



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**"TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS A ADOLESCENTES  
FARMACODEPENDIENTES"**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
SANDRA BAUTISTA FLORES  
MARIA TERESA DE LA CRUZ MENDOZA

DIRECTORA DE TESIS: LIC. YOLANDA BERNAL ALVAREZ

MEXICO, D. F.

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO.



EXAMENES PROFESIONALES  
FAC PSICOLOGIA

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

LIC. YOLANDA BERNAL ALVAREZ:

CON TODO NUESTRO AGRADECIMIENTO A QUIEN CON PACIENCIA,  
ESMERO Y BAJO SUS CONOCIMIENTOS Y GRAN EXPERIENCIA FUE  
POSIBLE CONCLUIR ESTE TRABAJO.

AGRADECEMOS TAMBIEN A NUESTROS SINODALES POR SU TIEMPO  
DEDICADO A LA REVISIÓN Y RECOMENDACIONES DE NUESTRO  
TRABAJO.

DRA. MARIA ISABEL HARO RENNER  
LIC. ARACELY LAMBARRI RODRÍGUEZ  
LIC. PATRICIA DE BUEN RODRÍGUEZ  
LIC. JORGE ALVAREZ MARTÍNEZ

ES UNA BENDICIÓN DE DIOS EL  
HABERNOS PERMITIDO CONCLUIR ESTE  
ESTUDIO PARA LOGRAR AVANZAR EN  
NUESTRA VIDA PROFESIONAL.

MARIA TERESA DE LA CRUZ MENDOZA

SANDRA BAUTISTA FLORES.

CON TODO MI AMOR Y CARIÑO DEDICO ESTE TRABAJO  
A MIS PADRES POR EL APOYO DESINTERESADO MOSTRADO  
A LO LARGO DE TODA MI VIDA;  
Y A MIS DOS PEQUEÑOS QUIENES SON EL MOTIVO  
DE MI EXISTENCIA. NASHELI Y EMMANUEL.

MA. TERESA DE LA CRUZ MENDOZA



DEDICÓ EL PRESENTE TRABAJO A MIS HERMANOS JAQUELINE,  
CLAUDIA, OSCAR. A MIS SOBRINOS NURIA, ANDRES, JESUS,  
Y FATIMA POR EL CARÍÑO Y APOYO QUE ME BRINDAN  
EN CADA ETAPA DE MI VIDA.  
Y ESPECIALMENTE A LA PERSONA QUE HA SIDO MI  
MEJOR EJEMPLO PARA SUPERAR LAS ADVERSIDADES:  
MI MADRE (CHUCHIS).  
GRACIAS

SANDRA BAUTISTA FLORES

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	
CAPITULO 1. ADOLESCENCIA	
1.1. ANTECEDENTES	1
1.1.1. EL DESCUBRIMIENTO DE LA ADOLESCENCIA	1
1.2. DEFINICION	4
CARACTERISTICAS FISICAS DEL ADOLESCENTE	5
1.3. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	7
1.4.1. PERIODO DE LATENCIA	7
1.4.2. PREADOLESCENCIA	9
1.4.3. ADOLESCENCIA TEMPRANA	11
1.4.4. ADOLESCENCIA	13
1.4.5. POSTADOLESCENCIA	17
1.4. COMO DETECTAR EL CONSUMO DE DROGAS EN UN ADOLESCENTE	19
1.5.1. EL METODO QUIMICO	19
1.5.2. CAMBIOS EN LA CONDUCTA Y ACTITUDES	19
1.5.2.1. INSOMNIO	20
1.5.2.2. DEPRESION Y ANSIEDAD	20
1.5.2.3. PERDIDA DE LA AUTODISCIPLINA	21
1.5.2.4. DESCONFIANZA	21
1.5.2.5. SOBREPREENOCUPACION POR EL DINERO	22
1.5.2.6. LAS CALIFICACIONES	22
1.5.2.7. CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD	22
1.5.2.8. CAMBIOS FISICOS	23
1.5.2.9. EPISODIOS DE INTOXICACION	23
CAPITULO 2. FARMACODEPENDENCIA	
2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS	25
2.2. DEFINICIONES	30
2.2.1. FARMACODEPENDENCIA	31
2.2.2. FARMACO	32
2.2.3. DEPENDENCIA PSIQUICA	32
2.2.4. DEPENDENCIA FISICA	32
2.2.5. SINDROME DE ABSTINENCIA	32
2.2.6. TOLERANCIA	32

2.3 TIPOS DE DROGAS	33
2.3.1. OPIACEOS	34
2.3.1.1. CLASIFICACION	35
2.3.1.2. VIAS DE ADMINISTRACION	36
2.3.1.3. EFECTOS SOBRE APARATOS Y SISTEMAS	36
2.3.2. MARIHUANA	
2.3.2.1. VIAS DE AMINISTRACION	37
2.3.2.2. EFECTOS SOBRE APARATOS Y SISTEMAS	37
2.3.3. SEDANTES, HIPNOTICOS Y ANSIOLITICOS	37
2.3.3.1. CLASIFICACION	38
2.3.3.2. EFECTOS SOBRE APARATOS Y SISTEMAS	38
2.3.4. COCAINA	
2.3.4.1. VIAS DE ADMINISTRACION	40
2.3.4.2. EFECTOS SOBRE APARATOS Y SISTEMAS	40
2.3.5. ANFETAMINICOS (SIMPATICOMIMETICOS)	41
2.3.5.1. VIAS DE AMINISTRACION	41
2.3.5.2. EFECTOS SOBRE APARATOS Y SISTEMAS	41
2.3.5.3. DROGAS DE DISEÑO	42
2.3.6. CAFEINA (XANTINAS)	
2.3.6.1. VIAS DE AMINISTRACION	46
2.3.6.2. EFECTOS SOBRE APARATOS Y SISTEMAS	46
2.3.7. ALUCINOGENOS	47
2.3.7.1. VIAS DE AMINISTRACION	48
2.3.7.2. EFECTOS SOBRE APARTAOS Y SISTEMAS	48
2.3.8. DISOLVENTES VOLATILES	49
2.3.8.1. VIAS DE ADMINISTRACION	49
2.3.8.2. EFECTOS SOBRE APARATOS Y SISTEMAS	49
2.4 CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA	
2.4.1. EL NUCLEO FAMILIAR	56
2.4.2. DETERMINANTES ESCOLARES	57
2.4.3. GRUPOS DE AMIGOS	58
2.4.4. LA COMUNICACION	60
2.4.5. INFORMACION	62
2.4.6. EQUILIBRIO EMOCIONAL	63



3.5.4. APIACEOS	96
3.5.4.1. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA	96
3.5.4.2. SINDROME DE INTOXICACION	97
3.5.4.3. TRATAMIENTO	97
3.5.5. MARIHUANA	98
3.5.5.1. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA	98
3.5.5.2. SINDROME DE INTOXICACION	99
3.5.5.3. TRATAMIENTO	99
3.5.6. SEDANTES, HIPNOTICOS Y ANSIOLITICOS	99
3.5.6.1. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA	100
3.5.6.2. SINDROME DE INTOXICACION	100
3.5.6.3. TRATAMIENTO	100
3.5.7. COCAINA	101
3.5.7.1. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA	101
3.5.7.2. SINDROME DE INTOXICACION	102
3.5.7.3. TRATAMIENTO	102
3.5.8. ANFETAMINICOS	103
3.5.8.1. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA	103
3.5.8.2. SINDROME DE INTOXICACION	104
3.5.8.3. TRATAMIENTO	104
3.5.9. CAFEINA	105
3.5.9.1. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA	105
3.5.9.2. SINDROME DE INTOXICACION	105
3.5.9.3. TRATAMIENTO	106
3.5.10. ALUCINOGENOS	106
3.5.10.1. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA	106
3.5.10.2. SINDROME DE INTOXICACION	107
3.5.10.3. TRATAMIENTO	107
3.5.11. DISOLVENTES VOLATILES	107
3.5.11.1. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA	107
3.5.11.2. SINDROME DE INTOXICACION	108
3.5.11.3. TRATAMIENTO	108

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

La información disponible con respecto al consumo de sustancias psicoactivas en México, indica que en los años recientes el problema ha adquirido cada vez mayor complejidad y diversidad en lo referente a su forma, magnitud, impacto y distribución a nivel nacional e internacional, tomando como principales víctimas de esta enfermedad a la población más vulnerable como son los niños y adolescentes.

En nuestro país la población es preponderantemente joven, de acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, la edad del 21.2% de los habitantes se encontraba entre los 10 y 19 años de edad.

Las transiciones sociales y económicas que ha vivido el país en las últimas décadas no han permitido que estos jóvenes tengan oportunidades óptimas de educación, empleo y recreación, lo que les hace vulnerables a conductas que ponen en riesgo su salud, como es el consumo de drogas, que puede truncar sus posibilidades de desarrollo y la realización de proyectos positivos para su vida.

La juventud es, más que la esperanza del futuro, un sector poblacional participativo y protagónico, potencialmente estratégico para el desarrollo social, que adquiere relevancia en los procesos de cambio que está viviendo nuestra sociedad<sup>1</sup>. De aquí la importancia que cobran las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones en este grupo de edad.

En la medida en que los niños se acercan a la adolescencia nada parece imposible, ninguna situación parece tener riesgos, todo es nuevo y requiere ser explorado, enfrentar nuevos retos, ganar experiencias y crecer se convierte en su objetivo principal. En esta etapa algunos adolescentes toman más riesgos que otros sin tener la habilidad para

---

<sup>1</sup> Macia Antón Diego, 1995, *Las Drogas: conocer y educar para prevenir*, Pirámide, Madrid.

establecer límites, para observar las normas y valores que conducen a un crecimiento sano y equilibrado.<sup>2</sup>

Con la idea de que todo lo puede, el adolescente, se muestra dispuesto a aceptar distintos retos, quiere experimentar todo y demostrar que puede controlar cualquier eventualidad que se le presente como ingerir bebidas alcohólicas, fumar y probar drogas ilícitas.

La adolescencia es una etapa de desarrollo vinculada con el proceso normal de crecimiento, de experimentación de nuevas conductas, de búsqueda de la identidad, de autoafirmación, de desarrollo de nuevas relaciones fuera del ámbito familiar incluyendo actitudes como la rebeldía o la dependencia extrema.

La farmacodependencia parece surgir en el adolescente como un escape a sus problemas, como un alivio a las transiciones diarias, aunque no todos los individuos son iguales frente a las drogas, no todos los consumidores experimentales o circunstanciales las usan sistemáticamente, todo depende de las motivaciones, que van desde la curiosidad y la atracción por lo desconocido hasta la protesta por la sociedad y su sistema de valores. Además de las motivaciones racionales existen motivaciones inconscientes; se encuentra en las personalidades predispuestas (individuos expuestos), al encontrar la droga tienen apetencia por ella, lo cual es un incentivo para la continuación en el consumo de drogas, en tanto que los efectos que esta les causa son “placenteros” y le hacen olvidarse de su realidad<sup>3</sup>. Es importante destacar que la adolescencia es un periodo de reorganización propicio a las experiencias. En los adolescentes inestables, incapaces de crecer psicológicamente la droga puede encontrar un campo fértil y modificar intensamente la personalidad<sup>4</sup>. Así como también todas las clases sociales son tocadas por el fenómeno de las drogas, los medio urbanos más que los rurales. Se destaca en una contracultura

---

<sup>2</sup> De la Garza Fidel, 1996, *La juventud y las Drogas*, Trillas, México.

<sup>3</sup> Schnitmann, 1995, *Tratamiento de las drogodependencias*, Editorial Grupo Cero, España.

<sup>4</sup> Fernández Lorenzo, 1998, *Drogodependencia*, Médica Panamericana, Madrid.

adolescente, con su propio conocimiento acerca de las drogas, que se opone a la sociedad tal como está organizada.

Todo esto representa para México, así como para cualquier país que lo padece, un problema, económico, social y de salud, que se refleja en una serie de indicadores que debilitan el desarrollo de una manera importante, tal es el caso del incremento de los índices de delincuencia, deserción escolar, desempleo, desintegración familiar, ausentismo laboral, altos costos por atención médica y psicosocial.

El gobierno de México inició, desde la década de 1970, acciones para atender este problema, mucho antes de que la demanda de drogas adquiriera mayores proporciones, por lo que se cuenta con una considerable experiencia acumulada. Nuestro país ha realizado esfuerzos importantes para enfrentar esta problemática, a través del desarrollo de un marco jurídico-normativo e institucional y de programas que, al mismo tiempo que dan seguimiento a los acuerdos que México ha firmado en el ámbito internacional, son apropiados a las características socioculturales específicas de nuestra nación<sup>5</sup>.

El tema de las drogas ilegales tiene especial trascendencia, ya que es parte cotidiana de las noticias del mundo; la representación social de las drogas y la forma en cómo son percibidas por la opinión pública son de suma importancia para evitar que exista un clima de familiaridad y aceptación social hacia su uso y evitar, al mismo tiempo, estigmatizar y criminalizar al adicto.

Como en otros problemas de salud pública, las medidas de prevención y tratamiento de las adicciones, para ser eficaces, deben estar sustentadas en información científica, confiable y completa sobre la naturaleza, magnitud y características del fenómeno. En este sentido el presente trabajo, enfocado a los tratamientos psicológicos con adolescentes farmacodependientes, tiene como objetivo principal proporcionar un abordaje global del individuo que integra los contextos básicos en los cuales se desarrolla:

---

<sup>5</sup> CONADIC, 2000, *Sistema de reporte de información en drogas*, Secretaría de Salud, México.



intrapersonal, que reúne los aspectos de la dinámica interna del sujeto; el interpersonal, conformado por los elementos familiares, grupales y sociales, y el supraordinal, que estaría compuesto por el sistema socioeconómico y cultural donde nace, crece y se desarrolla el individuo.

¿Por qué cada vez más adolescentes se arriesgan a consumir drogas? Las drogas al igual que el alcohol, proporcionan un soporte artificial que les permita sentirse bien consigo mismos y con los demás. En sus efectos descubrimos tres constantes: la capacidad para desatar un estado de euforia, para elevar la autoestima y la empatía, y para desarrollar una sensación de equilibrio emocional. Ahí es precisamente donde se encuentran las principales respuestas, buscan lo que les falta o aquello por lo que sienten anhelo. Los jóvenes consumidores están buscando fundamentalmente equilibrio emocional, empatía y autoestima, las grandes carencias de los jóvenes de hoy.

La facilidad con que se consiguen estas sustancias contribuye también a que en nuestro país, de acuerdo a las últimas estadísticas, los niños y adolescentes ocupen un gran porcentaje dentro de la población consumidora.

La Secretaría de Salud ha realizado desde 1988 quinquenalmente la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), la cual tiene como objetivo principal generar información epidemiológica que facilite el estudio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, y permita conocer la magnitud del problema entre la población de 12 a 65 años.

Los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones 2002<sup>6</sup> son los siguientes:

En la República Mexicana 3.5 millones de personas entre los 12 y 65 años han usado drogas sin incluir el tabaco y el alcohol.

---

<sup>6</sup> CONADIC, 2002, Encuesta Nacional de Adicciones, Secretaría de Salud, México.

En el segundo capítulo el lector podrá conocer los antecedentes históricos de las drogas desde sus inicios, de los usos que se les dio a estas en diferentes culturas y civilizaciones hasta nuestros días; así mismo se hace hincapié del desarrollo de las drogas en nuestro país desde el México precolombino, en donde las celebraciones y ritos se realizaban en sentido netamente religioso en un intento de guardar el equilibrio entre la vida y la muerte, hasta el México contemporáneo.

Los antecedentes indican como las drogas eran utilizadas por las civilizaciones antiguas con fines y efectos diferentes a los conocidos por su uso actual.

La última sección abarca las propuestas terapéuticas que se pueden llevar a cabo con los farmacodependientes y sus familias; el trabajo bibliográfico hace énfasis a la terapia individual, familiar, grupal, además del programa orientación a familiares de farmacodependientes. Las propuestas de intervención son variadas, no siguen una sola línea, pues se trata de dar a conocer las que mejor han funcionado en las intervenciones terapéuticas.

Si bien en el estudio que aquí presentamos no abordamos los métodos y técnicas de prevención para detener el mal de la adicción a drogas, sí consideramos fundamental mencionar la importancia que tiene la educación como el medio más idóneo con que contamos para formar a los jóvenes; corresponde a los educadores en todos los niveles, una gran responsabilidad con respecto a la prevención primaria.

Dado que los programas preventivos deben ser destinados según la comunidad, la cultura, la religión o el país del que se trate, consideramos indispensable formar recursos humanos idóneos para aplicar varias estrategias.

El individuo está inmerso en sus circunstancias; desmitifiquemos a las drogas y seamos agentes de cambio de la crisis de nuestra sociedad.

Existen diferentes instituciones involucradas en acciones preventivas:

- 1) CONADIC: modelo construye tu vida sin adicciones
- 2) Fundación Azteca: Vive sin drogas
- 3) CIJ: el modelo de CIJ en materia de prevención está basado en la educación para la salud y se cumple mediante acciones de información a la población en general y en las escuelas; de orientación dirigido a niños, jóvenes y familias; y de capacitación, a grupos organizados que pueden desarrollar a su vez acciones preventivas a maestros y clubes de servicio.
- 4) IMSS e ISSSTE: además de los programas preventivos dirigidos a sus derechohabientes, editan y distribuyen material sobre el tema de adicciones.
- 5) El DIF enfoca sus acciones preventivas al núcleo familiar y a la población adolescente.
- 6) La SEP ha ampliado sus acciones de prevención en los programas de estudio  
La Comisión Nacional del Deporte (CONADE) lleva a cabo tareas permanentes en todo el país entre el personal médico y técnico deportivo. El uso de esteroides y de distintos estimulantes es el tema recurrente en su labor.
- 7) La UNAM cuenta desde hace varios años con sólidos programas de prevención
- 8) El Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey también lleva a la práctica diversas tareas preventivas entre su población estudiantil.

A pesar de los diversos esfuerzos de muchas instituciones por establecer medidas preventivas ante este problema, no podemos negar que los resultados no han sido los esperados.

Es por todo esto que en el presente trabajo, damos un enfoque específico a los diferentes tratamientos psicológicos que se pueden realizar con farmacodependientes adolescentes. El trabajo está temáticamente dividido en tres partes: la primera atiende a un planteamiento general de la adolescencia: antecedentes, definiciones, características físicas y etapas de la adolescencia, de acuerdo a Peter Bloss quien plantea abiertamente el estudio global de la adolescencia y sus fases.

CEMEF son absorbidas por el Instituto Mexicano de Psiquiatría fundado en 1979. En la década de 1980 ya eran numerosos los grupos y organizaciones que estaban trabajando en diversos aspectos de la reducción de la demanda de drogas, como la prevención y el tratamiento. En 1986 se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) presidido por la SSA y con la participación de instituciones y dependencias del sector público así como de organizaciones privadas y sociales, cuyo quehacer se vincula con el campo de las adicciones.

En 1988 se crea el Programa de Prevención y Control de Adicciones (PPCA) como uno de los programas sustantivos de la SSA que se operan en las unidades de salud y en los diversos niveles de atención de los servicios estatales.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría, órgano descentralizado de la SSA, además de las investigaciones y encuestas, ha elaborado numerosos estudios que permiten, desde hace varias décadas, conocer más profundamente las conductas adictivas con trabajos clínicos y biomédicos, psicosociales y epidemiológicos, difundiendo esta información en un considerable número de publicaciones nacionales e internacionales de alto nivel científico.

La dirección general de epidemiología (DGE) de la SSA responsable del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA) realiza trabajos importantes sobre el tema publicados tanto en México como en el extranjero. La DGE tiene una activa participación en el grupo de trabajo epidemiológico en la frontera norte (Border epidemiological work group) sobre abuso de drogas, en cooperación con el National Institute on Drug Abuse (NIDA) del gobierno federal de los Estados Unidos.

Desde hace algunos años se estableció el Fideicomiso para la investigación sobre inhalables (FISI) integrado por representantes de la industria química, petroquímica y el sector de fabricantes de pinturas y tintas además del CONADIC por parte de la SSA, para apoyar investigaciones y programas para estudiar y controlar este fenómeno.

CASOS NUEVOS DE CONSUMO DE DROGAS DESDE LA ÚLTIMA ENCUESTA 2002

	N	% col.
Opiáceos	155,336	.22
Tranquilizantes	243,847	.35
Sedantes	91,783	.13
Anfetaminas	111,917	.16
Marihuana	493,401	.71
Cocaína	382,422	.55
Pasta de coca	6,871	.01
Crack	8,479	.01
Alucinógenos	85,784	.12
Inhalables	154,058	.22
Heroína	7,620	.01
Metanfetaminas	24,129	.03
Cualquier droga	1,311,858	1.88

Fuente: ENA 2002

La demanda de sustancias adictivas ilícitas surge como un problema mundial de salud pública a finales de los años sesenta. En Estados Unidos y en otros países se observa un aumento acelerado del consumo de drogas, asociado a la emergencia y difusión de diversos movimientos sociales y de contracultura<sup>7</sup>. Estas tendencias tuvieron impacto en México, donde se comenzó a observar un crecimiento en el uso de sustancias en ciertos sectores, por lo que en ese período empiezan a generarse diversas iniciativas para enfrentar este problema.

En 1969 se crea Centro de Integración Juvenil (CIJ) por iniciativa de un grupo de la comunidad, actualmente depende del gobierno federal<sup>8</sup>. La Secretaría de Salud (SSA) crea en 1972 el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), institución donde se realizan las primeras investigaciones epidemiológicas, biomédicas y clínicas para estudiar el uso y abuso de sustancias adictivas en México. Posteriormente las funciones del

<sup>7</sup> Yaria Juan Alberto, 1999, *Drogas post modernidad y redes sociales*, Universidad del Salvador, Argentina.

<sup>8</sup> CONADIC, 1998, *Consumo de drogas en México, Diagnóstico tendencias y acciones*, México.

años. La primera droga de uso fue la marihuana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína. Por sexo se observa que entre los adolescentes varones y mujeres la marihuana ocupa el primer lugar de preferencia, en los varones los inhalables ocupan el segundo, seguidos por la cocaína y los estimulantes de tipo anfetamínico. En las mujeres el orden de preferencia es un tanto diferente, la marihuana ocupa el primer lugar y el consumo de cocaína, estimulantes tipo anfetamínico y los disolventes, ocupan del segundo al cuarto lugar.

#### Atención médica.

Una proporción muy baja de los usuarios de drogas ha solicitado ayuda. Cabe destacar que generalmente tanto aquellos que han usado una o más drogas, como quienes ya presentaron problemas físicos han acudido principalmente a un grupo de atención médica.

	USO DE SERVICIOS		
	% del total que ha usado drogas *	% del total que ha tenido problemas*	% del total que ha tenido prob. físicos*
HOSPITAL GENERAL O CENTRO COMUNITARIO	1.21	1.93	3.38
HOSPITAL O SERVICIO PSIQUIATRICO	0.56	0.47	0.89
GRUPO DE ATENCION MEDICA O MEDICO PRIVADO	4.91	4.99	9.54
SACERDOTE	4.22	4.47	6.06
OTROS	2.88	2.16	4.14
CUALQUIER TIPO DE AYUDA	14.54	14.75	25.40

Fuente: ENA 2002

\* porcentaje de cada grupo que ha asistido al servicio

También se obtuvo el total de nuevos casos de consumo de drogas en el país, que en su mayor parte son experimentales. El número de casos nuevos corresponde a poco más de un millón trescientos mil personas entre los 12 y los 65 años.

**POBLACION RURAL Y URBANA QUE HAN HECHO  
USO ILICITO DE DROGAS POR LUGAR DE RESIDENCIA**

	RURAL		URBANA	
	( N = 16'879,535)		( N = 52'887,532)	
	N	%	N	%
ULTIMOS 30 DIAS	107,363	0.64	461,672	0.87
ULTIMOS 12 MESES	155,227	0.92	756,132	1.43
TOTAL ALGUNA VEZ	563.242	3.34	2'943,360	5.57

Fuente: ENEA 2002

**PREVALENCIA DEL USO DE DROGAS POR  
GRUPOS DE EDAD**

ALGUNA VEZ USADO	12 Y 17 AÑOS	18 Y 34 AÑOS	35 Y 65 AÑOS
	N = 172,020	N = 1'565,494	N = 1'150,386
MARIGUANA	1.22	4.64	3.50
INHALABLES	0.25	0.77	0.24
ALUCINOGENOS	0.04	0.36	0.24
COCAINA Y OTROS DERIVADOS	0.22	2.36	0.62
HEROÍNA	----	0.22	----
ESTIMULANTES TIPO			
ANFETAMINICO	0.13	0.11	0.03

Este orden de preferencia es igual en poblaciones rurales y urbanas, con excepción del consumo de heroína que no fue detectado en zonas rurales. La media de edad de inicio para inhalables, marihuana y estimulantes tipo anfetamínico es de 18 años, cocaína (22 años) y los alucinógenos tienen un inicio más tardío (25 años).

Más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años (215,634) han usado drogas. De este grupo de usuarios el 55.3% continúa usándola en el último año y de estos, un 37% las ha usado en el mes previo a la encuesta. La proporción por sexo es de 3.5 usuarios hombres por cada mujer. Los mayores índices de consumo se encuentran entre los habitantes de poblaciones urbanas (86%) y, es notorio que en la población rural el 1.87% de los adolescentes hayan consumido alguna vez en la vida y 1.03% lo haya hecho en el año previo al estudio. Para los adolescentes, la edad promedio de inicio fue cerca de los 14

PREVALENCIA DE USO DE DROGAS

Población total (N= 69,767,067)

	N	%
ULTIMOS 30 DÍAS	569,035	0.82
ULTIMOS 12 MESES	911,359	1.31
TOTAL ALGUNA VEZ	3,506,602	5.03

Fuente: ENA 2002

La región norte del país es la más afectada (7,45%9), le siguen las regiones del centro (4.78%) y sur (3.08.%).

El uso de drogas ilegales es mayor que el consumo fuera de prescripción de drogas con utilidad médica, 2.8 millones han usado drogas ilegales y más de 840 mil personas han usado drogas con utilidad médica.

POBLACION QUE HA HECHO USO ILICITO  
DE DROGAS POR SEXO

	HOMBRES		MUJERES	
	N	%	N	%
ULTIMOS 30 DÍAS	408,705	1.30	160,330	0.42
ULTIMOS 12 MESES	700,970	2.23	210,389	0.55
TOTAL ALGUNA VEZ	2,696,406	8.59	810,196	2.11

Fuente: ENA 2002

En el país 215,634 adolescentes entre 12 y 17 años (167,585 varones y 48,049 mujeres) han usado drogas alguna vez, el índice entre los adultos jóvenes entre los 18 y 34 años alcanza 1'795,577 (1'351,138 varones y 449,439 mujeres) entre 35 y 65 años, 1'495,391 (1'177,683 hombres y 317,708 mujeres).



En el segundo capítulo el lector podrá conocer los antecedentes históricos de las drogas desde sus inicios, de los usos que se les dio a estas en diferentes culturas y civilizaciones hasta nuestros días; así mismo se hace hincapié del desarrollo de las drogas en nuestro país desde el México precolombino, en donde las celebraciones y ritos se realizaban en sentido netamente religioso en un intento de guardar el equilibrio entre la vida y la muerte, hasta el México contemporáneo.

Los antecedentes indican como las drogas eran utilizadas por las civilizaciones antiguas con fines y efectos diferentes a los conocidos por su uso actual.

La última sección abarca las propuestas terapéuticas que se pueden llevar a cabo con los farmacodependientes y sus familias; el trabajo bibliográfico hace énfasis a la terapia individual, familiar, grupal, además del programa orientación a familiares de farmacodependientes. Las propuestas de intervención son variadas, no siguen una sola línea, pues se trata de dar a conocer las que mejor han funcionado en las intervenciones terapéuticas.

Si bien en el estudio que aquí presentamos no abordamos los métodos y técnicas de prevención para detener el mal de la adicción a drogas, sí consideramos fundamental mencionar la importancia que tiene la educación como el medio más idóneo con que contamos para formar a los jóvenes; corresponde a los educadores en todos los niveles, una gran responsabilidad con respecto a la prevención primaria.

Dado que los programas preventivos deben ser destinados según la comunidad, la cultura, la religión o el país del que se trate, consideramos indispensable formar recursos humanos idóneos para aplicar varias estrategias.

El individuo está inmerso en sus circunstancias; desmitifiquemos a las drogas y seamos agentes de cambio de la crisis de nuestra sociedad.

## CAPITULO 1. ADOLESCENCIA

### 1.1 ANTECEDENTES

La adolescencia es una “invención” occidental. En las sociedades no desarrolladas, el tránsito entre la infancia y la adultez era “procesado” a través de los breves y traumáticos ritos de iniciación.<sup>9</sup>

Pero, el proceso adolescente, parece que no recibe en occidente otra consideración que la “educativa” que en la práctica, quiere decir “instrucción escolar” generalmente libresca. Todo este atiborramiento instruccional, lo único que ha conseguido es hacer de los adolescentes “anoréxicos escolares” que vomitan toda imposición instruccional obligatoria. La formación del adolescente para la vida adulta, tan presente en los ritos de iniciación, ha sido dejada un tanto a su suerte y las evaluaciones se centran solamente en el rendimiento cognitivo, separado de la tarea de la búsqueda de identidad y de la construcción de la personalidad madura.

#### 1.1.1. El descubrimiento de la adolescencia

Hablando en términos generales, la adolescencia se inicia cuando el individuo accede a la madurez sexual y culmina cuando se independiza legalmente de la autoridad de los adultos. Establecer con seguridad el comienzo de la adolescencia es difícil porque la edad de la madurez sexual es muy variable. Como promedio, la adolescencia se extiende desde los 13 a los 18 años en las mujeres y desde los 14 a los 18 años en los varones.<sup>10</sup>

La tradición sostiene que se producen cambios radicales en el individuo cuando este sale de su infancia. Se presume que se despoja automáticamente de los aspectos indeseables adquiridos durante su infancia y que desarrolla, de una manera misteriosa y con poco o ningún esfuerzo, las cualidades aceptables que le serán útiles cuando llegue la madurez.

---

<sup>9</sup> Aguirre Baztán, Angel, 1996, *Psicología de la Adolescencia*, Grupo Editor Alfaomega, Impreso en Colombia.

<sup>10</sup> Hurlock, Elizabeth., 1994, *Psicología de la adolescencia*, Paidós psicología evolutiva, México.

Este punto de vista fue popularizado a principios del siglo pasado por G. Stanley Hall<sup>11</sup>, llamado comúnmente el “padre de los estudios sobre la infancia en los Estados Unidos”, Según Hall, los cambios que se producen en la adolescencia marcan un nuevo nacimiento” de la personalidad del individuo. Hall creía que los cambios derivan de la maduración sexual y que, por consiguiente, son generados biológicamente. Como las modificaciones son tan rápidas y pronunciadas, Hall describió la adolescencia como un periodo de “tormenta y tensión”, durante el cual el individuo se muestra excéntrico, emotivo, inestable e impredecible.

El interés en los problemas de la adolescencia, suscitado por el trabajo de Hall, y sus seguidores, llevó a muchos psicólogos, sociólogos y antropólogos a estudiar grandes grupos de adolescentes de distintas clases sociales, culturas y niveles económicos. Uno de los primeros pioneros, realizado por Hollingworth poco después de la primera guerra mundial, refutó la idea de que todos los niños son seres mudables que, al acaecer, adoptan personalidades nuevas y diferentes.<sup>12</sup>

De modo gradual., la investigación científica ha ido acumulando evidencias que impugnan ese punto de vista. Ya no es posible proclamar que se operará una metamorfosis en los años adolescentes. En cambio, ahora se cree que los rasgos característicos presentes en la infancia quizá lleguen a estar más arraigadas con el correr del tiempo.

La transición desde la infancia hacia la adultez es normalmente un periodo difícil tanto para el grupo social como para el individuo. El estereotipo desfavorable del adolescente ha tenido un efecto dañino tanto sobre las actitudes y relaciones de adultos con adolescentes como sobre las actitudes de los jóvenes hacia sí mismos y sobre las relaciones de éstos con los mayores. El hecho ha servido para ensanchar la brecha generacional” que en toda cultura existe entre los adultos y la gente joven.

---

<sup>11</sup> Hall, G.S. 1904. *Adolescence*, New York, Appleton-Century-Crofts.

<sup>12</sup> Hollingworth, L. S., 1928, *The psychology of the adolescent*. Nueva York, Appleton-Century-Crofts.

Durante esta etapa, al adolescente se le presentan más problemas nuevos y con menos tiempo para resolverlos que en ningún otro período anterior de su vida. Se da cuenta que en razón de su apariencia adulta se espera que actúe como tal. Pero no sabe como hacerlo. Al apartarse del hogar para integrar un grupo de pares, ya no cuenta con modelos de la conducta deseable, de los que antes disponía al instante, ni con un ambiente estable que facilite la identificación. Más aún, debe aprender a valerse por sí mismo y a enfrentarse al mundo sin sus padres, como lo hacía cuando era niño.

En cualquier edad, la conducta de una persona es considerada como perturbadora si ocasiona inconvenientes y molestias a los demás. Lo cierto es que probablemente en ningún momento del proceso de crecimiento el comportamiento de un individuo sea tan fastidioso para otros como durante la adolescencia, particularmente en el período inicial.

La principal razón de que la adolescencia sea denominada una “edad de problemas” reside en que con frecuencia se juzga al joven según pautas adultas en lugar de hacerlo con las apropiadas de su edad. Por ejemplo, el adolescente típico es egocéntrico. Como lo señaló Elkind, “si bien el adolescente se autocrítica, con frecuencia también se admira a sí mismo. Gran parte de sus maneras groseras y de su vestimenta caprichosa cumplen el objetivo de atraer la atención ajena hacia sí mismo”<sup>13</sup>. Su egocentrismo lo hace poco cooperativo, lo vuelve egoísta, desconsiderado con otros y proclive a hablar de sí mismo y de sus problemas

El adolescente joven es más un problema para sí mismo que para los demás. No se ha adaptado a su nuevo rol en la vida, por lo cual se siente confuso, inseguro y ansioso. En lugar de esperar que actúe de un modo coherente con su nivel de desarrollo, a veces se le trata como si fuese un niño y se espera que se comporte como un adulto. En consecuencia, además de sus propios problemas descubre, como lo señaló Horrocks, que los “adultos y su conducta y puntos de vista irrazonables constituyen en realidad los problemas que deben enfrentar”<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Elkind, D., 1967, *Egocentrism in adolescence*. Child Developm.

<sup>14</sup> Harrocks, J. E., 1969, *The psychology of adolescence*, Boston, Houghton Mifflin.

A medida que avanza la adolescencia, si el adolescente efectúa con éxito la transición hacia la adultez, los problemas causados por su conducta disminuyen gradualmente. En tal caso, se convierte en un problema menor para sí mismo y para el grupo social. Por el contrario, si la transición es defectuosa, la conducta generadora de problemas habrá de continuar, con el agregado de que el adolescente parecerá aun más inmaduro e impertinente que antes, cuando su apariencia no mostraba tantos rasgos adultos.

## 1.2 DEFINICION

Adolescencia deriva de la voz latina *adolescere*, que significa “crecer” o “desarrollarse hacia la madurez”. Existen diversas formas de definirla como las siguientes:

Sociológicamente, la adolescencia es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma. Psicológicamente, es una “situación marginal” en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que, dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto. Cronológicamente es el lapso que comprende aproximadamente los doce o trece años hasta los primeros de la tercera década, con grandes variaciones individuales y culturales.

Por lo que definimos a la adolescencia como la etapa de transición entre la niñez y la integración del sujeto en el mundo de los adultos, más que una etapa estabilizadora, es un proceso y desarrollo, lo que implica conflictos de adaptación que, de llevarse a buen término, proporcionará al sujeto un equilibrio emocional que le permita asumir un papel adecuado en el mundo de los adultos.

El comienzo y la duración de esta etapa marca el final de la infancia y se crean los cimientos de la maduración. La cronología es en función de factores internos tales como el sexo y la herencia, y de factores externos como la nutrición.

### 1.3 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL ADOLESCENTE

El proceso de desarrollo biológico humano es un fenómeno complejo que se inicia desde el mismo momento de la fecundación y termina con la muerte del individuo. En él están implicados una serie de subetapas sincrónicas, en algunos casos, o sucesivas en el tiempo que van caracterizando los diferentes momentos biológicos por los que atraviesa un individuo.

Las modificaciones morfológicas experimentadas tanto en niños como en niñas al final del periodo infantil están provocadas fundamentalmente por una secreción diferente de hormonas. La HG (hormona de crecimiento) y la tiroidea provocan, por una parte, la maduración de los cartílagos de las epífisis y el aumento del tamaño celular. Las proporciones del cuerpo que hasta entonces diferían de modo discreto en varones y en mujeres comienzan a divergir dimensional y morfológicamente.

Además del rápido crecimiento que tipifica la adolescencia, tienen lugar una serie de transformaciones que evidencian la maduración sexual. Los rasgos morfológicos empleados tradicionalmente son:

- en varones, el vello pubico, axilar y facial; desarrollo de la genitalidad; cambio de la voz y primera eyaculación.
- En mujeres, vello pubiano y axilar, desarrollo mamario y primera menstruación (menarquia).

Aunque coincidentes en el tiempo, dependiendo de la velocidad de desarrollo del adolescente, la manifestación de los caracteres sexuales secundarios puede ser tipificada en una serie de estadios que en la niña se inician por término medio dos años antes que en el varón.

En las niñas uno de los primeros signos puberales es el crecimiento de las mamas, en lo que se conoce como estadio de botón (la mama presenta un discreto saliente y se observa

un aumento de tamaño del diámetro de la areola); este estadio en las maduradoras precoces se puede constatar ya a la edad de 8-9 años.

Dependiendo de los individuos, el inicio del desarrollo mamario puede estar precedido por la aparición de vello pubico, aunque lo más general es que esto ocurra posteriormente. Hacia los 10 años se evidencia la aparición de vello a lo largo de los labios mayores, en una etapa sucesiva el vello se oscurece y encrespa cubriéndose un área mayor.

Junto a la adquisición de estos caracteres sexuales secundarios es notorio en ambos sexos un crecimiento más rápido de las extremidades y el cuello respecto del tronco. En relación a las cinturas (escapular y pelviana) acontece un cambio marcado diferencial en el varón y en la joven. En ellos el crecimiento preferencial está orientado en el ensanchamiento de hombros, y en las niñas el mayor aumento se produce en la región pélvica.

No debemos olvidar la diferente redistribución que en esta etapa sufre la composición corporal. Los varones se vuelven más delgados y angulosos y aumenta su masa muscular de manera notoria. En las adolescentes, por el contrario, existe un aumento de tejido adiposo subcutáneo prácticamente en la totalidad del cuerpo, si bien es especialmente notorio en caderas, muslos y nalgas, pechos y antebrazos.

También son rasgos diferenciales en la biología de la adolescencia masculina y femenina, la presentación de acné y la grasa de la cara y el pelo que son signos claros de la secreción de andrógenos (porcentualmente más frecuentes en chicos que en chicas), no se debe olvidar que tanto en uno como en otro sexo existen andrógenos y estrógenos. Los primeros entre las mujeres son responsables del crecimiento del vello sexual del pubis y de las axilas y del antes mencionado aumento de la secreción grasa en la piel y cuerpo cabelludo y de acné.

Mientras que en los varones las primeras eyaculaciones durante el sueño son imprecisas de determinar e inciertas, en la adolescente existe un rasgo que define como ningún otro la pubertad. Nos referimos al inicio de las menstruaciones, denominado menarquia.

#### 1.4. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Peter Bloss (1971), define la adolescencia como la etapa terminal de la cuarta fase del desarrollo psicosexual, la fase genital, que ha sido interrumpida por el periodo de latencia.<sup>15</sup>

De todo esto se desprende que la adolescencia es una etapa de transición, de ajustes, de conflictos que tienen como objetivo lograr una identidad que englobe todas las áreas de su personalidad (emocional, psicosexual, social y cognitiva)

En el periodo de la adolescencia el desarrollo psicológico comprende mecanismos de sus fases, aunque tiene elasticidad, si llevan una secuencia determinada que busca una integridad para lograr el equilibrio o sentido de identidad.

Estas fases según Peter Bloss se pueden dividir en:

- 1.4.1. Periodo de latencia: Este periodo es importante para tener éxito en la iniciación y durante el desarrollo de la adolescencia. El periodo de latencia proporciona al niño los instrumentos, en términos de desarrollo del yo, que le preparan para enfrentarse al incremento de los impulsos en la pubertad. El niño, en otras palabras, está listo para la prueba de distribuir el influjo de energía en todos los niveles de funcionamiento de la personalidad, los cuales se elaboraron durante el periodo de latencia. De ahí que sea capaz de desviar la energía instintiva a las estructuras físicas diferenciadas y a diferentes actividades psicológicas, en lugar de experimentar esto solamente como un aumento de la tensión sexual y agresiva.

---

<sup>15</sup> Bloss, Peter, 1971, *Psicoanálisis de la Adolescencia*, Editorial Joaquín Mortiz, México.



La interpretación literal del término *periodo de latencia* significa que estos años están desprovistos de impulsos sexuales –es decir, que la sexualidad es latente– ha sido corregido por la evidencia clínica de los sentimientos sexuales expresados en la masturbación, en actividades voyeuristas, en el exhibicionismo, y en actividades sadomasoquistas que no dejan de existir durante el periodo de latencia . Lo que en verdad cambia durante el periodo de latencia es el incremento del control del yo y del superyo sobre la vida instintiva. La actividad sexual durante el periodo de latencia está relegada al papel de un regulador transitorio de tensión: esta función está superada por la emergencia de una variedad de actividades del yo, sublimatorias, adaptativas y defensivas por naturaleza. Este cambio está promovido sustancialmente por el hecho de que las relaciones de objeto se abandonan y son sustituidas por identificaciones.

La dependencia en el apoyo paterno para los sentimientos de valía y significación son remplazados progresivamente durante el periodo de latencia por un sentido de autovaloración derivado de los logros y del control que ganan la aprobación social y objetiva. Los recursos internos del niño se unen a los padres como reguladores de la estimación propia. Teniendo al superyo sobre él, el niño es capaz de mantener el balance narcicista en forma más o menos independiente.

Concomitante a estos desarrollos, las funciones del yo adquieren una mayor resistencia a la regresión; actividades significativas del yo, como son la percepción, el aprendizaje, la memoria y el pensamiento, se consolidan más firmemente en la esfera libre de conflicto del yo. De ahí pues que las variaciones en la tensión instintiva no amenace la integridad de las funciones del yo como ocurría en los años anteriores a la latencia. El establecimiento de identificaciones estables, hace que el niño sea más independiente de las relaciones de objeto y de su ondulante intensidad y cualidad; la ambivalencia

declina en forma clara, especialmente durante la última parte del periodo de latencia.

Los muchachos y las muchachas muestran diferencias significativas en el desarrollo durante la latencia: Una regresión a niveles pregenitales como defensa al principio de la latencia parece ser más típica para el muchacho que para la muchacha. La productividad regresiva del muchacho simboliza su desarrollo preadolescente. El hecho de que el muchacho abandone la fase edípica en forma más definitiva que la muchacha, hace que la primera parte de su periodo de latencia sea tormentosa. La muchacha por el contrario, entra a este periodo con menos conflicto; en verdad preserva con un sentido de libertad algunos aspectos fálicos de su pasado preedípico.

Un prerrequisito para entrar a la fase de la adolescencia de la organización de los impulsos es la consolidación del periodo de latencia; de otro modo el niño púber experimenta una simple intensificación de sus deseos en la prelatencia y muestra una conducta infantil un tanto regresiva.

- 1.4.2. Preadolescencia: característico de este periodo es un aumento cuantitativo de la presión instintiva a una catexis indiscriminada de todas aquellas metas libidinales y agresivas de gratificación que le han servido al niño en sus primeros años de vida. No se puede distinguir un objeto amoroso nuevo y una meta instintiva nueva. Cualquier experiencia puede transformarse en estímulo sexual –incluso aquellos pensamientos, fantasías y actividades que están desprovistos de connotaciones eróticas obvias. La excitación genital puede ser provocada por miedo, coraje o por una excitación general. Las primeras emisiones durante la vigilia a menudo se deben a estados afectivos como éste, más bien que a estímulos eróticos específicos.

Este estado de cosas en el muchacho que entra a la pubertad es una muestra de que la función genital actúa como descarga no específica de tensión.

El resurgimiento de los impulsos genitales no se manifiesta uniformemente entre los muchachos y las muchachas debido a que cada sexo se enfrenta a los impulsos puberales en aumento en una forma distinta.

Es la preocupación (consciente y preconsciente) con los órganos sexuales, su función, integridad y protección, y no la relación de estos con situaciones amorosas y su satisfacción lo que sobresale en las construcciones de juego en los preadolescentes. En términos generales podemos decir que un aumento cuantitativo en los impulsos caracteriza la preadolescencia y que esta condición lleva a un resurgimiento de la pregenitalidad. Esta innovación lleva al período de latencia a su terminación; el niño es más inaccesible, más difícil de enseñar y controlar. Todo lo que se ha obtenido a través de la educación.

La gratificación instintiva directa habitualmente se enfrenta a un superyo reprobatorio. En este conflicto el yo recurre a soluciones bien conocidas: defensas como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento. Esto le permite al niño desarrollar habilidades e intereses que son aprobados por sus compañeros de juego y además el dedicarse a muchas actitudes sobrecompensatorias en conductas compulsivas y en pensamientos obsesivos para aliviar su angustia

Naturalmente no todas estas defensas son suficientes para enfrentarse a la demanda instintiva, ya que los miedos, fobias, tics nerviosos, pueden aparecer como síntomas transitorios. La psicología del desarrollo descriptivo habla de descargas tensionales en esta etapa: frecuentes dolores de cabeza y de estómago, el comerse las uñas, taparse los labios, tartamudeo, el taparse la boca con la

mano, el jugar con sus cabellos, algunos niños todavía se chupan el pulgar (Gesell, 1977)<sup>16</sup>.

Es un hecho bien sabido que el desarrollo psicológico en la preadolescencia es diferente en las muchachas y en los muchachos, estas diferencias son muy significativas: el muchacho toma una ruta hacia la orientación genital a través de la catexis de sus impulsos pregenitales; por el contrario, la muchacha se dirige en forma más directa hacia el sexo opuesto.

Aquí cualquier experiencia puede transformarse en estímulo sexual, como el miedo, el coraje o una excitación general. Esto muestra que la función genital al entrar a la pubertad actúa como descarga no específica de tensión lo cual gradualmente, va delimitándose hasta que adquiere la sensibilidad exclusiva al estímulo heterosexual.

- 1.4.3. Adolescencia temprana: La maduración puberal normalmente saca al muchacho de su preadolescencia autosuficiente y defensiva, y de la catexis pregenital. La muchacha es igualmente forzada hacia el desarrollo de su feminidad.

Ambos buscan en forma más intensa objetos libidinales extrafamiliares, con lo que se inicia el proceso genuino de separación de las ligas objetales tempranas. Este proceso atraviesa por varios estadios hasta que final e idealmente se establecen relaciones maduras de objeto.

La característica distintiva de esta etapa es la falta de catexis en los objetos de amor incestuoso, y como consecuencia encontramos una libido que flota libremente y que clama por acomodarse.

Como consecuencia de la falta de catexis, el superyo disminuye su eficacia, lo cual deja al yo sin la dirección simple y presionante de la conciencia. El yo ya no puede

---

<sup>16</sup> Gesell, A., F. L. Lig y L. B Ames, 1977, *El adolescente de 10 a 16 años*, Buenos Aires, Paidós.

dependen de la autoridad del superyo, sus propios esfuerzos para mediar entre los impulsos y el mundo externo son torpes e ineficaces, ya que el superyo se convierte en adversario y el yo se queda debilitado, inadecuado frente a las circunstancias de emergencia.

A esta edad, los valores, las reglas y las leyes morales han adquirido una independencia apreciable de la autoridad parental, se han hecho sintónicas con el yo y operan parcialmente dentro del yo. A pesar de esto, durante la adolescencia temprana el autocontrol amenaza con romperse y en algunos casos extremos surge la delincuencia.

En la búsqueda de objetos de amor puede crearse una actuación delincuente como escape a la soledad del aislamiento y la depresión que acompaña a estos cambios catécticos, ya que el retiro de la catexis de objeto y la ampliación de la distancia entre el yo y el superyo dan como resultado un empobrecimiento del yo, que trae como consecuencia un sentimiento de vacío, tormento interno, el cual puede dirigirse a buscar ayuda hacia cualquier oportunidad de alivio que el ambiente pueda ofrecerle.

El adolescente joven ahora se dirige hacia el amigo, de hecho el amigo adquiere una significación e importancia de la que antes carecía. La elección de objeto en la adolescencia temprana sigue el modelo narcisista.

La amistad típica del adolescente varón es aquella donde se mezcla la idealización y el erotismo. Algunas de las características del otro son admiradas y amadas porque constituyen algo que el sujeto mismo quisiera tener y en la amistad él se apodera de ellos, esta etapa de expansión en la vida amorosa conduce al individuo a la formación del yo ideal, y por lo tanto, internaliza una relación de objeto que en otra forma podría conducir a la homosexualidad latente o manifiesta.

La fijación en la fase de la adolescencia temprana sigue este curso: el yo ideal remueve al superyo de la posición tan segura que había tenido y absorbe la libido narcisista y homosexual. Cuando este ideal no se ha formado la tendencia sexual aparece sin cambiar en la personalidad en la forma de una perversión.

- 1.4.4. Adolescencia: En esta etapa se busca una nueva relación de objeto diferente a las que se han tenido. Se busca un objeto heterosexual que se va a encontrar solo cuando se abandona la posición bisexual y narcisista y esto marca el desarrollo psicológico de la adolescencia. Los mecanismos defensivos y adaptativos pasan a primer plano de la vida mental.

La vida emocional va a ser más intensa, más profunda y con mayores horizontes. El adolescente se va a desprender de objetos infantiles de amor pero los deseos edípicos y sus conflictos vuelven a surgir.

El cambio hacia el amor heterosexual debe ser gradual, ya que si se entra rápidamente en una actividad heterosexual no se alcanzan las precondiciones para este tipo de amor.

En ambos sexos se observa un aumento en el narcisismo y esto produce una variedad de estadios en el yo que preceden la consolidación del amor heterosexual.

En esta etapa se va a cambiar la catexis del ser a un nuevo objeto y esto altera la economía libidinal pues la gratificación ahora se va a buscar en un objeto en lugar de ser uno mismo. El retiro de la catexis de objeto lleva a una sobrevaloración del ser y puede llevar a un retiro narcisista y a una pérdida de contacto con la realidad (psicosis incipientes).

La identificación positiva o negativa con el padre del mismo sexo tiene que darse para que pueda existir un amor heterosexual. La etapa narcisista va a ayudar al

proceso de desprendimiento (objeto de amor temprano). Al principio los padres eran sobrevalorados, pero ahora son devaluados.

El adolescente se vuelve rebelde, se burla de la autoridad de los padres. El yo se va a cubrir con un libido narcisista que es retirada del padre internalizado. Va a estar al servicio del desarrollo progresivo y va a ayudar a encontrar el objeto heterosexual.

La vida de fantasía, experiencias alucinatorias y creatividad están en la cúspide en esta etapa y son utilizadas como un vehículo para la participación social.

Es típico de esta etapa llevar un diario y mas frecuente entre mujeres, porque los hombres en su necesidad de reafirmación física tanto agresiva como defensiva desvían su atención de la introspección. El diario es utilizado como un confidente íntimo donde el adolescente comparte sus necesidades al no poder hacerlo con el medio ambiente. En el diario se desahoga abiertamente. De esta manera el diario asume una calidad de objeto (“querido diario”) y ocupa un lugar entre el soñar despierto y el mundo de los objetos, la fantasía y la realidad.

Ana Freud dice que los enamoramientos de la adolescencia no son relaciones de objeto, son identificaciones primitivas, y que los cambiantes enamoramientos y amistades que el adolescente defiende contra cualquier interferencia se pueden entender como un fenómeno de restitución que previene una regresión libidinal total al narcisismo por medio de la asimilación del objeto en termino de modelo y así se enriquece el yo empobrecido.

Tiene dos temas dominantes la adolescencia, uno es el complejo de Edipo y el otro es la desconexión de los primeros objetos de amor, este proceso básicamente es la renuncia a objetos y encontrar objetos, y esto va a dar el establecimiento de la organización de impulsos adultos. En términos de estados afectivos se hablaría de “duelo” y “estar enamorado”.

El “duelo” se daría con la renuncia de sus padres edípicos que producir la tristeza y estar de luto. La elaboración del duelo es importante para el logro dual de la liberación de objeto perdido. El “estar enamorado” señala el acercamiento de la libido a nuevos objetos y da la sensación de estar completo.

En el adolescente el estar enamorado o tener novio(a) hace que aumenten considerablemente los rasgos masculinos y femeninos y esto se debe a que las tendencias ajenas al sexo han sido concedidas al sexo opuesto (egosintonicidad) y pueden ser compartidas en el mutuo pertenecer de los compañeros.

El amor tierno procede a la experimentación heterosexual, consiste en la preocupación por preservar el objeto de amor, la pareja se ve como un conglomerado de atributos sagrados y preciosos que llenan al joven de admiración pero al principio este sentimiento es experimentado como la amenaza de una nueva dependencia y por esto despierta miedo de sumisión y de rendición emocional.

En su primera etapa la unión con el ser amado se experimenta en parte en fantasía. La primera elección de un objeto de amor heterosexual esta determinada por algún parecido físico o mental con el padre de sexo opuesto o por algunas diferencias chocantes.

Los primeros amores no son relaciones maduras y solo adquieren madurez con la resolución progresiva del complejo de Edipo revivida cuando no pueda ser abandonada la organización de impulsos de la primera adolescencia, puede haber un matrimonio prematuro o relaciones sexuales transitorias.

En esta fase tanto en hombre como en mujeres pueden existir episodios homosexuales, de los cuales no se puede predecir la duración de su efecto en la formación de la masculinidad o feminidad. En la mujer de elección de objeto homosexual se puede deber a dos causas: una es la envidia del pene y aquí la joven



actúa como hombre en relación con otras jóvenes, la segunda causa es una fijación temprana en la madre y aquí la joven actúa como niña dependiente.

En ambos sexos se da el resurgimiento de la conciencia de la vida íntima de los padres acompañada de sentimientos de culpa y de vergüenza y se manifiesta una actitud crítica del adolescente hacia uno de los padres. La mujer generalmente critica y hace reproches a la madre, cree que ella no molestaría con trivialidades al padre. La joven se da cuenta de sus sentimientos negativos y surge una elección de objeto con el patrón edípico de competencia y venganza, los sentimientos de culpa son aplacados con autocastigo, ascetismo y estados de depresión.

La ansiedad de castración cierra la fase edípica de un joven y esto mismo abre la fase edípica para una muchacha.

Cuando la inmadurez del niño necesita del abandono de las ansias edípicas, la resolución del complejo de Edipo queda inconclusa y las ansias edípicas se reprimen, en cambio la mujer sigue tejiendo la hebra de la alfombra edípica a través de su período de latencia.

El declinamiento del complejo de Edipo se da en la adolescencia tardía y se completa cuando la persona se reestablece en una nueva familia, y es aquí donde las fantasías edípicas son desechadas.

Los mecanismos de defensa van a tener funciones defensivas, adaptativas y restitutivas.

A. Freud habla de los mecanismos de defensa y menciona el ascetismo y la intelectualización. El ascetismo prohíbe la expresión del instinto, fácilmente cae en tendencias masoquistas, permite la descarga de impulsos libidinales y agresivos en relación al ser y a su cuerpo. La tendencia de la intelectualización es la de vincular los procesos instintivos con los contenidos ideacionales y así hacerlo accesibles a la

conciencia y sujetos a control. La intelectualización favorece al conocimiento activo y permite la descarga de agresión en forma desplazada.

Estos dos mecanismos característicos de la crisis de la adolescencia demuestran el papel de los mecanismos de defensa de la lucha del yo en contra de los instintos.

La intelectualización tiene mas potencial positivo y el ascetismo es esencialmente restrictivo del yo.

#### 1.4.5. Postadolescencia. Es la fase intermedia entre la adolescencia y la edad adulta.

Después de que las tareas selectivas de la vida han adquirido forma, definición y articulación a través de la consolidación de roles sociales e identificaciones irreversibles, hace falta armonía para su realización total.

En términos del desarrollo del yo y de organización de los impulsos, la estructura psíquica ha adquirido al final de la adolescencia tardía una fijación que permite al postadolescente volver al problema de armonizar las partes componentes de la personalidad.

La integración va de la mano con la actividad del rol social, con el enamoramiento, el matrimonio, la paternidad y la maternidad.

La organización psíquica es susceptible de alteraciones después del periodo adolescente, extendiendo el interés en el proceso adolescente indefinidamente hasta la edad adulta.

El proceso de armonización en todo el impulso y organizaciones yoicas así como las partes componentes de cada una están en su mayor intensidad.

El fin de la adolescencia está caracterizado por un proceso integrativo que llevan a una delimitación de metas definibles como tarea de vida, mientras que en la

postadolescencia, la realización de estos fines en términos de relaciones permanentes, roles y selecciones del medio ambiente, se vuelven los más importantes.

Emerge la personalidad moral con su énfasis en la dignidad personal o autoestima, más bien que en la dependencia superyoica y la gratificación instintiva. El yo ideal ha tomado posesión en varias formas de la función reguladora del superyo, y se ha convertido en heredero de los padres idealizados de la infancia, la confianza antes depositada en el padre ahora se une al ser y todo tipo de sacrificios son hechos con el fin de sostener el sentido de dignidad y autoestima.

Un bloqueo típico de esta etapa es la fantasía de rescate. En lugar de vivir para dominar las tareas de la vida, el adolescente espera que las circunstancias de la vida dominaran la tarea de vivir.

El relajamiento de las ligas de objeto infantiles es una tarea de la adolescencia en sí, pero el alcanzar un acuerdo con intereses y actitudes parentales del yo, se hace más liberado y efectivo durante la postadolescencia.

La solución incompleta de esta fase frecuentemente puede ser soportada temporalmente hasta que se enciende otra vez durante la paternidad en relación a un niño del mismo sexo.

Muchos componentes del superyo se proyectan en el mundo exterior donde en principio se originaron. Debido a este proceso, el postadolescente se ancla firmemente en la sociedad de la que él es una parte integral. En este periodo los conflictos instintivos retroceden dentro del pasado y los procesos integrativos del yo que se vuelven prominentes. Como usan etapa de transición, la postadolescencia tiene una función de unión como un puente, la integración de su yo trae el proceso adolescente a su terminación. Inversamente, la edad adulta tiene un sostén inicial y firme en esta fase final.

## 1.5. COMO DETECTAR EL CONSUMO EN UN ADOLESCENTE

Para muchas familias es sumamente difícil, determinar si las drogas tienen algo que ver en los cambios que se observan en el adolescente, o si estos son debidos sólo a las características propias de tan difícil etapa.

### 1.5.1. El método químico

En Estados Unidos se comercializó una prueba o test para determinar el consumo de drogas en cualquier persona. Este consiste en pasar una gasa por los objetos de uso cotidiano del individuo a estudiar y enviarla posteriormente los laboratorios que lo lanzó al mercado. En poco más de una semana es posible detectar si un adolescente está consumiendo determinadas drogas.

No obstante, el sistema empleado presenta algunos problemas:

1. no puede detectar el uso de cualquier droga, sino sólo el de seis en concreto.
2. no puede diferenciar entre un individuo que consume drogas y otro que simplemente ha estado en contacto con personas que las consumen.

Esta es una medida para emplear sólo en circunstancias en las que no existe una buena relación de confianza con los hijos. Es una última opción. Por otro lado esta prueba no se comercializa en nuestro país, pero un médico puede ordenar un análisis de sangre y orina, para detectar la presencia de determinadas sustancias.

### 1.5.2. Cambios en la conducta y actitudes

EL consumo de drogas suele traer consigo todo un abanico de cambios, tanto en la personalidad como en las actitudes y conducta del adolescente. Asimismo esto puede llegar a manifestarse también en el aspecto físico.

### 1.5.2.1. El insomnio

El adolescente que consume drogas tiene dificultades para conciliar el sueño, lo cual se puede traducir en dos situaciones: los continuos viajes a lo largo de la noche o una actividad anormal hasta muy tarde. Es decir, el menor se queda viendo televisión o escuchando música hasta horas desacostumbradas por él/ella independientemente de la hora en que tenga que levantarse al día siguiente.

### 1.5.2.2. La depresión y ansiedad

En la actitud del adolescente comienza a predominar el negativismo, una visión pesimista de su vida cotidiana y especialmente de su futuro. Este sentimiento se va reforzando por la creciente dificultad que encuentra para desarrollar sus tareas cotidianas, bien sea estudiando o en su trabajo. El nivel de autoestima desciende preocupantemente, y el adolescente comienza a pensar que no será capaz de hacer nada de cuanto se proponga, por lo cual deja de fijarse metas y pierde el interés por el cómo se desarrollará su futuro.

La depresión entre los más jóvenes es un problema cada vez más frecuente y más extendido. Cada día son más los menores que acuden a la consulta del psicólogo o del psiquiatra para intentar salir de una depresión. En el mundo más de 300 millones de personas padecen depresiones en sus distintas manifestaciones, y ni tan siquiera la décima parte acude a la ayuda médica. Nunca presta la suficiente atención a este problema, como si se tratara de algo que utilizan algunos para llamar la atención.

La ansiedad con frecuencia es inseparable de la depresión. En ocasiones se alternan en los adolescentes, provocando continuos cambios en su estado de ánimo y haciéndoles pasar de la apatía a la hiperactividad<sup>17</sup>.

La ansiedad aparece como un mecanismo de supervivencia que nos ayuda a superar las situaciones adversas o los peligros, pero la falta de control sobre la misma y las

---

<sup>17</sup> Canovas Guillermo, 1997, *Adolescencia y Drogas de Diseño*, Editorial Mensajero.

circunstancias personales pueden convertirla en algo permanente y desproporcionado: una enfermedad.

La ansiedad convierte al adolescente irritable. Se vuelve impaciente, tiene prisa, y a veces para superar su angustia tiende a romper las cosas que le rodean: la pareja, los estudios, la familia, intentando desterrar con alguna de ellas la causa de su malestar. Se muestra incapaz de permanecer media hora realizando una actividad que requiera concentración, como el estudio, y cambia constantemente de actividad buscando algo que le calme. Además de la concentración pierde capacidad para memorizar y precisión en los trabajos manuales.

#### 1.5.2.3. Pérdida de la autodisciplina

El consumo de drogas trae consigo una pérdida de la autodisciplina. El menor comienza a dejar de lado las normas y costumbres que ya había hecho propias y tenía prácticamente interiorizadas. Si normalmente ordenaba con cierta regularidad su cuarto y su ropa, es probable que deje de hacerlo. Las horas que acostumbraba estudiar se irán reduciendo, e incluso perderá el interés por actividades extraescolares como partidos los sábados o los domingos por la mañana, correr, montar en bici, etc. Esto puede correr paralelo a un descuido de la propia imagen y de la higiene, pero no es la tónica dominante.

#### 1.5.2.4. Desconfianza

Es frecuente que el joven comience a desarrollar una actitud de desconfianza hacia el entorno familiar. Responde a preguntas normales con rechazo por considerarlo como un interrogatorio; cree encontrar segundas intenciones en lo que se le dice o se hace.

Del mismo modo se va mostrando muy celoso de su vida más personal, rechazando el dar cualquier tipo de explicaciones; no le gusta que se metan a su cuarto y mucho menos que le abran sus cajones. Todo esto suele estar motivado fundamentalmente por el miedo a que se descubran sus “nuevas costumbres”.

#### 1.5.2.5. Sobre preocupación por el dinero

Un adolescente que comienza a consumir drogas necesita dinero y a medida que se vaya desarrollando la tolerancia hacia la sustancia que está consumiendo irá aumentando la cantidad. Conseguir dinero se convierte entonces es una cuestión prioritaria para el adolescente. Comenzará a vender sus cosas, pedir prestado y robar a sus padres o amigos

#### 1.5.2.6. Las calificaciones

Los jóvenes estudiantes que se inician en estas prácticas ven drásticamente reducida su capacidad tanto para memorizar como para concentrarse. El cansancio, la depresión y fundamentalmente la ansiedad hacen mella en ellos y en sus calificaciones. Las notas descienden considerablemente y de forma generalizada en un corto espacio de tiempo, de una evaluación a otra.

#### 1.5.2.7. Cambios en la personalidad

Los cambios en la conducta y actitudes que se producen en los adolescentes tras iniciarse en el consumo de drogas puede dar lugar a verdaderos cambios de personalidad, que a simple vista pudieran considerarse alteraciones más o menos normales en la etapa, pero que pudieran también deberse a los efectos que a medio plazo terminan provocando estas sustancias. Fundamentalmente se trata de cambios que inclinan al joven hacia la introversión y la agresividad<sup>18</sup>.

El adolescente, si no era así antes, rebaja drásticamente el nivel de comunicación en casa. Mostrará apatía y desinterés por las cuestiones familiares. Es frecuente que el mal humor se convierta en la tónica dominante. Si antes tenía grandes proyectos, sueños o ideas, ahora pasaran a un segundo término o incluso los dejará de lado como irrelevantes o

---

<sup>18</sup> De la Garza Fidel, 1996, *La juventud y las drogas*, Trillas, México.

pertenecientes a una etapa ya pasada. Sólo mostrará preocupación aparente por el momento y no por el futuro.

Los adolescentes se hacen susceptibles y más inseguros. El característico descenso de la autoestima también está presente, al hacerles sentir que no se les aprecia y que, por tanto, no se intenta ayudarles sino controlarles. Muchos adolescentes en estas circunstancias vuelcan la agresividad hacia sí mismos, generando un tipo de sentimientos y conductas autodestructivas. Permanece fuera de casa a lo largo del día y entrada la noche, sin que exista una razón clara.

Cambios en el comportamiento, comparativamente con los que tenía anteriormente: permanecer fuera de casa a lo largo del día y entrada la noche, sin que exista una razón clara; largos períodos de aislamiento; estados de ánimo variables, irritabilidad, nerviosismo y risas inmotivadas.

#### 1.5.2.8. Cambios físicos

Es común la pérdida de peso debida al agotamiento, el insomnio y la falta de apetito. El agotamiento y la pérdida de peso se pueden llegar a apreciar en el rostro, especialmente en el de los chicos que no pueden disimular u ocultar las ojeras. Pueden apreciarse otros signos externos como la dilatación de las pupilas, y según la droga que esté consumiendo también un enrojecimiento de la piel, fundamentalmente en la cara y el cuello.

#### 1.5.2.9. Episodios de intoxicación

Lenguaje farfullante (balbuceos apresurados, se le traba la lengua), inquietud, incapacidad para expresar claramente sus ideas, actitudes fantasiosas, disminución de la concentración y en ocasiones referencia de cosas o personas que no existen<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> <http://páginas.deagrapa.com/personaqueusadrogas.htm>



Si un padre de familia sospecha que su hijo consume drogas, puede seguir las siguientes recomendaciones:<sup>20</sup>

- Evitar reacciones violentas o exageradas: Las variaciones en el estado de ánimo y un comportamiento extraño pueden relacionarse con los cambios que se presentan en la adolescencia, por lo que se debe valorar bien esta situación y no actuar de manera impulsiva
- Solicitar información confiable sobre la farmacodependencia.
- Disponer de conocimiento sobre las drogas y cómo actúan en el organismo.
- Participar activamente con su esposo o esposa en la vida de su hijo, pero sobre todo dialogue con su hijo.
- Conocer los problemas que tiene su hijo, respetando la importancia que él le da al problema y escuche lo que él tiene que decir.
- No interrumpir una discusión sobre drogas; Puede participar en ella y preguntar cuál es la opinión de su hijo al respecto. Manténgase abierto a opiniones diferentes y sugiera que tanto él como usted necesitan aprender más sobre el tema.
- Hacer preguntas directas: "*¿Estás fumando marihuana?*", "*¿Estás tomando alcohol u otras drogas?*". Si la respuesta es no, pero aún sospecha que su hijo las está usando, siga manteniendo un contacto estrecho con él, con sus amigos y entérese de sus actividades; es decir, mantenga abierta la vía de comunicación.
- Consultar a un especialista si necesita apoyo para manejar esta situación.

---

<sup>20</sup> <http://páginas.deagrafa.com/suhijousadrogas.htm>

## CAPITULO 2. FARMACODEPENDENCIA

### 2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

El tema farmacodependencia se observa susceptiblemente como objeto de estudio de múltiples investigaciones, ya que implica un problema de salud pública para la sociedad en que se presenta, si bien, los antecedentes indican cómo las drogas eran utilizadas por las civilizaciones antiguas con fines y efectos diferentes a los condicionados por su uso actual.

Es sabido que el uso de drogas se remonta a siglos atrás, porque, existen datos o señales que muestran que los pueblos primitivos reservaban su uso para efectuar ritos de tipo religioso o en algunas ocasiones para realizar actividades bélicas. Cabe mencionar que desde la edad de piedra el hombre primitivo se interesaba en el proceso de fermentación: la fruta se almacenaba en cuevas oscuras y cálidas, y ello establecía condiciones ideales para convertir los jugos frutales en alcohol.

Las civilizaciones antiguas tenían conocimiento sobre algunas plantas a las que se les atribuían propiedades curativas, lo cual ha sido constatado a través de testimonios tales como algunos escritos sumerios que datan de los años 3000 a 400 A.C., donde se menciona la adormidera (planta original del oriente) de cuyo fruto se extrae el opio; igualmente los Sirios, Egipcios y Griegos han dejado textos que corroboran el uso del opio.<sup>13</sup>

Los Asirios conocieron el hashish, la marihuana y la ghanza, siglos antes de la era cristiana.

En la cultura china, hace 5000 años aproximadamente el legendario emperador sheng Nung registró los efectos del fruto del cáñamo llamado Mafen, el cual al ingerirse producía alucinaciones, así mismo señaló el empleo de la marihuana en su libro de "farmacología", ésta era considerada una medicina sumamente útil que curaba todo, desde el beri-beri hasta la malaria, el paludismo, la constipación, la gota y dolores reumáticos, por

---

<sup>13</sup> Masters. R.E.L.; Houston, J.; 1976, *The varieties of sychedelic experience*" New York Dell Publishing.

lo que desde entonces se le conoce en el oriente con el nombre de “cielo del pobre” o bien es llamada “liberador del pecado” en el sentido moralista.

Durante los años 960 a 1644 A.C., que correspondieron a las dinastías Sung y Ming, una especie de *Datura* o planta sagrada conocida como man-to-lo era utilizada por los herbarios antiguos con fines medicinales, sus flores y semillas servían para curar erupciones en el rostro, resfriados o enfermedades nerviosas; la mezcla de cannabis con el vino, por su parte, servía para hacer operaciones de cirugía menor.

En el siglo VII el poeta Su-tung-po define el opio como “bebida de dios”, y en el año 970, el herbario del reino, Kai-Pao, lo utilizaba con fines terapéuticos.

En la India hace miles de años el uso del cannabis en una preparación llamada “Bhang”, era considerada sagrada pues sus efectos permitían disipar el mal, traer buena suerte y apartar al hombre del pecado; los diversos tipos de derivados del cáñamo formaban parte de la práctica mágica y mística, por los beneficios que se le atribuían sobre la lepra. En la obra médica Sushruta se argumentaban estos beneficios pues además se creía que podía agilizar la mente. Prolongar la vida, mejorar el juicio, viajar la fiebre e inducir el sueño.

La amanita muscaria, un hongo de la mitología Hindú, era conocida con el nombre de Soma y se veneraba como su dios.

En la cultura griega el conocimiento sobre el opio data del siglo IX A. C., época en la que era considerado de y para los dioses, al igual que el hongo *Claviseps*; cuyos efectos intoxicantes se asociaban con ritos secretos.

En la Grecia clásica las plantas con propiedades curativas o enervantes ocupaban un lugar preponderante tanto en la cultura como en la mitología.

No obstante los antecedentes muestran como las civilizaciones más antiguas hacían uso de las sustancias psicoactivas, en las culturas que surgen en la era cristiana, las plantas

adquieren un valor mágico que prevalece sobre la finalidad curativa que anterior mente poseían.

En la Europa Medieval, en el siglo XVI comienza el cultivo de plantas como la belladona, el beleño y la mandrágora, mismos que poseían propiedades mágicas y era el ingrediente principal de las pociones y brebajes acostumbrados en es tiempo.

En el mundo occidental también son conocidas algunas plantas que durante mucho tiempo fungieron como piedra angular de las creencias y costumbres de los pueblos del norte y Sudamérica.

Los intentos por establecer contacto con las deidades y antepasados se efectuaban en ceremonias y rituales, como es el caso de la tradición ceremonial de Huskana Wing en el que la iniciación de los jóvenes se hacía utilizando la *datura wycocan*. El ritual consistía en renacer a través del olvido, el ser "nuevo" por la gracia de la raíz divina.

Desde el año 1000 A.C. se ha cultivado en el Perú la planta de la coca, ya que los nativos de América del Sur creían tener el poder de acercarse a sus deidades y conocer así los orígenes del mundo, como un don otorgado por los dioses. Tal creencia era posible gracias a la magia de una infusión en la que se conjuntaban varias yerbas donde predomina la *Banisteriopsis*. La bebida ayahuasca llamada también "soga del ahorcado" o "enredadera del alma" producía efectos variados tales como la exaltación de poderes telepáticos, la producción de alucinaciones, la predicción y anuncio de eventos futuros o bien provocar la muerte, lo cual era sabido por los incas del Perú prehispánico.

En el México precolombino, las celebraciones y ritos realizados se insertan en el sentido netamente religioso en el intento de guardar el equilibrio entre la vida en la muerte; México es un país surgido en el quinto sol que nace en Teotihuacan como producto de la muerte de los dioses, razón por la cual en sus ritos utilizaban las semillas de la planta *ololiuhqui* (planta serpiente) a las cuales veneraban pues consideraban que una deidad

desidia en dichas semillas a las que en la época prehispánica también conocían con el nombre de coaxihuitl.

Los aztecas poseían el hongo sagrado "Teonanacatl" que significa "carne de los dioses", el cual era utilizado en sus ritos; para ellos eran plantas divinas destinadas a formar parte de las fiestas solemnes.

En la época de la colonia el consumo de la semilla de ololiuhqui tenía fines curativos para lo que existía un ritual importante, y el uso de los hongos como el Teonanacatl extiende.

En 1560 Fray Bernardino de Sahagún y en 1638 Francisco Hernández, descubren cómo narcóticos a un pequeño cactus conocido como peyote o mezcalina. Por su parte Fray Toribio de Benavente, Fray Diego de Landa, Hernando Ruiz de Alarcón y otros evangelizadores, refieren que en México existía una gran variedad de plantas psicoactivas y aunque su información a veces resulta contradictoria puede servir de base para suponer que se realizaban estudios empíricos y experimentales en los jardines botánicos de las diferentes culturas mesoamericanas. No obstante se han utilizado desde épocas remotas, la primera referencia con respecto al abuso de drogas data del año 1886 en el que el pasante de medicina Genaro Pérez se propuso estudiar la marihuana.

En el México contemporáneo la marihuana es el sustituto de las plantas con las que los indígenas celebraban sus ritos. El ritual de la marihuana es dado por los otomíes quienes lo identifican como hierba de santa Rosa o Gaxa de Santa Rosa. El peyote es usado por los huicholes bajo el nombre de Hikuri, pues simboliza la reencarnación del venado.

A fines del siglo XIX con el descubrimiento de la ciencia y la tecnología el uso de sustancias narcóticas adquiere una nueva dimensión ya que la industria química conlleva a producir e introducir un gran número de alcaloides favoreciendo el surgimiento de la adicción planteándose así un problema de salud, dado que también se popularizaron las plantas alucinógenas y sus derivados, con los cuales se logran experiencias místicas, de este

modo fue revivido el interés por ciertas prácticas primitivas donde se utilizaban los hongos y el peyote principalmente.

En 1938 el químico Alberto Hoffman descubre una sustancia extraña como la dietilamida del ácido lisérgico; acababa de nacer una nueva droga destinada a originar muchos problemas, el uso del LSD hasta la fecha no ha demostrado ser de utilidad en la medicina; sin embargo, los usuarios dicen hallar una verdadera fuerza en la realidad cotidiana al encontrar la psicodelia llamada también "expansión del espíritu o viaje".

Con relación a la práctica de la inhalación de sustancias volátiles cabe señalar que se remonta también a las civilizaciones antiguas, ya que esta se realizaba en ceremonias religiosas que místicas. Los hebreos aspiraban sustancias aromáticas como parte esencial del culto; los griegos, estimulaba sus experiencias estéticas mediante la inhalación de gases helados que emanaban de rocas o grietas. El historiador griego Herodoto refiere que en el año 500 A.C. los Escitas (guerreros agresivos que recorrían extensos territorios) colocaban piedras muy calientes a las que añadían semillas de cáñamo a fin de producir humo y vapor con el cual se deleitaban daban gritos de felicidad.

Los griegos inhalaban gases con propósitos religiosos; en el Oráculo de Delphos las sacerdotisas hacían sus predicciones en un estado semi alucinatorio que se producía al inhalar gases de bióxido de carbono; los sacerdotes buscaban con propósitos religiosos alterar los estados de conciencia a fin de descifrar los designios divinos..

Muchos siglos después Cristóbal Colón presenció un ritual religioso que consistía en quemar yerbas de las cuales emanaban humo; este humo era inhalado a través de unas varas huecas que lo dirigían a las fosas nasales.

En el México prehispánico existía como costumbre la conducta inhalatoria como parte de las ceremonias religiosas. En la medicina nahuatl muchos de los remedios se administraban mediante la inhalación. Así se sugería oler el "ecuxo" o bien los polvos

extraídos del "zozoyátic" para curar la migraña. Los polvos de otra hierba llamada "tlapatl" (toloache) se inhalaba chupando los canutos.

El pueblo maya utilizaba el tabaco en sus ceremonias por las virtudes medicinales que se le atribuían; rellenar las cañas y quemar las hojas formaba parte de la tradición y era considerado como una droga más al igual que el peyote.

A fines del siglo XVIII Priestly descubre el óxido nitroso, al cual empieza darse un uso médico por sus propiedades anestésicas en el año de 1799. Es en este tiempo cuando parece tener comienzo el uso de sustancias inhalables al popularizarse los efectos de la inhalación del gas hilarante o gas de la risa.

La utilización del éter y el cloroformo en la práctica médica tiene lugar a mediados del siglo XIX; y es a fines del mismo cuando se extiende en Irlanda como sustituto de drogas.

La inhalación de disolventes o sustancias volátiles con fines recreativos ha sido limitada aparentemente a éste siglo. Principalmente en la época de los 60's comienza extenderse como consecuencia del avance tecnológico, económico y social, no obstante se tienen informes acerca de antecedentes que datan de la década de los años 40's en donde se experimentaba ya la práctica grupal de inhalación de gasolina entre niños y jóvenes de comunidades pobres y marginales de Estados Unidos de América.

Es a partir de los años 70's cuando la inhalación de sustancias volátiles se extiende tomando dimensiones epidémicas.

## 2.2. DEFINICIONES

Existen una serie de términos que son utilizados frecuentemente en cualquier explicación del uso y abuso de drogas. Daremos a continuación las reconocidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

### 2.2.1. Fármacodependencia o drogadicción:

“Un conglomerado de fenómenos fisiológicos, de variable intensidad en el que el uso de una droga o drogas psicoactivas adquiere un alto grado de prioridad. Las características descriptivas necesarias son preocupación con el deseo de obtener y tomar la droga y conducta persistente. Los factores determinantes y las consecuencias problemáticas de la fármacodependencia pueden ser biológicos, psicológicos o sociales y operan generalmente en forma recíproca.<sup>14</sup>

### Fármacodependencia o drogadicción:

Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable por 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.<sup>15</sup>

Si analizamos esta definición entendemos que para que exista la fármacodependencia es necesario que un ser vivo entre en contacto con un fármaco y que este consiste siempre en un estado psicológico especial y que, en el caso en un de algunas drogas también puede ser fisiológico, esto altera el estado normal del sujeto insistiendo en el deseo de tomar el fármaco o droga en cuestión, de manera ocasional o constante según sea el nivel de adicción. Considera las motivaciones genera el impulso de la ingesta de tóxicos ya sea por el interés de experimentar los efectos, o bien, para evitar las molestias producidas por la supresión del fármaco o droga.

---

<sup>14</sup> Organización Mundial de la Salud, 1993, Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Farmacodependencia, 28º Informe. Ginebra.

<sup>15</sup> Organización Mundial de la Salud, 1992, *Las Drogas y los Usuarios*. Secretaría de Salud/CONADIC: México.



### 2.2.2. Fármaco

La definición más aceptada, también aprobada por la Organización Mundial de la Salud nos dice: droga o fármaco es toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones.

### 2.2.3. Dependencia psíquica

Uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia físicas pero que implica un grave problema para el individuo.

### 2.2.4. Dependencia física

Adaptación biológica manifestada por trastornos fisiológicos más o menos intensos a suspender bruscamente la droga.

### 2.2.5. Síndrome de abstinencia

Trastornos fisiológicos (Alteraciones en la frecuencia cardíaca, presión arterial y respiración, superación, vómitos, delirios, convulsiones, pérdida de conciencia, etc.) que aparecen al suspender bruscamente una droga que causa dependencia física.<sup>16</sup>

Cuando se llega a un alto grado de tolerancia a una o generalmente varias sustancias tóxicas y se llega el momento de suprimir o evitar el consumo de las drogas generalmente involuntariamente por razones necesarias de salud mental se sufren trastornos graves de tipo fisiológico en muchos de los casos requieren de atención médica e incluso de hospitalización.

### 2.2.6. Tolerancia

Es la reducción de la sensibilidad a su fármaco después de su administración reiterada, con necesidad de dosis mayores para producir la misma magnitud del efecto producido anteriormente por una dosis más pequeña, este incremento de la dosis tal vez se

---

<sup>16</sup> CONADIC, 1992, *Las Drogas y los Usuarios*, Secretaría de Salud, México.

necesite por las alteraciones del metabolismo del fármaco o por la adaptación celular, fisiológica o del comportamiento a los efectos del fármaco.

### 2.3. TIPOS DE DROGAS

La farmacología es la ciencia que estudia las drogas. Por sus propiedades los fármacos son agentes terapéuticos.

El conocimiento de la farmacología empírica se remonta a la prehistoria.<sup>17</sup> Frente al dolor o al daño orgánico, el hombre trató de buscar los medios y los agentes capaces de remediarlos y evitarlos. En la actualidad, gracias a la investigación científica, la farmacología alcanzó su culminación, logrando que la síntesis de múltiples fármacos.

Los fármacos pueden ser:

- Vegetales: los obtenidos por raíces, tallos, hojas, Flores, frutos, semillas u otros constituyentes de los vegetales.
- Animales: los obtenidos de órganos animales o de los principios activos de dichos órganos.
- Minerales: los obtenidos de productos químicos naturales.
- Semisintéticos: los productos naturales, de cualquier origen, modificados químicamente.
- Sintéticos: los elaborados sintéticamente por químicos y farmacólogos.

La medicina oficial, también llamada científica tradicional o alopática, efectos cuyos orígenes se remontan al corpus Hippocraticum, emplea los fármacos como uno de los procedimientos terapéuticos. Parte del principio hipocrático es curar las enfermedades utilizando sustancias cuyos efectos son diferentes de los síntomas producido por la enfermedad; así, por ejemplo, la hiperproducción de una sustancia orgánica se neutraliza inhibiéndola.

---

<sup>17</sup> Escotado A., 1992, *Historia de las Drogas*, Alianza Editorial, Madrid.

Los medicamentos actúan en las células, estimulando, inhibiendo o reemplazando los procesos bioquímicos.

La dosis de un fármaco que ejerce acción terapéutica se denomina dosis terapéutica. Para cada edad, sexo y etapa de la vida hay una dosis terapéutica mínima y máxima. Por debajo de la dosis mínima el medicamento es ineficaz; por encima de la dosis máxima es tóxico o mortal.

### 2.3.1. Opiáceos

El término opiáceo describe genéricamente a un grupo de psicotrópicos naturales o químicamente relacionadas con el opio, que al igual que éste se obtienen de la planta *papaver somniferum* (adormidera)<sup>18</sup>. Tales sustancias tienen una estructura y/o efectos similares a los de la morfina. Tanto ésta como la codeína son alcaloides del opio y se encuentran de manera natural presentes en la sustancia. Algunos compuestos semisintéticos derivados de la morfina, como la heroína y otros totalmente sintéticos, como la meperidina y el dextropropoxifeno difieren entre sí básicamente por su estructura química y perfil farmacológico.

La meperidina es un derivado totalmente sintético, que posee importantes dotes analgésicas. El fentanil (Fentanest) posee una gran potencia contra el dolor y se usa combinando con agentes neurolépticos para inducir la llamada neuroleptoanalgesia. El difenoxilato (Lomotil), la tilidina y la nalbufina (Nubaín) son todos ellos medicamentos opiáceos de síntesis.

---

<sup>18</sup> Centros de Integración Juvenil, A.C., 2001, *Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos*, Tercera Edición, México.

### 2.3.1.1. Clasificación

#### I. opiáceos antiguos

##### A. opio natural

Opio

Tintura de opio

Tintura de opio alcanforada

Codeína

##### B. Derivados sintéticos

Morfina y sus congéneres

- heroína

- hidromorfona (Dilaudid)

- oximorfona (Numorfan)

- hidrocodona

- oxicodona

Meperidina y sus congéneres

- clorhidrato de meperidina (Demerol)

- metadona

- anileridine (Leritine)

- Clorhidrato de difenoxilato y sulfato de atropina (Lomotil)

- loperamida (Imodium)

Otros

- clorhidrato de pentazocina (Talwin)

- clorhidrato de nalbufina (Nubain)

- naloxona (Narcanti)

#### II. Nuevos opiáceos

Dextromoramide (Palfium)

Dezocine (Dalgan)

Ketobemidone (Ketogin)

Clorhidrato de meptazinol (Meptid)

Nalmefene (Revex)

Clorhidrato de tilidina (Valoron)

Clorhidrato de tramadol (Ultram)<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Ellenhorn, M, 1997, *Medical Toxicology: Diagnosis and Treatment of Human Poisoning*, 2da. Edición, William and Wilkins.

### 2.3.1.2. Vías de administración

La administración de los opiáceos puede ser oral o nasal, aunque la más frecuentemente usada en los casos de abuso de heroína, meperidina y nalbufina, es la inyección endovenosa. La codeína, habitualmente ingerida, también es usada por vía i.v. Para tal efecto los usuarios pulverizan las tabletas que contienen el medicamento y una vez disueltas en agua, las inyectan en bolos endovenosos.

### 2.3.1.3. Efectos sobre aparatos y sistemas

- A. a nivel del sistema nervioso, los opiáceos ejercen un potente efecto analgésico de tipo selectivo, sin afectar otras modalidades preceptuales. Estos producen obnubilación, somnolencia y cambios en el estado de ánimo; aunque puede aparecer ansiedad, miedo o diferentes grados de disforia. Otros efectos clínicos incluyen enlentecimiento psicomotor, dificultad en la concentración y apatía.
- B. En el sistema cardiovascular, los opiáceos ejercen un efecto depresor, aunque se requiere para ello dosis muy altas. Se han descrito alteraciones del ritmo cardiaco como bradicardia y arritmias.
- C. En el aparato respiratorio, los opiáceos actúan como depresores primarios de los centros respiratorios del tallo cerebral, a partir de una reducción de la capacidad de respuesta de estos centros, al aumento de la presión parcial del CO<sub>2</sub>.

### 2.3.2. Marihuana

Se trata de una planta de origen asiático que puede actuar como alucinógeno en función de la dosis y que ahora se encuentra ampliamente distribuida en todo el mundo. Se reconocen tres especies: *cannabis indica*, *ruderalia* y *sativa*.<sup>20</sup>

De la cannabis derivan la marihuana y el hachís. Esta planta contiene una resina capaz de producir efectos sobre el estado de ánimo, la percepción, los procesos cognitivos y

---

<sup>20</sup> Ibidem

el estado de conciencia. La marihuana contiene mas de 400 ingredientes químicos, de los cuales 70 son cannabinoides. Tales sustancias son los elementos químicos de la planta que poseen propiedades psicotrópicas que varían dependiendo de la forma de preparación, dosis, vía de administración y personalidad de quien la consume.

#### 2.3.2.1. Vías de administración

Tanto la marihuana como el hachís se consumen a partir de su combustión como productos preparados al efecto, es decir, por inhalación del humo de cigarrillos, u oral como parte de algunos alimentos preparados.

#### 2.3.2.2. Efectos sobre aparatos y sistemas

En dosis elevadas la administración de la marihuana produce alteraciones cognitivas, perceptuales y mnésicas que varían desde una percepción alterada del tiempo y la distancia y deficiencias para la evocación de hechos recientes, hasta cambios en el tiempo de reacción, lo que hace peligroso el manejo de maquinaria que requiera alta capacidad de desempeño psicomotor.

Otros efectos en el SNC incluyen una alteración del estado afectivo que puede consistir indistintamente en euforia o ansiedad. En el aparato respiratorio la marihuana produce relajación de la musculatura bronquial.

Consumida en grandes cantidades la marihuana produce aumento de la frecuencia cardíaca, proporcional a la dosis consumida.

#### 2.3.3. Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos

Los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos comprenden varios grupos químicos de sustancias que mantienen ciertos efectos semejantes que convergen y se definen por una disminución de la actividad global del SNC. Se incluyen en este grupo, básicamente las

benzodiazepinas y barbitúricos como sustancias prototípicas de ese grupo de fármacos; estos son los fármacos de abuso más frecuentemente involucrados en la intoxicación aguda en la mayor parte de los países del mundo.

### 2.3.3. 1. Clasificación

- A. barbitúricos
  - fenobarbital
- B. benzodiazepinas<sup>21</sup>
  - clonacepam (Rivotril)
  - clordiazepóxido (Librium)
  - diacepam (Valium)
  - oxacepam (Bonare)
  - flunitrazepam (Rohypnol)
  - lorazepam (Ativan)
  - alprazolam (Tafil)
- C. otros sedantes e hipnóticos
  - metacualona
  - etanol<sup>22</sup>

### 2.3.3.2. Efectos sobre aparatos y sistemas

Las benzodiazepinas actúan en el SNC tanto a nivel encefálico como medular. Las benzodiazepinas disminuyen en el estado I del sueño acortando su latencia. Los barbitúricos deprimen globalmente al SNC, teniendo un efecto importante sobre el Sistema Activador Reticular Ascendente, SARA, responsable de las actividades de regulación del ciclo sueño-vigilia.

A nivel respiratorio los barbitúricos deprimen ligeramente los reflejos protectores, hasta que el grado de intoxicación es suficiente para producir una depresión respiratoria

---

<sup>21</sup> Landry MJ., Smith DE., Mc Duff DR., 1992, *Benzodiazepine dependence and withdrawal*, Board Fam.

<sup>22</sup> Ellenhorn, M. 1993, *Medical Toxicology*, Elsevier, New York.

grave. Las benzodiazepinas, por su parte, causan de manera global menos problemas de depresión respiratoria que los barbitúricos.

A dosis hipnóticas los barbitúricos producen un ligero descenso de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca, mientras que las benzodiazepinas a dosis terapéuticas tienen poco o ningún efecto sobre esos parámetros fisiológicos. A dosis mayores los barbitúricos producen una caída de la tensión arterial media y dosis mayores inducen una disminución del gasto cardíaco y aumento de la resistencia periférica que puede poner en peligro la vida.

#### 2.3.4. Cocaína

La cocaína es una sustancia que se obtiene de las hojas de la planta *erythroxylon coca*, así como de otras especies del mismo género.<sup>23</sup>

El popularmente denominado crack es una variedad de cocaína base, que se obtiene al preparar el clorhidrato de cocaína en vapor de agua y bicarbonato de sodio. Es una forma de cocaína sumamente barata debido a que es una variedad impura y de baja concentración de la sustancia, cuyos efectos son más cortos que los de la cocaína normal.

Los efectos clínicos son similares a los de otras formas de consumo de cocaína: euforia, grandiosidad, taquicardia, midriasis y elevación de la tensión arterial. El efecto estimulante es tan rápido que lleva con cierta facilidad a un aumento del potencial de dependencia y asimismo aumenta el riesgo de reacciones tóxicas agudas, las que incluyen convulsiones, irregularidades en la frecuencia y funcionamiento cardíaco, parálisis respiratoria, psicosis de tipo paranoide y disfunción pulmonar.

---

<sup>23</sup> Ibidem.



El crack contiene la sustancia en forma de alcaloide. Se le conoce popularmente como *pedra*, *baserola* y *cocaine freebase*. Se utiliza fumada en dispositivos especialmente diseñados por ello.

#### 2.3.4.1. Vías de administración

Las formas para el suministro de la cocaína pueden ser varias: nasal, endovenosa, oral y menos frecuente, por aplicación directa sobre membranas mucosas de la boca, recto y la vagina. La cocaína en forma de clorhidrato es inhalada con más frecuencia, o diluida en una solución que se inyecta directamente a la circulación venosa.

Tanto la pasta básica como el *crack* se consumen a partir de la combustión de esos productos en dispositivos especialmente diseñados para fumar ambas sustancias. Si se inyecta i.v., la cocaína puede encontrarse mezclada con otras sustancias como heroína, estimulantes u otros adulterantes diversos, algunos de los cuales son relativamente inertes y otros pueden facilitar reacciones alérgicas.

#### 2.3.4.2. Efectos sobre aparatos y sistemas

Los efectos más observables son de tipo conductual, de modo que los principales síntomas se derivan presumiblemente de su efecto estimulante sobre el SNC.

La cocaína bloquea la conducción del impulso nervioso y ejerce un efecto de estimulación al SNC. En pequeñas cantidades aumenta la actividad motora sin afectar la coordinación, pero a dosis altas se produce incoordinación motora, genera estimulación excesiva de la médula espinal y facilita la presencia de convulsiones generalizadas tónico-clónicas.

A nivel pulmonar es frecuente el broncoespasmo con disnea y respiración silbante; este episodio se resuelve con frecuencia antes de que los pacientes acudan a las unidades o servicios médicos de emergencia.

### 2.3.5. Anfetamínicos (Simpaticomiméticos)

En este tipo de sustancias se incluyen aquellos medicamentos estimulantes del tipo de los anfetamínicos o psicotrópicos de acción similar, genéricamente denominados xantinas, tales como la cafeína, la teobromina (del chocolate) la teína y el mate (de la hoja de la coca), cuyos efectos farmacológicos causan activación del sistema nervioso simpático, aunque estos no tienen igual potencia estimulante.

En estos fármacos se incluyen también los agentes antimuscarínicos usados con indicación antiparkinsoniana.

#### 2.3.5.1. Vías de administración

El suministro más comúnmente utilizado para la ingestión de estos estimulantes es vía oral, pero en algunos casos, se recurre a la administración intravenosa o nasal. La metanfetamina con frecuencia se administra en forma fumada, aspirada o inyectada, produciendo efectos de euforia. En ocasiones se presentan alucinaciones táctiles y visuales.

Por vía oral la estructura de los anfetamínicos los hace resistentes a su destrucción, lo que les confiere gran eficacia y duración más prolongada. Administradas por vía endovenosa o subcutánea, sus efectos son más constantes.

#### 2.3.5.2. Efectos sobre aparatos y sistemas

De todos los simpaticomiméticos, los anfetamínicos son los que tienen acción más poderosa sobre el SNC. Poseen capacidad antidepressiva, no siendo propiamente antidepressivos, debido a su acción central al incrementar los niveles de vigilia y atención, así como del estado de ánimo.

La estimulación se generaliza a todas las partes del eje cerebroespinal con una acción directa sobre el sistema activador reticular ascendente, SARA, y sobre los centros

hipotalámicos relacionados con la regulación del apetito, lo que causa una disminución del mismo, lo que constituyó en otro tiempo el principal motivo de prescripción por el gremio médico y de automedicación por los pacientes.

Los efectos psicológicos adversos son comunes y consisten en inquietud, disforia, insomnio, cierto grado de confusión, tensión y ansiedad que puede llegar a la manifestación de trastornos semiestructurados de delirio con alucinaciones (psicosis) paranoides o cuadros psicóticos paranoides.

Los anfetamínicos causan midriasis, pero no hacen desaparecer el reflejo fotomotor. La respiración se afecta en la medida en que actúan directamente en el centro respiratorio bulbar. A dosis elevadas dilatan los bronquiolos, aumentan la frecuencia y profundidad de la respiración. Pero si se administra a dosis terapéuticas, sólo provocan variaciones poco perceptibles en la frecuencia respiratoria, en el volumen minuto y en la capacidad vital.

En el aparato circulatorio producen una elevación de la tensión arterial, aumentando el gasto y el trabajo cardíaco por acción directa sobre el miocardio y por la constricción periférica de las arteriolas, cuando las dosis terapéuticas se han sobrepasado.

En el tubo digestivo, los anfetamínicos producen un decremento del tono del estómago, con una ligera disminución de la peristalsis, aunque puede observarse un estado paradójico manifestado por espasmos gastrointestinales. Los efectos dependen del nivel funcional de la actividad gastrointestinal en el momento en que se administra el fármaco. A nivel genitourinario se observa disuria, aumento en la frecuencia urinaria, urgencia de la micción y contracciones uterinas.

#### 2.3.5.2. Drogas de diseño

Debido a la importancia que tienen estas sustancias y al incremento paulatino de su consumo, es pertinente hacer un breve comentario y efectuar una reseña panorámica sobre las anfetaminas, en especial las llamadas drogas de diseño –compuestos psicotrópicos

íntimamente relacionados en su composición química con ellas y con los derivados sintéticos del opio.<sup>24</sup>

Con todos los peligros que conlleva su utilización, en varios países aún se usa la anfetamina como un supresor del apetito para favorecer la reducción de peso; sin embargo, esta indicación médica es insignificante si se toma en consideración el gran potencial de tolerancia y sus efectos dañinos. Muchas personas hacen uso indiscriminado de las anfetaminas con miras a disminuir la fatiga, elevar el estado de ánimo e incrementar los periodos de vigilia.

Entre el grupo de población que con mayor frecuencia abusa de estas sustancias se encuentran los estudiantes, particularmente cuando van a rendir un examen; también las personas que requieren llevar a cabo trabajos que les demandan un esfuerzo extra; atletas y sujetos que se someten a competencias en las que el esfuerzo físico es fundamental; así como los casos más conocidos que se refieren a personas que intentan adelgazar suprimiendo su apetito, o los choferes de autobuses y trailers que las usan para combatir el cansancio y la somnolencia.

Por la acción particular que ejercen sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), las anfetaminas y las drogas de diseño son compuestos químicos de los cuales se hace un uso indiscriminado, particularmente por personas que tienen dificultades para relacionarse socialmente y para introyectar nuevas experiencias. Estos psicotrópicos reducen la necesidad de estimulación externa al aumentar los mecanismos internos de percepción. Contrariamente a los sujetos con alteraciones antisociales y esquizoides de la personalidad que tienden a utilizar estas sustancias, el abuso se lleva a cabo por que tratan de incrementar su desempeño personal.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Ellenhom M., 1997, *Medical Toxicology. Diagnosis and Treatment of Human Poisoning*, Willian and Wilkins.

<sup>25</sup> Díaz -Barriga L., 1996, *Clasificación y Farmacología de las Sustancias Adictivas*, mecanograma, Centros de Integración Juvenil, A.C., México.

La dosis letal por anfetaminas varía con la edad y susceptibilidad de cada individuo. Los niños parecen ser más susceptibles a estos compuestos, debido al abuso o a una dosificación tóxica, en cuyo caso se puede presentar la muerte. Independientemente de las dosis, es conveniente destacar que las anfetaminas y las drogas de diseño producen una dependencia física y psicológica muy importante que se presenta casi inmediatamente al inicio de su consumo.

Las personas que utilizan estas sustancias presentan, entre otras manifestaciones, ideas delirantes de tipo persecutorio, irritabilidad, falta de apetito, dificultades para concentrarse en sus actividades cotidianas, depresión, pérdida de peso, insomnio y cuadros psicóticos paranoides.

Independientemente de las alteraciones mentales que condiciona el uso de las anfetaminas, se debe dejar claro que interfieren con el funcionamiento laboral, familiar y social; condicionan una conducta de búsqueda de la droga y alteran la economía personal y familiar.

La *metanfetamina*, más comúnmente conocida como “hielo” (*ice*) o “vidrio” (*glass*), tuvo su origen en el Lejano Oriente (Japón, Corea y Filipinas). El *ice* es una sustancia de apariencia semejante a un cristal translúcido y también se parece a lo que en nuestro medio conocemos como “azúcar cande”.

Los usuarios crónicos de esta sustancia presentan manifestaciones semejantes a las de los usuarios crónicos de otras anfetaminas y sustancias de acción similar: alucinaciones, paranoia, así como conductas agresivas y violentas. Con frecuencia se observa también bruxismo (rechinar de dientes), comportamiento compulsivo, problemas gastrointestinales, anorexia, pérdida de peso, problemas nutricionales, infartos del miocardio, cardiopatías y edema pulmonar agudo. Con el uso continuado de esta sustancia se presenta tolerancia (dependencia física) y cuando se suspende el uso de la droga se presenta la abstinencia, que se caracteriza por contracciones abdominales, gastroenteritis, dolor de cabeza, letargia,

dificultad para respirar, aumento del apetito y una depresión profunda, que en ocasiones lleva al suicidio.

*Cristal.* También es conocido como *crank*, o *met*, por ser una metanfetamina; es una sustancia que se produce fácilmente en laboratorios clandestinos y que no requiere de mucho dinero o de gran tecnología para su elaboración, por ello se produce en garages y casas desocupadas o desmanteladas.

Las manifestaciones clínicas más aparentes por el uso de este psicotrópico, aparte de las que se consignan por abuso de anfetaminas, son las siguientes: irritabilidad, nerviosismo, variaciones en el estado de ánimo, depresión, miedo injustificado, suspicacia, pérdida de peso y trastornos del sueño.

*Éxtasis.* Es el nombre popular de la MDMA, que es ampliamente utilizada en discotecas y en fiestas *rave*. Esta sustancia está emparentada con los alucinógenos y con los estimulantes, y originalmente fue sintetizada como un supresor del apetito en 1914, aunque nunca se comercializó.<sup>26</sup>

A esta droga se la conoce también como XTC (*écstisi*, homofonía en inglés de *ecstasy*) y *tacha* en nuestro medio latino.

El efecto primario consiste en un estado de ánimo caracterizado por euforia, sentimientos de intimidad y cercanía con otras personas. Los efectos indeseables incluyen pérdida de apetito, taquicardia, tensión de los músculos mandibulares, bruxismo y diaforesis (sudoración). Aunque no existe una evidencia clara de que el éxtasis sea una droga adictiva, es importante comentar que en algunos casos se han presentado crisis hipertensivas que ocasionan hemorragia intracerebral, dolor intenso en el pecho (de origen no cardíaco), hepatitis tóxica, psicosis tipo paranoide, trastornos leves y moderados de memoria, arritmias cardíacas y en ocasiones muerte.

---

<sup>26</sup> Cohen R., 1995, *Subjective Reports of the Effects of the MDMA (Ecstasy) Experience in Humans*, Prog Neuropsychopharmacol and Biol Psychiatry.

### 2.3.6. Cafeína (Xantinas)

La cafeína, teofilina y la teobromina son tres alcaloides de origen vegetal. Desde tiempos remotos el hombre ha hecho infusiones para su consumo a base de estas sustancias. El café, te, cocoa y mate tienen más o menos las mismas sustancias genéricas productoras de estimulación nerviosa central y periférica.

#### 2.3.6.1. Vías de administración

Generalmente son sustancias que se elaboran para su consumo por vía oral, aunque la cafeína también puede administrarse por vía oral, parenteral e incluso rectal combinada con salicilatos y otros medicamentos contra el dolor migrañoso y para la estimulación del SNC oral, parenteral (en forma de benzoato sódico).<sup>27</sup>

#### 2.3.6.2. Efectos sobre aparatos y sistemas

A nivel de la corteza cerebral produce un rápido y claro flujo del pensamiento que disminuye el sueño y la fatiga, favorece la asociación de las ideas y acorta los tiempos de reacción, aunque este efecto depende proporcionalmente de la dosis ya que después de cierta cantidad puede revertirse el bienestar y pasar a un estado de irritación afectiva y de ansiedad generalizada, con inquietud e incomodidad personal y de interrelación social. En el sistema motor facilita la ejecución de tareas monótonas disminuyendo la posibilidad de errores y aumentando la eficacia, que suele dar base a la productividad individual. Ello ocurre a menudo a dosis de 150-250 mg, cantidad equivalente a 1-2 tazas de té o café.

En el sistema cardiovascular tiene una importante acción circulatoria. Las xantinas estimulan directamente al músculo cardíaco aumentando. A nivel de los vasos causan dilatación coronaria y pulmonar, aumentan la resistencia vascular cerebral con decremento de la circulación cerebral total y la tensión de oxígeno, vasoconstricción que se sospecha sea responsable del alivio de la cefalea hipertensiva. Así, los efectos generales de

---

<sup>27</sup> Ibidem

estimulación de estos psicotrópicos a nivel de la circulación son impredecibles pero redundan en un aumento de la tensión arterial.

En el tubo digestivo sus principales propiedades farmacológicas son, además de causar irritación, el aumento de la secreción clorhídrica, favoreciendo la producción de ulceraciones.

Es importante hacer mención de que estos estimulantes menores tienen una capacidad adictiva considerablemente inferior a la de los estimulantes mayores.

### 2.3.7. Alucinógenos

Los alucinógenos son sustancias cuyo efecto se ejerce casi totalmente sobre los centros de integración sensorial y perceptual del SNC, por lo que distorsionan las funciones relacionadas con la llegada e interpretación de estímulos sensoriales. Los alucinógenos psicomiméticos, también se han denominado psicodislépticos y psicodélicos, debido a las alteraciones perceptuales que inducen y que algunas personas relacionan con ciertos elementos emanados del arte psicodélico de los años sesenta.

Los alucinógenos representan un grupo heterogéneo de sustancias que comprenden tanto compuestos naturales como semisintéticos. En este grupo se encuentran la dietilamina del ácido lisérgico, LSD, la mezcalina y la psilocibina; psicotrópicos que producen efectos semejantes a los trastornos psicóticos encontrados en el hombre. Su actividad es variablemente estimulante, depresora, alucinógena o simpaticomimética.

Los hongos y el peyote se encuentran ampliamente distribuidos en la naturaleza en forma de plantas, mismas que han sido usadas desde hace siglos con fines rituales y curativos. Existen varios grupos de hongos alucinógenos reconociéndose por lo menos 14 especies.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Ibidem



### 2.3.7.1. Vías de administración

Las rutas por las que se suministra habitualmente el LSD 25, la mezcalina y la psilocibina son básicamente orales y, en ocasiones aisladas, esta última se fuma. La dimetiltryptamina es inactiva por la vía bucal y tiene que ser fumada o inhalada para producir los efectos psicodislépticos esperados.

### 2.3.7.2. Efectos sobre aparatos y sistemas

La mayoría de estas sustancias tienen efectos intensos en el sistema nervioso autónomo periférico, así como sobre el SNC. Sus efectos son tanto de tipo colinérgico como adrenérgico.

En el SNC la mayoría de los alucinógenos producen midriasis, hipo, temblor e incoordinación motora, mientras la intoxicación persiste. Las sensaciones periféricas son por lo general de hipertonia muscular, rigidez y calambres musculares, especialmente de los músculos mandibulares y antigravitatorios. Pueden existir alteraciones en la imagen corporal, la sensación de separación de una parte del cuerpo o incapacidad para reconocer como propio un segmento corporal. Las alteraciones afectivas son resultado del efecto en el SNC y pueden consistir en sensaciones de terror, ansiedad o hilaridad simplista.

El efecto desinhibidor de los alucinógenos se manifiesta desde el punto de vista electroencefalográfico, como una hiperactividad eléctrica del SNC.

Los alucinógenos incrementan la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y la temperatura corporal; estos cambios no son, sin embargo, uniformes y pueden también ser efectos indirectos. Los alucinógenos producen además rubor, diaforesis, psialorrea abundante, náusea y vómito, estos últimos síntomas ocurren con más frecuencia cuando se ingiere mezcalina.

### 2.3.8. Disolventes volátiles

Los disolventes volátiles<sup>29</sup> (denominados inhalantes, inhalables, solventes, etc.) forman un amplio grupo de sustancias destinadas fundamentalmente al uso industrial. Los inhalables son sustancias volátiles aunque no todos ellos son disolventes, ya que sus usos y aplicación varían considerablemente.

Los disolventes volátiles contenidos en pegamentos, lacas, removedores de pintura, quitaesmaltes y líquidos limpiadores, son los productos de mayor abuso para fines tóxicos.

#### 2.3.8.1. Vías de administración

Las formas de suministro involucran fundamentalmente la inhalación, ya sea por la nariz, boca o ambas. Ésta se realiza a menudo de manera directa o vertiendo el producto en un paño o estopa, a fin de facilitar la volatilización del producto

#### 2.3.8.2. Efectos sobre aparatos y sistemas

Aunque la inhalación de disolventes volátiles produce efectos en varios aparatos y sistemas, en términos de toxicidad aguda, los trastornos más evidentes se ejercen a nivel del Sistema Nervioso Central y los aparatos cardiovascular y respiratorio.

El uso crónico genera alteraciones funcionales y estructurales en las neuronas motoras corticales y medulares, así como en el hipocampo, tálamos ópticos, sustancia reticular y cerebelo, tanto nuclear como neurofibrilar. Asimismo, se han observado alteraciones del lecho vascular, que van desde la tumefacción endotelial hasta la esclerosis de la pared y la trombosis.

En el aparato respiratorio, las sustancias volátiles ejercen un intenso efecto irritante directamente sobre las mucosas de la boca, faringe, laringe, tráquea y bronquios. La inhalación crónica tiene íntima relación con la displasia celular en esos niveles.

---

<sup>29</sup> Ibidem.

A nivel cardiovascular las sustancias del tipo del propilen-glicol causan una poderosa estimulación refleja del nervio vago, con el consecuente efecto taquicardizante e hipotensor.

#### 2.4 CAUSAS DE LA FARMACODEPENDENCIA

Mucho se ha hablado de drogas y la influencia que en la actualidad tiene sobre los adolescentes, pero debemos cuestionarnos el ¿por qué se presenta este fenómeno? Si no hemos encontrado hasta ahora ninguna finalidad positiva o benéfica que favorezca a la integridad física y mental del ser humano con el consumo de drogas ¿cuál es la causa del consumo de drogas en los adolescentes?

Son muchos los factores que influyen en el abuso de sustancias psicoactivas, pero parecen predominar algunos como lo son: la falta de comunicación en la familia, la curiosidad de los jóvenes y la influencia que unos pueden ejercer sobre otros, la migración, la rápida urbanización, el desempleo, el aumento y crecimiento de barrios bajos, etc., que siendo fenómenos interrelacionados de desorganización social pueden influir en la vida y contribuir a la proliferación de problemas sociales.

Uno de los primeros estudios donde se reportan las reacciones producidas por el abuso de drogas es el efectuado por Keller y Graff quienes en 1968 observaron que existían varias reacciones adversas con el uso de marihuana, principalmente de pánico, despersonalización, confusión, paranoia y depresión<sup>30</sup>.

En relación con los factores causales los estudios de Richards en 1969 que se efectuaron en una zona de alto índice de drogadicción en Nueva York revelaron que las familias de individuos farmacodependientes presentaban varios factores característicos: padre ausente o débil, madre sobreprotectora y/o dominante, y otros patrones estándares en la conducta de las figuras parentales como manifestaciones de hostilidad y de afecto, y aspiraciones desproporcionadas respecto al futuro de los hijos tomando en cuenta su estado

---

<sup>30</sup> Keller y Graff, 1968, *Narcotics Dangerous Drugs* U. S. Dept. Of Justice.

socioeconómico.<sup>31</sup> Posteriormente el mismo autor, realizó investigaciones sobre estudiantes de distintas universidades a de la ciudad de Nueva York, las cuales señalaron que los motivos para hacer uso de drogas eran: deseos de experiencias místicas, superar temores, prepararse para situaciones angustiosas, satisfacer un antojo, contrarrestar la importancia o reducir impulsos sexuales, evitar el tedio, tranquilizarse, superar estados depresivos, incrementar el intelecto, establecer disciplina corporal o simplemente suicidarse.

El autor al tener estos datos infiere que existen características de personalidad tales como pasividad, inmadurez, dependencia, infantilismo, depresión, escasa identificación de su sexo, pobre relación interpersonal y disminución de autoestima.<sup>32</sup>

El incremento del uso de sustancias psicoactivas ha sido señalado por Ramón de la Fuente en 1973, quien afirma que “la adicción por las drogas principia en la primaria, se duplica e la secundaria y se cuatricula en la preparatoria. “. Calcula que aproximadamente la drogadicción crece a razón de siete por mil, lo que supera mucho al desarrollo demográfico.<sup>33</sup>

En México la farmacodependencia ha determinado a partir de los años 70's una serie de investigaciones dirigidas hacia múltiples direcciones sobre el problema. Dentro de estas se ubican las correspondientes al aspecto biomédico y a los aspectos sociales y comunitarios. Las investigaciones biomédicas abarcan los estudios fisiológicos, farmacológicos, toxicológicos, anatomopatológicos y psicofisiológicos sobre los efectos que estas sustancias tienen sobre el organismo.

En 1985 Ortiz A. y Caudillo C. presentaron el resultado de un estudio experimental para saber si el consumo crónico de sustancias inhalables origina daño cognitivo en

<sup>31</sup> Richards, Louise G., Sotf Milton, H.;Smith Jean Paul, S. Protto George e L. S. D. - 25, 1969, “*A factual account*” Washington.

<sup>32</sup> Rickels, K., Dowling, R:W., Lipman, R.S. 1973, *The Self- Rating depression Seale (S.D.S.) as a Measure of psychotropic drug reponse. Dis. Nerv. Syst.*

<sup>33</sup> De la Fuente, Ramón; 1972, “*El problema de la farmacodependencia*” Gaceta Médica de México.

adolescentes institucionalizados, a través de la batería neuropsicológica de Halstead-Reitan, el test de WAIS y la prueba de Bender. Fueron estudiados 20 sujetos del sexo masculino que se hallaban recluidos en el Centro de Readaptación Social de los cuales 11 eran usuarios crónicos y los otros nueve no usuarios.<sup>34</sup>

El índice de déficit encontrado en la batería neuropsicológica fue: 10% de los sujetos presentaron daño, 45% se clasificaron en daño ligero y 45% en nivel de daño moderado. El coeficiente intelectual promedio fue de 80. Los datos sugieren que los sujetos se encuentran disminuidos en sus rendimientos, en los usuarios se observó mediante el WAIS una disminución en memoria pasiva y receptiva, deficiencia en la concentración, disminución en la formación de conceptos y abstracción, y se detectó sensible baja en la capacidad de juicio, análisis y síntesis.

Con relación a los estudios sociales y comunitarios se incluyen los relativos a patrones de uso, factores predisponentes, condiciones de vida, etc., a fin de identificar características del farmacodependiente. Las primeras investigaciones al respecto fueron hechas por CEMEF en 1975, donde se recopilaron datos sobre los posibles efectos con relación a personalidad del inhalador.

En 1977 Fidel de la Garza y colaboradores se proponen hacer una labor preventiva mediante un estudio epidemiológico para realizar el análisis de las familias en general, de la colonia y de las familias de los sujetos inhaladores. La labor previa de tres años en la comunidad permitió establecer un buen contacto posibilitando la realización de las entrevistas, Las conclusiones del autor en relación con la incidencia de inhaladores en la colonia estudiada fue de 10.1% en las familias con niños en edad de inhalar. Asimismo menciona que los factores sociales son importantes en la determinación de la farmacodependencia, pero los factores familiares tienen una importancia relevante. "El problema del abuso de solventes por los niños es un fenómeno que nace en la familia con antecedentes de alcoholismo y farmacodependencia en general. Además el marco social

---

<sup>34</sup> Ortiz A., y Caudillo, C., 1985, *Alteraciones cognitivas en menores usuarios crónicos de sustancias inhalables*. Informe de un estudio experimental. Salud Pública de México.

económico de miseria de las poblaciones marginadas en el medio de cultivo propicio para este tipo de dependencia”, y finalmente señala que la causa y la solución de este problema se encuentra en factores supraestructurales de orden político y económico.<sup>35</sup>

Otros estudios efectuados en el mismo año son los de Leal y Cols quienes encontraron que los jóvenes que utilizan tolueno y además establecían cierto liderazgo podrían controlar y facilitar la droga a grupo de adolescentes y niños.<sup>36</sup>

En 1979 Capetillo, Medina-Mora y Castro en un estudio epidemiológico sobre drogas en diferentes ciudades en México, observan que el consumo de inhalables principalmente es en niños y adolescentes, además las poblaciones marginadas como las de alto riesgo y la presión de grupo, junto con la desintegración familiar son variables asociadas al consumo de estas.<sup>37</sup>

Años más tarde, Medina- Mora y Cols, en 1982 realizaron un estudio en campo sobre la prevalencia del consumo en solventes y la comparación de las características de usuarios y no usuarios, incluyendo el tabaquismo, los solventes fueron la droga más consumida, el 27% reportó haber inhalado alguna vez y el 22% hacerlo diariamente por un tiempo promedio de uso de 4.5 años.<sup>38</sup>

Ortiz Arturo en 1984 trabajó en una comunidad donde describe el ambiente y funcionamiento grupal e individual de inhaladores que realizan actividades en la vía pública, comprueba que el consumo es más frecuente en varones con una edad de 6 a 18

---

<sup>35</sup> De la Garza, Fidel; Mendiola, Ivan ;Rábago, Salvador. 1997, *Perfil del inhalador. Trabajo presentado en la segunda reunión internacional fronteriza sobre abuso de drogas y alcohol*. Piedras Negras, Coahuila, México

<sup>36</sup> Leal H., Mejía L.,Gómez L., Salinas de V.O., 1977, *Estudio naturalístico sobre el fenómeno del consumo de inhalantes en niños de la Cd. de México.. Inhalación voluntaria de disolventes industriales*. Editorial Trillas. México.

<sup>37</sup> Capetillo, C., Medina, M. E. 1978, *Evaluación de los Problemas y de los Programas sobre la Investigación sobre el uso de alcohol y drogas (solventes) en México*. Salud Pública en México XX. México.

<sup>38</sup> Medina-Mora, Ma. Elena; Ortiz A., Caudillo C., López, S. 1982, *Inhalación deliberada de solventes en un grupo de menores mexicanos*. Revista Salud Mental 5 (4), México.

años y el consumo lo inician de 4 a 6 años con una cronicidad de uso de 4.5 años promedio.<sup>39</sup>

César en 1985 realiza una evaluación de la dinámica familiar de jóvenes inhaladores a través de un estudio experimental, donde compara familias de usuarios con familias de no usuarios y concluye que en el grupo control (familias de no usuarios) existe mayor nivel de aspiración de todos los miembros, asimismo observa mayor preocupación por los hijos y mayor constancia y estabilidad emocional; características que en el grupo experimental no se observaron.<sup>40</sup>

Guillermo Canovas en su libro “Adolescencia y Drogas de Diseño” (1997) considera que se trata de un fenómeno marcadamente grupal y circunscrito a unas situaciones y ambientes, hoy mayoritarios.

En la actualidad, los protagonistas son las drogas de diseño estimulantes: éxtasis, speed, ecstasy vegetal, cocaína... pues bien, si prestamos atención a sus “efectos buscadores” descubrimos tres constantes: la capacidad para desatar un estado de euforia, para elevar la autoestima y la empatía, y para desarrollar una sensación de equilibrio emocional. Ahí es donde encontramos las principales respuestas, puesto que buscamos lo que nos falta o aquello por lo que sentimos anhelo. Los jóvenes consumidores de drogas de diseño están buscando fundamentalmente equilibrio emocional, empatía y autoestima, las grandes carencias de los jóvenes de hoy. Pero hemos de buscar también, el por qué de esa necesidad continua de euforia y estimulación.

---

<sup>39</sup> Ortiz, A., 1984. *Estudio del funcionamiento psicológico y social de consumidores de inhalantes que realizan actividades en la vía pública*. Tesis de maestría Facultad de Psicología, Universidad Intercontinental México.

<sup>40</sup> César, E., 1985, *Estudio comparativo de la dinámica familiar en jóvenes inhaladores*. Tesis de Licenciatura, Universidad Iberoamericana, México.

## PRINCIPALES EFECTOS BUSCADOS

	EUFORIA	ALUCINACIONES	AUMENTO AUTOESTIMA	ESTABILIDAD EMOCIONAL
EXTASIS	X		X	X
SPEED	X		X	X
POPPER	X			
COCAINA	X		X	
LSD		X		
FENTANIL		X		
MPPP		X		
PCP	X	X		
KETAMINA	X	X		
GHB	X			X
CANNABIS	X			X
CSTACY	X		X	X
U. XPHORIA	X		X	X

Uno de los principios básicos es que el núcleo familiar es el primer centro de educación de todo individuo. Por lo que consideramos los siguientes aspectos como posibles causas de la farmacodependencia en los jóvenes.

- Núcleo familiar
- La escuela
- Grupo de amigos o grupo de iguales
- La comunicación
- Información
- Sobreestimulación
- Equilibrio emocional



#### 2.4.1. El núcleo familiar

La afirmación de que la familia y el ambiente en el hogar influyen la conducta de los adolescentes son un hecho ampliamente demostrado y aceptado. Muchos autores que investigan en el campo de las adicciones coinciden en afirmar que determinadas características familiares afectan y/o promueven el consumo de drogas por parte de los adolescentes.

Los principales mecanismos de la vida familiar que se han encontrado relacionados con el consumo de drogas en el adolescente son:

El modelo directo ejercido por los padres: la relación entre consumo de tóxicos como el alcohol y el tabaco así como padres consumidores y el consumo por parte de los adolescentes estaría fundamentado en la teoría del modelado que mantiene que la observación directa y el modelado de un comportamiento particular es el proceso esencial para adquirir tal comportamiento.

La falta de supervisión paterna así como los patrones de disciplina inconsistentes e inadecuados afirma que una de las causas de la aparición de las conductas de drogodependencia en los hijos varones es una sobreprotección por parte de la madre, generalmente, aunque no siempre, combinada con una conducta ineficaz por parte del padre.

Del mismo modo, otros estudios encuentran que en las familias de adolescentes farmacodependientes uno de los padres suele estar sobreinvolucrado con el hijo, mientras que el otro se muestra indiferente o rechaza sistemáticamente al joven.

En general, se puede afirmar que aquellos padres que son incapaces de proporcionar una disciplina consistente a sus hijos tendrán una mayor probabilidad de tener hijos consumidores de droga que aquellos padres que los supervisan adecuadamente.

La falta de relaciones afectivas en el hogar: otro de los puntos clave del contorno familiar, que se relacionan fuertemente con el consumo de drogas del adolescente es el apego y la comunicación entre padres e hijos.

Los conflictos en la familia y la falta de apego entre padres e hijos, reducen el control que los padres pueden ejercer sobre sus hijos, con el consiguiente aumento de la probabilidad de que estos jóvenes se involucren en conductas socialmente indeseables.

Parece clara la importancia que el apego a los padres, la disciplina consistente y la existencia de modelos adecuados en el hogar tienen de cara a la prevención de conductas de consumo de drogas en los adolescentes.

#### 2.4.2. Determinantes escolares

La escuela es el campo en el que se desarrolla un importante conjunto de las conductas del joven. No es sólo el lugar físico donde se produce la educación formal del individuo, sino es el marco donde se encuadran las primeras relaciones con los iguales, los primeros encuentros con figuras de autoridad sociales y las primeras oportunidades de alcanzar un logro personal socialmente reconocido.

Las variables escolares más significativas relacionadas con la aparición de consumo de drogas serían:

La insatisfacción escolar: en general, los adolescentes consumidores de drogas tienen un grado de insatisfacción escolar mucho más elevado que los adolescentes que no presentan tales conductas caracterizándose también por un índice de conductas problema notablemente superior a la de sus compañeros no consumidores de drogas.

Fracaso escolar: el fracaso escolar puede estar originado por la incapacidad del niño y del adolescente de aprender y alcanzar las metas que de él se esperan.

Cuando el adolescente no encuentra satisfacción en el marco escolar, ni alcanza los logros que de él se esperan, esto es, cuando no es capaz de triunfar en una institución socialmente establecida, buscará aumentar su satisfacción y su nivel de logro en ambientes no institucionalizados e incluso claramente desviados, como es el caso de los ambientes de consumidores de drogas.

Características de la escuela: los estudiantes que consumen drogas suelen estar menos comprometidos con las normas de la escuela y con la participación en actividades extra académicas.

Las normas escolares y el grado en el cual los estudiantes las perciben como adecuadas, es otra variable asociada con el consumo de drogas.

#### 2.4.3. Grupo de amigos o grupo de iguales

Como ya lo hemos mencionado, que aunque el consumo de drogas no es un fenómeno actual, el número de consumidores ha aumentado sobre todo entre adolescentes y jóvenes en general. Este consumo está frecuentemente relacionado con fenómenos de grupo, y, por lo tanto, la vinculación del consumidor con sus grupos de referencia se considera una variable crítica.

En la mayoría de los estudios consultados sobre la drogodependencia, se detecta una variable: el grupo de iguales. En efecto, la mayor parte de los trabajos empíricos apoyan la idea de que la socialización adolescente está orientada con los amigos. Concretamente, estos estudios han mostrado que la asociación del sujeto con otros adolescentes que consumen drogas es el factor individual que mejor predice la presencia y cantidad del consumo adolescente.

Se considera que el grupo de amigos es uno de los determinantes fundamentales del desarrollo adolescente. Los iguales permiten crear normas de conducta y mecanismos que mantienen esas normas: proporcionan información directa e indirecta sobre los comportamientos apropiados en situaciones distintas a las del hogar. Ofrece al joven la oportunidad de experimentar y resolver problemas de socialización mientras pasa de la influencia familiar a la vida adulta. Todas las teorías de la adolescencia identifican este período como aquel en el que fuerzas sociales y biológicas alientan al individuo hacia la formación de una identidad independiente de los padres y a fomentar lazos con los amigos ( Douvan, 1970).<sup>41</sup>

Es decir, el trabajo empírico apoya la idea de que la interacción con los amigos guía la socialización adolescente.

En este período de la vida los amigos adquieren una relación e importancia con gran intensidad como nunca tuvo antes ni, en muchos casos, tendrá de nuevo.

Sin embargo algunos autores subrayan que, aunque durante la adolescencia la unión entre el individuo y los iguales adquieren mayor significado, no tienen porque producirse necesariamente una separación de los padres ni un rechazo de los valores y normas adultas. Efectivamente estudios teóricos sobre la influencia relativa de padres e iguales en la socialización adolescente, destaca que el predominio de cada grupo varía según las circunstancias; En algunas, los individuos de esta edad son más sensibles a los padres que a los iguales.

La importancia de este grupo de compañeros es especialmente relevante en el consumo de drogas, ya que esta es una conducta aprendida.

Un amplio conjunto de investigaciones constatan que el uso de drogas es socialmente inducido y socialmente controlado por el grupo de iguales. Incluso algunos

---

<sup>41</sup> Douvan, E., 1970, Independence and identity in adolescence. Children.

autores han afirmado que el consumo de drogas es un fenómeno que depende enteramente de la naturaleza del grupo social de amigos del sujeto.

Aunque no coincidimos con esta afirmación puesto que, como hemos mencionado, hay otras variables de importante consideración como el núcleo familiar, la escuela y otras que estamos por mencionar, si es un factor de suma importancia el grado en que los adolescentes se relacionan con iguales que ingieren drogas es el factor individual que mejor predice el consumo.

Otras variables que deben ser consideradas son la actitud de los compañeros y la estructura estructural normativa frente a la droga. Los iguales establecen sus propias reglas, y el sujeto que pertenece al grupo ha de adaptarse a ellas. Así, si el grupo mantiene una serie de reglas con respecto al consumo de tóxicos, el adolescente los adoptará también.

En este sentido los adolescentes drogadictos, con toda probabilidad, tienen amigos que consumen drogas. Del mismo modo, los adolescentes que no consumen drogas, pero que perciben que sus compañeros aprueban tales conductas, tienen mayor probabilidad de iniciarse en su consumo.

Por último es importante estudiar el efecto que sobre la ingestión de tóxicos ejerce la interacción del grupo de iguales con otras variables como familia y escuela. La influencia de padres y compañeros no son independientes. El tener amigos con comportamientos delictivos correlaciona negativamente con la mayor parte de las características paternas que indican afecto, confianza e interés, la religiosidad del grupo familiar y la de los iguales también se relacionan.

#### 2.4.4. La comunicación

Factor indispensable para el entendimiento entre las personas, grupos, países, etc.

Las características del ritmo de vida actual, los horarios laborales, las actividades rutinarias, dificultan la comunicación entre padre e hijo. Si consideramos las horas del día que pasamos fuera de casa, las horas de sueño y las horas de ver la tv., realmente es muy poco el tiempo restante para el dialogo. Pero con todo esto si el tiempo restante lo empleamos en hablar sobre las ideas, inquietudes, ilusiones, problemas, experiencia y preocupaciones de nuestros seres queridos más inmediatos podremos obtener logros muy satisfactorios.

Mientras no exista en el hogar una verdadera relación de confianza, mientras que el dialogo y la comunicación no sean la tónica dominante, será muy difícil que los hijos adolescentes escuchen realmente a sus padres y más difícil aún el descubrir si puede estar produciéndose un problema con algunas drogas, alcohol y cualquier otra cuestión.

Si nos enfocamos a aquella comunicación que debe existir entre padres e hijos debemos considerar que esta debiera iniciarse desde el momento en que es engendrado el producto, desde que está en el vientre de la madre y ambos padres hablarle transmitiendo esa emoción por su llegada y el deseo de tenerlo. Actualmente se recomienda que la madre que es quien lleva al bebé en su seno dedique tiempo para escuchar música relajante que favorece la estabilidad emocional del bebé entre otras cosas más.

También es importante la comunicación que existe entre los padres y el pequeño cuando está lactando, fortaleciendo la seguridad y autoestima, cuando inicia su etapa académica, y así consecutivamente en todas las etapas de su desarrollo, para que cuando llegue el momento en la adolescencia se encuentre fortalecida la comunicación indispensable entre padres e hijos.

En la experiencia clínica nos hemos encontrado con padres que acuden al servicio por problemas que presenta su hijo/a adolescente y mencionan “es que le pregunto que le pasa, pero no me dice nada, solo se encierra en su habitación y permanece aislado/a”.

Estos padres quisieran que su hijo les comunicara sobre sus problemas, que tuviera la confianza suficiente para poder entender su situación, cuando tiempo atrás y por las razones antes mencionadas –las múltiples actividades cotidianas- no creyeron necesario platicar con sus hijos “porque son niños”, “que se pongan a jugar o ver t.v. y me dejen hacer mis cosas”.

Cuando tenemos un amigo y queremos cultivar esta amistad, lo frecuentamos, le hablamos por teléfono y acudimos cuando tiene un problema, pues mejor aún debemos ser los mejores amigos de nuestros hijos.

#### 2.4.5. Información

Las personas que practican constantemente la atención a jóvenes farmacodependientes señalan que la principal dificultad en los sujetos que inician el consumo de drogas es por desconocimiento de los efectos posteriores, algunos se manifiestan años después, cuando el daño sea irreversible, algunos con efectos retardados que se instalan en el cerebro. Si continúa produciéndose el ritmo de consumo actual no es imposible precisar el porcentaje de ellos que requerirán de tratamiento psiquiátrico para intentar superar las profundas depresiones, crisis de ansiedad y agresividad que llegaran a padecer, entre algunas otras secuelas.

Muchos de los adolescentes ni tan siquiera creen estar consumiendo verdaderas drogas, con capacidad para crear tolerancia, dependencia, adicción y muerte por sobredosis u otras cosas.

Existen algunas televisoras u otras instituciones que lanzan campañas antidrogas, lo que consideramos no es suficiente para contrarrestar este problema, si bien esto pudiera producir algún efecto en los jóvenes que reciben estos mensajes, han demostrado no ser lo suficientemente eficaces para los fines deseados.

El problema es inminente y creemos que una de sus causas es por la falta de comunicación que se genera en el núcleo familiar para dar información seria a sus hijos. Si esto se diera, aunado a las campañas promotoras antidroga el panorama sería diferente.

#### 2.4.6. Equilibrio emocional

##### Autoestima

El adolescente debe aprender a valorarse y actuar en función de sus propias motivaciones, no en función de los demás, eso debe empezar a promoverse desde la familia.

Las investigaciones realizadas al respecto confirman que durante la adolescencia hay una especial preocupación por su yo; y hasta un ochenta por ciento de los adolescentes mantienen una imagen positiva de sí mismo, al mismo tiempo que manifiestan una gran confianza en sí mismos, capacidad de liderazgo, habilidad para causar buena impresión... pero el contrario, el otro veinte por ciento que tiene una imagen negativa de sí mismo y un bajo nivel de autoestima, presentan conductas depresivas y ansiosas, dificultad en las relaciones personales, sentimientos de incompreensión.

Igualmente recientes investigaciones han constatado que los adolescentes manifiestan tendencia a una autoestima más alta y a una autoestima más estable cuando sienten la atención de sus padres; y que esta aumenta el nivel de autoestima en la medida en que son objeto de una atención equilibrada y madura por parte de los padres.

También nos permitimos integrar en este rubro un estudio sobre la forma de crianza paterna y su influencia en el comportamiento de los hijos:

Una atmósfera de frialdad-rechazo y autonomía-permisividad produce en los hijos conductas impulsivas, rebeldía y pautas de delincuencia, tendencia a la soledad o



aislamiento social, problemas emocionales y de inmadurez. Todo ello resulta de la excesiva libertad proporcionada por los padres poco afectuosos que crean sentimientos de rechazo a los hijos.

Una actitud de cordialidad-aceptación y autonomía-permisividad crea un ambiente en el que la libertad va acompañada de apoyo emocional, lo que conlleva al desarrollo de patrones positivos de personalidad y socialización. Los niños que maduran en este ambiente han recibido amor y un alto grado de aceptación emocional. Sin embargo, estas actitudes que evitan imponer reglas no impiden que los niños sean egocéntricos y mimados en exceso, lo que altera la capacidad de estar en buenas relaciones con los compañeros de la misma edad.

Una actitud de frialdad-rechazo y control-restricción promueve un ambiente en el que los niños tienden al conformismo y a la sumisión, a la pasividad, a la timidez, al ansia de aprobación del igual y del adulto. Hay distancia emocional con los padres y su autoestima y capacidad de independencia son bajas.

Una actitud de cordialidad-aceptación y control-restricción crea peligros a la independencia infantil a causa del excesivo control de los padres quienes, sin duda, se interesan en la problemática de los hijos, a veces sobreprotegidos. Se fomenta un ambiente en el que los niños no son muy independientes, responsables o creativos.

De aquí la labor de padres y educadores es determinante, pues la autoestima no es innata, sino que se desarrolla a lo largo de la vida y durante los primeros años fundamentalmente. La autoestima es el respeto y consideración que tenemos hacia nosotros mismos. Para quien no tiene respeto por sí mismo es difícil llegar a desarrollar un respeto por los otros.

Los padres y educadores, fundamentalmente la familia desempeñan un papel determinante en la emotividad del menor y en su capacidad para considerarse lo

suficientemente apto e igual a los demás. Muchos menores con un autoestima mermada no se consideran lo suficientemente “buenos” ni “capaces” como para afrontar nada. No confían en sí mismos y están convencidos de que todo lo hacen mal. Cuando esto sucede –y es con mucha frecuencia- no puede achacarse a la personalidad del menor sino, sobre todo a la actitud que los demás mantienen hacia él. Y en el hogar, de forma cotidiana, se machaca a los menores recordándoles cuáles son sus obligaciones y llamándoles la atención sobre aquello que no hacen correctamente, pero, sin embargo, no se les suele felicitar o reconocer por todas esas cosas que hacen bien.

Para que un adolescente mantenga una buena autoestima, y pueda alcanzar un cierto equilibrio emocional, debe ser mucho más felicitado que recriminarlo. Si no se hace así se esta sembrando en el menor la idea de que casi todo lo hace mal, nunca podrá afrontar un reto de importancia y siempre será motivo de decepción. Y aunque muchas veces se muestren muy seguros de sí mismos, e incluso autosuficientes o con un cierto complejo de superioridad, realmente no están más que tapando e intentando superar esa sensación de infravalorados.

Un adolescente con bajo nivel de autoestima es incapaz de decir “no”, y siempre hará lo que hagan los demás. Y por el contrario, un adolescente con un buen nivel de autoestima será capaz de confrontar su opinión y considerará tan válidos sus gustos como los de sus compañeros.

### CAPITULO 3. TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS

El aumento en el consumo de drogas en México, principalmente entre niños y adolescentes, en los últimos años nos lleva a pensar que las diferentes campañas preventivas que se han realizado por diferentes instituciones no han dado los resultados esperados.

Es por esto que el tratamiento de la farmacodependencia constituye una tarea ardua para aquellos profesionales que se dedican a brindar esta atención. En esta intervención las medidas terapéuticas incluyen el aspecto médico, psicológico y social, para en forma interdisciplinaria abarcar las vertientes bio-psico-social.

Desde el punto de vista psicológico, existen diversas modalidades de atención terapéutica para el problema de la farmacodependencia. Cada terapeuta de acuerdo con su formación profesional elegirá el tratamiento que considere más adecuado: cognoscitivo, conductual, gestalt, humanista-existencial, psicodinámico, transicional, etc.

En el presente trabajo se hará una descripción de los diferentes tratamientos psicológicos que han demostrado efectividad en diversas instituciones tanto públicas como privadas, para hacer frente al problema de la drogadicción. La intervención abarca lo individual, grupal y familiar.

#### 3.1 TERAPIA INDIVIDUAL

##### 3.1.1. Terapia Cognitivo-conductual

###### Generalidades

La terapia cognitivo-conductual (TCC)<sup>42</sup> es un enfoque a corto plazo que ayuda a los individuos adictos a la cocaína a abstenerse del consumo de ésta y otras sustancias. Se supone implícitamente que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel de suma

---

<sup>42</sup> Centros de Integración Juvenil, 1990, *Manuales de Terapia para la Adicción a Drogas*, México.

importancia en el desarrollo y la evolución del abuso y la dependencia de la cocaína. Estos mismos procesos pueden ayudar a los individuos a reducir su consumo de drogas.

La TCC ayuda a *reconocer* las situaciones en las que son más propensos a utilizar la sustancia; a *evitar* dichas situaciones en la medida de lo posible, y a *sobrellevar* de manera más efectiva los problemas y las conductas conflictivas asociadas al abuso de sustancias.

#### Tareas críticas

La TCC se centra en tareas críticas que son esenciales para el tratamiento exitoso del abuso de sustancias (Rounsaville y Carroll 1992)

- Promoción de la motivación para la abstinencia. Una técnica importante utilizada a fin de reforzar la motivación del paciente para dejar la cocaína consiste en realizar un análisis de decisión que muestra claramente lo que el individuo puede ganar o perder a causa del uso continuo de cocaína.
- Enseñanza de habilidades para manejar el problema. Este es el punto central de la TCC: ayuda a los pacientes a reconocer las situaciones de alto riesgo en las que son más propensos a consumir sustancias y desarrollar medios más efectivos para sobrellevarlas.
- Modificación de contingencias de refuerzo. Una vez llegado al punto en que se busca el tratamiento, muchos pacientes pasan gran parte de su tiempo consiguiendo, utilizando y recuperándose del consumo de la cocaína, mientras dejan a un lado otras experiencias y recompensas. En la TCC, el punto central es la identificación y reducción de los hábitos asociados con una vida de drogas, sustituyéndolo por actividades y recompensas más duraderas.
- Promoción del manejo de sentimientos dolorosos. La capacitación en habilidades también se basa en técnicas para reconocer y manejar la ansiedad y el deseo de consumir cocaína; los pacientes aprenden a tolerar otros severos sentimientos, tales como la depresión y la ira.
- Mejoría del funcionamiento interpersonal y de los apoyos sociales. La TCC incluye capacitación y preparación en numerosas habilidades y estrategias interpersonales

para ayudar a los pacientes a extender sus redes de apoyo social y a establecer relaciones duraderas y libres de drogas.

#### Parámetros de la TCC

##### Formato

La TCC prefiere emplear un formato individual porque permite una mejor adaptación del tratamiento para atender las necesidades de cada paciente en particular. Los pacientes reciben mayor atención y se involucran más en el tratamiento cuando tienen la oportunidad de trabajar con un solo terapeuta y establecer una relación más profunda con él a través del tiempo.

Sin embargo, cierto número de investigadores y clínicos ha subrayado los beneficios singulares del tratamiento impartido en formato de grupo. Es sencillo adaptar el tratamiento a un formato grupal. Esta adaptación requiere de alargar las sesiones a 90 minutos para que todos los miembros del grupo tengan la oportunidad de comentar sus experiencias personales, habilidades y ejemplos, además de promover su participación en las representaciones.

##### Duración

La TCC se puede impartir en periodos de 12 semanas con un número de sesiones que varían entre 12 y 16. En muchos casos esto es suficiente para provocar una mejoría sostenida de hasta un año, una vez terminado el tratamiento. Los pacientes que son capaces de alcanzar tres o más semanas, casi siempre son también capaces de mantener un buen resultado durante los 12 meses posteriores al tratamiento. Para muchos pacientes un tratamiento breve no es suficiente, en tales casos la TCC se considera como una preparación para un tratamiento más largo. El tratamiento adicional se recomienda directamente cuando el paciente lo solicita o si éste no ha sido capaz de mantenerse tres semanas o más de abstinencia continúa durante el tratamiento inicial. La versión de mantenimiento de la TCC se concentra en los siguientes puntos:

- A) Identificación de situaciones, sentimientos y conocimientos que siguen constituyendo puntos problemáticos en los esfuerzos del paciente por mantener la

abstinencia o que surgen después de haber cesado o reducido su consumo de cocaína.

- B) Mantenimiento de los resultados reforzando las habilidades y estrategias más efectivas que ha logrado desarrollar el sujeto.
- C) Promoción de la participación del paciente en actividades y relaciones incompatibles con el uso de drogas. En lugar de introducir nuevos materiales o habilidades, la versión de mantenimiento de la TCC se centra en la ampliación y dominio de las habilidades a las que fue expuesto el paciente durante la fase inicial del tratamiento.

#### Pacientes

La TCC ha sido evaluada en una gran variedad de usuarios de cocaína. Los siguientes casos casi nunca son adecuados para una TCC:

- los pacientes que tienen desórdenes psicóticos o bipolares y que no se estabilizan con medicamento.
- Los pacientes que no disponen de condiciones estables de vida.
- Los pacientes que no están medicamente estables (según un examen físico previo).
- Los pacientes que sufren otros desórdenes de dependencia de sustancias, a excepción del alcohol o la marihuana.

#### Intervenciones recomendadas pero no exclusivas

- discusión, revisión y reformulación de las metas del paciente
- monitoreo del abuso y el ansia de cocaína
- monitoreo del abuso de otras sustancias
- análisis de las consecuencias positivas y negativas del abuso de cocaína
- análisis de la relación entre el afecto y el abuso de sustancias
- establecimiento de la agenda para la sesión
- comentarios del proceso según se indique
- discusión de las ventajas de un objetivo de abstinencia
- análisis de la ambivalencia del paciente en cuanto a la abstinencia
- apoyo a los esfuerzos del paciente

- evaluación del nivel de apoyo familiar
- participación de miembros de la familia u otros seres queridos en solo dos sesiones

### 3.1.1.1. Principios básicos de la terapia cognitivo-conductual

#### Análisis funcional

El primer paso en la TCC es ayudar a los pacientes a reconocer las causas por las que usan cocaína y determinar lo que deben hacer para evitar o manejar aquellos detonadores del uso de la sustancia. Este proceso requiere de un análisis cuidadoso de las circunstancias de cada episodio y de las habilidades y recursos de los que disponen los pacientes para enfrentarlo, elementos que casi siempre pueden evaluarse en las primeras sesiones, a través e una exploración abierta de la historia del abuso del paciente, las razones que lo llevaron a tratamiento y lo que espera del mismo. Los terapeutas deben conocer las respuestas a las siguientes preguntas:

#### Deficiencias y obstáculos

- ¿Han sido los pacientes capaces de reconocer la necesidad de reducir las oportunidades de disponer de la sustancia?
- ¿Han podido reconocer señales importantes relacionadas con la cocaína?
- ¿Han logrado al menos breves periodos de abstinencia?
- ¿Han identificado las situaciones o sucesos que provocaron la recaída?
- ¿Han sido capaces de tolerar periodos de ansiedad o aflicción emocional sin recurrir al uso de sustancias?

#### Habilidades y fortalezas

- ¿Qué habilidades o fortalezas han demostrado los pacientes durante cualquier periodo anterior de abstinencia?
- ¿Han sido capaces de conservar un empleo o de mantener buenas relaciones mientras consumen drogas?
- ¿Hay personas dentro del ambiente social del paciente que no usen o vendan droga?
- ¿Existe algún apoyo o recurso social que ayude al paciente en sus esfuerzos para lograr la abstinencia?

- ¿Cómo emplean el tiempo cuando no están consumiendo drogas o recuperándose de sus efectos?
- ¿Qué los empujó al tratamiento actual?
- ¿Qué tan motivados están?

#### Determinantes del uso de cocaína

- ¿Cuál es su patrón individual de uso?
- ¿Cuáles son los detonadores de uso?
- ¿Dónde compran y consumen la sustancia?
- ¿Dónde y cómo adquieren el dinero para comprar drogas?
- ¿Qué circunstancias prevalecían cuando se inició el abuso o se volvió problemático el uso de la cocaína?
- ¿Cuáles son los papeles, tanto positivos como negativos, que juega la cocaína en sus vidas?

#### Esferas de influencia relevantes

Al identificar los elementos que determinan el abuso de drogas, puede resultar de mucha utilidad formular preguntas hacia cinco esferas generales de influencia:

- a) social. ¿Con quien pasa la mayoría de su tiempo? ¿en compañía de quien consume droga? ¿sostiene algún tipo de relación con los individuos que no se involucran en el abuso de sustancias? ¿Cómo ha cambiado su red social desde que inició o se incrementó su uso de sustancias?
- b) Medioambiental. ¿Cuáles son las señales ambientales específicas que provocan el abuso (dinero, alcohol, algunos vecindarios)? ¿Cuál es su nivel de exposición diaria a estas señales o factores?
- c) Emocional: La investigación ha demostrado que el abuso de sustancias casi siempre va precedido por ciertos estados de humor, estos pueden ser negativos (depresión, ansiedad, aburrimiento, ira) o positivos (excitación, alegría)
- d) Cognitivo: el uso de cocaína con frecuencia se ve precedido por algunos pensamientos o ideas (necesito escapar, no puedo manejar esto a menos que esté



drogado, con lo que estoy viviendo merezco drogarme). Estos pensamientos casi siempre son intensos y tienen un sentido de urgencia.

- e) Físico: el deseo de liberarse de estados físicos incómodos como el retraimiento, ha sido considerado como uno de los antecedentes comunes al uso de drogas.

### Capacitación en habilidades

El aprendizaje es una importante metáfora en el proceso de tratamiento a lo largo de la TCC: Los terapeutas les dicen a los pacientes que uno de los objetivos del tratamiento es ayudarlos a “desaprender” comportamientos viejos y poco efectivos y a “aprender” comportamientos nuevos. Los pacientes casi siempre se sorprenden al considerar el abuso de la sustancia como un tipo de habilidad, como algo que han aprendido a hacer a lo largo del tiempo. Los pacientes que logran reestructurar su propia representación personal considerándose “habilitados” en estas situaciones, por lo general descubren que también tienen la capacidad de aprender un nuevo conjunto de habilidades que les ayudaran a mantener y prolongar su abstinencia.

### Habilidades generalizadas

Como la TCC es un tratamiento breve, sólo se puede enseñar al paciente un número reducido de habilidades específicas. Por lo general, estas habilidades han sido diseñadas para ayudar al paciente a ganar un control inicial sobre su abuso de cocaína y otras sustancias. El paciente aprende, por ejemplo, a manejar la ansiedad y los pensamientos relacionados con el abuso de drogas. Sin embargo el terapeuta debe dejar bien claro que cualquiera de estas habilidades se puede aplicar a una gran variedad de problemas, y no solo al abuso de cocaína.

### Ajustar el material a las necesidades del paciente

La TCC es un enfoque sumamente personalizado. En lugar de considerar el tratamiento como un libro de recetas psicoeducativas, el terapeuta debe ajustar cuidadosamente los contenidos, la duración y la naturaleza de los materiales del caso. Los terapeutas deben ser muy cuidadosos en el uso del lenguaje, utilizando aquellas palabras

que sean compatibles con el nivel de entendimiento y sofisticado del paciente. Asimismo, deben hacer revisiones periódicas con los pacientes para asegurarse que han entendido un concepto determinado y que el material les resulta relevante. El terapeuta también tiene que mantenerse alerta ante cualquier señal que indique que el paciente no está a gusto con el material utilizado.

Una estrategia importante para ajustar el material a las necesidades del paciente es utilizar, siempre que sea posible, ejemplos específicos proporcionados por el paciente, ya sean con base en su propia vida o en sucesos ocurridos durante la semana.

#### Practicar el dominio de las habilidades

No se pueden dominar habilidades nuevas y complejas tan solo leyéndolas o viendo a otros llevarlas a cabo. Se aprenden practicándolas personalmente, cometiendo errores, identificándolos y volviéndolo a intentar.

En la TCC, la práctica de nuevas habilidades es un componente esencial en el tratamiento. El grado en que el tratamiento es de capacitación y no sólo de exposición de habilidades depende de la práctica. Un elemento crítico de este enfoque es brindarle a los pacientes la oportunidad de probar nuevas habilidades dentro del contexto reforzador del tratamiento. Por medio de la experiencia personal, los pacientes pueden toparse con problemas o dificultades, entre otras muchas cosas más.

#### 3.1.1.2. La estructura y el formato de las sesiones

En cada sesión se realiza una gran cantidad de trabajo, incluyendo la revisión de los ejercicios prácticos, el análisis de los problemas que hayan surgido desde la última sesión, la capacitación de habilidades, retroalimentación acerca de dicha capacitación, prácticas dentro de la sesión y la planeación para la siguiente semana. Este papel activo del terapeuta debe mantenerse en equilibrio con el tiempo pertinente para comprender e involucrarse con el paciente.

### Regla 20/20/20

Para lograr una buena integración del material la regla 20/20/20 ayuda para cumplir con una sesión típica de 60 minutos. Durante los primeros 20 minutos, los terapeutas se concentran en la comprensión clara de los problemas actuales del paciente, su nivel de funcionamiento general, su consumo y nivel de ansiedad durante la semana anterior, así como sus experiencias con los ejercicios.

Los siguientes 20 minutos se dedican a la introducción y discusión de una habilidad específica. Los terapeutas por lo general hablan más que los pacientes en esta parte de la sesión, aunque es esencial que personalicen el material didáctico y le pidan a los pacientes ejemplos para verificar que han comprendido todo lo expuesto.

Durante los últimos veinte minutos el paciente vuelve a asumir un papel preponderante, después de haber acordado con el terapeuta el tipo de ejercicio que desarrollará durante la semana y el plan para enfrentar cualquier dificultad que pueda surgir antes de la siguiente sesión.

Introducción al tratamiento y a la TCC. La primera sesión.

Tareas para la primera sesión

- Anotar la historia y establecer la relación
- Mejorar la motivación
- Presentar el modelo de la TCC
- Introducir el análisis funcional
- Negociar las metas y los compromisos del tratamiento
- Proporcionar la razón fundamental de las tareas adicionales a las sesiones

Objetivos de la sesión

- Empezar a establecer una relación con el paciente
- Evaluar la naturaleza del uso de sustancias del paciente y otros problemas que puedan ser factores importantes para el tratamiento

- Proporcionar la razón fundamental del tratamiento
- Establecer la estructura del resto de las sesiones
- Iniciar la capacitación de habilidades

La complejidad de las tareas involucradas en la primera sesión obligará al terapeuta a extenderse durante 90 minutos en lugar de emplear la sesión típica de 1 hora.

#### Tópico 1: Cómo manejar la ansiedad

Como la ansiedad significa un problema muy difícil para la mayoría de las personas que abusan de la cocaína, este tópico se introduce desde el inicio del tratamiento. Los pacientes reportan episodios de intensa ansiedad por cocaína se manas e incluso meses después de que se ha logrado la abstinencia. Esta experiencia puede resultar tanto desconcertante como perturbadora para el adicto y puede desembocar en un nuevo abuso de la sustancia si no se comprende y se trata de manera efectiva.

Los objetivos de la sesión son:

- Entender la experiencia de ansiedad del paciente
- Explicar la naturaleza de la ansiedad como una experiencia normal y temporal
- Identificar las señales y los detonadores de la ansiedad
- Enseñar y practicar técnicas de control de ansiedad e impulso

#### Tópico 2: cimentar la motivación y el compromiso de suspender el uso de cocaína

Objetivos de la sesión:

En este punto el terapeuta y el paciente ya han completado varios análisis funcionales de uso de cocaína y situaciones de alto riesgo, y los pacientes tienen una idea más clara del enfoque general del tratamiento. La mayoría de ellos también ha logrado reducir significativamente el uso de la cocaína y los esfuerzos encaminados a alcanzar los objetivos del tratamiento se pueden manejar bajo una perspectiva mucho más realista que durante la primera sesión.

Mientras que algunos pacientes intentan dejar de usar la cocaína y otras sustancias definitivamente, otros pueden tener metas un poco diferentes:

- reducción del uso de cocaína hasta niveles “controlados”
- cesación de uso de cocaína pero alto grado de uso de alcohol y otras sustancias
- permanencia en el tratamiento hasta que terminen las presiones externas que propiciaron el mismo (advertencia o amenaza de la esposa, la presión de un juicio legal)

Como estos objetivos tienden a ser un poco irreales, sería bueno que los terapeutas no los abordaran directamente, sino hasta haber establecido una alianza terapéutica que permita una nueva evaluación mejor sustentada. Permitir que los pacientes reconozcan por sí mismos la posibilidad de usar cocaína de manera controlada puede resultar una estrategia más persuasiva que las advertencias continuas del terapeuta. Las metas de esta sesión son:

- Revisar y aclarar los objetivos del tratamiento
- Reconocer y trabajar la ambivalencia sobre la abstinencia
- Aprender a identificar y manejar los pensamientos relacionados con la cocaína

### Tópico 3: habilidades de rechazo/asertividad

#### Objetivos de la sesión

Uno de los problemas principales de la mayoría de los abusadores de cocaína es cómo reducir la disponibilidad de la sustancia y rechazar de manera efectiva los ofrecimientos de la misma: Muchos pacientes carecen de las habilidades asertivas básicas para rechazar los ofrecimientos de cocaína o prevenir futuras situaciones de este tipo. Por eso se puede dedicar una sesión para la reducción de la disponibilidad de la sustancia, al desarrollo de ciertas habilidades de rechazo y a la revisión de habilidades asertivas generales.

Los terapeutas deben hacer preguntas cuidadosas para descubrir indicadores ocultos de ambivalencia y resistencia al cambio, y para determinar las fuerzas sociales que trabajan contra ese cambio. Cuando los pacientes no logran dar los primeros pasos para eliminar los

detonadores y evitar el contacto con la sustancia se deben analizar varios elementos clínicos importantes.

- La ambivalencia que se presenta ante la idea de dejar de usar la cocaína
- La imposibilidad de reconocer la relación entre la disponibilidad de cocaína y su uso
- Serias limitaciones en cuanto a recursos personales o psicológicos
- Indicaciones significativas de la participación activa de los pacientes en el tratamiento. Si los pacientes no han tenido iniciativas independientes para limitar la disponibilidad de cocaína pueden llegar a pensar que la simple asistencia al tratamiento es suficiente para alcanzar mágicamente la abstinencia sin necesidad de ningún esfuerzo de su parte.

Las metas de esta sesión son:

- Evaluar la disponibilidad de cocaína y los pasos necesarios para reducirla
- Estudiar las estrategias para romper el contacto con los individuos que suministran la cocaína
- Aprender y practicar habilidades de rechazo de cocaína
- Revisar la diferencia entre las respuestas pasivas, agresivas y asertivas

### 3.2. TERAPIA FAMILIAR

En el campo de la terapia familiar es presuntuoso tratar de explicar “la forma correcta” de hacer terapia con toxicómanos. Cada terapeuta de acuerdo con su formación, tiene sus ideas acerca de que es lo que en realidad puede funcionar. Uno de los atractivos que tiene la terapia familiar es su capacidad de aglutinar técnicas y recursos y emplearlos en el trabajo terapéutico sin necesidad de afiliarse religiosamente a ningún principio específico.

La adicción a las drogas es una de las problemáticas más graves con las que nos podemos encontrar hoy en día en salud mental. Se trata de un hábito de consumo que

comporta importantes riesgos para la salud, problemas con la justicia, marginación social, abstencionismo laboral, accidentes y muertes.

Desde el punto de vista de la familia, la adicción de uno de sus miembros provoca innumerables problemas de relación que dan lugar a serios trastornos emocionales tanto en el adicto como en quienes conviven con él.

La terapia familiar acompaña al tratamiento en todas sus etapas, variando según las exigencias de cada una de ellas.

### 3.2.1. Aspectos generales

*Recursos de la familia.* Un punto básico del enfoque terapéutico es la búsqueda de los recursos curativos que toda familia posee.

*Terapia y manipulación.* Todo terapeuta conoce la capacidad de manipulación que tiene un adicto. Cuando se trabaje con ellos debemos tener en cuenta esta característica para no sucumbir a los deseos del adicto, pero también para evitar encasillarse con él en una lucha sin cuartel por el control de la terapia.

*¿Son peculiares las familias de adictos?* Varios son los autores que de una u otra forma han defendido que las familias de adictos presentan ciertas peculiaridades características. Stanton y Todd<sup>43</sup> han elaborado un detallado perfil de las familias de jóvenes adictos a la heroína. Cancrini y sus colaboradores<sup>44</sup> no solamente adoptan la clasificación anterior sino que la ubican a su vez dentro de una nueva clasificación, que no ahorra adjetivos psicopatológicos.

*Focalización ¿sí o no?* Es fundamental en la terapia familiar con adictos mantener el foco en la superación de la adicción, pero sin ignorar el resto de los problemas que la familia nos plantea. La familia debe encontrar motivos suficientes para acudir a la terapia aunque el adicto persista en su problema, de lo contrario la abandonarán tras la primera recaída.

---

<sup>43</sup> Stanton, M:D., Todd, T., y Cols, 1988, *Terapia familiar del abuso y la adicción a las drogas*, Barcelona, Gedisa.

<sup>44</sup> Navarro Góngora, José, 1995, *Avances en terapia familiar sistémica*, Ediciones Paidós.

### 3.2.2. El planteamiento de la primera entrevista

La toma inicial de datos se dirige a confeccionar un genograma en el mas estricto sentido en el cual nos interesan especialmente los antecedentes adictivos en la familia (al alcohol, al tabaco, a la televisión, a juegos de azar, al trabajo...) el mapa de relaciones familiares. Coaliciones, enemistades, etc. Todo esto da una idea al terapeuta, tanto de la intensidad y dirección de los flujos evolutivos como del papel que juega la "historia adictiva" en el problema presente.

Una primera dificultad suele ser que a la primera entrevista familiar acudan solamente el adicto y su madre. El terapeuta debe en ese momento desplegar todos sus recursos estratégicos para conseguir la participación del padre y de los hermanos para lograr una terapia exitosa y que no se conviertan en un obstáculo cuando no podemos contar con ellos (el hermano que no participa en la terapia muchas veces es el que mas participa en el problema).

*La explicación del contexto terapéutico.* Debemos recordar a la familia las etapas del tratamiento y la duración de este. Especialmente hay que resaltar que se les puede atender aunque el adicto no acuda o si hay una recaída en el consumo. Es muy importante resaltar que se tiene que acudir precisamente cuando ha habido una recaída, porque se ha comprobado que es uno de los momentos más sensibles al abandono.

*Aspectos psicoeducativos.* Los modelos psicoeducativos de Braum y Left, expuestos ampliamente por Anderson<sup>45</sup> en trabajo de familias con psicóticos pueden resultar muy útiles en el trabajo con toxicómanos. En una primera entrevista se puede explicar a la familia ampliamente, sobre el fenómeno de la adicción, el síndrome de abstinencia, el curso probable del tratamiento, etc.

Se puede ofrecer a la familia una amplia información sobre el problema que les aqueja tratando de eludir todo juicio de valor y demás consideraciones éticas o moralistas. Básicamente el mensaje se puede componer de:

---

<sup>45</sup> Anderson, C., Reiss, D., 1986, *Esquizofrenia y Familia*, Amorrortu, Buenos Aires.



- a. El origen de la adicción
- b. Fisiología de la adicción
- c. Reducción de la ansiedad ante el síndrome de abstinencia
- d. La desintoxicación y la predicción de recaídas
- e. La disponibilidad de la familia
- f. El manejo de las recaídas
- g. Las normas para la medicación
- h. La disposición de la familia
- i. La voluntad

### 3.2.3. Maniobras típicas a los largo de la terapia

Estas maniobras son constantes y suele volverse una y otra vez a ellas en el transcurso de la terapia.

*La reducción del drama.* Las familias de toxicómanos a menudo acuden a solicitar ayuda en medio de un violento caos emocional. A veces acaban de darse cuenta de la adicción de su familiar. Otras veces la situación se ha ido agravando paulatinamente hasta volverse insoportable. Se puede llegar a pensar que cuanto más preocupada este la familia, menos inconvenientes tendrán para participar en la terapia; pero esto es un error, la mayoría de las veces se toman pocas decisiones prácticas para acabar con el problema.

Cuando se detecta la problemática, el terapeuta familiar debe pasar a "situación de alerta". Esto comprende: a) dar a entender que se ha captado el sufrimiento que la familia está atravesando y b) tratar de cortar esta manifestación y las sucesivas, la familia debe entender que el problema no se va a solucionar llorando y desesperándose, sino actuando de forma serena, práctica y decidida.

*"Queremos que él reconozca..."* Otro de los puntos que se han observado que paralizan a la familia son las discusiones que suelen hacer los padres al hijo toxicómano para que confiese su adicción. A menudo los padres saben que su hijo consume drogas desde hace años, pero lo único que hacen por él es presionarlo para que lo reconozca.

*Suspiciouses con la suspicacia.* Existen muchas razones por las que la familia del adicto puede ser suspicaz. Algunas de ellas: a) la familia de un toxicómano tiene por lo general tras de sí una larga historia de fracasos frente a la adicción; b) se han acostumbrado a desconfiar del adicto, porque les engaña, les roba, etc.; c) los padres, generalmente se sienten responsables, culpables por el problema de su hijo y piensan que el terapeuta va a culparles también.

El adicto a su vez puede ser suspicaz, entre otras razones porque: a) se ha acostumbrado a que la gente lo trate mal, desconfíen de él o incluso sean violentos con él; b) se ha acostumbrado a las indirectas de su familia que piensa que todo mensaje puede tener un doble sentido c) nota que no es bien recibido por los profesionistas y puede que haya fracasado con anteriores intentos terapéuticos; d) cuando es sincero consigo mismo, puede descubrir que la gente tiene buenos motivos para desconfiar de él.

Una parte importante de la utilidad de la terapia familiar consiste en que es un lugar donde la familia puede poner en común mucha información que los miembros poseen solo confusa o parcialmente. Es también un lugar donde sincerarse, si confían en que el terapeuta sea capaz de regular el flujo de información con objeto de que no se corran demasiado riesgos.

### 3.2.3. Tratamiento de familias de adolescentes farmacodependientes.

Las familias de adolescentes están en un punto diferente de su ciclo de vida que las familias de adictos adultos, por lo que se indican diferentes estrategias de tratamiento.

La terapia con jóvenes farmacodependientes no tiene como objeto únicamente eliminar el problema existente, también sirve para prevenir en muchos casos la ocurrencia de posibles disfunciones más severas.

### *Resistencia a la involucración familiar*

Sólo ocasionalmente un adolescente farmacodependiente puede estar solo en su tratamiento o mostrar resistencia para incluir a su familia. Puede argumentar que su familia no sabe nada sobre su problema o que lo molestan tanto que no quiere más. Una opción es plantear un pequeño desacuerdo

### 3.3. TERAPIA DE GRUPO PARA PACIENTES ADICTOS A SUSTANCIAS

Independientemente de si la explicación de la adicción se considera intrapsíquica y psicodinámica, biológica y hereditaria o social y ambiental, la respuesta ante el creciente número de personas que sufren de la devastación física, psicológica y social del alcoholismo y de otras adicciones es, de esta manera, significativamente diferente de los enfoques clínicos individuales, centrados en el cliente, que por costumbre se adoptan para los problemas médicos y psiquiátricos.

Dados los puntos de vista cambiantes y polémicos que, sin embargo, con frecuencia se sostienen de manera simultánea acerca de la adicción como un problema de moral, de enfermedad o de desarrollo psicosocial, no es sorprendente que los grupos de autoayuda como alcohólicos anónimos (AA) que pueden “unir las perspectivas de enfermedad y de moral”<sup>46</sup> fueran los primeros en obtener la atención y disfrutar de amplia aceptación y popularidad.

El cambio ocurre dentro del entorno grupal, en el que los últimos elementos de apoyo, renuncia, espiritualidad y altruismo resultan, en última instancia, “terapéuticos y transformacionales”<sup>47</sup> el éxito de AA ha conducido a la aplicación del mismo modelo para otras adicciones y compulsiones que incluyen la cocaína, los estupefacientes y los excesos en comida, juego y sexualidad.

<sup>46</sup> Orford, J., 1970, *Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions*; New York.

<sup>47</sup> Khantzian E, Mack J. 1989, *Alcoholics anonymous and contemporary psychodynamic theory, in recent developments in alcoholism*, vol 7 edited by galanter M. New York

Además del enfoque de grupo de autoayuda, han surgido muchos otros modelos importantes de grupo en el tratamiento de las adicciones: el enfoque psicoeducativo, que se deriva de las teorías cognoscitivo-conductual y del aprendizaje social, y varios enfoques psicodinámicos, que se derivan de la tradición psicoanalítica. El grupo psicoeducativo busca informar a los adictos acerca de los hechos en cuanto a las consecuencias conductuales, médicas y psicológicas del uso de sustancias.

### 3.3.1. Modelo psicodinámico

En este apartado se recurre a una perspectiva psicoanalítica contemporánea acerca de la dependencia en las sustancias para proporcionar una base para la comprensión y tratamiento activo de las vulnerabilidades de los adictos en terapia de grupo. El enfoque de la TDGM se diseñó para evitar la ambigüedad de los grupos dinámicos desestructurados convencionales, para ir más allá del foco estrictamente interpersonal de los grupos interpersonales y proporcionar comprensión y tratamiento de manera activa para las vulnerabilidades psicológicas y problemas caracterológicos relacionados, que precipitan y perpetúan la dependencia en sustancias.

#### 3.3.1.1. Teoría psicodinámica de la adicción

La teoría psicodinámica de la adicción sostiene que las experiencias temprana y el desarrollo predisponen a ciertos individuos a volverse dependientes de sustancias, así también implica vulnerabilidades psicológicas particulares en esta dependencia. El tratamiento psicodinámico grupal modificado que se propone, busca identificar y atender estas vulnerabilidades psicológicas.

La teoría psicoanalítica en los últimos veinte años se ha explayado en gran medida en cuanto a la naturaleza de los defectos del sí mismo, tanto intrapsíquicos como caracterológicos, que pueden conducir a la adicción. La teoría psicoanalítica contemporánea enfoca la naturaleza estructural y narcisista de la vulnerabilidad. La droga

abastece, aunque de manera efímera, de autoestima, sentimientos de aceptación y de la autoconfianza de la que carece a nivel interno.

### 3.3.1.2. Reconceptuación de la teoría y práctica

Las concepciones psicodinámicas de la adicción sostienen que a pesar de que las variables ambientales, interpersonales y fisiológicas son importantes, el problema central permanece en la propia vulnerabilidad estructural y del desarrollo del individuo. Es esta vulnerabilidad, con frecuencia grave, la que el tratamiento debe atender para efectuar un cambio duradero en la recuperación.

En el modelo psicodinámico de grupo el foco permanece en las vulnerabilidades intrapsíquicas y caracterológicas del individuo, pero el método de trabajo con el adicto se modifica para proporcionar apoyo, aumentar al máximo la seguridad y atender el potencial para la recaída psicológica y a las drogas, aun a medida que las formas autoderrotantes características de experimentarse a uno mismo y actuar hacia otros se activan y surgen en el entorno grupal.

Algunas de las adaptaciones o modificaciones del modelo se relacionan con el desarrollo de técnicas no analíticas de trabajo con adictos a sustancias. Muchos enfoques no analíticos a la adicción sostienen que el énfasis principal debe residir en la abstinencia, prevención de recaídas y manejo de las ansias incitadas por los escollos de un mundo externo inseguro y las propiedades peligrosas de la droga en sí. Esos enfoques reconocen la fragilidad del adicto a reciente recuperación y se establece un ambiente de tratamiento seguro y de contención, en el cual la atmósfera no es vigorosamente confrontativa y donde no se espera que el adicto ceda con demasiada rapidez las defensas que necesita.

#### Enfoque de la terapia dinámica de grupo modificada

El tratamiento debe atender a las necesidades y dificultades de los adictos a medida que se les comprende en términos psicodinámicos de una manera segura que promueva la

recuperación de la adicción. Estas se consideran como vulnerabilidades en cuatro dimensiones: 1) tolerancia y regulación del afecto, 2) problemas con las relaciones, 3) fracasos en el autocuidado y 4) deficiencias en autoestima.

Estas dimensiones se enfocan en cómo se manifiesta la estructura de carácter en sí en la vida cotidiana para cualquier persona, a nivel intrapsíquico, interpersonal y en el mundo en general.<sup>48</sup> La TDGM es una psicoterapia de grupo expresiva-de apoyo que está diseñada para atender las vulnerabilidades y dificultades caracterológicas subyacentes que conducen a la susceptibilidad del adicto a consumir drogas.

La TDGM se desarrolló como un tratamiento grupal para el Harvard Cocaine Recovery Project, un estudio acerca de la adicción a la cocaína que patrocinó el National Institute on Drug Abuse y se llevó a cabo en el Cambridge Hospital, un hospital de enseñanza de la Harvard Medical School.

La primera modificación que ofrece este enfoque es que aun cuando se busca utilizar la terapia de grupo psicodinámica para atender al trastorno de carácter, se tiene una preocupación constante en la abstinencia de los adictos y en la prevención de recaídas. Sin la abstinencia, las dificultades caracterológicas pueden oscurecerse y alimentarse con base en una crisis continuada. Con la abstinencia, estas dificultades se vuelven aparentes con facilidad en el entorno de grupo. La TDGM se diseñó para evocar los temas sobresalientes de vulnerabilidad psicológica y los estilos defensivos característicos, pero también para proporcionar un contexto en el que estos temas puedan comprenderse y sea posible comenzar el cambio.

Este contexto es de seguridad y apoyo, lo cual se establece de varias maneras. La seguridad y apoyo las proporciona un líder de grupo activo, directivo y amistoso que comienza explicando la naturaleza y expectativas de la terapia psicodinámica.

---

<sup>48</sup> Op cit

distinguiéndola de otros tratamientos de la adicción (tales como los programas de 12 pasos) con los cuales pueden estar más familiarizados los miembros del grupo. También se reconocen de manera directa las ansiedades comunes a unirse a un grupo y se atienden las cuestiones de abstinencia y prevención de recaídas a medida que es necesario.

Los principios de la terapia interpersonal de grupo descritos por Brown y Yalom<sup>49</sup> se emplean en el modelo de TDGM para promover el rápido desarrollo de la cohesión, para mantener un centro de atención en el aquí y ahora y crear un medio interpersonal en el que los miembros del grupo puedan sobreponer los sentimientos de autodesprecio, soledad, enajenación y separación de la mejor manera. Sin embargo, el foco de atención de la TDGM se encuentra en el modo en que el estilo y la estructura de carácter de cada individuo se representa en el grupo, en lugar de sobre las interacciones interpersonales en sí. Se pide a los miembros del grupo que examinen la manera en que son dentro del grupo, en que se experimentan a sí mismos y a otros y en que su conducta interpersonal se relaciona con la experiencia y vulnerabilidades internas. En este sentido, es necesario el medio interpersonal cómodo, pero no es suficiente para las metas de la TDGM. Si todo sale bien, el miembro grupal de la TDGM aprenderá acerca de sí mismo en cuatro dimensiones: regulación afecto, relaciones, autocuidado y autoestima. El centro de atención del trabajo vira entre lo interpersonal y lo intrapersonal.

El descubrimiento y comprensión del carácter están en mayor probabilidad de ocurrir una vez que los miembros del grupo se sienten en una especie de terreno común. La experiencia común revela que los miembros del grupo buscan primero vincularse alrededor de su adicción. Una importante primera transición que deben hacer dentro del grupo de TDGN consiste en darse cuenta de que este no es el único terreno común que comparten, sino que la vergüenza, los sentimientos de incapacidad y la naturaleza abrumadora de ciertos afectos también los sienten otros de manera común. Ven que no están solos en su deseo de encontrar amor, reconocimiento y seguridad, y que sus medios característicos para

---

<sup>49</sup> Brown S., Yalom ID., 1977. *International group therapy with alcoholics. J.Stud Alcohol.*

tratar de lograrlo pueden ser pomposos, autoderrotantes o familiares de otras maneras para otros individuos dentro del grupo.

El cambio de un terreno común del abuso de drogas a otro que se refiere a los problemas vitales y del sí mismo, es lo que distingue a la TDGM de otros tratamientos para la adicción. Parte del proceso de comprender los propios patrones caracterológicos consiste en ver la manera en que estos pueden hacer que uno sea más susceptible al uso de drogas como una “solución” temporal, pero este no es el principal foco de atención de la discusión. Con frecuencia, en especial al inicio del desarrollo del grupo, los miembros se resisten a cualquier punto de vista de sus problemas que vaya más allá de la explicación de que las drogas son las responsables. Desde el inicio del grupo se atiende al cambio necesario de un pensamiento acerca de las drogas a uno que se encuentre en términos psicológicos. Se promueve la autocomprensión más allá del enfoque estrecho en el consumo de drogas, con lo cual también se cambia del énfasis en la reacción a una amenaza externa hacia una experiencia más activa y autónoma. La meta es la misma que en toda la psicoterapia psicoanalítica orientada al insight, aquella de “restaurar la integración de un individuo y, de hecho, aumentar, a través de algún tipo de autoconocimiento, el reino de la autodirección o autonomía personal”.<sup>50</sup>

### 3.4. PROYECTO GRUPO DE PADRES: TERAPIA FAMILIA MÚLTIPLE

#### 3.4.1. Objetivo general:

Lograr la ruptura de pautas de interacción estereotipada y disfuncionales en que se sostiene el síntoma: consumo de drogas

#### 3.4.2. Objetivos específicos

- Involucrar a la familia en el tratamiento del usuario de sustancias, para favorecer la remisión total o parcial del consumo de drogas.

---

<sup>50</sup> Shapiro D., 1989, *Psychotherapy of the Neurotic Character*, New York.



- Promover la identificación y modelaje de roles entre miembros de diferentes familias.
- Incrementar la comunicación familiar.
- Aumentar la conciencia de las familias sobre sus interacciones.
- Clarificar roles y expectativas familiares.
- Introducir nueva información al sistema que retroalimente el cambio, como una forma de desafiar el síntoma.
- Lograr la ruptura de pautas de relación estereotipada en que se sostiene el síntoma como una vía para provocar cambios en la estructura de la misma.
- Lograr la coevolución del sistema terapéutico y la construcción de una nueva realidad en la familia.
- Propiciar la interacción y alianza entre miembros de diferentes familias.

#### 3.4.3. Criterios clínicos para derivar al grupo de padres: terapia familiar múltiple

- ser familiar de un usuario de sustancias, o una persona significativa para él
- requerir apoyo para poder asumir y mantener un rol adecuado
- familias en las que se observe una comunicación disfuncional

#### 3.4.4. Criterios de exclusión

- psicóticos en fase aguda
- familias(es) con conducta violenta, impulsiva, agresiva, caótica.

#### 3.4.5. Sobre la conformación de grupos

Para iniciar el tratamiento grupal se requiere por lo menos de 2 familias (independientemente del número de integrantes con que cuente cada una de ellas).

El número máximo de familias para cada grupo será de 6.

#### 3.4.5.1. Fase inicial:

##### Encuadre de trabajo:

- establecer de manera conjunta los objetivos clínicos a alcanzar. Es fundamental explicar las familias sobre los objetivos que si son posibles de lograr durante la terapia, señalando de manera clara y directa que se trata de una labor integral y de conjunto, y no sólo una tarea del terapeuta.
- explicar las técnicas que se utilizarán durante el tratamiento.
- explicar las medidas de seguridad: a) la contribución de la familia al trabajo terapéutico, b) lo que la familia puede esperar del terapeuta y c) las condiciones óptimas para mantener la relación terapéutica.
- especificar el número, frecuencia de duración de las sesiones terapéuticas.
- acordar el día y hora en que se realizarán las sesiones, el número mínimo integrantes con los que se podrá iniciar la sesión, así como el tiempo de tolerancia que se permitirá.
- especificar el procedimiento a seguir en caso de ausencia.
- si el terapeuta considera que es necesario trabajar en coterapia se lo explicara al grupo, de tal forma que queden explicitadas las funciones a realizar por ambos terapeutas.
- al inicio del tratamiento el terapeuta y coterapeuta acordarán la forma de conducir las sesiones, una vez establecida deberán respetarlo y mantenerlo hasta finalizar el proceso terapéutico.
- realizarán una reunión al término de cada sesión, a fin de integrar las distintas visiones obtenidas y de esta manera construir las estrategias terapéuticas a implementar de acuerdo con los cambios que presente la familia.

#### 3.4.5.2. Fase intermedia

- independientemente de la evaluación que realiza el terapeuta en cada sesión, se recomienda realizar una evaluación de manera conjunta con los integrantes del grupo mediante la fase media del tratamiento.

#### 3.4.5.3. Fase de terminación

- se debe señalar a la familia la proximidad de la terminación del tratamiento.
- en la última sesión se debe realizar una evaluación del proceso terapéutico, haciendo una revisión de los objetivos propuestos inicialmente.
- el terapeuta valorará si procede a otorgar el egreso, de acuerdo a los criterios establecidos, o si propondrá a la familia (o grupo) una recontratación.
- si decide otorgar el egreso, establecerá un plan de seguimiento.

#### 3.4.5.4. Recontratación

El terapeuta puede considerar clínicamente pertinente proponer a la familia un recontrato, para lo cual debe:

- establecer de manera conjunta los objetivos clínicos a alcanzar durante este periodo.
- especificar el número, frecuencia y duración de las sesiones terapéuticas.
- acordar el día y hora en que se realizarán las sesiones, así como el tiempo de tolerancia que se permitirá para dar inicio a las sesiones.
- posteriormente retomara los procedimientos señalados en la fase intermedia y en la fase de terminación. (se sugiere recontratar sólo en dos ocasiones).

#### 3.4.6. Monte Fénix. Un modelo de atención

En México existen desde hace ya varios años instituciones privadas que ofrecen atención especializada a personas con problemas de adicción.

Dichas instituciones diseñan y desarrollan programas de atención múltiple e interdisciplinaria, los cuales a través de la experiencia han ido modificando con la finalidad de obtener mejores resultados. Monte Fénix es una de ellas y a continuación detallaremos las características que la han hecho sobresalir.

Monte Fénix nace en 1980<sup>51</sup> cuando sus fundadores, conscientes de la enorme

---

<sup>51</sup> <http://www.supernet.com.mx/montefenix/>

problemática del alcoholismo, deciden fundar una Institución para rehabilitar personas que padecen esta enfermedad; y en 1985, al observar que el problema de dependencia a otro tipo de sustancias iba en aumento ampliaron sus servicios para dar cobertura al tratamiento de todo tipo de dependencia a sustancias.

La adicción al alcohol y a otras drogas es una enfermedad que requiere de atención integral la cual debe ser proporcionada por un equipo multidisciplinario formado por terapeutas especialistas en adicciones, terapeutas familiares, médicos y enfermeras que brinden pacientes un trato digno y respetuoso.

En el Centro de Integración para Adictos y Familiares Monte Fénix AC, se crea un modelo de tratamiento que pone énfasis en las potencialidades del ser humano para renacer hacia una nueva vida.

El modelo de tratamiento del Centro de Tratamiento Monte Fénix, surgió de las ideas originales de su fundadora y de sus primeros colaboradores, así como de las ideas procedentes de diferentes modelos de tratamiento observados en Estados Unidos, dentro de los que se destaca el Modelo Minnesota. En su momento esta alternativa representó una modalidad específica e innovadora para el problema del alcoholismo en nuestro país y a lo largo de 24 años Monte Fénix ha logrado consolidar su propio modelo de tratamiento conocido como “Modelo Las Flores”.

Para Monte Fénix la rehabilitación no sólo consiste en superar la adicción sino en un crecimiento emocional, que implica un nuevo y mejor estilo de vida.

## TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es iniciar el proceso de rehabilitación de la persona que padece la enfermedad de la adicción y de su familia mediante el reconocimiento de su enfermedad y la recuperación de sus valores personales, familiares, espirituales y laborales.

**Fase 1: Valoración, Diagnóstico y Desintoxicación**

Al ingresar a Monte Fénix, el equipo evalúa las necesidades físicas y emocionales del paciente para desarrollar su plan de tratamiento individual. Durante esta fase, el equipo médico lleva a cabo su desintoxicación y supervisa su estabilización física, mientras que el equipo terapéutico detecta las áreas que tanto el paciente como su familia necesitan trabajar. El paciente se integra lo más rápidamente posible al programa de actividades con sus compañeros. La familia participa en dinámicas y pláticas que facilitan la comprensión del proceso de tratamiento. Duración aproximada: 1 semana.

**Fase 2: Tratamiento de Rehabilitación**

Durante esta fase, el paciente participa en terapia individual y grupal, actividades terapéuticas y dinámicas con su familia. También asiste a pláticas educativas y grupos de autoayuda que promueven su interacción con otros y le ayudan a elevar su autoestima. Simultáneamente la familia recibe apoyo terapéutico y participa en la Semana Familiar. Durante esta fase el tratamiento es de carácter intensivo. Duración aproximada: 4 semanas.

**Fase 3: Tratamiento Continuo**

Una vez concluida la Fase 2, el paciente continúa participando en sesiones de terapia grupal durante un año, y su familia durante seis meses. Así mismo, participan en sesiones de terapia especializada en el Programa de Prevención de Recaídas.

**SEMANA FAMILIAR**

Es un curso intensivo encaminado a la recuperación personal de los familiares, con la finalidad de lograr una mejor comprensión de lo que es la enfermedad y de lo que gira en torno suyo, y de ese modo desarrollar habilidades y estrategias que permitan el establecimiento de patrones sanos de comunicación e interacción.

## SEMANA INFANTIL

Taller psicoterapéutico dirigido por personal capacitado en el cual los niños tienen la oportunidad de expresar sus sentimientos, pensamientos y realizar actividades en un ambiente seguro que propicien el entendimiento de la adicción como una enfermedad de la cual no es culpable, ni responsable.

## INTERVENCIÓN

Este proceso terapéutico involucra al adicto y a las personas vinculadas con él, siendo un método sin enjuiciamientos ni reclamos para motivar e inducir al adicto a iniciar un tratamiento. En este proceso se incluyen miembros de la familia o amigos quienes son entrenados por un especialista acerca de cómo reunir las observaciones que tienen del adicto. Estas observaciones se conducen de manera sensible y cuidadosa por un especialista para que la intervención se realice con éxito.

## OTROS SERVICIOS

La Fundación Monte Fénix ofrece a escuelas, empresas, organizaciones y público en general diversos programas de conferencias y pláticas encaminadas a difundir los diferentes aspectos de la enfermedad de la adicción, así como sus consecuencias físicas y sociales.

### 3.5. FARMACOTERAPIA

#### 3.5.1. PROCESO DE DESINTOXICACIÓN

Se trata de un procedimiento terapéutico que se define genéricamente como la *remoción de las sustancias tóxicas del organismo*.<sup>52</sup> Su objetivo es promover la eliminación del metabolismo de los fármacos utilizados, a fin de restablecer los mecanismos normales de las funciones corporales, creando con ello las condiciones para iniciar el tratamiento de

---

<sup>52</sup> Quijano E. M., Díaz Barriga S. L., 1997, *Historia Clínica Psiquiátrica codificada para adicciones*, Centros de Integración Juvenil, México.

la dependencia psicofísica denominada adicción. Dado que el proceso de desintoxicación puede precipitar en algunos casos un síndrome de abstinencia, resulta pertinente anticiparse a esta eventualidad.

Este proceso no debe considerarse como sinónimo del tratamiento de la adicción a sustancias, aunque puede representar el primer paso en el abordaje terapéutico de este problema. La mayor parte de las veces es preferible tratar simultáneamente la dependencia e intoxicación; no obstante, en muchas ocasiones no es posible distinguir claramente en qué momento comienza o termina una u otra etapa.

Durante tratamiento de desintoxicación es necesario un abordaje multidisciplinario que contemple los complejos factores biológicos, psicológicos y sociológicos subyacentes al consumo de drogas.

### 3.5.2. Principios básicos del tratamiento de desintoxicación.

Incluye una serie de principios generales a tener en cuenta en el momento de plantear un tratamiento de desintoxicación.

1.- Evaluación del estado físico y psicopatológico del paciente a fin de determinar su inclusión o no en un programa de desintoxicación, el medio en el cual se va a desarrollar y las técnicas que utilizará en cada caso. Por todo ello, debe realizarse una correcta exploración física y psicopatológica con las pruebas complementarias necesarias a fin de determinar si existe alguna enfermedad intercurrente o algún trastorno psicopatológico que pudiera dificultar el proceso terapéutico.

2.- la historia clínica debe incluir:

- a. historia toxicológica de todas las drogas consumidas (incluyendo tabaco y alcohol) especificando para cada una de ellas dosis media de consumo, vía de administración, frecuencia de consumo, dosis actuales, antigüedad del consumo y en caso de estar abstinentes tiempo transcurrido desde la última administración.

También deben registrarse los tratamientos de desintoxicación realizados con anterioridad.

- b. Antecedentes médicos, quirúrgicos y los técnicos incluyendo hospitalizaciones previas.
- c. Exploración física detallada para descartar la presencia de patología orgánica.

### 3.- Historia psicosocial.

Incluye la práctica de exploración psicopatológica que evalúe minimamente trastornos en el estado de ánimo, riesgo de suicidio, capacidad de autocontrol, hostilidad, y en general los posibles trastornos conductuales que puedan existir. Aunque no es imprescindible realizar un depurado diagnóstico psiquiátrico, sí debe determinarse la existencia de algún trastorno psiquiátrico y en su caso remitir al paciente a un especialista para una evaluación más minuciosa.

También debe contemplarse en este apartado una evaluación del funcionamiento social del paciente (actividad laboral, historia académica, historia familiar, actividades sociales, relaciones interpersonales, situación legal, actividades delictivas, consecuencias legales policiales...).

### 4.- Examen físico.

Debe tener particularmente en cuenta la posibilidad de enfermedades infecciosas, alteraciones pulmonares y cardiovasculares y complicaciones hepáticas, renales o dermatológicas secundarias a la adicción.

5.- La evaluación del estado mental debe incluir orientación auto y alopsíquica, curso y contenido del pensamiento, estado de ánimo, alteraciones en la sensopercepción y capacidad de razonamientos.

6.- las pruebas complementarias están en función de los hallazgos de la historia médica y del examen psicopatológico.



7.- en base al diagnóstico realizado en el periodo de admisión el profesional que vaya dirigir el tratamiento debe plantear el mismo al paciente para que éste decida su aceptación o rechazo.

8.- debe garantizarse al paciente la confidencialidad de toda la información que va generar su tratamiento, sin esta premisa difícilmente podría establecer una correcta relación terapeuta paciente.

9.- hay que tener en presente que los síntomas que aparecen en la abstinencia pueden ser tanto físicos como psíquicos.

### 3.5.3. Desintoxicación ambulatoria o intrahospitalaria

Para determinar cual es el medio más apropiado donde llevar a cabo un tratamiento de desintoxicación hay que tener presente las variables de tipo toxicológico (dosis actual), estado físico y psicológico así como de los recursos de que dispone el paciente, tanto a nivel individual como social.

### 3.5.4. Opiáceos

El término opiáceo describe genéricamente a un grupo de psicotrópicos naturales o químicamente relacionadas con el opio, que al igual que este se obtienen de la planta *papaver somniferum* (adormidera). Tales sustancias tienen una estructura y/o efectos similares a los de la morfina; tanto ésta como la codeína son alcaloides del opio y se encuentran de manera natural presentes en la sustancia.<sup>53</sup>

#### 3.5.4.1. Tolerancia y dependencia

La capacidad de los opiáceos para producir tolerancia, abstinencia y por tanto adicción, ha sido demostrada tanto en el hombre como en animales de experimentación. La

---

<sup>53</sup> Ibidem

dependencia se establece en un tiempo relativamente corto respecto a otros fármacos de abuso.

En el humano, dosis terapéuticas analgésicas repetidas han provocado dependencia y aunque en un principio del régimen terapéutico pueden experimentarse ciertos efectos colaterales, estos disminuyen al hacerse uso crónico del producto, predominando los efectos placenteros. De hecho la dependencia puede establecerse a partir de la utilización de casi todos los opiáceos, siempre y cuando la administración sea continua o bien iniciada a dosis altas.

#### 3.5.4.2. Síndrome de intoxicación

El estado de intoxicación puede ser causado por cualquiera de los opiáceos. En México la heroína, la codeína (Coderit) y el dextropropoxifeno (Darvón) son los agentes responsables de este cuadro la gran mayoría de las veces.

La intensidad el síndrome de intoxicación depende de la pureza y concentración de las sustancias, al igual que de variables biológicas propias del sujeto –peso, talla, sexo y tolerancia, entre otros- aunque las circunstancias ambientales en las que se administra la sustancia, parecen tener gran importancia a nivel de las manifestaciones de la intoxicación.

#### 3.5.4.3. Tratamiento

El tratamiento de un síndrome de intoxicación por opiáceos puede efectuarse en la consulta externa lo mismo que en un hospital. La decisión deberá tomarse con base en el estado físico del paciente y la gravedad del cuadro que presente, lo cual se determina por la valoración de la intensidad de su intoxicación y los riesgos de su manejo.<sup>54</sup> De ahí la importancia de hacer un buen interrogatorio y exploración clínica. Otras variables por considerar para el manejo son la disponibilidad de la familia para apoyar el tratamiento y

---

<sup>54</sup> Katzung, B. G., 1991, *Farmacología básica y clínica, 4ta. Edición, El Manual Moderno, México.*

su capacidad para reconocer las necesidades de participar tanto en la reducción de posibles complicaciones tempranas como a largo plazo.

Desde una perspectiva integral el tratamiento en unidades de consulta externa comprende: primero un manejo farmacológico o la inclusión del paciente en algún proyecto de psicoterapia individual, familiar o grupal. Se debe señalar que el tratamiento del síndrome de intoxicación debe considerar por lo menos dos aspectos esenciales:

1. Valorar si el sujeto se encuentra intoxicado con una sobredosis que puede poner en peligro su vida y que por tanto, requiere la reversión específica de la intoxicación.
2. Determinar si la intoxicación no pone en peligro la vida, en tal caso, el manejo del episodio representa el primer paso para llevar a cabo un tratamiento del problema de la farmacodependencia.

### 3.5.5. Marihuana

Se trata de una planta de origen asiático que puede actuar como alucinógeno en función de la dosis y que ahora se encuentra ampliamente distribuida en todo el mundo.<sup>55</sup>

#### 3.5.5.1. Tolerancia y dependencia

El uso crónico e intenso de la sustancia induce el desarrollo de cierto grado de tolerancia. Los signos de ésta pueden ser observados por la disminución de los efectos de la sustancia en el sistema cardiovascular después de un tiempo de uso continuo. La tolerancia se presenta en grados variables en los distintos efectos de la sustancia; los efectos de tolerancia más rápidos se observan en la taquicardia. Los fumadores crónicos tienden a experimentar con menor intensidad los efectos preceptuales y de la esfera motora.

Debido a la controversia que muestran los estudios al respecto no se puede asegurar que la marihuana cause dependencia física, si bien está ampliamente establecida su

---

<sup>55</sup> *Ibidem.*

capacidad para provocar dependencia psíquica; además, se sabe que, como el alcohol, es una “puerta de entrada” al consumo de muchos otros psicotrópicos, solos o combinados.

#### 3.5.5.2. Síndrome de intoxicación

La intoxicación puede ser causada por varios productos, de entre ellos, las hojas secas de *cannabis* o la resina del *hachís*. En México la marihuana es consumida con mayor frecuencia en forma de cigarrillos; el *hachís* también se consume aunque en una medida mucho menor.<sup>56</sup>

La intoxicación por marihuana ocurre después de la inhalación o ingestión de productos que contengan TCH. Pero la intoxicación es, la mayor parte de las veces, autolimitada y no pone en peligro la vida del sujeto en forma directa. En general, las intoxicaciones más rápidas y severas se generan a partir de la inhalación del humo de los cigarrillos de la marihuana y en algunos casos, la inhalación produce un estado de intoxicación capaz de inducir estados de pánico. En personas susceptibles ha desencadenado cuadros psicóticos que han ameritado tratamiento hospitalario.

#### 3.5.5.3. Tratamiento

La intoxicación leve no requiere tratamiento, ya que por lo general se atenúa y desaparece rápidamente. Pero en la intoxicación severa o en los cuadros de pánico el uso de ansiolíticos puede estar indicado. En los cuadros psicóticos con agitación psicomotora, puede requerirse un tratamiento a base de haloperidol (haldol).<sup>57</sup>

#### 3.5.6. Sedantes, Hipnóticos y Ansiolíticos

Los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos comprenden varios grupos químicos de sustancias que mantienen ciertos efectos semejantes que convergen y se definen por una disminución de la actividad global del SNC. Se incluyen en este grupo, básicamente las

---

<sup>56</sup> Ibidem

<sup>57</sup> Ibidem.

benzodiazepinas y barbitúricos como sustancias prototípicas de ese grupo de fármacos; estos son los fármacos de abuso más frecuentemente involucrados en la intoxicación aguda en la mayor parte de los países del mundo.

En México,<sup>58</sup> el síndrome de intoxicación por psicotrópicos depresores, (sedantes, hipnóticos y ansiolíticos) más observado en los ámbitos clínicos es causado por la ingestión de benzodiazepínicos. La intoxicación por barbitúricos es poco frecuente.

#### 3.5.6.1. Tolerancia y dependencia

La ingestión crónica de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos general el desarrollo de dependencia, tanto de tipo físico, como de tipo psicológico, es decir promueve la adicción.

#### 3.5.6.2. Síndrome de intoxicación

La intoxicación puede ser causada por diversos fármacos aun cuando sean usados con propósitos médicos. Las características clínicas de la intoxicación por barbitúricos, benzodiazepinas y otros depresores, son similares, si bien tienen distinta potencia. Es importante destacar el hecho de que los efectos de todas estas clases de sustancias son adictivos, por tanto no es recomendable mezclarlos.

#### 3.5.6.3. Tratamiento

El pronóstico suele ser severo a menos que la ingestión de benzodiazepinas o barbitúricos se descubra rápidamente y se instauren las medidas terapéuticas adecuadas, de esta manera estos episodios pocas veces terminan en la muerte. El tratamiento varía de acuerdo a la gravedad de la intoxicación.

---

<sup>58</sup> Ibidem

Como regla general un paciente debe permanecer bajo observación varias horas antes de decidir si se trata en la consulta ambulatoria y una vez que se está seguro de que la intoxicación no progresa.

### 3.5.7 Cocaína

La cocaína es una sustancia que se obtiene de las hojas de la planta *Erythroxylon coca*, así como de otras especies del mismo género.

Su estructura básica es la misma que la de los anestésicos sintéticos, de ahí que comparte con ellos algunas propiedades de ese tipo; a pesar de esto, los nuevos anestésicos de síntesis tienen grandes ventajas sobre la cocaína, en especial al respecto de su potencial de abuso. Por ello en la actualidad la cocaína no tiene uso terapéutico y en la mayor parte de los países del mundo se considera un psicotrópico de producción de consumo ilegal.

La intensidad de dependencia limita el campo conductual de los usuarios de tal forma que invierten grandes esfuerzos tiempo y dinero, para conseguir el psicotrópico. Las conductas más frecuentemente observadas son: gastos de sumas considerables para la obtención de la sustancia, venta de otros psicotrópicos para hacerse de recursos económicos y venta de servicios sexuales.

#### 3.5.7.1. Tolerancia y dependencia

No está claro aún si se desarrolla un mecanismo fisiológico de tolerancia a la cocaína, pero algunos farmacodependientes llegan a consumir hasta 10 g/día. Al parecer existe cierto grado de tolerancia cruzada con otros psicotrópicos como los anfetamínicos y la cocaína por su estrecha relación estructural y defectos.

No obstante, parece que la dependencia psicofísica en correlación con el fenómeno de tolerancia se establece rápidamente sobretodo en el caso de consumo de cocaína endovenosa y del crack, en donde la conducta de búsqueda del psicotrópico puede llegar a ser muy intensa aún a poco tiempo de haberse iniciado el consumo. La intensidad de la dependencia a esta sustancia limita el campo conductual de los usuarios, de tal forma que

invierten grandes esfuerzos, tiempo y dinero para conseguirla. Tanto la heroína como la cocaína parecen ser los psicotrópicos que con más rapidez tienden a crear autoadministración y dependencia.

#### 3.5.7.2. Síndrome de intoxicación

Los usuarios de cocaína en México recurren con mayor frecuencia al uso de su forma en clorhidrato para la aplicación nasal. Las otras vías de administración no se observan a menudo y el consumo de crack es muy limitado al igual que de la pasta básica de cocaína.

La rapidez de presentación de los síntomas de intoxicación dependen básicamente del tipo y calidad de la sustancia y vía e administración empleada, existiendo algunas diferencias en la rapidez de acción del crack, el cual parece inducir una intoxicación más rápida e intensa de los otros preparados.

#### 3.5.7.3. Tratamiento

Como inicio el tratamiento del síndrome de intoxicación de cocaína es necesario considerar las posibles alternativas para su desintoxicación ya sea un medio ambulatorio o en servicio hospitalario.<sup>59</sup>

La decisión de hospitalizar a un paciente debe basarse en la severidad del síndrome de intoxicación, la preocupación clínica por un probable daño a ciertos órganos, o la necesidad de un tratamiento u observación continuados que requieran recursos humanos y materiales específicos. Los pacientes que presentan hipertermia y crisis convulsivas, estado de coma, o alteraciones psicóticas deben ser ingresados a una unidad hospitalaria.

---

<sup>59</sup> Ibidem

La toma de decisiones hacia una u otra alternativa depende de una minuciosa evaluación física y mental del estado del paciente.

El tratamiento del síndrome de intoxicación por cocaína y sus complicaciones es básicamente farmacológico. Los objetivos se dirigen al alivio de los síntomas de ansiedad, agitación y de las alteraciones en la tensión arterial y el pulso.

### 3.5.8. Anfetamínicos (simpaticomiméticos)

Se incluyen todos aquellos medicamentos estimulantes del tipo de los anfetamínicos o psicotrópicos de acción similar genéricamente denominados xantinas, tales como la cafeína, la teobromina (del chocolate), la teína y el mate (de la hoja de la coca), cuyos efectos farmacológicos causan activación del sistema nervioso simpático, de ahí su nombre, aunque estos no tienen igual potencia estimulante.

En México<sup>60</sup> los anfetamínicos se prescriben con diversos fines, pero todos ellos poseen un menor o mayor grado de potencialidad para causar dependencia. Los anorexígenos, son fármacos usados con frecuencia para controlar la obesidad y producir una reducción de peso corporal; los antiparkinsonianos (trihexifenidili y biperiden) son utilizados en psiquiatría y neurología por sus efectos psicofarmacológicos; y el metilfenidato y la pomolina son útiles en campo de la psiquiatría infantil. La mayor parte de ellos son objeto de abuso en la población de farmacodependientes.

#### 3.5.8.1. Tolerancia y dependencia

Existe tolerancia cruzada entre anfetamínicos. La tolerancia a los efectos anorexígenos y estimulantes han reportados ampliamente en la literatura científica desde hace años.

---

<sup>60</sup> Ibidem.



Cuando se utilizan dosis mayores y más frecuentes a las habituales y existe tolerancia, aparecen signos y síntomas de toxicidad. Las manifestaciones clínicas se observan en la primera hora del consumo y la rapidez de la instauración dependerá de la vía de administración utilizada. La dependencia psicológica parece desempeñar un papel importante en la continuación del consumo de estos estimulantes.

### 3.5.8.2. Síndrome de intoxicación

La intoxicación por anfetamínicos es muchas veces indistinguible de la producida por cocaína, pero en general, la intoxicación por simpaticomiméticos no produce euforia a diferencia de la intoxicación por cocaína.

### 3.5.8.3. Tratamiento

Los efectos más graves no son los conductuales sino las alteraciones cardiovasculares causadas por el efecto simpaticomimético de estos fármacos y a menos que la dosis ingerida sea extremadamente alta y no exista tolerancia, los efectos conductuales pueden ser controlados.

El primer aspecto del tratamiento es la consideración de la gravedad del cuadro, para lo cual se toma en cuenta la dosis, la historia de intoxicación del individuo, la ausencia de complicaciones físicas y la evolución favorable de la intoxicación.<sup>61</sup>

Los pacientes que desarrollan fiebre, arritmias cardíacas, agitación psicomotora, elevación no controlable de la tensión arterial, deterioro progresivo de la conciencia o datos neurológicos sugestivos de un accidente cerebro vascular, deben ser ingresados a un hospital de forma inmediata.

El tratamiento es parecido al manejo del cuadro causado por cocaína.

---

<sup>61</sup> Ibidem

### 3.5.9. Cafeína (Xantinas)

La cafeína, teofilina y la teobromina son tres alcaloides de origen vegetal con propiedades semejantes entre sí. El café, té, cocoa y mate de consumo preponderante en sudamerica, tienen más o menos las mismas sustancias genéricas productoras de estimulación nerviosa central y periférica, que en su acción resulta semejantes a la cola con la que se hacen bebidas refrescantes.

#### 3.5.9.1. Tolerancia y dependencia

Se produce algún grado de tolerancia a las Xantinas especialmente en relación con la estimulación salival y gástrica, lo mismo que con los disturbios del sueño que se producen por la estimulación del SNC.

La habituación a estos estimulantes es casi la regla sobre todo si se considera que las personas que las consumen lo hacen por lapsos muy amplios en años y mantienen su consumo en forma muy semejante durante esos periodos.

La indulgencia social y médica respecto de estos preparados es universal, por lo que se ha restado mucha importancia al efecto de la tolerancia producida por el consumo crónico del psicotrópico y en especial por la dependencia que producen.

#### 3.5.9.2. Síndrome de intoxicación

Dosis importantes mayores de un gramo de cafeína u otras xantinas, según sea la vía de administración usada producen cuadros inmediatos de elación y manías. Generalmente se aprecian afectaciones directas sobre el aparato circulatorio y el SNC. Inquietud, insomnio y síntomas de excitación son inicialmente las primeras muestras del cuadro. Posteriormente, son comunes los trastornos sensoriales del tipo de las ilusiones auditivas y visuales. Los músculos se ponen hipertónicos, se acelera la respiración produciendo una moderada taquipnea.

Si el cuadro es severo, la evidencia de un estado tóxico se aprecia por las características conductuales del episodio que evoluciona rápidamente a un estado de sed irresistible, vómito pertinaz, hiperreflexia, agitación maniaca, convulsiones, estado de choque y en ocasiones la muerte.

### 3.5.9.3. Tratamiento

El manejo de la intoxicación por cafeína es básicamente por medio de sedante, hipnóticos y ansiolíticos a dosis convencionales. Las benzodicepinas, son los medicamentos de elección para los manejos de estos casos, especialmente de los leves.<sup>62</sup>

Los casos graves que son raros, requerirán de un tratamiento sintomático si las alteraciones son cardiovasculares, como taquicardia, hipertensión, etc.

### 3.5.10. Alucinógenos

Son sustancias cuyo efecto se ejerce casi totalmente sobre los centros de integración sensorial y perceptual del SNC, por lo que distorsionan las funciones relacionadas con la llegada e interpretación de estímulos sensoriales. Su actividad es variablemente estimulante, depresora, alucinógena o simpaticomimética.

#### 3.5.10.1 Tolerancia y dependencia

A pesar de que en varios textos de la especialidad se consigna de que no existe propiamente un estado de dependencia física ni psicológica, algunos autores señalan que la génesis de dependencia a los alucinógenos es aún controversial.

---

<sup>62</sup> Ibidem

### 3.5.10.2. Síndrome de intoxicación

En este país los alucinógenos más frecuentemente consumidos son la psilocibina, la mezcalina y el LSD. La intoxicación con psilocibina no dura más de tres horas mientras que el LSD y la mezcalina mantienen su efecto a lo largo de 12 hrs. continuas.

La mayor parte de las intoxicaciones son autolimitadas pero en algunos sujetos se producen episodios de pánico con agitación psicomotora que llegan a persistir hasta 24 hrs. Estos episodios consisten en ansiedad extrema, delirios, paranoia, ataques de pánico, impulsos suicidas y alucinaciones terroríficas.

### 3.5.10.3 Tratamiento

Dado que la mayoría de las intoxicaciones por alucinógenos no persisten más allá del medio día, el tratamiento no es necesario excepto en aquellos casos en los cuales existe severa agitación psicomotora que pone en peligro, tanto al paciente, como a otra persona. El tratamiento de las intoxicaciones autolimitadas debe ser hecho en la consulta externa. En esos casos existen dos alternativas terapéuticas:<sup>63</sup>

- 1.- El uso de tranquilizantes benzodiazepínicos.
- 2.- El uso de neurolépticos a dosis bajas.

### 3.5.11. Disolventes volátiles

Denominados comúnmente como inhalantes, inhalables, solventes, etc.; forman un amplio grupo, de sustancias destinadas fundamentalmente al uso industrial cuyas formulas y estructuras varían, pero que no obstante comparten características farmacológicas en relación para su consumo toxico.

Los inhalables son sustancias contenidos en pegamentos, lacas, removedores de pintura, quita esmaltes y líquidos limpiadores; estos son los productos de mayor abuso utilizados para producir estados de intoxicación.

---

<sup>63</sup> Ibidem.

### 3.5.11.1. Síndrome de intoxicación

En México la mayor parte de las intoxicaciones por disolventes volátiles son voluntarias. La intoxicación es causada por el ingreso de los disolventes volátiles, contenidos en la sangre, hacia el SNC. De modo que los síntomas son resultado del efecto tóxico de las sustancias sobre las estructuras cerebrales.

### 3.5.11.2. Tolerancia y dependencia

El consumo de estos tóxico induce al fenómeno de tolerancia, manifestado como refractariedad sintomatológica. La dependencia que se establece con el uso continuado de estas sustancias parece ser fundamentalmente de tipo psicológico, y no se ha logrado esclarecer la existencia de un síndrome de abstinencia formal, aunque se sospecha. Cabe señalar que cuando se caracteriza a los factores psicológicos como causa de dependencia, no debe interpretarse necesariamente como de menor gravedad frente a la dependencia física, ya que uno u otro son capaces de mantener el ciclo adictivo por igual, siendo más grave aun cuando lo refuerzan ambos.

### 3.5.11.3 Tratamiento

La mayoría de las intoxicaciones no severas pueden ser tratadas en la consulta ambulatoria, siempre y cuando no existan complicaciones médicas o psiquiátricas que ameriten la derivación de la persona a un servicio de emergencia.<sup>64</sup>

El tratamiento en la consulta externa debe decidirse con base en los resultados del examen físico y la exploración psiquiátrica. Debe evitarse el uso de medicamentos, dado que la intoxicación desaparece rápidamente.

No existe un tratamiento específico de la intoxicación por disolventes volátiles, las medidas deben dirigirse a la corrección de las alteraciones que acompañan estos episodios. Si el paciente presenta deterioro o pérdida de la conciencia, debe evitarse la aplicación de fármacos, especialmente aquellos que potencia el estado de depresión nerviosa. En este caso es necesario registrar frecuentemente los signos vitales.

---

<sup>64</sup> Ibidem

## CONCLUSIONES

La farmacodependencia constituye un grave problema de salud pública que afecta la vida social, familiar y laboral del usuario de drogas en diversos grados. En nuestro país, este fenómeno se ha ido expandiendo en forma paulatina, señalando a la adolescencia como la edad de inicio más frecuente en el consumo de drogas tanto para los usuarios experimentales, como para aquellos que evolucionan en adicciones más severas.

El uso y abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y la estabilidad social. Aunque en la actualidad toda sociedad está expuesta a las drogas, hay grupos más vulnerables que otros a sufrir daños provocados por su uso, como los niños y los jóvenes quienes pueden truncar su posibilidad de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos de vida.

El uso frecuente de cualquier droga está asociado con serios problemas de inmadurez y falta de ajuste emocional y social en los jóvenes consumidores de drogas. Es de suponer que los jóvenes de personalidad más estable pueden alejarse de las drogas, debido a que van superando las crisis propias de la adolescencia, ya que van creciendo en madurez personal mediante contacto individual y de grupo. Por lo tanto los jóvenes con severos problemas emocionales y de conducta pueden desarrollar dependencia psicológica a las drogas, debido a que se refugian en la fantasía como escape a problemas personales e interpersonales.

La adolescencia es una etapa crucial de todo ser humano donde se determinan aspectos de la personalidad del individuo así como las conductas que presentara en su vida futura. El adolescente se caracteriza por su inestabilidad y su contradicción que son índices de su inmadurez, mostrando que no está seguro de sí mismo y trata de adaptarse a la situación que debe asumir en su grupo social.

Pueden presentarse crisis emocionales por los inevitables cambios corporales y psicológicos, llegando a crear serias alteraciones en el sentimiento de identidad y

desencadenar conductas que constituyen defensas contra esas crisis. Estas se pueden transformar en dependencia a alguna droga, actos delictivos, presentando bajo control ante situaciones frustrantes, falta de responsabilidad, agresividad, de adaptación familiar, social, cultural, escolar.

Por lo general el mexicano, desde su infancia tiene que enfrentarse a una vida con características especiales, en los primeros años de vida se encuentra muy cercano a la madre y posteriormente, en algunos casos, se desplaza hacia un mundo externo hostil donde es preciso luchar duramente para subsistir, en ocasiones la figura del padre esta ausente, o bien puede ser eventual y transitoria.

Ante los conflictos personales y familiares, los jóvenes se enfrentan a un medio ambiente poco favorable, por lo que adoptan la cultura de los jóvenes, participando en grupos que les brindan la oportunidad de compartir sus problemas proporcionándoles apoyo y comprensión.

Dentro de su situación de grupo, el adolescente puede tener un sentimiento de poder, pertenencia y seguridad, aprende a enfrentarse a otros y obtiene recompensas, prestigio y libertad de movimiento.

Los adolescentes farmacodependientes obtienen pocas satisfacciones de su medio, tienen una autoimagen devaluada, no cuentan con recursos suficientes para resolver sus problemas, su tolerancia a la frustración ante situaciones de la vida diaria es mínima, por lo tanto están expuestos a integrar un grupo donde las drogas son su única oportunidad de huir y alejarse, al menos temporalmente, de sus problemas diarios.

El grupo de amigos es uno de los determinantes fundamentales del desarrollo del adolescente. Los iguales permiten crear normas de conducta y mecanismos que mantienen esas normas, ofrecen al adolescente la oportunidad de experimentar y resolver problemas de socialización mientras pasa de la influencia familiar a la vida adulta. Debido a su relevancia, la amistad en la adolescencia se utiliza como variable explicativa en la influencia predominante en el consumo de drogas, tipo de música o formas de vestir.

Es de preverse que el problema seguirá en aumento debido a que no se puede frenar el incremento de la población joven, influyendo además, una serie de factores de riesgo derivados de las transiciones sociales. Por lo tanto, la demanda de tratamiento se amplía con el desarrollo de la dependencia a las drogas y otros tipos de problemas de salud por parte de la creciente población que se inicia en el consumo a edades cada vez más tempranas.

La aproximación terapéutica más eficaz para el tratamiento del adolescente farmacodependiente es no establecer como meta prioritaria del tratamiento la abstinencia o la disminución de la ingesta, sin antes haber trabajado aspectos que fortalezcan la organización yoica y las redes sociales de apoyo del adolescente.

El concepto de la relación terapeuta-paciente resulta fundamental, traduce una abstracción que incorpora lo que el terapeuta y el paciente piensan, sienten y se hacen el uno al otro, en tanto personas que ponen en juego su individualidad en la relación terapéutica. Por eso los componentes afectivos deben ser observados con absoluta objetividad, tan necesaria para apreciar correctamente los síntomas del paciente y distinguirlo de sus fantasías como para justificar el aspecto puramente emocional, sin prejuicios, sino como atributos deseables del terapeuta.

Es pertinente señalar a la familia que al término de una determinada terapia o de un período de internamiento el paciente puede volver a usar drogas, a reunirse con sus amigos, a no trabajar o estudiar, las expectativas familiares son exageradas y poco realistas, apoyándose posiblemente en el concepto del modelo médico (internamiento = curación) que los lleva a esperar que el paciente "sale curado" al ser dado de alta de su enfermedad.

Las investigaciones han establecido la relación que el consumo de drogas tiene con los tres principales ámbitos de vida del adolescente: la familia, la escuela y el grupo de iguales. El apego a los padres, la disciplina consistente y la existencia de modelos adecuados en el



hogar pueden ayudar en la prevención del consumo de drogas en los adolescentes. En el ámbito escolar es fundamental que el adolescente tenga un elevado nivel de satisfacción escolar, que desarrollen alguna actividad extracurricular: deportes, danza, teatro, pintura, recreaciones, alcances y limitaciones, que facilite la integración y aumente la motivación escolar del sujeto, al mismo tiempo que se vincula con compañeros deseables. Entrenar al adolescente en habilidades sociales y pautas de comportamiento puede capacitarlo para enfrentarse adecuadamente a las presiones sociales favorables al consumo de drogas.

La encuesta nacional más reciente (2002) sobre adicciones nos indica que, si bien la prevalencia global del consumo de drogas en México es aun baja al compararla con otras sociedades, ésta registra incrementos y tendencias preocupantes: la marihuana se mantiene como una de las principales drogas consumidas y la cocaína se ha extendido a diversos sectores como los jóvenes y los de menores recursos.

La terapia cognitivo conductual es un enfoque a corto plazo que ha mostrado su efectividad en individuos adictos a la cocaína. El proceso de aprendizaje ayuda a reconocer las situaciones más propensas a utilizar la sustancia; a evitar dichas situaciones en la medida de lo posible y a sobrellevar los problemas asociados al abuso de sustancias. Esta terapia puede emplearse tanto individual como grupalmente.

La familia del farmacodependiente juega un papel importante en este problema: las actitudes y patrones de consumo; el tipo y grado de comunicación, respeto y cercanía; la existencia de lineamientos claros y consistentes en las interacciones familiares, de las responsabilidades y atribuciones de cada miembro, contribuyen a aumentar o disminuir los riesgos de consumo del menor. La presencia de una cohesión en la estructura social, familiar y comunitaria, con atención a las necesidades, capacidades y limitaciones de sus miembros parece contribuir de manera importante a evitar conductas destructivas, violentas o de trasgresión.

En la familia, la adicción de uno de sus miembros provoca innumerables problemas de relación que dan lugar a serios trastornos emocionales tanto en el adicto como en quienes conviven con él, por lo tanto el tratamiento no solo debe incluir al farmacodependiente sino a su familia también.

Al incluir a todos los miembros de la familia en la terapia se puede tener una visión global de la dinámica familiar: alianzas, coaliciones, roles, comunicación, reglan, límites, etc., y de esta manera establecer las fortalezas y debilidades que pueden actuar favorable o desfavorablemente durante el tratamiento.

La terapia familiar al igual que otras modalidades de intervención, tiene la capacidad de aglutinar técnicas y recursos para emplearlos en el trabajo terapéutico sin necesidad de afiliarse a ningún principio específico.

Los tratamientos libres de drogas para adictos en una rehabilitación terapéutica estructurada, con implicaciones de sus padres y conciencia por parte del equipo multidisciplinario puede considerarse como un abordaje bien establecido y exitoso. El residente de este tratamiento terapéutico debe participar en el sistema establecido por un periodo de tiempo suficientemente largo a fin de que se beneficie de este mismo tratamiento, mientras más tiempo permanezca el residente en el tratamiento, mejores resultados obtendrá. Alguno autores recomiendan en al menos 12 meses para su tratamiento y seguido de por lo menos otros doce meses para su reinserción donde se pretende que el adicto aprenda a asumir responsabilidades y a responder al estrés de un modo positivo y prepararlos para funcionar en la sociedad sin necesidad de drogarse ni de otras sustancias y aprender a explorar y desenvolverse entre los problemas con que tendrán que enfrentarse tras su alta al tratamiento terapéutico.

Es importante, a nuestro criterio y sobre la base de la lectura revisada, que la implicación de los padres esta firmemente relacionada con un período mas largo de permanencia en el tratamiento y, debido a esto, con mejores resultados. De igual modo no se puede atribuir al

tratamiento todas las mejoras del pos-tratamiento, sino que, influyen significativamente y, aun cuando suene repetitivo, la influencia de la familia y otros influjos sociales externos.

El consumo de drogas es un problema multifactorial que afecta a toda la sociedad en todos los estratos que no es posible definir el biotipo del consumidor ni concretar sus motivaciones. El uso de esta no está limitado a una minoría clase social, grado de educación, edad o sexo el problema radica en saber que hay detrás del consumo de las drogas, en conocer cual es la causa que ha determinado que un hecho individual se haya transformado en un hecho social.

El problema radica en saber que hay detrás del consumo de drogas y por mencionar algunas de estas tenemos: La disponibilidad y facilidad de adquirir drogas, invitación, imitación o presión por el grupo de amigos; evadirse de una realidad traumática, compulsión psicológica que exige satisfacción, protesta contra los esquemas sociales o culturales, falta de especificidad de la estructura psicológica, la necesidad de conformismo de los adolescentes, búsqueda de prestigio o de estatus, la búsqueda fallida de incrementar los placeres, la sensualidad y el hedonismo.

Como es sabido, el uso de drogas se remonta siglos atrás, los antecedentes indican como las drogas eran utilizadas por las civilizaciones antiguas con fines y efectos culturales, religiosos, sociales, medicinales, etc., muy diferentes razones a las que hay existen en nuestra época se conoce el predominio del consumo de drogas. Es en el siglo pasado cuando retoman un gran auge el consumo de drogas en los jóvenes principalmente en la época del jipismo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aguirre, B. A., 1996, *Psicología de la Adolescencia*, Alfa Omega Grupo Editor, S. A. De C.V., México.
2. Anderson, C., Reiss, D., 198 . *Esquizofrenia y Familia*, Amorrortu, Buenos Aires.
3. Balanzario, L.M.C., Díaz N. B., Fernández, C.C., 1995, *Panorama Epidemiológico del Consumo de Drogas en 1993 en México y Estados Unidos de América*, Centro de Integración Juvenil, A.C. México, Vol. 7.
4. Barca, L.A., Otero, L.J.M., Mirón, R.L. y Santorúm, P.R., 1986, *Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. Implicaciones para el tratamiento*, Estudios de psicología, España.
- 5.- Blanquez, R.M.P., 1987, *Consumo de alcohol y cannabis en los escolares de BUP y formación profesional*, Psicopatología, España.
- 6.- Blos, P., 1971, *Psicoanálisis de la adolescencia*, Editorial Joaquín Mortiz, México.
- 7.- Bronet, J.R., García, G.C., Prado, B. Y Vergara A., 1988, *Uso de la guanfacina en el tratamiento de desintoxicación en adictos a heroína*, Psiquis revista de psiquiatría. México.
- 8.- Brown S., Yalom ID.,1977, *Internacional group therapy with alcoholics. J. Stud Alcohol*
- 9.- Cabrera, S.J.A. y Zapata A.R., 1996, *Aportaciones teóricas y prácticas para el conocimiento del farmacodependiente*, Centros de Integración Juvenil. México.
- 10- Cabrera, S.J.A. y Zapata, A.R., 1995, *Experiencias de trabajo con familias de farmacodependientes*, Centros de integración juvenil, México.
- 11.- Cánovas, G., 1997, *Adolescencia y drogas de diseño*, Ediciones Mensajero, S.A., Bilbao España.
- 12.- Capetillo, C., Medina, M. E., 1978, *Evaluación de los Problemas y de los Programas sobre la Investigación sobre el uso de alcohol y drogas (solventes) en México*. Salud Pública en México XX. México.
- 13.- Castro, S.M.E., 1982, *Respuesta de la población estudiantil a tres escalas psicosociales. Comparación entre usuarios y no usuarios de drogas*. Salud Mental, México.

- 14.-Castro, S.M.E., 1991, *Aproximaciones terapéuticas con los adolescentes farmacodependientes*. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Argentina.
- 15.- Castro, S.M.E. y Llanes, B.J., 1998, *Construye tu vida sin adicciones, modelo de prevención, población objetivo: adolescentes tempranos*. CONADIC, México.
- 16.- Centros de Integración Juvenil, A.C., 1995-2000, *El consumo de drogas en Pachuca, Hidalgo. Análisis de condiciones y líneas de acción*.
- 17.- Centros de Integración Juvenil, A.C., 1990-1997, *Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamientos en el C.I.J.*
- 18.- Chacón, M.J.L., Córdova, A.A.J. y Gutiérrez, L.A.D. 1996, *El consumo de drogas en los municipios y delegaciones atendidos por Centros de Integración Juvenil. Análisis de condiciones y líneas de acción*. México,
- 19.- César, E., 1985, *Estudio comparativo de la dinámica familiar en jóvenes inhaladores*. Tesis de Licenciatura, Universidad Iberoamericana, México.
- 20.- Centros de Integración Juvenil, 1990, *Manuales de Terapia para la Adicción a Drogas*, México.
- 21.- Centros de Integración Juvenil, 2001, *Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos*, Tercera Edición, México.
- 22.- Cohen R., 1995, *Subjective Reports of the Effects of the MDMA (ecstasy) Experience in Humans*. Prog. Neuropsychopharmacol and Biol Psychiatry.
- 23.- CONADIC, 1992, *Las Drogas y los Usuarios*, Secretaria de Salud, México,
- 24.- De la Garza, Fidel; 1996, *La Juventud y las Drogas*, Trillas, México
- 25.- De la Garza, Fidel; Mendiola, Ivan; Rábago, Salvador. 1977. *Perfil del inhalador. Trabajo presentado en la segunda reunión internacional fronteriza sobre abuso de drogas y alcohol*. Piedras Negras, Coahuila, México.
- 26.- Días –Barriga L., 1996, *Clasificación y Farmacología de las Sustancias Adictivas*, Mecanograma, Centros de Integración Juvenil, México.
- 27.- Díaz, N.B. y Balanzario, L.M.C. 1997, *El consumo de drogas en México*, Centros de Integración Juvenil, A.C., México.
- 28.- De la Fuente, Ramón., 1972. *El problema de la farmacodependencia*. Gaceta Médica de México.
- 29.- Douvan, E., 1970, *Independence and identity in adolescence*. Children.

- 30.- Elkind, D., 1967, *Egocentrism in adolescence*. Child Developm.
- 31.- Escotado, A., 1992, *Historia de las drogas*, Alianza Editorial, Madrid.
- 32.- Ellenhorn, M., 1997, *Medical Toxicology. Diagnosis and treatment of Human Poisoning*, 2da. Edición, William and Wilkins.
- 33.- Ellenhorn, M., 1993, *Medical Toxicology*, Elsevier, New York.
- 34.- Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana Tomo II, 1976, Editorial Espasa-Calpesa, S.A., Madrid.
- 35.- Fernández, F.A., 1992, *Aspectos del consumo de alcohol en los jóvenes de ambos sexos*. Psicopatología, España.
- 36.- Fernández, Lorenzo, 1998, *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*, Editorial Médica Panamericana, Madrid
- 37.- Galindo, C.M., 1993, *Psicoterapia breve individual*, Centros de Integración Juvenil, A.C., México.
- 38.-García, M.J., 1997, *Riesgos macrosociales de farmacodependencia a nivel mundial y red estratégica de atención en México*, Centros de Integración Juvenil, A.C., México.
- 39.- García, P.G., 1993, *La influencia del grupo de iguales en el consumo de drogas en adolescentes*, Psiquis, España.
- 40.-Gesell, A., F. L. Lig y L. B Ames, 1977, *El adolescente de 10 a 16 años*, Buenos Aires, Paidos.
- 41.- González, R.J.L., 1993, *Psicopatología psicodinámica de la drogodependencia*, Psiquis. España
- 42.- Goodman, L.S. y Gillman T., 1980, *The Pharmacological basis of therapeutics*. Mc Millan, Nueva York
- 43.- Hall, G.S. 1904, *Adolescence*, New York, Appleton-Century-Crofts.
- 44.- Hollingworth, L. S., 1928, *The psychology of the adolescent*. Nueva York, Appleton-Century-Crofts.
- 45.- Harrocks, J. E., 1969, *The psychology of adolescence*, Boston, Houghton Mifflin.
- 46.- Hurlock, Elizabeth., 1994, *Psicología de la adolescencia*, Paidos psicología evolutiva, México.

- 47.- Hurlock, Elizabeth., 1994, *Psicología de la adolescencia*, Paidós psicología evolutiva, México Centros de Integración Juvenil, 1990, *Manuales de Terapia para la Adicción a Drogas*, México
- 48.- <http://páginas.deagrpa.com/suhijousadrogas.htm>
- 49.- <http://www.supernet.com.mx/montefenix/>
- 50.- Séller y Graff, 1968, *Narcotics Dangerous Drugs*. U. S. Dept. Of Justice.
- 51.- Katzung B. M., 1991, *Farmacología Básica y Clínica*, 4ta. Edición, El Manual Moderno, México.
- 52.- Khantzian E., Marck J, 1989, *Alcoholics anonymous and comtemporary psychodynamic theory*. in recent developments in alcoholism, vol 7, Edited Galanter M. New York.
- 53.- Landry, M.J., Smith DE., 1992, *Benzodicepine dependence and withdrawal*, Board Fam.
- 54.-Lara, G.M.C. 1990, *Una alternativa de tratamiento grupal de la farmacodependencia en menores infractores en reclusión* Tesis, UNAM, México.
- 55.-López, S.B.E., 1994, *Estudio de la autoconfianza en un grupo de mujeres adolescentes usuarias y no usuarias de drogas*, Salud Mental, México.
- 56.- Leal H., Mejía L., Gómez L., Salinas de V.O. 1977, *Estudio naturalístico sobre el fenómeno del consumo de inhalantes en niños de la Cd. de México*. Inhalación voluntaria de disolventes industriales. Editorial Trillas. México.
- 57.- Macía Antón, Diego; 1995, *Las Drogas: conocer y educar para prevenir*, Pirámide, Madrid.
- 58.- Masters. R.E.L.; Houston, J., 1976, *The varieties of sychedelic experience*. New York
- 59.- Mata, A., Quiroga, H., 1987, *El modelo de tratamiento: La familia enseñante, aplicado al problema de farmacodependencia en México*, Salud Mental.
- 60.- Medina, M.M.E., 1997, *El abuso de alcohol en estudiantes ¿Qué podemos hacer los padres de familia?*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Consejo Municipal contra las adicciones, Pachuca, Hgo.

- 61.- Medina-Mora, Ma. Elena; Ortiz A., Caudillo C., López. S., 1982, *Inhalación deliberada de solventes en un grupo de menores mexicanos*". Revista Salud Mental 5. México.
- 62.- Monroy, G.A. y Quijano B.E.M. 1990, *Estudio comparativo de síntomas depresivos entre un grupo de adolescentes inhaladores y no inhaladores*, Tesis, Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F.
- 63.- Mora, E.J., 1992, "*De los jóvenes, el alcohol y las drogas*", Revista de Cultura Psicológica.
- 64.- Natera, D.A., 1992, "*La violencia ejercida: farmacodependencia*", Revista de Cultura Psicológica.
- 65.- Navarro Góngora, José, 1995, *Avances en terapia familiar sistémica*, Ediciones Paidós.
- 66.- Navarro, A.R., Contreras, A.A., 1997, *Jóvenes usuarios frecuentes de marihuana en el Distrito Federal*, México.
- 67.- Oxford, J., 1970, *Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions*. New York
- 68.- Organización Mundial de la Salud, 1993. *Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Farmacodependencia*, 28º Informe. Ginebra.
- 69.- Organización Mundial de la Salud, 1992, *Las Drogas y los Usuarios*. Secretaría de Salud/CONACID: México.
- 70.- Ortiz A., y Caudillo, C., 1985, *Alteraciones cognitivas en menores usuarios crónicos de sustancias inhalables. Informe de un estudio experimental*. Salud Pública de México, México.
- 71.-Ortiz, A., 1984, *Estudio del funcionamiento psicológico y social de consumidores de inhalantes que realizan actividades en la vía pública*. Tesis de maestría Facultad de Psicología, Universidad Intercontinental, México.
- 72.- Quijano E.M., Díaz Barriga S. L., 1997, *Historia Clínica Psiquiátrica codificada para Adicciones*, Centros de Integración Juvenil, México.
- 73.- Richards, Louise, G., Sotf Milton, H., Smith Jean P., 1996. *L.S.D.- 25*, A factual account, Washington.



- 74.- Rickels, K., Dowing, R., Lipman R.: 1973, *The Self-Rating Depression Scale (S.D.S.) as a Measure of Psychotropic Drug Response*. Dis. Nerv. Syst.
- 75.- Rojo, L., Iborra, D., Mahiques M., Domínguez, A., y Livianos, L., 1993, *Evaluación Psicopatológica en pacientes adictos a opiáceos ingresados en una unidad de desintoxicación. Asociación de síntomas y valor pronóstico. Un seguimiento de seis meses*. Psiquis.
- 76.- Role, P.J.R. 1992, *Prevención antidroga en los 90': psicoterapeutizar la escuela*. Psicopatología, España.
- 77.- Shapiro D., 1989, *Psychotherapy of the Neurotic Character*, New York.
- 78.- Secretaría de Salud, 2002, *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*, CONADIC, México.
- 79.- San I. Camí J, de Torres S., 1984, *Sobre la desintoxicación y/o deshabituación de pacientes heroínomanos*. Rev. Depto. Psiquiatría, Facultad de medicina. Barcelona.
- 80.- Schnitmann, Luis., 1995, *Tratamiento de las drogodependencias*. Colección psicoanálisis y medicina, Editorial Grupo Cero, Madrid España.
- 81.- Sinder, Solomon H., 1996, *Drogas y cerebro*, Prensa científica, Barcelona.
- 82.- Stanton, M:D., Todd, T., y Cols, 1988, *Terapia familiar del abuso y la adicción a las drogas*, Editorial Gedisa, Barcelona.
- 83.- Stierlin, Ruker, Wetzel y Wirsching, 1981. *Terapia familiar*, Editorial Gedisa, Barcelona.
- 84.- Stone, L. J., y J. Church, 1975, *Niñez y adolescencia, psicología de la persona que crece*. Buenos Aires.
- 85.- Valdez, J.J.A., 1995, *Renacer, un nuevo tratamiento para el alcoholismo y la drogadicción*, Jamer Editores, México.
- 86.- Yaria, Juan Alberto; 1999, *Drogas, postmodernidad y redes sociales*. Universidad del Salvador, Argentina.
- 87.- [www.vivesindrogas.com](http://www.vivesindrogas.com).