporales o definitivas entre ellos, falta de atención y cuidados para los hijos. Para los demás, los recuerdos familiares tempranos se caracterizan por un tono afectivo positivo, de protección y seguridad en el ambiente familiar, y manifestaciones de afecto entre los miembros.

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que en general los adolescentes procedentes de familias desintegradas, constituyen grupos especialmente expuestos al abuso de las drogas.

En conclusión, se considera que a nivel familiar, debe propiciarse el aprovechamiento del tiempo libre en actividades de interés común que fortalezcan la comunicación y la convivencia entre todos los miembros de la familia.

**ALTERNATIVAS Y ESTRATEGIAS  
AL PROBLEMA DE LA  
FARMACODEPENDENCIA**



La farmacodependencia es considerada en nuestro medio, como un problema manifiesto, por la rapidez increíble con que se extiende y por las serias repercusiones que tiene en la vida de los individuos afectados y en la sociedad. La información y publicidad a nivel de difusión popular, el desarrollo de estudios serios en varias disciplinas, las acciones emprendidas a nivel particular y gubernamental para mejorar los sistemas de prevención y tratamiento del farmacodependiente, son factores, entre otros, que señalan el interés y preocupación general que está despertando el problema de la farmacodependencia.

La prevención de la farmacodependencia se presenta actualmente, como una labor de importancia que se inscribe dentro de un proceso global de desarrollo individual y social.

Se han aplicado varias alternativas para evitar el abuso de las drogas. La primera consiste en declarar ilegal a las drogas, confiando en mantener al farmacodependiente o al posible usuario alejado de ellas.

La segunda consiste en preparar a los adolescentes mediante una labor educativa, informando los efectos de las drogas y de sus riesgos, a fin de que estos aprendan a relacionarse con ellas e identificar sobre el mayor o menor grado de peligro de cada producto.

Una tercera alternativa es la necesidad de buscar el establecimiento de centros especiales de actividades juveniles, con un programa concebido para atraer a los adolescentes, a través de diferentes tipos de actividades como: la música, el deporte, el arte, las artesanías etcétera. Generalmente dichos programas proporcionan buenos resultados, y en nuestro país ya se tienen algunas experiencias en este sentido (Calderon, 1984; Gispert, 1987; y Kleinmuntz, 1986).

En relación con la primera alternativa, se debe considerar que a pesar de que se declaran algunos tipos de drogas como ilegales, existe la distribución clandestina de diferentes tipos de éstas; llegando a ser un negocio muy lucrativo para el productor de fármacos. Por lo que se refiere a la segunda alternativa, es preciso destacar que la información por sí misma no protege al adolescente, ya que aún el conocimiento preciso y amplio del problema no asegura su prevención. En cuanto a la tercera alternativa, se considera que al dar mayor difusión de las actividades mencionadas y existiendo una buena organización, se pueden obtener buenos resultados.

Una de las primeras comunidades terapéuticas para la drogadicción, surge en los Estados Unidos en el año de 1958 fundada por Churck Dederich un antiguo alcohólico y le llamo Synanon, palabra compuesta que significa, grupo de miembros anónimos. Aunque este grupo fue imitado directamente de alcohólicos anónimos, el Synanon se ha convertido en un grupo diferente en cuanto a su estilo, orientación y técnicas terapéuticas.

Al afiliarse al Synanon, se espera que el adicto renuncie a su forma de vida anterior incluyendo en esto a todos sus amigos farmacodependientes. Habitualmente, el adicto entra a una casa que es propiedad del grupo y que a su vez es manejada por éste, en la cual se le proporciona un trabajo adecuado a sus capacidades y sentido de responsabilidad personal. La presión continua que ejerce el grupo de los exadictos lo fuerza a examinar sus creencias sobre la vida y a esforzarse para lograr el objetivo final, "permanecer limpio", esto es, no consumir ningún tipo de droga. La presión del grupo es ejercida en forma más directa durante el "Synanon", una clase de terapia de grupo que generalmente tiene tres veces por semana. El Synanon se enfoca específicamente en los engaños de sí mismo que los adictos inventan para justificar su uso continuo de la droga, la tarea del sinanista consiste en moderar y en percibir los intentos de los miembros del

grupo de evadir la verdad. Para llevar a cabo esta tarea, el sinanista puede utilizar la ridiculidad, el sarcasmo, o la confrontación directa para refutar las diferentes explicaciones hechas por los miembros de su grupo (Jaffe, 1983; Cowen y Zax, 1984; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; Harris y Nathan, 1987).

Es importante considerar que no existe un programa general al cual se deben unir forzosamente todos los participantes, en lugar de ello, el programa se adapta de acuerdo a las características individuales de cada recién llegado.

El programa total, que dura aproximadamente dos años y medio, puede dividirse en tres etapas de desarrollo. Durante la primera etapa, como el farmacodependiente es incapaz de protegerse a sí mismo de las influencias externas, se le cuida estrechamente para asegurarse de que pueda "permanecer limpio" a fin de que no haga contacto con circunstancias que los reincorporen al uso de las drogas.

El individuo en la segunda etapa se supone que es capaz de entablar relaciones fuera del Synanon y, por tanto, puede trabajar o ir a la escuela en la comunidad. Se encuentra casi siempre a un año o dos de haber dejado su dependencia de la droga y no se le considera susceptible de recaída. Durante esta fase de desarrollo hay que estimularlo para ampliar las perspectivas de sus relaciones externas.

La graduación o tercera etapa, ocurre en un momento en que el miembro se considera lo suficientemente fuera de su problema original como para que pueda conducir su plan personal de vida en sus propios términos. Puede continuar como empleado de la Organización Synanon o vivir y trabajar en la comunidad (Kleinmuntz, 1986).

Los estudios demuestran que un porcentaje importante de farmacodependientes tienen decrementos notables en el consumo de las

drogas, y se alejan de su conducta antisocial y delictiva después de que salen de la Institución. Sin embargo, no hay estudios a largo plazo, para evaluar la efectividad total del programa Synanon. Sólo es posible concluir que el Synanon parece ser una esperanza para que se tenga éxito en el tratamiento de los farmacodependientes (Cowen y Zax, 1984; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1983; Kleinmuntz, 1986; Harris y Nathan, 1987).

Otra forma de tratar el problema de la farmacodependencia es mediante el programa de mantenimiento con metadona, el cual desarrollaron en 1965 dos médicos, Vicent Dole y Marir Nayswander.

La metadona es un compuesto sintético similar en su acción a la heroína y la morfina, pero químicamente distinta. Se usa primordialmente como droga legal en adictos a los opioides. Los criterios para iniciar un programa de tratamiento con metadona son: el límite inferior de edades de 18 años y se requiere que el paciente tenga una historia de adicción de dos años a la heroína.

El programa de metadona suele aplicarse en tres fases. La primera, que va de tres a seis semanas, comprende administrar al paciente la medicación por primera vez, estableciendo los niveles de dosis y asignarlo a un asesor. La tarea del asesor consiste en servir como un modelo de actividad y ayudar al paciente en su adaptación social y sus planes futuros. En la fase dos, que dura aproximadamente un año, los pacientes se comunican con la clínica unas seis veces por semana, al principio para medicación y asesoramiento. Durante este tiempo se espera que el paciente esté adoptando hábitos, para establecer una vida normal. Debería obtener un empleo o alistarse en un programa de educación o entrenamiento y formar nuevas amistades. A medida que el paciente va mostrando progreso, el número de veces que ha de comunicarse por semana, se reduce gradualmente. En la fase final del programa, el paciente debe estar

lo suficientemente bien, física y psicológicamente, para que pueda confiarse en que irá a la clínica una vez por semana, para su suministro de medicación. En este momento debe estar libre del uso de otras drogas (Cowen y Zax, 1984).

Algunos terapeutas recomiendan que se intente suprimir la metadona después de que el paciente se estabiliza socialmente durante más de un año (Uriarte, 1988).

Cabe señalar, que mientras que algunos son partidarios del tratamiento con metadona, otros se oponen fuertemente al mismo, planteando que el uso de la metadona conduce a tolerancia, dependencia física y muerte por dosis excesiva, exactamente igual que la morfina o la heroína (Burt y Miller, 1982).

Los estudios que evalúan la eficacia de los programas de mantenimiento con metadona proporcionan resultados muy positivos en Estados Unidos. Se ha demostrado mucha utilidad en casos de adicción crónica por lo siguiente:

- Se absorbe muy bien por vía oral.
- Una toma al día es suficiente.
- El adicto obtiene la sustancia legalmente, evitando con ello el mercado negro, la necesidad de robar para pagarla, las asociaciones delictuosas, etcétera.
- Si recibe dosis adecuadas de metadona se bloquea el efecto euforizante de la heroína o morfina.

Por supuesto que la metadona es adictiva, (aunque menos que la heroína o la morfina). (Burt y Miller, 1982; Jaffe, 1983; Cowen y Zax, 1984; Whittaker, 1985; Hodgson, Jaffe y Petersen, 1986; Kleinmuntz, 1986; Ruch y Zimbardo, 1986; Harris y Nathan, 1987; Uriarte, 1988).

Es importante señalar que en México se ha utilizado la metadona sin éxito, ya que a todos los pacientes a los que se les sustituyó por la morfina, volvieron a utilizarla. No obstante, existe un programa especial para los adictos a la heroína, el cual es llevado a cabo por la Secretaría de Salud, que abarca solamente el Distrito Federal y áreas cercanas. En este programa, se les proporciona a los adictos una cantidad mensual de morfina, previa determinación individual de sus necesidades; la cual varía entre seis y doce gramos, los pacientes consumen además lorazepam, nitrazepam y ocasionalmente barbitúricos (Uriarte, 1988).

La creación del primer centro o grupo dedicado a proporcionar prevención y tratamiento de la farmacodependencia en México, es el Centro de Integración Juvenil en el año de 1970. Dicha Institución está ubicada en el Subsector Asistencia Social del Sector Salud, como un organismo de interés social colectivo. Actualmente cuenta con 32 unidades operativas en el Distrito Federal y su periferia, donde se otorgan todos los servicios relacionados con la farmacodependencia.

Centros de Integración Juvenil, realiza diversos Programas a nivel nacional, con el fin de informar, orientar y capacitar, para así tratar de evitar la aparición del fenómeno de la farmacodependencia. Dichos programas tienen como objetivo difundir los conocimientos necesarios acerca de las diferentes causas y consecuencias de la farmacodependencia.

Para conseguir su objetivo, se informa a padres de familia, alumnos, maestros, profesionales de la salud, de las ciencias sociales y a la población en general, ya sea en grupos organizados o asistiendo hasta la comunidad misma. También, se les orienta, a los grupos considerados de alto riesgo, o a quienes lo desean, se les capacita para que se conviertan en multiplicadores del mensaje preventivo. A

todo esto contribuye también la labor del Centro de Información e Intercambio, la de cada una de las Bibliotecas de los Centros Locales, el Servicio de Orientación e Información por vía telefónica y las publicaciones técnicas y de divulgación que posee Centros de Integración Juvenil.

También Centros de Intregación Juvenil, ofrece atención especializada tanto en consulta externa como en servicios de internamiento en los casos que lo ameritan. El objetivo del tratamiento es que el paciente abandone por completo el uso de drogas, mediante el análisis y conocimiento de las causas y factores que lo llevaron a buscar en las drogas los placeres que no encontró en su medio. De esta manera, se pretende mejorar la salud y bienestar del individuo de una forma integral, por ello se incluye a su familia, ya que ella constituye el núcleo social básico dentro del cual se desarrolla.

En cualquiera de los dos tipos de atención que ofrece Centros de Integración Juvenil (consulta externa y servicios de Internamiento), el complejo individuo-familia-comunidad es estudiado para detectar aquellos elementos hacia los cuales apuntarán los objetivos de tratamiento en cada caso particular (Centros de Integración Juvenil, 1986).

Cabe señalar, que desde la creación de los Centros de Integración Juvenil, han surgido diferentes Organizaciones, públicas y privadas. Todas con un diferente enfoque hacia el tratamiento de la drogadicción. En el año de 1971, la Secretaría de Salud consideró indispensable la creación de un consejo que coordinara las actividades que, en relación con el problema de la farmacodependencia, ya se estaban realizando en diferentes organismos oficiales y privados del país.

Trabajando en forma activa durante los años 1972 y 1973, el Centro

México de Estudios en Farmacodependencia, actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría, elaboró algunos documentos informativos para médicos, padres de familia, maestros y jóvenes en el aspecto preventivo y de educación, con el fin de lograr su ayuda ante el problema de la farmacodependencia.

La Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salud, por su parte, puso en servicio varias unidades para el tratamiento intrahospitalario de farmacodependientes.

Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de su división de farmacología del Departamento de Investigación Científica, desarrolla programas de investigación a nivel experimental. También en sus clínicas y hospitales, otorga consulta externa y servicios de internamiento.

Es importante señalar, que se emplean distintas Estrategias en el tratamiento del farmacodependiente. Las organizaciones asumen determinada postura o estrategia, no por las necesidades del paciente, sino de quien las está auspiciando (por ejemplo: organizaciones religiosas). Pero las estrategias más comunes o de mayor importancia para el tratamiento de la farmacodependencia son: las psicodinámicas y las conductuales.

El tratamiento basado en forma dinámica, individual y de grupo, probablemente sigue siendo la terapia predominante en algunos casos de farmacodependencia, como lo es el alcoholismo, pero la mayor parte de los datos sugiere que estas técnicas de tratamiento por sí mismas no son especialmente efectivas.

Dentro del enfoque conductual, hay tres categorías generales de tratamiento: contracondicionamiento, reforzamiento contingente y técnicas conductuales combinadas.



El contracondicionamiento involucra distintas técnicas destinadas a condicionar estímulos incompatibles o consecuencias aversivas con el problema en cuestión. Estímulos aversivos químicos, eléctricos y cubiertos se han usado en la presencia de los problemas que se pretenden disminuir (contracondicionamiento aversivo). Por otro lado, la relajación en la desensibilización sistemática ha sido usada como respuesta incompatible con los estímulos evocadores de ansiedad.

Un producto que se ha usado en la terapia de aversión química es la apomorfina. En 1936 se empezó a tratar alcohólicos con apomorfina, pero el tratamiento también consistió en el establecimiento de un reflejo condicionado de aversión a la vista, olor y sabor al alcohol. En trabajos subsecuentes se descartó la apomorfina y se sustituyó por emetina porque los efectos hipnóticos de la primera eran un impedimento al condicionamiento.

Cabe mencionar, que entre los problemas involucrados en las técnicas químicas de condicionamiento de aversión se encuentran: a) Algunas drogas que se han utilizado para producir náusea, también actúan como depresores centrales. b) La gente difiere en la velocidad y grado de sus reacciones a diferentes drogas y además, la misma persona puede reaccionar en forma muy diferente a la misma cantidad de droga en diferentes días y aún en momentos diferentes de un mismo día. c) Existe evidencia clínica de que este tratamiento ocasiona agresividad por parte del paciente, por lo que hay que desarrollar métodos para manejar la agresión. d) La aversión química no puede utilizarse para el tratamiento de pacientes con trastornos gástricos o cardíacos.

Por lo que se refiere a la terapia de estimulación eléctrica, ésta puede ser controlada en forma precisa en cuanto a intensidad, duración y tiempo que se requiere. Algunos aspectos que deben tomarse en cuenta son las diferencias en la resistencia al dolor, así como el nivel de

ansiedad de muchos pacientes, el cual puede aumentar con la inducción de estimulación eléctrica y esto puede interferir con el desarrollo de reacciones condicionadas de evitación.

La técnica de sensibilización cubierta (también referida como aversión verbal o terapia aversiva imaginaria) usa escenas imaginarias como eventos aversivos.

Esta técnica establece una respuesta aversiva a un estímulo particular por medio de la inducción imaginaria de escenas dañinas y se ha utilizado en el tratamiento del tabaquismo y el alcoholismo.

Cabe señalar, que la sensibilización cubierta no requiere aparatos ni drogas. Los pacientes pueden ser entrenados en escenarios naturales. Es una estrategia de entrenamiento de autocontrol a una variedad de conductas.

Por otro lado, la desensibilización sistemática forma parte de las terapias de contracondicionamiento. Esta técnica involucra el apareamiento de respuestas incompatibles con los estímulos que provocan ansiedad.

Así, ambos procedimientos, el contracondicionamiento aversivo y la desensibilización sistemática, representan variaciones del mismo concepto, es decir, ambos intentan reducir la ocurrencia de estímulos específicos relacionados con el problema, y asociar estos estímulos con las respuestas negativas o incompatibles.

La segunda categoría general a la aproximación de tratamiento conductual, consiste en reforzar contingentemente conductas prosociales en un programa estructurado de antemano. Se consideran las conductas específicas que se pretende establecer o decrementar, y se aplican reforzadores o estímulos aversivos según corresponda.

Dentro de esta categoría se utiliza la técnica de economía de fichas .

Por último, en cuanto a las terapias conductuales combinadas, se dice que algunas veces se han utilizado combinaciones de las técnicas antes mencionadas (Avila, 1984).

En general, todos estos programas enfrentan dificultades, como un alto índice de deserción al inicio del tratamiento, abandono durante el curso del mismo y un alto porcentaje, en ambos casos, de reincidencia en el consumo de drogas. Esto sugiere que es necesario seguir profundizando en el conocimiento de los farmacodependientes, ya que al tener más información de todo aquello que involucra la farmacodependencia, se pueden dar alternativas más efectivas para abordar dicho problema.

## CONCLUSIONES

La farmacodependencia es un problema que afecta a toda la sociedad. En México, en los últimos años se ha incrementado, siendo los adolescentes el sector de la población más afectado, y donde la familia juega un papel de suma importancia; ya que ésta es el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para alcanzar su desarrollo y crecimiento.

Actualmente la familia está sufriendo cambios, especialmente en las grandes ciudades, tendiendo en mayor proporción a la desintegración familiar, ya que el nivel de vida requiere mayor tiempo en los centros de trabajo, y esto aunado a la rapidez con que se vive; ocasiona entre los integrantes de la familia poca o nula comunicación, provocando que el núcleo familiar se desintegre, afectando principalmente a los adolescentes; ya que ésta es una etapa en que tienen lugar una serie de cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales que pueden hacer susceptible a los jóvenes a la ingestión de drogas.

Así, el consumo de drogas representa un complejo mecanismo por medio del cual el adolescente busca compensar alguna carencia, capacidad o necesidad. Del mismo modo, puede ser un vehículo para experimentar sensaciones nuevas, una manera de pertenecer a un grupo, de manifestar rebeldía o simplemente para combatir el ocio.

Cabe mencionar, que es precisamente el adolescente el que en mayor proporción y cada día de un modo más generalizado, consume drogas. Aún no se sabe con certeza cuales son las causas que originan el consumo de fármacos en la adolescencia, debido a su naturaleza multicausal; sin embargo, se ha

observado que gran parte de los adolescentes que consumen drogas provienen de familias desintegradas.

De este modo, no debe perderse de vista que en la medida en que el sistema familiar se encuentra desequilibrado creará en sus miembros una vulnerabilidad hacia las influencias antisociales; es decir, provocará en el adolescente susceptibilidad hacia la adopción de un comportamiento en el consumo de drogas.

Además, tomando en cuenta el índice de farmacodependencia en adolescentes aumenta en forma alarmante, puede llegar el momento en que las instituciones de tratamiento y rehabilitación resulten insuficientes para atender a todas las personas con problemas de farmacodependencia. De ahí, la necesidad de empezar a prevenir dicho problema.

Esta acción corresponde no sólo a las instituciones encargadas del control de este problema, las cuales deben actuar en perfecta coordinación. Además, es indispensable la participación de aquellas personas que por su ubicación social están en las mejores condiciones para influir positivamente sobre la comunidad con el objeto de prevenir la farmacodependencia. Entre dichas personas se puede contar con los maestros, médicos y la familia.

Se considera que el potencial de la familia para prevenir los problemas de farmacodependencia no lo posee ningún otro sistema social, ya que la educación que proporciona a sus miembros y la relación que se establezca con cada uno de ellos puede ser el recurso más prometedor para prevenir el abuso de drogas.

El objetivo de este trabajo de realizar una revisión teórica sobre el problema de la farmacodependencia en la adolescen-

cla, analizando el papel que juega la familia, y más aún la desintegración familiar; puede ser un paso muy importante para que en futuros tratamientos se involucre más directamente a la familia del farmacodependiente, la familia es considerada el núcleo primario y fundamental para proveer la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado en su proceso de crecimiento y desarrollo.

Finalmente, se puede decir que la prevención de la farmacodependencia en adolescentes a través de la familia, se presenta hoy como un labor de primera importancia que se inscribe dentro de un proceso global de desarrollo individual y social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ackerman, N. (1983). **'Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares'** Buenos Aires: Paidós.

Alarid, H. e Irigoyen, C. (1986). **'Fundamento de Medicina Familiar'** México: Medicina Familiar Mexicana.

Alistair, M. y Wallace, M. (1984). **'Psiquiatría para Trabajadores Sociales'** México: CESSA.

Avila, C. (1984). **'Terapias Conductuales Combinadas Aplicadas a la Rehabilitación de Farmacodependencia de Inhalantes Volátiles'** Tesis. UNAM.

Ballesteros, U. (1987). **'La Adolescencia'** México: Patria.

Burt y Miller (1982). **'Salud Individual y Colectiva. El Hombre y la Sociedad Actual'** México: Interamericana.

Calderón, D. (1984). **'Desajustes en la Dinámica Familiar en el Hogar de la Esposa Colaboradora con Respecto a su Esposo'** Tesis UNAM.

✓ Calderón, N. (1987). **'Salud Mental Comunitaria'** México: Trillas.

⊖ Castellan, Y. (1985). **'La Familia'** México: Fondo de Cultura Económica.

Centro de Integración Juvenil (1982). **'Farmacodependencia'** México.

✓ Conger, J. (1984). **'Adolescencia'**. México: Harla.

Como, L.; Fisher, E. y Ponce, A. (1984). **'Adolescencia, Educación y Sociedad'**. México: Cultura Popular.

✓ Cowen, E. y Zax, M. (1984). **'Psicopatología'**. México. Interamericana.

Chávez, M; Pacheco, G; Salinas, O. y Solís A. (1988). **'Drogas y Pobreza'**. México: Trillas.

✓ De la Garza, F. y Vega, A. (1988). **'La Juventud y las Drogas'**. México: Trillas.

De Sandoval, D. (1988). **'El Mexicano: Psicodinámica de sus Relaciones Familiares'**. México: Villacaña.

Dugay, A. (1975). **'Cambios Temporales de la Memoria en el Farmacodependiente'** Tesis. UNAM.

Fernández, C. y Guerra, A. (1982). **'Organo Informativo de los Centros de Integración Juvenil'**. México.

Fontanetto, S. y Reyes, P. (1982). **'Organo Informativo de los Centros de Integración Juvenil'**. México.

Frenk, J. (1976). **'¿Cómo Identificar las Drogas y sus Usuarios?'** México: Secretaría de Educación Pública.

Gannon, F. (1988). **'Drogas'** México: Pax.

García, L. (1982). **'Organo Informativo de los Centros de Integración Juvenil'** México.

✓ Gispert, C. (1987). **'La Adolescencia'**. Barcelona: Océano.



Harris, S. y Nathan, P. (1987). **'Psicopatología y Sociedad'**. México: Trillas.

Hodgson, R; Jaffe, J. y Petersen, R. (1986). **'Vicios y Drogas'** México: Harla.

Horrocks, J. (1987). **'Psicología de la Adolescencia'** México: Trillas.

Huffschmid, A. (1994). **'Segunda Encuesta Nacional de Adicciones'** México: La Jornada.

Jaffe, J. (1983). **'Psicología de la Adolescencia'** México: Interamericana.

Kleinmuntz, B. (1986). **'Elementos de Psicología Anormal'** México: Continental.

Krantz, K. y Semmens, J. (1987). **'El Mundo del Adolescente'** México: Continental.

Linton, R. (1983). **'La Familia'** Barcelona: Península.

Llanes, B. (1986 a). **'La Juventud y las Drogas'**. México: Concepto.

Llanes, B. (1986 b). **'La Sociedad ante las Drogas'** México: Concepto.

Llanes, B. (1986 c). **'Prevención de la Farmacodependencia'** México: Concepto.

Nolasco, M. (1978). **'La Familia Mexicana'** México: Nueva Cultura.

Organización Mundial de la Salud. (1974). **'Comite de Expertos de la OMS en Farmacodependencia 20º Informe'**. Ginebra: Serie de Informes Técnicos.

Pert, C. y Snyder, S. (1973). 'Opiate Receptor: Demonstration in Nervous' Science.

Ruch, F. y Zimbardo, P. (1986). 'Psicología y Vida' México: Trillas.

Sánchez, A. (1986). 'Familia y Sociedad' México.

Satir, V. (1984). 'Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar'. México: Pax.

Schioler, P. (1982). 'Boletín de Estupefacientes' Nueva York: Naciones Unidas.

Uriarte, V. (1988). 'Psicofarmacología' México: Trillas.

Whittaker, J. (1984). 'Psicología' México: Interamericana.

Wikler, A. (1965). 'Narcotics' Nueva York: Mc. Graw-Hill.