



**UNIVERSIDAD NACIONAL**

**AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS**

**SUPERIORES – CAMPUS IZTACALA**

**“FACTORES QUE PROMUEVEN EN LOS JÓVENES EL  
CONSUMO DE DROGAS”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**RICARDO SOLORIO MALAGÓN**

**ASESOR:**

**EDY AVILA RAMOS**

**LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MÉXICO, 2007**



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.

## AGRADECIMIENTOS

Gracias Mamá por tu ejemplo de superación, por tu fortaleza ante las adversidades, por compartir tus logros, por tu apoyo, tu amor, educación y regaños, gracias Victoria Eugenia Malagón Valadéz por ser mi Madre.

Gracias Papá, porque aunque ya no estas presente, también formas parte de este logro, gracias por el amor que me brindaste, por ser parte de mi vida y de mi desarrollo profesional, Gracias Ricardo Solorio Suárez.

Gracias a mi hermano Víctor por estar siempre conmigo, por su apoyo y por impulsarme a lo largo de toda la carrera.

Gracias a mi hermana Maru por su fortaleza ante aquellos que la quisieron perjudicar, gracias a tu ejemplo y apoyo se logro un sueño más.

Gracias a mi hermana Martha por estar a mi lado y compartir su vida y conocimientos.

Gracias a mi tía Male por ser parte fundamental en mi vida, de mi educación y desarrollo, gracias por ser mi segunda Mamá.

Gracias a mis tías Carmelita, Tita y Goyita y a mi tío Beto por su cariño, amor y su apoyo.

Gracias a mí cuñada Rosa y a mi cuñado Marco por escucharme y apoyarme.

Gracias a mis sobrinas Carolina y Jessica, a mis sobrinos David, Armando y Emmanuel porque son parte de este logro y de mi vida, los quiero.

Gracias a Miguel, Cesar y Víctor, por que siempre han sido como mis hermanos.

Gracias a mi primo y padrino Lalo por su cariño.

Gracias a toda la familia Malagón y toda la Familia Solorio por formar parte de este logro.

Gracias a Vianney, Alejandra, Montserrat, Roxana, Karla, Erika, Gina, Sintia, Ivonne por su amistad, por compartir momentos, experiencias y conocimientos, gracias por ser mis amigas.

Gracias a Ricardo, Oscar Daniel, Luís Carlos, Félix, Oscar Uriel, Julián, Michel, Raúl, Rafael, Jesús, Edgar, Gabriel, Leonardo, Einar, Miguel Ángel, Orlando, Josué, Antonio, Emmanuel, David e Israel porque son mis grandes amigos, por compartir logros y fracasos, alegrías y tristezas, gracias amigos por estar siempre que los he necesitado.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la oportunidad de ser parte de esta gran institución, gracias por proporcionarme de conocimientos y darme la posibilidad de desarrollarme personal y profesionalmente.

A todos mis maestros que contribuyeron con sus conocimientos para mi desarrollo profesional.

A todos mis compañeros que compartieron parte de su vida conmigo.

Gracias a Edy Ávila Ramos, que además de ser mi asesor, es un gran amigo, gracias a tus conocimientos y a tus comentarios, gracias a tu accesibilidad y exigencias.

## ÍNDICE

	Pág.
Agradecimientos	
Resumen	
Introducción	
Capítulo I Salud y Psicología	17
1.1 Relación entre Salud y Psicología	18
1.2 Antecedentes Históricos	25
1.2.1 Organización Mundial De La Salud	25
Capítulo II Medicina y Psicología	38
2.1 Relación entre Medicina y Psicología	39
2.1.2 Psicología Clínica	41
2.1.3 Psicoanálisis	45
Capítulo III Definición de Droga y Antecedentes del Uso de Drogas	50
3.1 Definición de Droga	51
3.2 Antecedentes del Uso de Droga	52
3.3. Tipos de Drogas	55
3.4 Efectos Ocasionados por las Drogas	57
3.5 Factores que Estimulan el Uso de Drogas	59
a) Factores Sociales	59
b) Factores Individuales	61
c) Factores Familiares	63
Capítulo IV Consecuencias del Consumo de Drogas en 4 Aspectos:	65
4.1 Tipo de Droga	66
4.2 Personales	66
4.3 Socioculturales	67
4.4 Familiares	69
Capítulo V Tratamiento de la Farmacodependencia	73
5.1 Aspectos del Tratamiento	74
5.1.1 Definición de Tratamiento	74
5.2 Objetivo del Tratamiento	75
5.3 Estrategias de Intervención para los Trastornos Relacionados con el Uso de Sustancias Psicoactivas	76
Capítulo VI Metodología	78
6.1 Método	79
6.2 Resultados	83
6.3 Discusión	89
6.4 Propuesta	90
Referencias Bibliográficas	91
Anexos	95

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue investigar los factores que promueven, en los jóvenes, el uso de drogas; se aplicó un instrumento para conocer que motiva a los jóvenes a consumir alguna droga en 5 planteles de educación medio superior, a pesar de que es un problema de tipo multifactorial, se tomaron en consideración cuatro categorías: tipo de droga, motivos personales, el medio socio-cultural y motivos familiares, encontrándose que el motivo principal que origina que los jóvenes estudiantes de nivel medio superior usen alguna droga, son los motivos familiares.

## INTRODUCCIÓN

En julio de 1946 se fundó la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo de las Naciones Unidas especializado en los aspectos relacionados con la salud, y en su Declaración de Principios se menciona que “el goce del más alto grado de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social”. El 12 de septiembre de 1978 se efectuó una reunión internacional en Alma-Ata, patrocinada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el propósito de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, en el cual se declaró que la salud es un derecho de todo ser humano (Higashida, 1995).

La OMS define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, pero esta definición tiene dos limitaciones:

- Su reducción es el producto de un pensamiento bastante superficial y negativo: enfoca en forma aguda aquello que deseamos evitar (enfermedades), en tanto que deja de lado aquello que todos desean (salud) al describirla de manera muy confusa.
- Su forma no hablada y no escrita, poca gente llega a definir la salud como ausencia de enfermedad con esas mismas palabras, y sin embargo, el endoso tácito de este concepto se refleja en la mayor parte de sus acciones relacionadas con salud (Greene, 1998).

En forma implícita se supone que la salud es el estado que existe cuando las enfermedades no están presentes y que la manera de promover la salud es definir, estudiar, comprender, y por último tratar y prevenir la enfermedad.

La Salud es un “enigma” que desafía ser definida en cualquier sentido preciso y medible, se ve afectada por múltiples factores físicos, mentales, sociales y espirituales que no ha podido ser estudiada con eficacia (Higashida, 1995).

El objetivo principal de la Psicología es el estudio de las leyes que rigen las funciones psíquicas y su desarrollo, cómo el hombre va formando parte del mundo objetivo, cómo éste desarrolla su actividad de acuerdo con ella y cómo se forman los rasgos psíquicos de la personalidad. El estudio de las leyes psicológicas significa, en primer lugar, establecer la dependencia de los fenómenos psíquicos respecto de las condiciones objetivas de vida de la actividad del hombre (Caparros, 1990).

La Psicología, al mismo tiempo que establece leyes que rigen la dependencia de los fenómenos psíquicos respecto de las condiciones materiales de vida y de actividad humana, debe descubrir también los mecanismos fisiológicos del reflejo de estas influencias, Lennin consideró a la Psicología como una de las ciencias que deben servir de base a la dialéctica y a la teoría del conocimiento. Como toda ciencia, la Psicología sirve para transformar y mejorar la vida, la Psicología tiene una aplicación inmediata en la educación. La Psicología es la fuente más rica del conocimiento porque estudia los fenómenos psíquicos y descubre los métodos para desarrollar las funciones psíquicas del hombre y los rasgos de su personalidad (Lennin, cit. en Smirnov, 1960).

La medicina tiene por objeto la conservación y el restablecimiento de la salud y que depende de la cooperación entre los individuos y las naciones. Ayuda a las naciones a combatir enfermedades transmisibles como el cólera, el paludismo y la tuberculosis, realiza investigaciones y protege a los gobiernos. El 12 de Septiembre de 1978 en Alma Ata se declaró que la salud es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo muy importante (Higashida, 1995).



La Psicología y la Medicina se relacionan porque reúnen conocimientos y proveen conceptos explicativos y críticos en relación con los aspectos psicológicos de los problemas médicos. Estas dos ciencias tienen una estrecha relación ya que se ocupan de problemas que son comunes en ambas ciencias.

La Medicina y la Psicología sitúan el centro de su interés en la enseñanza, en la práctica, en la investigación y en la salud pública, al hombre como persona, estos conocimientos enriquecen y amplían el conocimiento del ser humano.

El hecho de que el médico sepa identificar y manejar problemas psicológicos tiene ventajas: una de ellas es que puede apreciar y tomar realmente en cuenta el papel que los eventos adversos de la vida juegan en la iniciación, curso y desenlace de muchos trastornos; otra ventaja es que tenga la habilidad para asegurar la participación activa y perseverante de los enfermos en su curación (De La Fuente, 1992). La Psicología y la Medicina pueden hacer un análisis más general en los factores físicos y psíquicos que laten en el estado de salud y en el estado de enfermedad (Pidruejo, 1996).

Se pone al Psicoanálisis ante experiencias emocionales ligadas a la sexualidad infantil, de modo que ésta constituiría la fuente principal de los trastornos ulteriores (Reuclin, 1957). Creado por Sigmund Freud, resaltaba la importancia que tienen las primeras experiencias del niño para el desarrollo de su personalidad siendo adulto. Se llegó a cuestionar la exclusión, la cual se hace de todas aquellas personas que por cualquier deficiencia física, sensorial o psicológica no logran incorporarse al sistema de enseñanza regular, marginándolos por ser considerados diferentes de lo que se considera la normalidad.

De esta manera nos podemos dar cuenta de que la pretensión del Psicoanálisis es transformarlos de objeto de deseo en sujetos de deseo. Por lo tanto lo que el psicoanálisis anhela es que el niño ocupe un lugar en la familia, devolviéndole su dimensión de sujeto deseante con un pensamiento autónomo. Una vez que esto

se logre con este tipo de niños, se podrán implementar las medidas educativas que se requieran, con la certeza de que realmente se beneficiarán de la ayuda pedagógica.

La Psicología Clínica, es una de las especialidades del campo de la Psicología más amplias, data por lo menos de la última década del siglo XIX, no puede haber duda de que fue la Escala de Binet el factor más poderoso en su desarrollo y expansión. Muy poco después del primer trabajo que se llevó a cabo con ella en las instituciones para subnormales, vemos que las pruebas psicológicas de todo tipo empiezan a difundirse rápidamente hasta llegar a los tribunales para menores, a los reformatorios, a las prisiones, a los hogares infantiles y a las escuelas. A pesar de lo anteriormente mencionado, la Clínica Psicológica nunca dependió, ni depende ahora, de la Escala de Binet, pero no hay duda alguna de que su aparición sirvió de tremendo estímulo que impulsó este tipo de trabajo (Pintner, 1931, cit. en Garfield, 1974).

En 1977, en la Universidad de Yale, se estableció una “Academia de Psicología Conductual”, el propósito fue reunir a profesionales interesados en aplicar técnicas de modificación conductual en el campo de la salud, tanto en programas de prevención, como de tratamiento y rehabilitación, en virtud de estos estímulos, muchos psicólogos con adiestramiento clínico pasaron a formar parte de los “equipos de salud” (De La Fuente, 1992).

En México están relacionadas las sustancias adictivas y las conductas de adicción desde la época prehispánica. En efecto, todas las culturas asentadas en lo que es ahora el territorio mexicano, tanto las desarrolladas en Mesoamérica como los grupos tribales de las regiones periféricas, tenían un conocimiento exhaustivo del ambiente en el que vivían, incluido un saber preciso acerca de los efectos psicotrópicos de ciertos vegetales y animales (Tapia, 1994).

La definición de droga varía a tal punto que aun hoy los profesionales no están de acuerdo con su definición y a veces reconocen no saber verdaderamente en que consisten. Son drogas las sustancias que actúan enfriando, calentando, secando, humedeciendo, contrayendo y relajando o haciendo dormir, mientras que toxicomanía de un fármaco es la proporción concreta entre dosis activa y dosis letal (Escohotado, 1990).

Las drogas se registran como una constante a lo largo de la historia de la humanidad y cuyo fundamento está basado en la incapacidad que los seres humanos tenemos para aceptar la condición de finitud inherente al fenómeno de la vida (Kalina, 1988).

Las drogas son el agente adictivo, quienes las consumen son las víctimas de su propia desviación que deben ser protegidas, la protección consiste en controles legales del cultivo, manufactura, distribución o posesión (Girdano, 1990).

Existen dos clasificaciones de las drogas: Las drogas legales como lo son el tabaco y el alcohol y las drogas ilegales como lo son la marihuana, inhalables, cocaína, alucinógenos, heroína, opio, tranquilizantes, sedantes y estimulantes (Tapia, 1994).

Los efectos por los cuales algunas personas consumen drogas es para conseguir el nivel máximo de gratificación con un coste de respuesta mínimo, con consecuencias negativas, en el caso de que ocurran, a largo plazo, por tanto, uno de los efectos primordiales del consumo de droga es que produce placer. Los efectos metabólicos de las sustancias en el organismo, caracterizados por la facilidad con que ocurren con una relación de contingencia igual a 1, por la corta demora del reforzamiento y por la tolerancia de la sustancia. Las respuestas divergentes en general, y el consumo de drogas en particular, constituyen respuestas de riesgo, el cual tiene un valor intrínseco por la autoestimulación hormonal (Fernández, 1994).

En la etiología del consumo de drogas existe una serie de factores de riesgo que es necesario tener en cuenta para el diseño e implementación de los programas de prevención. Las posibilidades para agrupar los factores de riesgos son diversas. Son tres tipos o clase de factores: demográficos, psicosociales (en el agente y en el ambiente) y neurobiológicos (Schinke, Botvin y Orlandi, 1991; Paterson, Hawkins y Catalano, 1992, cit. en Fernández, 1994). El hecho de que se conozcan estos factores de riesgo puede ayudar a que se lleven a cabo estrategias de prevención.

La adolescencia es la etapa más sensible para desarrollar una adicción, pues es el periodo de resolución del proceso simbiótico. Es la etapa de separación del grupo familiar, del duelo por la exogamia y del enfrentamiento con el mundo externo. Si el adolescente tiene un yo débil, entonces necesitará una fuerza extra para cumplir con este desafío, y si tanto la familia como la sociedad le muestran que las drogas son adecuadas para enfrentar las exigencias de la vida, él podrá poner en marcha la "experiencia tóxica" (Kalina, 1998).

Los adolescentes y sobre todo los preadolescentes, son más propensos que los adultos a caer en el uso de las drogas de una manera fácil y rápida. El mayor problema radica en que los adolescentes necesitan ser independientes, ello los lleva a desdeñar las opiniones de los padres y a creer que sólo sus amigos saben y dicen la verdad (Schwebel, 1989).

La curiosidad caracteriza al ser humano, quien siempre ha tratado de explorar el mundo que le rodea, y de conocer el porqué de lo que en él sucede. Dentro de este inmenso contexto de lo investigable, el hombre se incluyó. Primero lo hizo con su cuerpo, cristianamente separado del alma que lo animaba, para después dirigir la mirada hacia ésta, tratando de describir y explicar, su propia humanidad, cartesianamente dicotomizadas, cuya alma poseedora de funciones múltiples, privilegia la razón y la conciencia racionalmente dirigida.

El sueño, la alucinación, las delusiones de todos y cada uno de los sentidos, los delirios, el trance, el éxtasis, la posesión han quedado sujetos a esa conciencia avasalladora y relegados a las profundidades de lo que no puede decirse, de lo que no puede oírse, de lo que no es real porque no es racional, de lo que no existe puesto que es imaginario. Al lado de esta curiosidad que lo lleva a probar vegetales, animales, minerales, sustancias y sus derivados, pronto pudo apreciar que algunas de ellas le provocan efectos y sensaciones placenteras que lo mueven a buscar la repetición de la experiencia (Tapia, 1994).

El comité de expertos de la OMS en farmacodependencia se reunió en Ginebra del 14 al 18 de octubre de 1996. En nombre del Director General, el Dr. N.P. Napalkov, Subdirector General, abrió la reunión y observó que, desde su creación, el Comité había tenido la responsabilidad de evaluar las sustancias causantes de dependencia y de recomendar medidas apropiadas de fiscalización internacional, así como de proponer medios de evitar o reducir los daños debidos o asociados al uso de sustancias Psicoactivas.

El término tratamiento se utiliza para definir el proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias Psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicio de salud u otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcance el nivel de salud y bienestar más alto posible. El tratamiento y la rehabilitación se definen como un enfoque integral destinado a la identificación, asistencia, atención de salud e integración social de las personas que presentan problemas provocados por el uso de cualquier sustancia Psicoactivas. Estas definiciones incluyen el concepto de que los usuarios de sustancias tienen derecho a ser tratados con humanidad y respeto.

En el tratamiento y rehabilitación de las personas con problemas provocados por el uso de sustancias Psicoactivas se plantean tres objetivos primordiales:

- Reducir la dependencia de sustancias psicoactivas.

- Reducir la morbilidad y la mortalidad provocados por el uso de sustancias psicoactivas o asociadas a él.
- Velar por que los usuarios aprovechen al máximo su capacidad, física, mental y social, tengan acceso a servicios y a oportunidades, y alcancen la plena integración social.

En algunos países los programas terapéuticos oficiales que reciben apoyo público aspiran a alcanzar también otros objetivos, como la reducción del comportamiento delictivo y antisocial, la disminución de la dependencia del apoyo público (asistencia social) por parte de los usuarios y el aumento de las actividades productivas ilícitas.

El consumo de sustancias psicoactivas puede conducir a una gama de estados patológicos y trastornos que afectan a la salud y a la situación social del usuario. Las estrategias de intervención destinadas a mejorar esos estados conforman tres grupos principales:

- El tratamiento profesional – que requiere formación especializada.
- Las estructuras de apoyo no profesionales.
- Las actividades no oficiales de autoayuda y ayuda mutua.

El enfoque terapéutico aplicado será determinado por el diagnóstico individual de los estados patológicos y los trastornos. Por ello es indispensable una evaluación precisa e integral que permita planear un tratamiento adaptado a las necesidades, teniendo en cuenta cualquier factor que fomente el consumo (OMS, 1998).

Siendo el fenómeno de la drogadicción un recurso que acompaña al hombre a lo largo de toda la historia de la cultura, al estudiarla nos debemos colocar en una

posición que contemple el contexto como un elemento central para el entendimiento de cada ser o de cada sociedad a la que se pretende estudiar o entender, ya que existen bases predisponentes como son los individuales, los familiares, sociales, culturales y económicos que condicionan la posibilidad de una adicción (Kalina, 1988).

En la década de los setenta hubo un inusitado auge en el consumo de drogas ilícitas, esto ocasionó que en la actualidad el consumo de drogas sea mayor, sobre todo en los jóvenes (Maddem, 1986).

Los problemas relacionados con el uso de drogas ilícitas afectan progresivamente a niños, jóvenes y adultos de países industrializados al igual que a los países en desarrollo, éstas constituyen una amenaza para la salud de las poblaciones y pueden ocasionar una inestabilidad económica y política (UNESCO, 1987).

La droga es una sustancia que, por su naturaleza química, afecta la estructura o funcionamiento de un ser vivo. Toda droga tiene múltiples efectos los cuales varía según la dosis o la persona que lo consuma.

La elección del riesgo depende del balance entre el costo y el valor que elabore cada individuo, por lo que deben ser considerados:

- El tipo de sustancia.
- El individuo.
- El medio socio – cultural.

Lo anterior es muy importante ya que las drogas están en la vida diaria y éstas pueden influir sobre las decisiones de su uso (Dusek, 1986).

Para conocer los factores acerca del uso de drogas en los jóvenes, hay que sentarse junto a ellos, es decir, conocer los agentes por los cuales consumen drogas y de esta manera saber cómo podemos intervenir combinando experiencia con efecto ya que no habrá posibilidades cuando tengan problemas o estén en crisis.

De esta manera es imprescindible realizar un análisis acerca del uso de drogas, teniendo en cuenta los factores que promueven su consumo, ya que no se trata únicamente de los jóvenes y las drogas, sino también de las personas y el medio que los rodean (Fuentes, 1996), para saber como se puede intervenir en la prevención del uso de drogas hay que conocer que motiva a los jóvenes a consumirla, de acuerdo con lo anteriormente mencionado se formuló la siguiente pregunta y objetivo:

¿Cuáles son los factores que promueven en los jóvenes el uso de drogas? Por tal motivo esta investigación tuvo el objetivo de investigar los factores que promueven en los jóvenes el uso de drogas. Es importante detectar los factores que promueven en los jóvenes el consumo de drogas, los cuales afectan al propio individuo y preocupan a la familia. Por lo tanto se realizó una investigación teórica y práctica con base en lo siguiente:

El Capítulo 1 describe el significado de Salud y Psicología, la relación que existe y sus antecedentes históricos a partir de la Organización Mundial de la Salud, de acuerdo a lo anterior, el capítulo 2 refiere la relación existente entre Medicina y Psicología, describe al Psicoanálisis y a la Psicología Clínica ya que estas son utilizadas en los Centros de Integración Juvenil, el capítulo 3 trata el concepto y los antecedentes del uso de drogas, el capítulo 4 describe las consecuencias del consumo de drogas en 4 aspectos: tipo de droga, individual, socio – cultural y familiar, por lo que el capítulo 5 trata acerca del Tratamiento de la Farmacodependencia, los aspectos del tratamiento, definición del tratamiento, los objetivos del tratamiento y sobre las estrategias de intervención para los trastornos



relacionados con el uso de sustancias psicoactivas. De acuerdo con la investigación teórica que se realizó, el capítulo 6 describe el procedimiento de la investigación: el método, los resultados, la discusión y la propuesta.

# **CAPÍTULO 1**

## **SALUD Y PSICOLOGÍA**

En medicina la palabra “normal” se usa corrientemente como un sinónimo de salud. En los diccionarios, normal se define como el promedio o lo que no se desvía de cierto nivel medio. En biología lo normal es algo más que un promedio más o menos fijo. El hombre, como todos los seres vivos, está sometido constantemente a la variación en tal forma que sus características anatómicas, fisiológicas, psicológicas e inmunológicas no admiten un modelo fijo. Este es un atributo a la vida.

Hablar de variación es referirse a la característica que se observa en el individuo y en la población o en las especies, tanto los dos tipos, la individual como la de especies, son esenciales para subsistir. Este es el mecanismo que permite al organismo adaptarse a los cambios constantes de las condiciones ambientales. Sin variación el individuo no podría subsistir y no habría adaptación comunal.

De acuerdo con lo anterior, los cambios de la vida social, constituyen el fundamento de la normalidad biológica, de la salud y la enfermedad.

Si lo normal en biología se expresa mejor en términos de variación que como un promedio fijo, resulta que no pueden existir límites netos entre salud y enfermedad. Considerar a la salud como un estado biológico estático no es real. El concepto de salud involucra ideas de balance y adaptación. No puede admitirse entonces que la salud sea la ausencia de enfermedad y viceversa. Existe entre ambos estados una latitud mucho mayor, limitada en un extremo por la variación que llamamos enfermedad y en el otro por la adaptación que llamamos salud.

Por lo tanto, un individuo sano es aquel que muestra armonía física y mental y adaptación al ambiente físico y social y a sus variaciones, en tal forma que puede contribuir al bienestar de la sociedad de acuerdo con su habilidad. El estado de salud no es un fin en sí mismo, lo que importa es que la salud permita al individuo el goce pleno y armonioso de sus facultades, para que disfrute el bienestar individual y para que sirva con eficiencia al progreso común (San Martín. F; 1973).

### **1.1– Relación entre Salud y Psicología.**

La palabra “salud” apareció por vez primera en lengua inglesa más o menos en el año 1000 a.C. como un medio para referirse a la cualidad de salud y la integridad en un sentido muy amplio. Su uso se remonta a la literatura de esa época y pronto se hizo evidente que los valores físicos, ingenio e inteligencia y la salvación espiritual estaban incluidos como un aspecto de la integridad, sin embargo, conforme empezó el adelanto científico y proporcionó explicaciones científicas de los fenómenos humanos, el significado de la salud en forma gradual, desechó muchas de sus connotaciones intelectuales y espirituales; al principio del presente siglo no tenía mayor significado que la ausencia de enfermedades físicas.

La salud es un estado, una cualidad de vida, es algo como un “enigma” que desafía ser definida en cualquier sentido preciso, medible. Se ve afectada por

multitud de factores físicos, mentales sociales y espirituales que ninguna profesión en sí, ni disciplina académica, puede supervisar y estudiar con eficacia. Aún cuando nuestras acciones afectan nuestra salud, como pueden afectar otros fenómenos naturales, la salud no es en sentido alguno una creación humana.

En forma implícita se supone que la salud es el estado que existe cuando las enfermedades no están presentes y que la manera de promover la salud es definir, estudiar, comprender, y por último tratar o prevenir la enfermedad. La mayor parte de los educadores para la salud, junto con los profesionistas de la salud de todo tipo, han rechazado esta definición implícita y buscan una nueva definición de la salud en términos mucho más positivos.

Michael Dolfman en 1973 (cit. en Greene y Walter, 1984) examinó los cambios que han tenido lugar con respecto al significado del término “salud” al correr de los años, y concluyo que ha recorrido un círculo completo desde un término general a uno muy estrecho y después nuevamente a una interpretación amplia. El 12 de septiembre de 1978 se efectuó una reunión internacional Alma-Ata, patrocinada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el propósito de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, en el cual se declaró que la salud es un derecho de todo ser humano (Higashida , 1995).

En forma implícita se supone que la salud es el estado que existe cuando las enfermedades no están presentes y que la manera de promover la salud es definir, estudiar, comprender, y por último tratar y prevenir la enfermedad.

La Salud es un “enigma” que desafía ser definida en cualquier sentido preciso y medible, se ve afecta por multitudes de factores físicos, mentales, sociales y espirituales que ninguna profesión en sí, ni disciplina académica puede supervisar y estudiar con eficacia (Higashida, 1995).

En 1946 la OMS (Organización Mundial de la Salud) formuló una definición:

- La salud es un bienestar físico, mental y social total y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades.

Desde su publicación, esta definición a menudo ha sido criticada pero en otras ocasiones ha sido alabada, y usada como herramienta para el cambio innovatorio, sin embargo, la respuesta más común es la aceptada de modo indiferente. A menudo se desempolva y se le saca a relucir en piezas oratorias, artículos y libros de texto cuando parece ser que se necesita de una definición oficial, A pesar de ello sin considerar su lógica fallida o su redacción vaga, la definición de la OMS es punto inicial para una explicación de la salud; aún cuando muchos la han criticado, pocos han podido ofrecer alternativas aceptadas en forma más amplia.

Dicha definición es amplia y positiva, sin embargo, el significado real del término se deduce de actividades que realizan trabajadores de la salud, médicos y otros profesionistas, sin embargo la definición ha cambiado poco.

Callahan en 1977 (cit. en Greene y Walter, 1984) declara que es una definición peligrosa y es necesario hacer un esfuerzo desesperado para cambiarla por algo más modesto. Al hacer hincapié en un “bienestar físico, mental y social total” coloca tanto a la medicina como a la sociedad, en una posición insostenible al ser requeridas para lograr metas inalcanzables. Por ejemplo, no hay motivo para pensar que tan sólo pueda proporcionar una contribución modesta para el “bienestar social total”.

La OMS presenta una triada de dimensiones: bienestar físico, mental y social. Estas dimensiones han de ser examinadas con detalle, para tener una comprensión completa. Además, otros aspectos que no han sido incluidos como el bienestar espiritual y la salud holística (Greene y Walter, 1984).

Campos en 1978 (cit. en Bayés, 1979) menciona que la salud es aquella manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa, Yute en 1971 (cit. en Bayés, 1979) menciona que la salud es la feliz consecución de un estado de coexistencia con el ambiente, de esta manera, la sociedad se debe de plantear meta de salud y prevención en lugar de objetivos de erradicación de enfermedad, siempre y cuando se tenga presente que el concepto de salud es ambiguo y asintótico, en sus traducciones actuales podemos tender a él pero nunca verlo realizado plenamente, no podremos conocer en qué medida, en cada momento concreto, nos hemos acercado al mismo, a menos que, previamente, lo definamos operacionalmente.

A pesar de que se diga que la salud no corresponde a una ausencia de enfermedad, sino que constituye un valor por sí misma, lo cierto es que la polarización hacia la salud, la cual puede ser muy positiva si ayuda a la sociedad a tomar conciencia de problemas tales como la degradación ecológica, la polución o el alcoholismo, puede, fácilmente, llevar a la gente a interrogarse, con mayor frecuencia, sobre su propia salud (Bayés, 1979).

El objetivo principal de la Psicología es el estudio de las leyes que rigen las funciones psíquicas y su desarrollo, cómo el hombre va formando parte del mundo objetivo, cómo éste desarrolla su actividad de acuerdo con ella y cómo se forman los rasgos psíquicos de la personalidad. El estudio de las leyes psicológicas significa, en primer lugar, establecer la dependencia de los fenómenos psíquicos respecto de las condiciones objetivas de vida de la actividad del hombre (Caparros, 1990).

Toda actividad humana depende, no sólo de las condiciones de éstas con los aspectos subjetivos, es decir, de la actividad del hombre hacia el trabajo que realiza, de su experiencia personal, de sus conocimientos y hábitos necesarios para este trabajo. La Psicología, al mismo tiempo que establece leyes que rigen la dependencia de los fenómenos psíquicos respecto de las condiciones materiales

de vida y de actividad humana, debe descubrir también los mecanismos fisiológicos del reflejo de estas influencias. Lenin (cit. en Smirnov, 1960), consideraba a la Psicología como una de las ciencias que deben servir de base a la dialéctica y a la teoría del conocimiento. Como toda ciencia, la Psicología sirve para transformar y mejorar la vida, la Psicología tiene una aplicación inmediata en la educación. Al estudiar las leyes de los fenómenos psíquicos descubre los medios y métodos para desarrollar las funciones psíquicas del hombre y los rasgos de su personalidad, de aquí que sea la principal aplicación práctica de la Psicología y la fuente más rica del conocimiento psicológico (Smirnov, 1960).

El desarrollo más significativo de la Psicología, es el que se ha dado vigorosamente en el ámbito de la salud, realidad que puede apreciarse en el creciente volumen de investigación dedicada, esencialmente, al análisis de los factores psicosociales y ambientales que condicionan la dialéctica salud – enfermedad y, complementariamente, el diseño de estrategias y programas específicos para alterar la conducta “desviada” del individuo o facilitar el desarrollo de conductas más saludables.

Entre las variadas razones que podrían explicar éste, por así decir, hasta cierto punto de la denostada hipótesis psicósomática, se podrían señalar las tres siguientes: en primer lugar, el afianzamiento teórico y práctico experimentado por la Psicología, de particular relevancia para la dimensión clínica de la Psicología es el entendimiento de la naturaleza contextual y transactiva de la conducta. Probablemente resulta un lugar común, pero no por ello ha de perder fuerza argumental, señalar la naturaleza transaccional del comportamiento, que supone reconocer, no sólo a nivel teórico, sino, fundamentalmente, en su dimensión aplicada, que cualquier expresión conductual es fruto de la constante y mutua determinación de las características del individuo y del contexto en que la conducta tiene lugar. Esta afirmación es tan obvia como sostener que la conducta ocurre en el vacío.

Conductas específicas, delimitadas espacio temporalmente, podrían entenderse a partir de la prevalencia relativa de uno u otro conjunto de factores presentes en la ecuación conductual (características de la persona o del ambiente), pero el mantenimiento de patrones habituales de conducta, pese a cambios puntuales en las características del individuo, por ejemplo, fluctuaciones en el estado de ánimo, o en el contexto, no se podría explicar si no es desde el efecto de interacción recíproca individuo – ambiente (Bermúdez, cit. en Macía, 1993).

Trasladando este razonamiento general a los esfuerzos que desde la Psicología se dirigen al diseño y desarrollo de estrategias y programas de intervención con el propósito de enriquecer las condiciones en que se desenvuelve la vida de los seres humanos, se entenderá la insuficiencia con frecuencia criticada de las estrategias de intervención centradas en la dimensión personal de la conducta y la conveniencia de prestar la debida atención a su dimensión ecológica. En otros términos, desde la consideración transactiva de la conducta, se esperaría que las estrategias de intervención anclados básicamente en el sujeto de la conducta sean eficaces, produciendo los efectos deseados a corto plazo, de manera particular cuando los factores personales sean prevalentes en la determinación de la conducta, sin embargo, para que la conducta se mantenga, será preciso intervenir al mismo tiempo sobre la dimensión ecológica de la misma.

Un segundo factor a considerar es el reconocimiento del papel que los factores psicosociales parecen jugar en el origen y mantenimiento de una amplia variedad de procesos patógenos y en el desarrollo de niveles aceptables de salud en la población.

Cada día disponemos de mayor evidencia indicativa de que las principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestra sociedad y, en términos generales, el nivel de salud de la población, guardan una estrecha relación con las formas de comportamiento que la gente desarrolla; en este sentido, no resultará sorprendente que los investigadores y todos aquellos (individuos e instituciones)



con responsabilidad sobre la salud de la población hallan focalizado su atención en el estudio de aquellos factores individuales y sociales asociados al desarrollo y mantenimiento de estilos de vida y formas de comportamiento que puedan suponer un riesgo potencial para la salud.

El análisis del proceso por el que estos factores inciden en la dinámica salud – enfermedad, así como de la contribución diferencial de los diversos factores que entran a formar parte de dicho entramado dinámico, resultará de extraordinaria importancia para la detección de individuos o poblaciones potencialmente de riesgo para el desarrollo de programas preventivos y de tratamiento.

Finalmente, y no menos importante, este renovado interés por las potenciales asociaciones existentes entre factores psicosociales y salud estaría igualmente influenciado por el desbordamiento que actualmente sufre el modelo tradicional de atención médica, basado esencialmente en el tratamiento.

Dos datos simples bastarán para dimensionar esta situación; por un lado, la proliferación de los problemas de salud; por otro, el incremento progresivo en el aumento de población necesitada de atención sanitaria lo hacen prácticamente insostenible, reforzando, como apuestas alternativas, la demanda de programas preventivos orientados al desarrollo de estilos de vida y formas de comportamiento más saludables. Ámbito en el que la Psicología ha mostrado que puede hacer aportaciones significativas.

En la obra *Intervención Psicológica: Programas Aplicados de Tratamiento*, dirigida por los profesores Macía, Méndez y Olivares en 1993, se ofrece una sobresaliente muestra de la fructífera contribución que la Psicología puede hacer al campo de la salud, entendida en su más amplia expresión, en donde se ofrecen vías para intervenir desde la Psicología científica en problemas que van desde el tabaquismo hasta la agorafobia, pero lo que resulta aún más destacable es el rigor con que se aborda cada uno de los temas y la minuciosidad con que se desgrana

la secuencia operativa de cada uno de los programas que se ofrecen (Bermúdez, cit. en Macía, 1993).

## **1.2– ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

### **1.2.1 – Organización Mundial de la Salud (OMS).**

Con la introducción, en los últimos 150 años, de medios de comunicación y propagación de conocimientos cada vez rápidos, el mundo se ha ido encogiendo, y los problemas de una nación ya no pueden seguir considerándose aisladamente. Tempranamente en la revolución de los transportes y comunicaciones, la cooperación internacional era considerada como un objetivo importante en la esfera de la salud. En los siglos XIX y XX, conferencias internacionales en materia de la salud, tuvieron lugar cada vez con mayor frecuencia, a medida que los científicos se reunían para intercambiar ideas y propagar los adelantos importantes en los campos médicos y afines de la salud. El control de la propagación de las enfermedades contagiosas – la peste, la viruela, el cólera y otras – constituía un estímulo importante a favor de la cooperación internacional. Muchas naciones comprendieron que los acuerdos en materia de procedimientos uniformes de cuarentena internacionales, protegerían su propia salud y su propio bienestar.

Con el nacimiento de las Naciones Unidas, después de la segunda guerra mundial, la cooperación internacional en la mayoría de los aspectos de los asuntos sanitarios se formalizó en un organismo central, esto es: *La Organización Mundial de la Salud (OMS)*. El precedente de ésta lo había puesto la Comisión Sanitaria de la Sociedad de las Naciones, en los años veintes y treintas. Inclusive esta pequeña organización había logrado llevar a cabo estudios epidemiológicos de algunas enfermedades y asistir a los servicios sanitarios de naciones atrasadas.

Entre los principios de fundación de la OMS, figura una definición relativamente nueva de la “salud”, esto es: “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no simplemente la ausencia de enfermedad o incapacidad”.

La OMS estableció el siguiente credo:

**El goce de nivel de salud más alto posible, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, creencia política, económica o posición social.**

**La salud de todos los pueblos es fundamental para la consecución de la paz y la seguridad, y depende de la cooperación plena de los individuos y los estados.**

**Los logros de cada estado en el fomento y la protección de la salud son valiosos para todos ellos (Miller, John, 1973).**

El número de estados miembros y el presupuesto de la Organización Mundial de la Salud siguen creciendo de año en año, y sus funciones se van extendiendo constantemente. En la actualidad, son 125 los estados miembros que contribuyen al presupuesto anual de más de 78 millones de dólares. Una nación no necesita ser miembro de las Naciones Unidas, ni socio de la OMS para solicitar sus servicios.

La política general de la organización la deciden todos los miembros, llamada la Asamblea Mundial de la Salud, en una reunión anual. Una junta ejecutiva de 24 naciones, compuesta por especialistas de la salud, tiene a su cargo la aplicación de las decisiones de la Asamblea, la adaptación de medidas de urgencia y la dirección de las funciones corrientes de la organización. Con el objeto de satisfacer mejor las necesidades individuales y específicas de las naciones miembros, seis oficinas regionales llevan a cabo operaciones sobre el terreno. Están situadas en Brazzaville, República del Congo, para África, para el servicio de 30 países; en

Washington, D.C., para América; en Nueva Delhi, India, para Asia Sudoriental, con nueve países; en Copenhague, Dinamarca, para Europa (33 países); en Alejandría, República Árabe Unida, con los 18 países orientales del Mediterráneo, y en Manila, Filipinas, con 11 países de la región del Pacífico Occidental. El Secretariado en Ginebra aloja las complejas y extensas divisiones administrativas que coordinan las actividades de la OMS.

Aunque la Organización Mundial de la Salud, sea tal vez más conocida por la ayuda que presta a las naciones subdesarrolladas para combatir enfermedades contagiosas, tales como la viruela, cólera, peste, paludismo, tuberculosis; convoca a conferencias, efectúa investigación y asesora a los gobiernos de las naciones más ricas en sus necesidades sanitarias, esto es la prevención contra los peligros de la radiación, los problemas genéticos, el control de la población, el control de las drogas, la epidemiología de las enfermedades crónicas, los programas contra la contaminación y los proyectos en materia de reproducción humana. Favorece el establecimiento de normas en la manufactura de medicamentos y vacunas en los reglamentos sanitarios, tales como la cuarentena (Miller, John, 1973).

La OMS adquiere particular importancia en los casos de urgencia sanitaria internacional. En un brote de fiebre amarilla en África, en 1969, los funcionarios de la OMS proporcionaron y distribuyeron vacunas. En un brote de rabia en Checoslovaquia, Polonia y Suiza, la OMS reunió y coordinó los datos de dichos países para averiguar cual especie animal alojaba la enfermedad y elaborar un programa para controlar su propagación y tratar a las víctimas. A las epidemias periódicas de influenza ya no se les teme tanto como en la primera mitad del presente siglo. En julio de 1968, una nueva cepa del virus de la influenza hizo su aparición en Hong Kong y se propagó rápidamente a Singapur y Australia. El Centro de Influenza, de Hong Kong, aisló la nueva cepa y la envió al Centro de la Influenza de la OMS, en Londres. Se preparó una vacuna apropiada y se distribuyó a todos los laboratorios de investigación y producción de vacunas que la necesitaban. La vacuna llegó oportunamente, en muchos países, para evitar

grandes enfermedades respiratorias en aquellas personas cuyas vidas habrían podido peligrar a causa de la enfermedad.

Aunque la OMS se enorgullece de los programas que prepara y ejecuta para combatir las enfermedades contagiosas, esto es, obtener agua potable limpia, reunir y analizar estadísticas relativas a las enfermedades, distribuir vacunas y convocar conferencias internacionales en asuntos sanitarios, actúa quizás más vigorosamente todavía con carácter de asesoramiento. En efecto, la organización se da cuenta de que, un buen estado de salud internacional puede conseguirse más rápidamente si cada estado miembro, desarrolla su propio programa de salud pública y de instrucción médica. La organización manda a menudo consejeros especializados y equipo de demostración a diversos países para estudiar cuestiones tan importantes como la salud infantil, nutrición e higiene mental. Proporciona becas y servicio de capacitación para la instrucción en materia de salud pública, higienización, enfermería, salud infantil y otros aspectos relacionados con la salud. Los peritos de la OMS trabajan en colaboración con los países miembros para desarrollar programas susceptibles de satisfacer sus necesidades sanitarias. Con frecuencia la OMS colabora con otras Organizaciones de las Naciones Unidas, tales como la Organización de los Alimentos y la Agricultura de la UNICEF (Miller, John, 1973).

Las relaciones de la Organización Mundial de la Salud durante su breve tiempo de vida son realmente impresionantes, especialmente si consideramos que la segunda guerra mundial dejó a millones de personas con defensas de salud mínimas. Millones de individuos que habrían muerto de viruela, fiebre amarilla, influenza o cólera siguen vivos gracias a la OMS. Y en una escala más vasta todavía hay actualmente incontables millones de personas y otras, que han de nacer aún, que deberán sus vidas o salud, directa o indirectamente, a dicha organización (Miller, John, 1973).

El Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud reafirmó en 1974 varias de sus definiciones previas y revalidó algunas descripciones anteriores, con el propósito de aclarar los conceptos anteriores y de esta manera evitar la dependencia (OMS, 1974, cit. en Madden, 1996).

Farmacodependencia o dependencia a las drogas, es un estado psíquico y en ocasiones también físico que se caracteriza por una compulsión a recurrir a una sustancia química, ya sea de modo continuo o periódico para sentir sus efectos y en ocasiones para evitar el malestar de su abstinencia. La tolerancia puede o no ocurrir, una persona puede desarrollar dependencia a más de una sustancia; las dependencias múltiples pueden ser simultáneas, o pueden sucederse una a la otra o en épocas alternadas.

La Dependencia Psicológica (psíquica), es una situación en la que la droga promueve una sensación de satisfacción que motiva al sujeto a repetir su consumo para satisfacer el placer de sus efectos o evitar el malestar de su abstinencia.

La Dependencia Física, es una circunstancia que se pone de manifiesto como un trastorno físico cuando la cantidad de droga en el cuerpo disminuye de modo importante. Estos trastornos fisiológicos forman un síndrome de discontinuación o abstinencia de la sustancia que se compone de síntomas somáticos y mentales, signos que son característicos para la sustancia de que se trate o el tipo de droga a que pertenece (OMS, 1974, cit. en Madden, 1986).

En el esquema de la Organización Mundial de la Salud se enumeran distintos tipos de droga capaces de producir dependencia:

- 1.- El tipo de alcohol y los barbitúricos: por ejemplo, el alcohol etílico, los barbitúricos, las benzodiacepinas y otros tranquilizantes ansiolíticos.

2.- El tipo de anfetaminas: que incluye a las mismas anfetaminas, dexamfetamina, metilamfetamina y fenmetracina.

3.- El tipo de cannabis: producto derivado de cannabis sativa (mariguana).

4.- El tipo de la cocaína: las hojas del árbol de coca y su ingrediente activo, la cocaína.

5.- El tipo de los alucinógenos: la dietilamina del ácido lisérgico (LSD), la mescalina, la psilocibina, etc.

6.- El tipo del khat: preparaciones derivadas de la catha edulis.

7.- El tipo de la morfina: las sustancias que ocurren naturalmente en el opio o sus derivados químicos, morfina, codeína heroína, etc., junto con las drogas sintéticas que tienen un efecto semejante al de la morfina como la metadona y petidina.

8.- Inhalantes y solventes volátiles: el tetracloruro de carbono y el tolueno.

Aunque es cierto que el tabaco produce dependencia y daño al consumidor, sus efectos en las funciones cerebrales y mentales son leves. Por lo tanto, el Comité de la Organización Mundial de la Salud consideró que no debería de darle al tabaco tanta atención como a las demás drogas que producen dependencia en los usuarios.

Desde un punto de vista lógico es factible sugerir ciertas alternativas a la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud acerca de los tipos de drogas que producen dependencia. Utilizando conceptos farmacológicos, la cocaína difiere principalmente de la anfetamina en el hecho de que aún existen dudas sobre si se desarrolla tolerancia a la cocaína. Los potentes ingredientes del khat están relacionados con las anfetaminas por lo que respecta a su acción

farmacológica y a su estructura química. La cocaína, el khat, las anfetaminas y ciertas drogas simpaticomiméticas podrían catalogarse juntas como estimulantes del sistema nervioso central. La distinción entre las anfetaminas y ciertos alucinógenos es artificial, ya que algunos de los segundos tienen estructuras semejantes a las de las anfetaminas, y son capaces también de producir alucinaciones y cuadros psicóticos. Es claro que la lista de las drogas que causan dependencia debería extenderse para abarcar ciertos analgésicos simples, es decir, sustancias que alivian el dolor sin ser de la familia de la morfina. Las drogas que se parecen a la atropina y muestran acción colinérgica también presentan actividad psicotrópica y deben recibir especial consideración. En 1964 la Organización mundial de la salud tomó la decisión de adoptar el término “dependencia de drogas”, aboliendo los términos de “drogadicción” y “habituación a las drogas” ya que engendraron problemas respecto a su diferenciación (OMS, 1964, cit. en Madden, 1986). La gente se habitúa a sus patrones lingüísticos, y es natural que todavía se utilicen frases como “drogadicto” o “drogadicción” con todas sus connotaciones irracionales.

Los términos de “mal uso” y “abuso” se utilizan para significar el uso no médico de las drogas, o bien como en el caso del alcohol, para significar su uso excesivo. Ambas palabras implican juicios de valor que varían en las distintas sociedades y que resultan difíciles de validar, sobretudo la palabra “abuso” es de elección desafortunada en tanto que constituye un adjetivo peyorativo excesivo hacia aquéllos que mal usan el alcohol. Sin embargo, los términos siguen utilizándose en casos en que los patrones de consumo de la sustancia no alcanzan a merecer el significado de dependencia. En un reporte posterior de la Organización Mundial de la Salud se propusieron una serie de conceptos que son tanto objetivos como detallados:

**El uso sin sancionar se refiere al uso del alcohol o de las drogas que no son aprobadas por la sociedad. La frase simplemente reporta la desaprobación sin connotar nada sobre sus bases.**



**El uso peligro describe el consumo que puede resultar nocivo para el organismo, por ejemplo, el cigarro para los fumadores.**

**El uso disfuncional incapacitante indica que ha habido trastornos de las funciones psicológicas o sociales, por ejemplo, dificultades en el trabajo o en el matrimonio.**

**El uso nocivo implica que ha ocurrido daño mental o trastorno orgánico en el organismo del usuario.**

Los trastornos nocivos y las disfunciones pueden originarse entre individuos que aún no han desarrollado dependencia en su sentido estricto (OSM Memorando, 1981; Comentarios, 1982, cit. en Madden, 1986).

El comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia se reunió en Ginebra del 14 al 18 de Octubre de 1996. En nombre del Director General, el Dr. N. P. Napalkov, Subdirector General, abrió la reunión y observó que, desde su creación en julio de 1946, el Comité había tenido la responsabilidad de evaluar las sustancias causantes de dependencia y de recomendar medidas apropiadas de fiscalización internacional, así como de proponer medios de evitar o reducir los daños debidos o asociados al uso de sustancias psicoactivas. En su 18ª reunión, celebrada en 1970, el Comité había examinado el tratamiento de esos daños, y ahora se le pedía que asesorara a la OMS sobre los actuales métodos de tratamiento y su aplicación en una situación mundial cambiante. También se le pedía al Comité que efectuara el examen preliminar de siete sustancias. Además el Director General deseaba obtener el asesoramiento del Comité sobre la respuesta de la OMS a la resolución, sobre "Prohibición del uso de la heroína", adaptada por la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas en su 38ª periodo de sesiones (14 – 23 de marzo de 1995).

El Dr. A. D. López, Director Interino del Programa sobre Abuso de Sustancias, recordó que las recomendaciones del Comité se utilizarían para orientar las actividades del Programa y contribuir así a los esfuerzos mundiales para mejorar el tratamiento de los problemas de salud pública relacionados con el uso de sustancias.

La magnitud de la dependencia y de otros asuntos relacionados con sustancias psicoactivas ha aumentado de modo muy llamativo y en periodo de más de 25 años transcurridos desde que el Comité examinó los principios del tratamiento de la Farmacodependencia en su 18ª reunión, en 1970. Aunque los principios enunciados en ese informe siguen siendo pertinentes respecto al tratamiento actual de la dependencia del tabaco, el alcohol y otras drogas, desde 1970 se han producido importantes cambios en el tratamiento y la rehabilitación de las personas dependientes. Han aumentado considerablemente las investigaciones que evalúan la eficacia de una amplia gama de tratamientos y se ha demostrado que algunos tienen un efecto positivo notable en la salud individual y pública.

En el pasado decenio se han realizado asimismo varias revisiones importantes de los tratamientos. Entre ellas figuran los amplios informes del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América sobre la eficacia del tratamiento del alcoholismo y la Farmacodependencia, el informe del Grupo Especial del Reino Unido encargado de examinar los servicios en caso de uso indebido de fármacos y el informe del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América sobre los métodos para abandonar el uso de tabaco. En el presente informe, el Comité ha tratado de situar esas revisiones en un contexto internacional más amplio y, en particular, examinar las aplicaciones de sus conclusiones a distintos entornos culturales. También ha tratado de identificar elementos comunes en el tratamiento de los trastornos debidos a la nicotina, el alcohol y otras sustancias.

Desde su fundación, la OMS se comprometió a fomentar las investigaciones científicas y el desarrollo de normativas sobre el tratamiento de la dependencia del alcohol y otras drogas. En los dos últimos decenios, los informes publicados en la Serie de Informes Técnicos de la OMS han ofrecido toda una gama de opiniones sobre el tratamiento centrándose en cinco elementos primordiales:

**1.- Las consecuencias del uso de sustancias psicoactivas son acontecimientos relacionados con la salud, que pueden estudiarse con métodos científicos y tratarse mediante enfoques humanitarios y comprensivos.**

**2.- Cuando los problemas relacionados con el uso de sustancias aumentan de gravedad y frecuencia en una sociedad dada, representan una epidemia que puede estudiarse con métodos epidemiológicos y controlarse con medidas de salud pública.**

**3.- El uso de sustancias psicoactivas, cualquiera que sea su situación legal, es potencialmente nocivo para la salud. Las normativas que traten de reducir ese daño deben tener carácter integral.**

**4.- Las respuestas sociales, que incluyen la política, la legislación, la participación comunitaria y la tradicional, son primordiales para la evolución y el desenlace de los problemas relacionados con el uso de sustancias.**

**5.- Los conocimientos sobre los factores que influyen en la iniciación del uso de sustancias y en su continuación, en la experiencia con los problemas y en las modalidades de abandono del hábito son incompletos. También lo son los conocimientos sobre la eficacia de las intervenciones, que han de someterse a una estricta evaluación.**

Al examinar en conjunto el alcohol, el tabaco y otras sustancias, el Comité reconoce que los controles legales y reglamentarios aplicados no son los mismos. Cuando procede, el informe señala las analogías entre las intervenciones que se consideran convenientes para abordar los distintos trastornos producidos por diferentes sustancias (OMS, 1998).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por fármaco o droga, toda sustancia introducida en el organismo vivo que puede modificar una o más de las funciones de éste. Es un concepto internacionalmente amplio que abarca no sólo los medicamentos destinados al tratamiento de enfermos, sino también otras sustancias activas desde el punto de vista farmacológico, según el Ministerio de Sanidad y Consumo, drogas son todas aquellas sustancias psicoactivas que son consideradas como tales internacionalmente o por una sociedad concreta.

La OMS define la Farmacodependencia o drogadicción como el estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden un impulso irreprímible a tomar el fármaco. La OMS entiende como droga causante de dependencia aquella que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia psíquica, física o de ambos tipos (Ysern, 1995).

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, drogas son todas aquellas sustancias psicoactivas que son consideradas como tales internacionalmente o por una sociedad concreta.

La dependencia origina no sólo una conducta de búsqueda del producto, sino que además, es responsable de los cambios y modificaciones de las relaciones del sujeto con la familia, su mundo de estudios o de trabajo y su grupo de pertenencia, el sujeto vive la supresión del producto con angustia y ansiedad, y con un modelo de búsqueda característico para cada estatus del producto.

La dependencia psíquica es la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar, este estado mental es el más potente de todos los factores implicados en la intoxicación crónica con drogas y puede ser el único factor en el caso de ciertos tipos de droga – las que no causan dependencia física -. Es el fenómeno clave de la Farmacodependencia.

La dependencia física es el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Estos trastornos, conocidos como síndrome de retirada o abstinencia, están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter físico y psíquico peculiares de cada tipo de droga, se alivian por la administración de la misma droga o de otra de análoga acción farmacológica perteneciente al mismo tipo genérico.

Con respecto al término abuso de drogas, la OMS indica que es difícil formular una definición aceptable, el término implica la idea de desaprobación social y no describe necesariamente ninguna forma de uso de drogas, ni sus posibles consecuencias desfavorables, posteriormente la OMS propone sustituirlo por 4 criterios diferentes:

**1.- Uso no aprobado.**

**2.- Uso peligroso.**

**3.- Uso que comporta una disfunción.**

**4.- Uso dañino (Ysern, 1995).**

La psicología médica es aquella parte de la psicología que estudia el comportamiento o las interacciones del individuo en relación con la salud y la enfermedad, los individuos estudiados son el paciente y el personal. El paciente se estudia en cuanto tal, es decir, en términos de su relación con la enfermedad, y en cuanto generador de recursos adaptativos. A su vez, se estudia el comportamiento del profesional en sus funciones referidas a la promoción de la salud, la prevención, la investigación y búsqueda de información, el diagnóstico, el tratamiento o la rehabilitación. Se toma al Psicoanálisis y a la Psicología Clínica ya que éstas son las que se utilizan en los centros de integración juvenil, esto no quiere decir que sean las únicas que puedan ser utilizadas tanto en el tratamiento como en la prevención del consumo de drogas.

## **CAPÍTULO II**

# **MEDICINA Y PSICOLOGÍA**

En nuestros tiempos la medicina puede enorgullecerse de sus sorprendentes avances en el conocimiento de la estructura y el funcionamiento de las partes que integran el organismo humano, sin embargo, hoy en día, tanto el médico general como el que se dedica a la práctica de alguna de las especialidades tendría que reconocer que hay una marcada desproporción entre sus conocimientos acerca de la estructura y fisiología del organismo y lo que conocen de ese organismo como persona que vive en relación recíproca con otros individuos, que es parte activa del proceso social y cultural y que intenta resolver del mejor modo que le es posible los problemas de su existencia.

## **2.1. – Relación entre Medicina y Psicología.**

También se podría hacer mención que han existido algunos médicos dotados de una especial comprensión de la naturaleza humana, que intuitiva y más o menos empíricamente valoran la importancia de las experiencias y situaciones emocionales de sus enfermos y que en forma no intencional ejercen influencias psicológicas favorables sobre ellos, sin embargo, los problemas psicológicos de las enfermedades y los problemas de las enfermedades psicológicas requieren para su comprensión y manejo más que intuición y sentido humano, y desde luego, siendo problemas que el médico práctico enfrenta a todas horas, no es validada la excusa frecuentemente usada de que hay que dejar al psiquiatra que se ocupe de esos problemas oscuros y complicados.

La relativa incapacidad de los médicos para tratar problemas psicológicos es la orientación de la educación médica que recibió durante sus años escolares. Otra de las inmediatas causas de la ignorancia de la psicología por el médico es que la medicina se ha visto inevitablemente compulsa hacia la especialización, de igual manera se debe de reconocer que una desventaja de la especialización, que tiene como principio la fragmentación artificial del organismo, es que el sistema o el órgano aislado se convierten en el foco de atención del médico, en tanto que el organismo como totalidad, la persona, se esfuma en el gabinete de investigaciones clínicas o se pierde en el paso de un especialista a otro (De La Fuente, 1978).

Por consiguiente, la psicología médica recoge datos e informaciones provenientes de tres campos: la psicología, la medicina y la educación para la salud. Cuando se sigue un modelo de interacción no se puede pensar que basten los conceptos o conocimientos de la psicología: hay que tener conocimientos profundos de la conquista del campo en cuestión. Por esto, la información básica (la materia prima) la ofrecen los propios profesionales y los pacientes: la tarea de la psicología como ciencia consistiría en estructurarla en un discurso psicológico.



Los principales temas que estudia la psicología médica son:

- **Los hábitos y estilos de vida. Su influencia en la salud, su adquisición y su modificación.**
- **Las influencias recíprocas de la enfermedad (sobre todo crónica) con el comportamiento y los estilos de vida.**
- **El paciente como generador de información.**
- **El profesional como investigador: procedimientos y técnicas que permitan obtener una válida información del paciente.**
- **El razonamiento médico: el proceso diagnóstico.**
- **El profesional como comunicador: procedimiento y técnicas que permitan transmitir una información eficaz.**
- **El profesional como educador o modificador de hábitos de comportamiento (Penzo, 1990)**

La psicología médica tiene en su campo el conjunto de experiencias y conceptos propios de la psicología que son aplicables a la medicina y para que tenga consecuencias favorables, lo que los médicos necesitan es tener a su disposición conceptos y técnicas psicológicas que sean aplicables en la práctica cotidiana de una medicina integral (De La Fuente, 1978). La Medicina y la Psicología comienzan a relacionarse situando su interés en la enseñanza, en la práctica, en la investigación y en la salud pública y al hombre como persona, ya que estos conocimientos enriquecen y amplían el conocimiento humano (De La Fuente, 1992).

De la medicina y la integración de la Psicología nace el Psicoanálisis, gracias al médico vienés Sigmund Freud quien lo crea como respuesta a las interrogantes que le planteaban sus pacientes histéricas a las que supo escuchar. En los orígenes del psicoanálisis están instaladas la escucha y la palabra, nace como diálogo y continúa siéndolo cien años después, en una época en que nadie escucha y priva el monólogo.

### **2.1.2– Psicología Clínica.**

Una necesidad particularmente humana es la necesidad de conocimiento. Quizás es esta necesidad la que ha hecho que la búsqueda del *insight* a través de la psicoterapia sea tan duradera con el transcurso de los años. Lograr *insight* significa comprender los orígenes de la propia conducta. Sólo a través de un análisis del pasado puede enfocarse el sentido completo del presente. Del pasado se obtiene un sentido de significado y confiabilidad del presente y quizás algunos indicios del futuro.

Establecer un determinado periodo o designar a una persona en particular como el iniciador de la psicología clínica no solo sería arbitrario, sino francamente engañoso. Se podría ir a la época de los filósofos griegos como Tales, Hipócrates o Aristóteles quienes, mucho antes del nacimiento de Cristo, especulaban acerca de los seres humanos y la naturaleza del pensamiento, la sensación y la patología (Shaffer y Lazarus, 1952, cit. en Phares, 1996).

Reisman 1976, (cit. en Phares, 1996) encuentra útil buscar las raíces de la psicología clínica moderna en los movimientos reformistas del siglo XIX, cuyos propósitos incluyen el mejoramiento en el cuidado de los enfermos mentales. Estas mejoras y los impulsos humanitarios de aquellos que los alentaron, fomentaron los débiles comienzos de las profesiones de salud mental como se les conoce hoy en día (Hothersall, 1984, cit. en Phares, 1996). Una de las principales

figuras del movimiento fue Philippe Pinel, un médico francés. Horrorizado por la insensata brutalidad que era costumbre en los “hospitales mentales” del siglo XIX, logró que se le nombrara director del manicomio de Bicêtre y, después, del de Salpêtrière. A través de su bondad y humanidad obtuvo grandes logros dentro de un campo muy difícil. Es poco claro si se debe considerar los logros de Pinel como algo personal o como desarrollos lógicos derivados de la filosofía de Rousseau y del idealismo de la Revolución Francesa. En cualquier caso, su trabajo constituyó un pilar en el desarrollo de la psiquiatría, del enfoque de la salud mental y, en última instancia, de la psicología clínica (Phares, 1996).

Ordinariamente se dice que la psicología nació con la fundación del primer laboratorio llevada a cabo por Wilhem Wundt en Leipzig, Alemania, en 1879 (Boeing, 1929, cit. en Garfield, 1979), las áreas de estudio en esa época eran la sensación y la conducta.

James Mackeen Cattell hizo un intento por valorar las habilidades mentales de los estudiantes que ingresaban por primera vez a la Universidad de Columbia en la ciudad de Nueva York, con una batería de pruebas psicológicas en el año de 1894 (Garfield, 1979).

Desde el punto de vista histórico, la primera persona que hizo una aportación directa al desarrollo de la psicología clínica fue Lightner Witmer, quien merece el título de fundador de la psicología clínica. En 1896, fecha que se da como el principio de la psicología clínica, Witmer fundó la primera clínica psicológica en E.U.A., e impartió el primer curso formal de psicología clínica. El trabajo clínico de Witmer empezó con el caso de un niño que tenía dificultades para deletrear las palabras y sus intereses continuaron hasta concentrarse en las perturbaciones de la infancia. Se interesaba en las dificultades sensoriales, en el retraso mental, desordenes de la locución, y en los problemas del aprendizaje escolar, también intentó trabajar terapéuticamente con niños psicóticos (Sarason y Gladwin, 1958, cit. en Garfield, 1979).

Más importante históricamente, fue el trabajo de Binet en Francia hacia finales del siglo XIX. Ante los problemas de retraso escolar y la deficiencia mental, Bidet y Simon, desarrollaron la primera prueba de inteligencia, el advenimiento de las pruebas de inteligencia individual y estandarizada fue un acontecimiento muy importante para la psicología aplicada. La primera guerra mundial, ofreció por su parte una excelente oportunidad para el uso de pruebas de grupo en gran escala, y después de la guerra, el movimiento de pruebas de grupo se desarrolló rápidamente.

Aunque Witmer fundó la primera clínica psicológica en 1896 en la Universidad de Pennsylvania, la psicología clínica no progreso mucho antes de que se introdujera la prueba de inteligencia. El influjo que esta prueba tuvo sobre la psicología clínica lo describe Pintner en 1931 (cit. en Garfield, 1979) en el siguiente pasaje:

**Aunque la psicología clínica propiamente dicha data por lo menos de la última década del siglo XIX, no puede haber duda de que fue la Escala de Binet el factor más poderoso en su desarrollo y expansión.**

Los objetivos básicos de la psicología clínica son muy variados, así como los principios básicos en los que se apoya y los problemas profesionales a los que tiene que enfrentarse. El hecho de que la psicología clínica se haya desarrollado rápidamente, sobre todo a partir de la segunda guerra mundial, ha hecho que la aceptación de las distintas funciones propias de la disciplina haya sido muy irregular., lo que constituye el aspecto exclusivo de la psicología clínica es la combinación de investigación, evaluación e interacción necesaria para entender en términos psicológicos la conducta humana y los conflictos internos, y poder ayudar al individuo en sus necesidades, dentro de una sola disciplina, lo que da la forma y esencia de la psicología clínica. Y para poder comprender lo que significa el desarrollo conceptual de la psicología clínica se debe tomar en cuenta ciertos aspectos históricos como la fundación de la primera clínica psicológica por Witmer en 1886, además de que a lo largo de la historia ha existido en todo momento una

gran preocupación por los problemas y el bienestar humano, y a partir de esto, su crecimiento y su reconocimiento va a ser un hecho acompañado de la controversia entre quienes ponen el acento en los aspectos científicos y los que definen los aspectos que afectan directamente al desempeño del ejercicio profesional (Buendía, 1999).

De esta manera, la psicología clínica, surgida de la conjunción medicina – psicología, abandona determinadas formulaciones respecto a los trastornos mentales y va adoptando otras de acuerdo con los avances teórico – metodológicos en el campo de la psicología, va pasando gradualmente de concepciones más individualistas y centradas en lo patológico a acercamientos más sociales y dirigidos a la prevención.

La psicología clínica ha tenido que enfrentarse con el reto de definir de manera cada vez más válida y replicable los límites que separan lo normal de lo patológico, en este sentido, la historia de los intentos por clasificar las alteraciones psicológicas, va asociada a la historia misma del concepto de enfermedad y sus diversa connotaciones etiológicas, pronósticas y terapéuticas.

La mayor dificultad con la que se enfrenta la psicología clínica radica en establecer criterios de certeza que no se vean afectados por condicionamientos socioculturales. El desarrollo del concepto científico de enfermedad mental no puede ser todavía aislado de los procesos históricos a través de los que determinados aspectos de la conducta humana llegan a ser considerados como socialmente indeseables, lo anterior pone a la psicología clínica en una encrucijada de la ciencias biológicas o historicoculturales, recogiendo hechos y perspectivas científicas, ideológicas y filosóficas distintas.

La psicología clínica ha de asumir también el estudio y manejo de los aspectos psicológicos de la patología orgánica, tanto en su desarrollo como en su

tratamiento, defendiendo por ello una visión integral del enfermar, donde los factores biológicos interaccionan con los psicológicos y los socioambientales.

La psicología clínica moderna, ha de ser capaz de tener en cuenta tanto las causalidades biológicas como los aspectos psicológicos y los condicionamientos socioculturales de los trastornos mentales en sus múltiples formas, asimismo, su quehacer no debe ser exclusivamente clínico en el sentido tradicional, sino que ha de tener unos objetivos más amplios, abarcando también la prevención y promoción de la salud, por ello es necesario que entienda al individuo no como un ser aislado, sino como inmerso en el contexto social, ya que el ser humano en sí, es el elemento fundamental de estudio de la psicología clínica (Buendía, 1999), porque los problemas que caen en el ser humano no son específicos de uno sólo, sino de las demás personas y de todo el medio que les rodea, por lo que es imprescindible realizar un análisis de los principales factores que conllevan al consumo de drogas.

### **2.1.3. – Psicoanálisis.**

Hace tiempo que se sabía que pueden aparecer trastornos de conducta a causa de un suceso de la vida que haya provocado una gran emoción.

Charcot, en sus lecciones de 1884 – 1885 (cit. en Reuchlin, 1957), había precisado el mecanismo de dichas perturbaciones, con respecto a enfermos que se encontraban paráliticos sin que se pudiera descubrir ninguna razón orgánica para dicho estado (parálisis histérica), la causa de esta parálisis parecía ser el recuerdo que el enfermo conservaba de él.

Janet (Reuchlin, 1957), practicó el “análisis psicológico” de los trastornos de sus enfermos, tratando de realizar una “desinfección moral” al “disociar” los “sistemas psicológicos” constituidos por el recuerdo del suceso y las perturbaciones (parálisis

u otras) que estaban asociadas al mismo, en donde comprobó que era muy posible que el enfermo no fuera consciente del recuerdo traumatizado y, en 1889, habló de “subconciencia por desintegración psicológica”, y poniendo al sujeto en sonambulismo provocado se podría obtener el relato del suceso de los trastornos, estos estudios fueron confirmados en los *Studien über Hysterie* que publicaron en Viena, en 1895, J. Breuer y S. Freud.

De manera similar, el médico J. Breuer en 1842 –1925, (cit. en Reuchlin ,1957), estudió el caso de una mujer de veinticuatro años quien padecía de graves trastornos histéricos, y mediante la observación descubrió que mediante su ausencia la mujer profería palabras incoherentes, y mediante el hipnotismo y la repetición de dichas palabras, descubrió que se trataba de una mujer a la cabecera de su padre enfermo, los trastornos de la mujer aparecieron ya que ella se hacía cargo de su padre enfermo. Breuer descubrió ese hecho y encontró un método de tratamiento (relatos provocados en estado de hipnosis) antes que Charcot y Janet, sin embargo la utilización de la hipnosis había resultado difícil, ya que la muchacha se había enamorado de Breuer (reacción que el psicoanálisis explica actualmente por la noción de “transferencia”), por tal motivo prefirió abandonar esta clase de estudios después de la publicación de *Studien über Hysterie*.

S. Freud en 1856 – 1939 (cit. en Reuchlin ,1957), que trabajaba desde hace años con Breuer, le consagraría su vida y alcanzaría la notoriedad más grande que se haya obtenido por trabajos en psicología, después de doctorarse en 1885 – 1886, fue discípulo de Charcot, y al igual que Breuer, fue muy influido por Charcot.

Freud en 1889, en Francia, se dirigió a Nancy, sede del adversario de Charcot, Bernheim, ahí aprendió que los enfermos no pierden por completo el recuerdo de los actos que han realizado en estado de hipnosis y que, después de despertar, es posible obtener su relato si se insiste mucho, recordó esta enseñanza cuando experimentó dificultades para emplear el hipnotismo al tratar con sus enfermos.

Después de 1909, las ideas de Freud evolucionaron, así como las de sus discípulos, pero a veces en dirección divergentes, dando origen a una diversificación de las teorías y una serie de cismas cuya historia requeriría a un especialista mucho tiempo y espacio (Reuchlin ,1957).

La psicología se encuentra entre las ciencias más jóvenes en el campo de la medicina, y quizá por esto mismo se encuentra en la actualidad bastante difundida la idea de que es materia de especulaciones puras, de tecnicismos triviales, no faltan quienes creen que lo psicológico tiene escasa o ninguna influencia sobre la conducta humana, sus problemas o los trastornos llamados somáticos. Pero pese a sus pocos años de existencia, el psicoanálisis ha aportado conocimientos notables a casi todas las especialidades médicas, a punto tal que prescindir del mismo en el tratamiento de ciertos trastornos que experimenta el hombre sería algo tan impropio como renunciar al uso de los antibióticos.

Se pone al Psicoanálisis ante experiencias emocionales ligadas a la sexualidad infantil, de modo que ésta constituiría la fuente principal de los trastornos ulteriores (Reuclin, 1957). Creado por Sigmund Freud, quien resaltaba la importancia que tienen las primeras experiencias del niño para el desarrollo de su personalidad siendo adulto. Se llegó a cuestionar la exclusión, la cual se hace de todas aquellas personas que por cualquier deficiencia física, sensorial o psicológica no logran incorporarse al sistema de enseñanza regular, marginándolos por ser considerados diferentes de lo que se considera la normalidad.

El psicoanálisis llevó el conocimiento de las enfermedades a un nuevo nivel científico, y como dice Jaspers (cit. en Tallaferro, 1990) en su patología general: "Freud hizo época en la psiquiatría en su ensayo de comprensión psicológica, apareció en un momento en que lo psíquico se tornó otra vez visible, casi exclusivamente los contenidos racionales del hombre, sus síntomas objetivos y lo neurológico".



A partir de entonces el comprender se ha vuelto nuevamente evidente, aún para los investigadores que nada quieren saber de las teorías de Freud, pero usan términos tales como “refugio de la enfermedad”, “complejos” y “mecanismos de defensa y de depresión”.

La teoría y método psicoanalítico han transformado a la antigua psiquiatría descriptiva, estática, en una ciencia dinámica o psiquiatría interpretativa, al integrarse en ella (Tallaferro, 1990).

En 1900 Freud (cit. en Lavenson, 1974), dio a conocer las primicias de sus nuevas teorías, vio cómo éstas eran ridiculizadas y recibidas con incredulidad; pasaron ocho años hasta que se vendieron los seiscientos ejemplares de la primera edición de *La Interpretación de los Sueños* que es el catecismo del movimiento psicoanalítico. Cuarenta años después los conceptos y la terminología del psicoanálisis se hallaban tan sólidamente incorporados en la cultura científica y popular que parecían inmutables. La importancia de los conceptos psicoanalíticos ha dado lugar a toda una serie de modalidades psicoterapéuticas: de grupo, familiar, conjunta, etc. El psicoanálisis es algo más que el contenido de un manual para hacer posible un determinado tipo de alivio psicológico.

Es de esperar que si el psicoanálisis se ubicase en su contexto social, en su lugar dentro del devenir de la experiencia, se vería claro que no se trata de un conjunto de misterios aptos sólo para iniciados, sino una estructura de investigación cuya importancia va más allá de las necesidades del terapeuta en su consulta. Lo que es cierto entre terapeuta y paciente es igualmente cierto entre padres e hijos, entre esposo y esposa, entre hombre y mujer, entre blanco y negro.

La importancia del psicoanálisis va desde lo que Laing llamó “política de la experiencia”, pasando por la psicodinámica individual, hasta la estética e, incluso, el misticismo. Porque la estructura cambiante del psicoanálisis ofrece muchos universos a la experiencia (Lavenson, 1974).

De esta manera nos podemos dar cuenta de que la pretensión del Psicoanálisis es transformarlos de objeto de deseo en sujetos de deseo. Por lo tanto lo que el psicoanálisis anhela es que el niño ocupe un lugar en la familia, devolviéndole su dimensión de sujeto deseante con un pensamiento autónomo. Una vez que esto se logre con este tipo de niños, se podrán implementar las medidas educativas que se requieran, con la certeza de que realmente se beneficiarán de la ayuda pedagógica. Actualmente sigue pendiente la cuestión de saber si el psicoanálisis es una ciencia, o bien si su praxis no tiene ninguno de los privilegios de rigor de los cuales se jacta con la intención de levantar la mala nota de empirismo que desde siempre ha desacreditado tanto las circunstancias como las psicoterapias. Para justificar también el muy pesado aparato que emplea, aparentemente a veces, y según su propia confesión, ante el desafío del rendimiento mensurable. El psicoanálisis sobrevive por contener aún la promesa de consignar su fin.

Lo que preserva la praxis psicoanalítica es que ella, por su naturaleza, lleva a cambiar los fundamentos de lo que se postula a título de lo universal: lo inconsciente (Lacan, 1984).

La droga, para algunas personas o ciertas culturas es una necesidad que se registra como una constante a lo largo de la historia de la humanidad, y cuyo fundamento está basado en la incapacidad que los seres humanos tenemos para aceptar la condición de finitud inherente al fenómeno de la vida, ya que el hombre es el único animal que no acepta su destino biológico que es nacer, crecer, reproducirse y morir. Nuestro cuerpo tiene que cumplir su destino biológico, pero en cambio, nuestra mente siempre ha querido escapar de este determinismo, y sólo aceptando nuestra condición humana se puede trascender los límites que nos corresponden.

## **CAPÍTULO III**

# **DEFINICIÓN Y ANTECEDENTES DEL CONSUMO DE DROGAS**

El hombre ha intentado escapar a su destino, buscando trascender, y para ello recurre a su fantasía, a su imaginación para encontrar algo que le dé mayor significado que “el fatalmente asignado por el determinismo biológico”, este algo puede ser entonces una religión, una filosofía, o también una conducta adictiva o una franca drogadicción: “los paraísos artificiales” (Kalina, 1998).

El consumo de drogas es tan antiguo como la humanidad, tanto las grandes civilizaciones como pequeños grupos, buscaban no sólo una fuente de efectos placenteros y eufóricos, sino también experiencias, rituales, místicas y religiosas (Gispert, 1987: Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988: Sánchez y Jiménez, 1995).

Todas las culturas y tipos de sociedad, desde la antigüedad hasta nuestros días, han consumido diferentes tipos de drogas. La aceptación de éstas varía extraordinariamente de una cultura a otra, e incluso dentro de una misma cultura puede sufrir grandes transformaciones con el paso del tiempo.

### 3.1 – Definición de Droga.

Según Corominas (cit. en Ysern, 1995), droga sería una palabra internacional incorporada al castellano a finales del siglo XV desde el norte de Europa, y su acepción primitiva mas probable sería la de “cosa de mala calidad”...y procedería de la palabra céltica “malo” (bretón: **droug**, galés: **drow**, irlandés: **droch**) que se había aplicado a las sustancias químicas y a las mercancías ultramarinas.

Para David – Peyre y Pigeaud (cit. en Ysern, 1995), “droga” sería el resultado de una confusión terminológica entre tres grupos de vocablos: **trock** (del alemán, seco), **drogue** (del holandés, arenque seco) y **droug** (del francés, malo) que había configurado la palabra droga como un término comercial destinado a designar los barriles que contenían mercancías desecadas (Ysern, 1995).

En la España del siglo XVII, la palabra droga se empleaba ya como sinónimo de planta medicinal y a finales del siglo XIX es presentada como sinónimo de fármaco, sinonimia que se ha mantenido a lo largo del siglo XX.

En nuestro medio, cuando se habla de fármaco, se tiene tendencia mayoritaria y cultural a identificar el término con el medicamento, es decir, con “sustancias con utilidad terapéutica”. La palabra droga no se utiliza en el lenguaje común y popular como equivalente de medicamento y fármaco, lo que no es diferenciable en la lengua inglesa, en la que tanto “fármaco” como “droga” quedan englobados en un mismo vocablo: **drug** (Ysern, 1995).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por fármaco o droga, toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, pueda modificar uno o más de las funciones de éste, es un concepto internacionalmente amplio que abarca no sólo los medicamentos destinados al tratamiento de los enfermos, sino también otras sustancias activas desde el punto de vista farmacológico.

En revisiones posteriores la propia OMS, propone la palabra droga en un sentido más restrictivo, para referirse a las “entidades que puedan ser definidas como drogas psicoactivas de uso no médico y susceptibles de ser autoadministradas. Según el Ministerio de Sanidad y Consumo, drogas son todas aquellas sustancias psicoactivas que son consideradas como tales internacionalmente o por una sociedad concreta (Ysern, 1995).

Drogas son aquellas sustancias que tienen propiedades psicoactivas, como pueden ser el tabaco, el alcohol, los opiáceos, la coca, etc (Fernández y Ballesteros, 1993). Las drogas son el agente adictivo, por tal motivo estas personas deben ser protegidas y dicha protección consiste en controles legales del cultivo, manufactura, distribución o posesión (Girdano, 1990).

### **3.2 – Antecedentes del consumo de drogas.**

La droga, para algunas personas o ciertas culturas es una necesidad que se registra como una constante a lo largo de la historia de la humanidad, y cuyo fundamento está basado en la incapacidad que los seres humanos tenemos para aceptar la condición de finitud inherente al fenómeno de la vida, ya que el hombre es el único animal que no acepta su destino biológico que es nacer, crecer, reproducirse y morir. Nuestro cuerpo tiene que cumplir su destino biológico, pero en cambio, nuestra mente siempre ha querido escapar de este determinismo biológico, y sólo a través de la mente se puede intentar trascender los límites que nos corresponden (Kalina, 1988)

Desde la antigüedad se conoce que determinadas sustancias, que hoy llamamos droga, son capaces de provocar alteraciones psíquicas en el ser humano. Hasta donde llega la historia escrita, todas las sociedades han utilizado drogas que producen efectos sobre el estado de ánimo, los pensamientos y los sentimientos. El relato bíblico menciona ya el consumo y los efectos de la más universal de las

drogas, el alcohol: el patriarca Noe embriagado y su hijo Cam fueron los protagonistas.

Las primeras sociedades urbanas – Egipto, Mesopotamia, el Valle del Indio – aportaron a la humanidad, junto a las legislaciones positivas más antiguas que se conocen (Código de Hammurabi), las primeras noticias documentales sobre la existencia de drogas embriagantes. Aparecen algunas de las características que acompañan a las drogas a lo largo de su historia: su uso institucionalizado, muchas veces con sentido religioso, su aspecto legal y su unión a una rentabilidad económica (Ysern, 1995).

A lo largo de la historia se ha observado que en algunas culturas se ha utilizado el opio y sus derivados: morfina, heroína y codeína. Los europeos cultivaron la amapola, de la cual se obtiene el opio natural, durante cuatro mil años aproximadamente; en los primeros escritos de los babilonios, egipcios, griegos y romanos ya se habla del opio (la planta de la felicidad, según la concepción de los antiguos sumerios). En algunas culturas, estas drogas se utilizaron como parte de rituales religiosos, en otras simplemente por placer, y en otros casos para mitigar el dolor o para aligerar las adicciones (Gispert, 1987: Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988: Sánchez y Jiménez, 1995). En Inglaterra, se desarrolló el consumo de opio para uso médico, utilizado para calmar dolores reumáticos, el consumo del opio en Inglaterra se da por la estrecha relación que existía con la India, en donde el opio era utilizado en cuestiones religiosas (Ehrenberg, 1994). Antes del año 500 A.C; se utilizaban las flores y hojas de la planta del cáñamo en ritos religiosos de la India, las drogas derivadas del cáñamo han sido importantes, como la marihuana y el hachís. En las culturas musulmanas, a menudo se tolera el uso de la marihuana mientras que el alcohol es condenado y prohibido, lo cual no ocurre dentro de la sociedad occidental, ya que es aceptada lícitamente (Gispert, 1987: Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988: Sánchez y Jiménez, 1995).

En México están relacionadas las sustancias adictivas y las conductas de adicción desde la época prehispánica. En efecto, todas las culturas asentadas en lo que es ahora el territorio mexicano, tanto las desarrolladas en Mesoamérica como los grupos tribales de las religiones periféricas, tenían un conocimiento exhaustivo del ambiente en el que vivían, incluido un saber preciso acerca de los efectos psicotrópicos de ciertos vegetales y animales (Tapia, 1994).

En México se consumían los hongos alucinantes, a los cuales se les llamaba teonanácatl. Los indígenas mexicanos ingerían una semilla llamada ololiuhqui que emborrachaba y enloquecía, también consumían el péyotl, que eran como tunas de tierra, blancas y los que la comen o beben ven visiones.

Tanto el peyote como los hongos alucinantes son aún ingeridos por jóvenes en busca de sus efectos, pero ciertos pueblos indígenas (Tepehuas o huicholes) continúan consumiéndolos con propósitos religiosos (Calderón, 1987; Sánchez y Jiménez, 1995).

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

La actitud hacia el alcohol es, en general, mucho más tolerante que hacia otras drogas, como la marihuana, que es consumida por un gran número de adolescentes (Chávez, Pacheco, Salinas y Solís, 1988; Sánchez y Jiménez, 1995).

México como el resto de los países latinoamericanos pertenece a aquellos que han sido llamados subdesarrollados, nuestra relación con las economías industrializadas es de franca desigualdad, ya que la riqueza generada no nos alcanza para satisfacer necesidades de alimentación, atención de la salud,

vivienda y educación, hecho que se agrava por la inadecuada distribución de ingresos y los altos índices de crecimiento demográfico.

Este crecimiento ha producido grandes consecuencias sociales que afectan a la población, quien en su mayoría se encuentra formada por habitantes que no exceden los 19 años de edad, los cuales se encuentran en una etapa de múltiples cambios a nivel físico, fisiológico, psicológico y social que aunados a una realidad de subdesarrollo caracterizado por una insuficiencia o falta de servicios públicos, desempleo, delincuencia, analfabetismo, alcoholismo y drogadicción, puede dar origen a que el adolescente se involucre en alguna de estas problemáticas.

El uso de drogas en nuestro país se ha ido incrementando durante los últimos decenios a tal grado, que se le considera actualmente como un problema social, ya que esta práctica se extendió a grandes grupos de la población, principalmente en los jóvenes quienes al encontrarse en una etapa de cambios biopsicosociales son más susceptibles a toda la gama de situaciones nuevas que se les presentan, sin saber lo que la sociedad determina como bueno o malo, equivocando frecuentemente el camino (Papalia,1990; Flores y Guarneros, 1994).

### **3.3. – Tipos de Droga.**

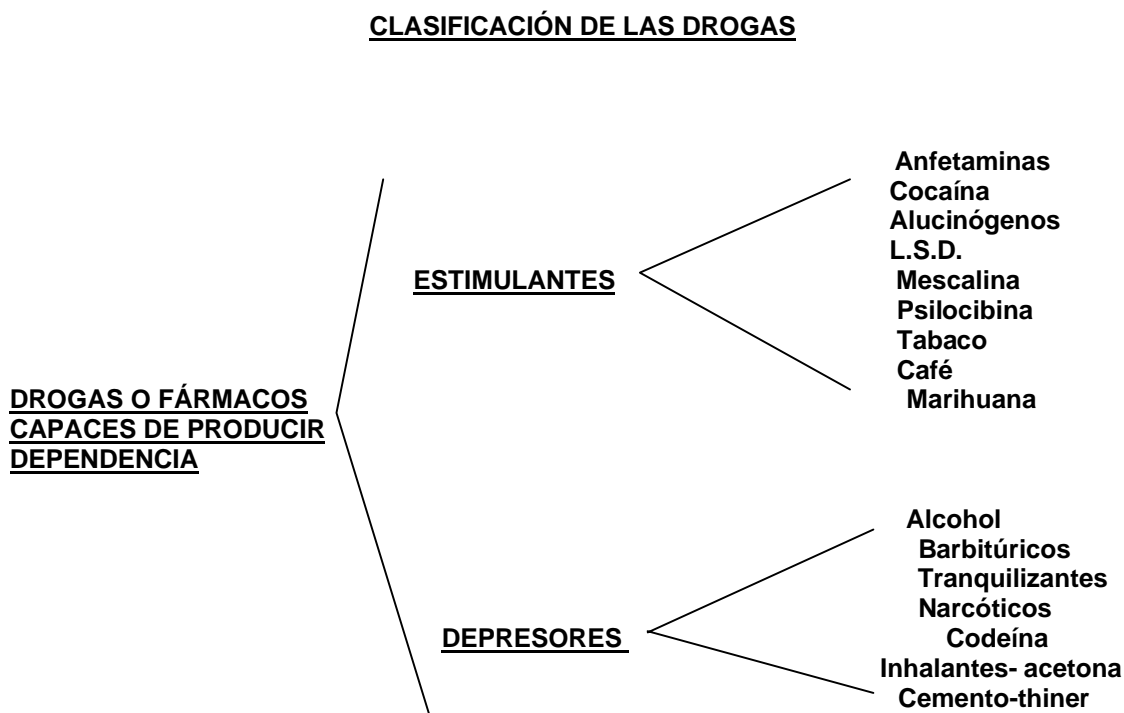
Desde el punto de vista médico, se ha reportado que existen muchas drogas, ya sea como compuestos naturales o sintéticos, que son capaces de desencadenar un “estado de drogadicción”, por lo cual es necesario mencionar sus posibles efectos (Flores y Guarneros, 1994).

Los fármacos se clasifican de acuerdo al efecto que ejercen sobre la actividad mental o el estado psíquico de una persona, las que aceleran y que, por lo tanto producen estados de excitación reciben el nombre de estimulantes y las que



retardan la actividad mental o el estado psíquico de la persona se les conoce como depresores (CEMEF/SEP, 1982; Tovillas Y Palma, 1997).

Conforme a lo anterior, se presenta un cuadro esquemático en donde se clasifican los diferentes tipos de drogas (Belssaso, 1993).



Cabe destacar que dentro de todas las drogas estimulantes incluidas en el cuadro, la marihuana es la más usada en nuestro país, ya que las personas que la consumen llegan a fumar aproximadamente de 4 a 5 cigarrillos de marihuana por día, provocando que los sentidos se distorsionen y se perciban objetos que no existen en la realidad (alucinógenos).

Respecto a los depresores mencionados en el cuadro anterior, son de gran consumo en nuestro país en su mayoría por gente de escasos recursos como pueden ser los niños de la calle (Belssaso, 1983, Ysern, 1995).

### **3.4. – Efectos Ocasionados por las Drogas.**

Dentro del grupo de los estimulantes hay tres drogas que pueden producir adicción: el primero de ellos es el de las anfetaminas (sulfato de dextroanfetamina, metadrina y denzefrina). El segundo es la cocaína. Y el tercero es el de los alucinógenos (marihuana o L.S.D), las drogas de este tipo producen una excitación mental que se manifiesta en forma de alucinaciones, donde los sentidos se distorsionan y se perciben objetos que no existen en la realidad. De los alucinógenos, la marihuana es el más consumido en nuestro país, que en grandes dosis produce alucinaciones; aunque en cantidades pequeñas no lo hace.

Dentro de este grupo se encuentran otras drogas que, aunque no son tan comunes; empiezan a representar un problema en la actualidad, este es el caso del LSD, de la mezcalina y de la psilocibina. De todos los estimulantes, sólo las anfetaminas tienen un uso médico, pues a veces se usan en el manejo de la obesidad. Los tres tipos de drogas estimulantes que se mencionaron anteriormente se consideran bien delimitadas desde el punto de vista médico, sin embargo, existe otro grupo no muy bien delimitado, pero por sus efectos en la persona también se consideran drogas estimulantes, en este grupo entran el tabaco, el café y el té.

El hecho de que estas drogas no sean reconocidas médicamente, se puede deber a que su consumo es visto de manera “natural” en nuestra sociedad y sus efectos aunque también son nocivos carecen de importancia o se les da un valor mínimo en la publicidad.

Por otro lado, se encuentra el grupo de los depresores el cual comprende en primer lugar, al alcohol, que es una droga; de hecho es la droga que más se consume y que más problemas ocasiona en nuestra sociedad. Otros depresores son los barbitúricos y los tranquilizantes, que en ocasiones son utilizados como medicamentos. En este grupo se ubica también la morfina y sus derivados (la

heroína y la codeína). La morfina se emplea médicamente desde tiempos atrás para calmar los dolores más intensos.

Por último, se encuentran los inhalantes, estas drogas no se toman ni se inyectan como casi todas las demás, sino que se inhalan por la nariz y la boca. Dentro de los Inhalantes se encuentran el cemento, el thinner, el éter, la acetona entre otros. Su abuso constituye uno de los más grandes problemas de drogadicción en México (Flores y Guarneros, 1994, Belssaso, 1983, Ysern, 1995).

En la actualidad existe un consumo elevado de drogas en la población adolescente, por lo que se considera también importante mencionar las características o rasgos generales que permite identificar al adolescente drogadicto.

Según el Consejo Nacional de las Adicciones (CONADIC, 1992), los rasgos más comunes e importantes son los cambios repentinos de la conducta habitual, lo que hace parecer a los usuarios como “extraños”, al manifestar inestabilidad en el estado de ánimo. Además se pueden observar alteraciones tales como: poca concentración en el trabajo escolar, inasistencia, bajo rendimiento académico, aislamiento y alejamiento del grupo de amistades, así como la pérdida de interés por sí mismo y con regularidad se pasa fácilmente de la alegría al enojo o de la actividad a la apatía.

De esta manera se puede ver que en la actualidad la drogadicción resulta ser un problema que impera principalmente en la población joven, lo que origina múltiples cambios de tipo fisiológico, físico, psicológico y social los cuales pueden variar de un adolescente a otro dependiendo de las propias características y de las influencias externas del medio ambiente.

### **3.5. – Factores que Estimulan el Uso de Drogas.**

#### **a) Sociales:**

Partiendo de la idea de que el consumo no puede considerarse exclusivamente como un problema individual o limitado a determinados grupos, sino como una problemática de la sociedad en que se produce, surge la necesidad en buscar qué motivos de la misma han favorecido la propagación del consumo de drogas; algunos factores que promueven la drogadicción son comunes en diferentes sociedades y otros son particulares a una determinada.

A continuación se mencionan algunos de estos motivos que pueden considerarse como favorecedores de la Farmacodependencia en tanto que representan situaciones conflictivas que orillan al individuo a buscar en el consumo de drogas una solución.

1. - La sociedad sufre cambios acelerados que han provocado desequilibrio en la cultura, en los valores, en las normas, en las actitudes, en las motivaciones y en la forma de conducta de sus miembros, lo que a su vez produce desconcierto y tensión en los individuos.

2. – El hombre es receptor en un mundo lleno de estímulos cargados de mensajes contradictorios, como por ejemplo los medios de comunicación que crean necesidades, a la vez que frustración por no poderlas satisfacer.

3. – La continua migración de los habitantes de zonas rurales o zonas marginadas a la ciudad, genera pésimas condiciones de vida y la imposibilidad de lograr las expectativas de superación que motivaron el traslado, realizando trabajos eventuales o estando subempleados, lo que empeora su situación legal o económica. Estos conflictos son transmitidos a los hijos, quienes reciben a su vez diferentes mensajes, por un lado de los padres, quienes conservan sus tradiciones y por otro, el medio en que viven, donde entran en juego: la escuela, los medios

de comunicación y el medio social en general. Estas situaciones pueden considerarse como favorecedoras de la Farmacodependencia por lo que promueve en forma directa el consumo de las drogas.

4. – La sociedad de consumo da prioridad a los valores materiales, creando cada vez más necesidades en los individuos, lo que en muchos casos no pueden siquiera cubrir las mínimas; pero además, esta sociedad hace creer que a través del consumo de productos se pueden compensar carencias, las que en realidad se ven incrementadas. Ante esta situación, la droga puede funcionar como un objeto más de consumo que representa un medio de evasión.

5. – Dentro del proceso de socialización del individuo, intervienen instituciones tales como la familia, la escuela, la iglesia y los grupos de amigos, a través de los cuales la sociedad ejerce control. Cuando el individuo se da cuenta de las contradicciones y dobles mensajes que envían dichas instituciones, se aminoran la influencia que ejercen sobre él en la aceptación de las normas y costumbres existentes; el control social se debilita y los comportamientos no aprobados por la sociedad se presentan con mayor facilidad, no solo como respuesta a la inestabilidad sino también como expresión de rebeldía.

6. – En nuestro país existen en muchos aspectos una gran dependencia hacia los Estados Unidos y por lo mismo una marcada tendencia a imitar fenómenos sociales de dicho país, como es el caso de la Farmacodependencia, que ha funcionado como modelo para ciertos grupos, generalmente juveniles que en México iniciaron el consumo de drogas como imitación de una moda.

7. – México es un país productor de una gran variedad de drogas y aunque la venta resulte un negocio ilícito, su obtención es posible y en algunos casos hasta fácil.

Estas situaciones nos conducen a preguntarnos ¿cómo podemos prevenir eficazmente la dependencia a las drogas en esta sociedad? Una respuesta quizá difícil sería la de lograr la legalización de las drogas; tener la capacidad de vivir en una sociedad de tendencia a las drogas con la libertad de utilizarlas inteligentemente cuando pueden ser provechosas y una libertad similar para resistirnos a depender de ellas y esta legalización se debe dar como primera instancia en las autoridades de nuestro país, por lo que se procederá a seguir con las causas individuales.

b) Individuales:

El hecho de que un determinado sujeto recurra a las drogas debe entenderse como un síntoma, esto es como una expresión de un conflicto emocional; el cual está determinado por un desarrollo psicológico, que a su vez se determina por las relaciones de la familia, después en la escuela, con amigos, maestros, etc. Es por esto que el consumo de drogas en un individuo debe ser considerado como una manera de resolver una situación que para él resulta distinta.

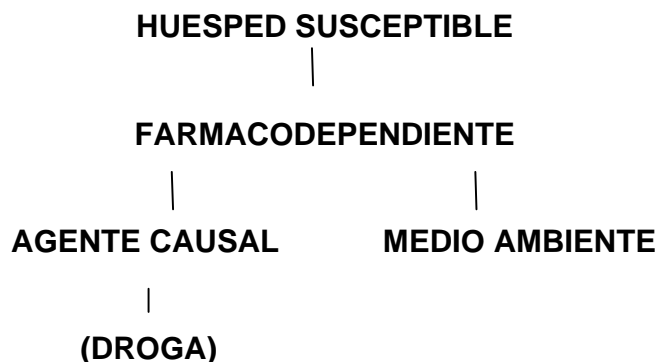
Se ha observado que en la adolescencia se presentan características que pueden influir en la aparición de la Farmacodependencia, por lo que se presentan brevemente algunas de ellas. La adolescencia es una etapa de la vida en donde se suceden cambios biopsicosociales complejos. Entre los cambios biológicos están el desarrollo y la madurez del aparato genital, así como los caracteres sexuales secundarios. El campo psicológico se caracteriza por: búsqueda de la identidad, tendencia a la agrupación, necesidad de intelectualización, separación progresiva de los padres, crisis de valores, ejercicio de la sexualidad, preparación a las responsabilidades adultas y relaciones de pareja (Hurlock, 1976).

El adolescente necesita ser educado y capacitado desde su infancia para afrontar el esfuerzo que representa el lograr una identidad íntegra y los padres tendrán que ayudarlo. Las necesidades reales del proceso de socialización generan

inquietudes vitales que deben atenderse en el proceso educativo, tanto familiar como institucional.

Los problemas propios de la crisis que atraviesa el adolescente crea la necesidad de reunirse con jóvenes de la misma edad. Ello hace que identificándose unos con otros, satisfaciendo la necesidad de unirse e integrándose, mantengan un equilibrio en la salud mental, el que en algunas veces logran a través de las drogas. En general se puede decir que el adolescente es aquel sujeto que en el orden individual es incapaz de tolerar la menor demora, tiene una condición de inestabilidad por los cambios, un alto grado de curiosidad y aburrimiento, responsabilidad disminuida y aumento de tiempo libre, lo que propicia la búsqueda de experiencias nuevas y excitantes que con frecuencia lo llevan a la droga.

Se puede concluir que en la Farmacodependencia, como en cualquier enfermedad, existen tres elementos interactuando. En el caso del consumo de drogas se puede explicar a través del siguiente esquema:



Se entiende por huésped susceptible aquel individuo que presenta ciertas características que lo hacen de cierta manera dispuesto a la Farmacodependencia (factores individuales); por medio ambiente se toma a la familia, a la escuela, a los amigos y a la sociedad en general, quienes de alguna manera están sirviendo como portadores de la enfermedad al sujeto (factores sociales y ambientales).

El consumo de drogas va a producir en el individuo una gran variedad de efectos. Algunos de éstos se logran o hay la sensación de lograrlos, porque existe una predisposición emocional en el individuo, de estos efectos se mencionan: control de los estados de ánimo, facilidad para la socialización, expresión de independencia, retos a la autoridad, nuevas emociones, satisfacción de la curiosidad a través de la experimentación y un alivio al “vacío” emocional, entre muchas cosas.

Cabe aclarar que las drogas no van a producir siempre el mismo efecto, ya que éstas van a depender de la dosis, las circunstancias en las que ingieran y de las características psicológicas del sujeto que las consuma.

c) Familiares:

Dentro de ésta, se debe reconocer que es indiscutible la importancia que tiene en el desarrollo psicosocial del individuo, que es en el núcleo familiar donde el individuo puede obtener confianza y seguridad en sí mismo y una adecuada percepción de la realidad o por lo contrario, darle una explicación acerca de las drogas y explicarle los problemas que éstas le pueden provocar a sí mismo y ante la sociedad.

Las familias que favorecen la aparición de la Farmacodependencia presentan múltiples y variadas características, por lo que resulta difícil llegar a generalizaciones.

Sin embargo, entre los factores que frecuentemente se observan se encuentran: desintegración familiar, presencia de adicciones o enfermedad mental en algún miembro de la familia, conflictos entre los padres e hijos, madres sobreprotectoras, padres ausentes y autoritarios, familias que tienden a señalar lo negativo de sus integrantes, ausencia de manifestaciones negativas, roles familiares difusos, comunicación inadecuada (C. I. J. ,1985).



A pesar de lo complicado que pudiera parecer, existen maneras de prevenir este grave problema que está afectando a muchas familias y a comunidades enteras. Hay ciertas cosas que se pueden hacer al respecto:

**Primera:** informarse ampliamente sobre las drogas, sus efectos y sobre las de mayor consumo en su comunidad.

**Segunda:** hablar con su familia y amistades sobre este tema cuantas veces sea necesario. Negar la existencia de esta realidad o minimizar sus consecuencias, no ayuda a nadie.

**Tercera:** si uno está consumiendo alguna droga, trate de abstenerse de hacerlo y solicite ayuda. En el caso de algunas drogas prescritas por un médico (tranquilizantes), pregunte sus efectos, sus riesgos y durante cuánto tiempo las va a consumir.

**Cuarta:** involucrarse en los grupos y actividades preventivas que haya en su comunidad, y si éstos no existen, proponer su creación en las escuelas, iglesias y hospitales o en las juntas de vecinos.

**Quinta:** como las actividades de prevención también deben ofrecer alternativas saludables al consumo de drogas y alcohol, comprometerse en las luchas comunitarias por la creación y preservación de zonas verdes destinadas a la recreación de las familias, así como a la formación de grupos que fomentan las actividades ecológicas y las de servicio a los demás.

**Sexta:** Empezar las actividades preventivas con los de su propia casa.

Existen situaciones, acciones o condiciones que ocasionan que los jóvenes estudiantes de media superior consuman e incrementen el riesgo al consumo de drogas.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL ASPECTO: TIPO DE DROGA, INDIVIDUAL, SOCIO - CULTURAL Y FAMILIAR**

En nuestros días, el consumo de drogas ha aumentado considerablemente, constituyéndose como un grave problema de salud pública, esta situación ha afectado no solamente al individuo que las consume, sino también a la familia. Esta investigación plantea 4 factores de gran importancia con el fin de conocer los motivos que ocasionan que los jóvenes consuman drogas.

## 1- Tipo de Droga.

Las drogas son sustancias cuyos componentes químicos alteran las funciones normales de los seres humanos, existen sustancias como el alcohol o la nicotina que se expanden en forma legal; otras son consideradas ilícitas porque su producción, distribución y venta, representan serios problemas por los fuertes daños que producen en la salud.

La mayoría de las drogas tienen la particularidad de producir adicción, ya que poseen efectos aparentemente placenteros que suelen llevar a quienes lo prueban, a consumirlas reiteradamente y a la dependencia puede ser física o psicológico.

## 2 – Personales.

La vida Individual incluye no solamente las creencias de tipo religioso, sino todo aquello que sirve a una persona para frenar su impulsividad y que además le da valor y sentido a su vida. Así tenemos como ejemplo de esto los frenos morales y éticos, el sistema de creencias personales y el grupo de valores que la persona ha adquirido tanto mediante la educación familiar como por el aprendizaje en la sociedad y cultura a la que pertenece. El ejercicio de estos valores implica que la persona sea **responsable** de sus actos y decisiones.

Es precisamente todo esto lo que primeramente se debilita cuando la persona entra en relación con cualquier tipo de droga **y sucede mediante un sólo y exclusivo contacto**, por lo que si se llegan a presentar más intoxicaciones, el deterioro de esta parte será cada vez mayor.

Esta es la parte más sensible y la más afectada en la persona que abusa de las drogas. Desgraciadamente, esta parte de la vida de la persona, la Individual, es a la que menos atención se le presta a la hora de hacer una evaluación de los daños ocasionados. Por costumbre, tanto el usuario como sus más allegados,

inmediatamente se preocupan por los efectos físicos. Es indudable que tanto el organismo como la mente de la persona se ven seriamente dañados, pero la parte Individual es la primera en sufrir el fuerte impacto del abuso de las bebidas Alcohólicas o de las Drogas.

Esto puede explicar el por qué el adicto, hombre o mujer, comete tantos actos de "mal juicio" y llega a presentarse ante los demás como una persona amoral, irresponsable y cínica. Lo que realmente sucede es que sus frenos interiores se debilitan cada vez más y a medida que pasa el tiempo va perdiendo su valor como persona, llegando a sentir, muchas veces, que su vida no tiene sentido alguno. Para poder recuperarse de la adicción, cualquier persona va a tener no solamente que atender su organismo dañado y arreglar su mente confusa, sino y sobre todo hacerse cargo de su parte individual, sin la cual no puede existir rehabilitación alguna (CIJ.2005).

### **3 – Socio- Cultural.**

Una persona adicta se convierte en una amenaza. Las personas que se encuentran cerca corren algunos riesgos graves, entre ellos el de perder la vida, sus propiedades o al menos el de sufrir algunas lesiones físicas o psicológicas importantes.

El adicto, hombre o mujer, causa daños a sus vecinos cuando escandaliza en el barrio o en la vía pública, al enfrentarse a golpes con otra persona, cuando maneja un automóvil y provoca accidentes, al cometer errores en sus responsabilidades, o cuando llega tarde o no asiste a su lugar de trabajo por encontrarse intoxicado o bajo los efectos de la "cruda"; también puede cometer infracciones a las leyes o delitos que requieren encarcelamiento.

El fenómeno del narcotráfico, existe gracias a toda a aquella persona que consume drogas y que va afectando cada vez más a nuestra sociedad.

Los esfuerzos emprendidos por las autoridades y las organizaciones civiles no han sido suficientes mientras no se atiende en primer lugar al consumidor:

1. al que aún no las consume (**prevención primaria**),
2. al que ya se está iniciando (**prevención secundaria**) o,
3. al que por desgracia ya se encuentra atrapado en sus mortales redes (**prevención terciaria o tratamiento**) (CIJ.2005).

Una de las conductas más importantes relacionadas con el consumo de drogas es la delincuencia. Se ha mencionado que este consumo está estrechamente vinculado con conductas de tipo antisocial.

En relación con el consumo de cocaína, particularmente entre estudiantes, se ha encontrado que la mayor proporción de usuarios de esta droga se ubica en el nivel de preparatoria, reportándose también más problemas y actos antisociales que los que se presentan entre usuarios de otras drogas. Se ha observado que los consumidores frecuentemente se involucran en problemas legales y sociales más severos como vender drogas, dañar o golpear a alguien, forzar cerraduras, prender intencionalmente fuego y utilizar armas punzocortantes o de fuego para obtener un objeto ajeno. Cabe señalar que la prevención en el consumo de drogas, así como la presentación de conductas antisociales entre estudiantes, es mucho menor que la observada en jóvenes que no asisten a la escuela.

Por lo que respecta al consumo de inhalables, se ha documentado su asociación con actos antisociales. El inhalador crónico se tipifica por su baja escolaridad y por realizar actividades de subempleo en la vía pública, en combinación con actos delictivos, en general robos. También se ha demostrado que, en su mayoría, los no usuarios presentan índices delictivos bajos, y que los consumidores experimentales empiezan a elevar el número de delitos cometidos, como tomar parte en riñas, dañar propiedades ajenas y tomar mercancía sin pagar.

En cuanto al consumo de drogas en general, se ha señalado que los actos delictivos con consecuencias sociales graves, los principales factores de riesgo

de acuerdo al CONADIC en el 2005 son: ser varón con una probabilidad de  $p = 1.37$ , usar drogas legales con  $p = 1.74$ , drogas ilegales con  $p = 1.61$ , consumir ambos tipos de drogas con  $p = 7.8$ , y usar alcohol con una probabilidad de 2.41. Vivir en la ciudad representa una  $p = 0.14$ , el hecho de haber estudiado y trabajado resultó ser un factor protector para no cometer actos antisociales.

Por otro lado, en las instituciones de procuración de justicia del país existen datos referentes a delitos cometidos bajo los efectos de alguna droga, entre los que sobresalen: robo, homicidio, lesiones, delitos sexuales, raptos, contrabando, daños en propiedad ajena, abuso de confianza y delitos contra la salud. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática informa que del total de presuntos delitos del fuero federal cometidos entre 1980 y 1989, el 4.4% de los sujetos se encontraba ebrio, el 1.6% con aliento alcohólico y el 1.5% bajo la influencia de alguna otra droga. En delitos pertenecientes al fuero común, el 19.5% se encontraba en estado de ebriedad, el 5.7% con aliento alcohólico y el 0.71% bajo la influencia de alguna droga (CONADIC, 2005)

#### **4 – Familiares.**

Como instancia básica de socialización y de estructuración del sujeto humano, la familia constituye el factor primordial para no inducirnos a las drogas, mediante la reproducción e incorporación de las pautas de interacción y de comportamiento propias de un contexto social y cultural específico. En este sentido, las reglas y normas que emanan de la estructura familiar representan una suerte de “gramática de las relaciones sociales”, proporcionando a sus miembros, en particular a sus hijos, los elementos y habilidades necesarias para incorporarse al medio social externo.

Puede señalarse la preponderancia de una imagen de la familia que no necesariamente coincide con la realidad. La mayoría de las personas conciben al

grupo familiar como núcleo constituido por padre, madre e hijos nacidos de primeras nupcias.

En contra de esta representación de la familia, en algunas colonias se presenta con gran frecuencia el caso de madres solteras y divorciadas, de familias uniparentales conformadas en su mayoría por mujeres solas y sus hijos, a las cuales se las tacha a menudo, por la ausencia del padre, de “familias desintegradas”. En estas circunstancias la crianza y el cuidado de los hijos representan una fuerte presión asociada a una doble responsabilidad.

De este modo, aun cuando la madre actúe también como proveedora, suele adoptar como responsabilidad propia el cuidado afectivo de los hijos y la vigilancia de su crianza. Los padres, por su parte e incluso con la aceptación manifiesta de las mujeres, son el sostén principal de la economía familiar y los depositarios del poder legítimo en su seno.

Un factor importante en la determinación de las prácticas de cuidado y crianza de los hijos es el objetivo atribuido a las mismas, se puede sostener que éste consiste en promover el ejercicio de habilidades prácticas y de juicio para el enfrentamiento autónomo de situaciones, a fin de que los jóvenes asuman sus responsabilidades y lleguen a valorarse por sí mismos, prevalece una representación de crianza y cuidado basada principalmente en estimular la independencia y la autosuficiencia. El deseo de ayudar, “encaminar” y enseñar a los hijos en el interés de que sean personas “de bien”, sepan cuidar de sí mismos y se sientan satisfechos, ya que la tarea de los padres se centra en crear un ambiente propicio para que niños y jóvenes aprendan a tomar sus propias decisiones (CIJ, 2001)

El hogar donde reside la persona adicta se va a desorganizar de tal manera que ya no va a cumplir con los sueños de quienes lo formaron ni con las expectativas de aquellos o aquellas a quienes les tocó nacer ahí. El problema de la drogadicción va a hacer presa de todos los miembros de la Familia y les va a provocar daños a veces irreparables por la profundidad de los sentimientos que se vieron lesionados. Los familiares de todos los adictos intentan, de todas las

maneras conocidas, cambiar las actitudes destructivas del usuario de las drogas, ya que esta situación provoca vergüenza y comenzarán a caer en el juego de **negar el problema o restarle importancia**, ya que desconocen la manera más efectiva de enfrentar la realidad que están viviendo y todos sus esfuerzos se basan exclusivamente en lo que la sociedad piensa que debe hacerse en esos casos, ignorando que hay otras vías para hacer frente al problema y para solucionarlo de la mejor manera.

En algunos casos la adicción a ciertas drogas es sinónimo de Destrucción, muchas familias llegan a perecer, a desintegrarse debido a que no entendieron qué era lo que les estaba pasando, además de que se resistieron a solicitar ayuda porque el mismo hecho de hacerlo implicaba aceptar que había un problema delicado dentro del hogar y que estaba afectando a todos.

Es importante señalar que siempre o casi siempre la adicción genera que en un hogar se presente la violencia verbal (gritos, amenazas, groserías) debido a que los familiares se desesperan porque el adicto no les hace caso, también la violencia física (golpes, empujones, romper objetos), pérdida de objetos valiosos o ropa, que el adicto sustrae de la casa para venderlos y conseguir más alcohol o drogas, separaciones de pareja, divorcio, infidelidades, problemas serios en la comunicación, maltrato a los hijos, abusos de todo tipo, etc., y la lista puede ser interminable ya que el amor de la familia obliga a no abandonar al adicto hasta el momento en que se solucione su problema.

Es importante señalar que un adicto manipula a la familia infundiéndoles miedo o terror, de tal manera que los que se le acercan saben que NO se puede hablar, ni siquiera sugerir el tema del abuso del Alcohol o de las Drogas ya que el Adicto se va a enojar, va a amenazar con intentar suicidarse o irse de la casa, quitarles el dinero, etc., lo que pone a temblar a más de un familiar, por lo que mejor optan por el silencio absoluto.



El tratamiento de la farmacodependencia tiene como objetivo proteger al individuo, a la familia y a la sociedad del consumo de drogas, asimismo, disminuir el riesgo del consumo de drogas.

## **CAPÍTULO V**

# **TRATAMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA.**

A partir del siglo XX se realizaron esfuerzos y avances en los campos tecnológicos, científicos y médico, con el propósito de mejorar la salud pública de los mexicanos. Con un enfoque innovador, se crearon servicios de mayor calidad para la atención a la población.

La segunda mitad del siglo se caracterizó por un mayor conocimiento científico del funcionamiento del cerebro y comportamiento humano. Así, la salud mental se ligó estrechamente con la salud y el bienestar físico integral. En este sentido, la salud mental relacionada con las adicciones adquieren relevancia en el momento actual y enfatiza la necesidad de reconocer su importancia en la salud general.

Aunque la prevalencia nacional del consumo de drogas aún es baja, la tendencia al incremento es preocupante sobre todo, en las principales ciudades, constituye un verdadero desafío para la sociedad y directamente para instituciones que ofrecen tratamiento al problema de las adicciones (CONADIC, 2005).

## **5.1. – Aspectos del Tratamiento.**

### **5.1.1 - Definición de Tratamiento.**

El término **tratamiento** se utiliza para definir el proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud u otro servicio comunitario, y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible. El tratamiento y la rehabilitación se definen como un enfoque integral destinado a la identificación, asistencia, atención de salud e integración social de las personas que presentan problemas provocadas por el uso de cualquier sustancia psicoactiva. Esas definiciones incluyen el concepto de que los usuarios de sustancias tienen derecho a ser tratados con humanidad y respeto. La definición de tratamiento utiliza el amplio concepto de rehabilitación adoptado por organismos de Naciones Unidas tales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Comprende la igualdad de oportunidades y la participación comunitaria. La definición es también compatible con el objetivo constitucional de la OMS, que es **alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud**. En ese contexto amplio, la finalidad del tratamiento es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que presentan problemas provocados por el uso de sustancias psicoactivas.

Es evidente que los programas terapéuticos, ya sean ambulatorios o en instituciones, deben abarcar una amplia gama de sectores gubernamentales y no gubernamentales, en particular los que se ocupan de la salud, la educación, la aplicación de la ley, el bienestar social y la formación profesional. Por consiguiente, todos esos sectores comparten la responsabilidad de proporcionar apoyo a los servicios de tratamiento, rehabilitación y asistencia general. La OMS

impulsa el desarrollo de programas terapéuticos que respondan a toda la gama de necesidades de los distintos usuarios y sus familias.

## **5.2. – Objetivos del Tratamiento.**

En el tratamiento y rehabilitación de las personas por el uso de sustancias psicoactivas se plantean tres objetivos primordiales:

- Reducir la dependencia de sustancias psicoactivas.
- Reducir la morbilidad y mortalidad provocadas por el uso de sustancias psicoactivas o asociadas a él.
- Velar que los usuarios aprovechen al máximo su capacidad física, mental y social, tengan acceso a servicios y a oportunidades, y alcancen la plena integración social.

En algunos países los programas terapéuticos oficiales que reciben el apoyo público aspiran a alcanzar también otros objetivos, como la reducción del comportamiento delictivo y antisocial, la disminución de la dependencia del apoyo público (asistencia social) por parte de los usuarios y el aumento de las actividades productivas lícitas.

Los distintos países y localidades dentro de los países pueden conceder diferente prioridad a esos objetivos. Por otra parte, los organismos responsables de los tratamientos pueden diferir en la prioridad que otorgan a tales objetivos, pues algunos se centran exclusivamente en la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y otros conceden más importancia a la reducción de la morbilidad y el mejoramiento de la calidad de vida.

Aunque el objetivo final de la mayoría de los programas consiste en evitar todos esos daños, es improbable que se consiga eliminar todas las consecuencias negativas del uso de sustancias psicoactivas en todos los usuarios, por consiguiente, el Comité de la OMS en Farmacodependencia recomendó que entre los objetivos de los programas nacionales de reducción de la demanda se incluyera la disminución de daños asociados al uso del alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.

### **5.3. – Estrategias de Intervención para los Trastornos Relacionados con el uso de Sustancias Psicoactivas.**

El consumo de sustancias psicoactivas puede conducir a una gama de estados patológicos y trastornos que afectan a la salud o a la situación social del usuario. Las estrategias de intervención destinadas a mejorar esos estados conforman tres grupos principales:

- El tratamiento profesional (que requiere formación especializada)
- Las estructuras de apoyo no profesional.
- Las actividades no oficiales de ayuda mutua o autoayuda.

Mientras que algunos trastornos se tratan muy frecuentemente de modo no profesional o informal, otros exigen tratamiento profesional. En muchos casos se combinan las estrategias en forma simultánea o consecutiva.

El enfoque terapéutico aplicado estará determinado por el diagnóstico individual de los estados patológicos y los trastornos. Por ello es indispensable una evaluación precisa e integral que permita planear un tratamiento adaptado a las

necesidades individuales, teniendo en cuenta cualquier factor que fomente el consumo (CEOMSF, 1998).

# CAPÍTULO VI

## METODOLOGÍA

Este capítulo describe el instrumento que se aplicó y los sujetos que participaron en la investigación que tuvo como fin conocer los factores que motivan a los jóvenes al consumo de drogas, los resultados obtenidos, la discusión y la propuesta.

## MÉTODO

### DESCRIPCIÓN DE SUJETOS

En esta investigación participaron doscientas personas (100 hombres y 100 mujeres) entre 15 a 18 años de edad, estudiantes de nivel medio superior.

### MATERIALES

Lápices y hojas.

### INSTRUMENTO

Se elaboró un cuestionario de 26 reactivos, el cual tuvo como finalidad conocer los factores por los cuales los jóvenes consumen drogas.

### LUGAR

Se aplicó en cinco planteles de nivel medio superior (E.N.P, plantel 9, 3, 5; C.C.H, plantel Vallejo y Azcapotzalco.

### DEFINICIÓN DE VARIABLES

#### *Variable Independiente*

Factores que originan el consumo de drogas.

#### *Variable Dependiente*

Consumo de drogas en los jóvenes estudiantes de nivel medio superior.

### PROCEDIMIENTO

Esta investigación se realizó en cinco planteles de nivel bachillerato, en donde se aplicó un instrumento de 26 reactivos en la cual se tomaron en cuenta cuatro categorías:



1 - Tipo de Droga – El tipo de droga que los jóvenes consumen debido a sus diferentes sustancias es un factor importante que ocasiona la adicción.

2 - Familiares – El abuso de drogas ocurre siempre en el contexto más cercano, la familia. Según el médico M. Matrajt (Massûn, 1991), la familia del futuro drogadicto tiene un perfil muy característico: en los sectores de más bajos ingresos, lo que predomina es la desintegración del grupo y la falta del padre, sumadas a la exclusión social de que la familia es objeto. En cambio, en los sectores de mayores ingresos, el futuro adicto es convertido en campo de batalla para una sutil pugna que protagonizan sus progenitores por el control grupal.

En el libro *No hay drogadictos felices*, el doctor Olievenstein (Massûn, 1991), recuerda de sus varias décadas de experiencia en el tratamiento de jóvenes farmacodependientes en su conocido centro de Marmottan (Francia), que prácticamente todos ellos se quejaban de incomunicación familiar: “No nos comprendemos con mi padre, no nos hablamos nunca”, para el doctor Olievenstein, esta frase fue estadísticamente la más escuchada en su centro de Marmottan.

3 - Socio – Culturales – El ambiente simboliza las influencias culturales que rodean al individuo, sobre todo aquellas que se refieren a los patrones de consumo de todo tipo de droga en la comunidad. Sociocultural se refiere a la constitución propia del individuo; las potencialidades y defectos del temperamento y la personalidad están determinados de modo inicial por la herencia y son moldeados, sobre todo en la infancia, por eventos subsecuentes a la concepción. Los aspectos socioculturales que afectan a aceptación y disponibilidad a las drogas son las características más determinantes en la producción de los hábitos de consumo personal peligroso (Kéller, 1970, en Madden, 1984).

Existen cuatro razones por las cuales un individuo miembro de la sociedad puede recurrir a consumir una sustancia psicoactiva: La primera es obtener el valor real o

supuesto de la sustancia como medicamento, ya que es claro que muchas drogas que afectan la mente tienen propiedades muy valiosas para el tratamiento, pero ciertas sustancias se sobrevaloran popularmente por sus supuestas propiedades terapéuticas (tales como las aspirinas, codeína y paracetamol). Una segunda razón por la que una persona puede consumir ciertas sustancias con efectos sobre la mente se aplica nada más al alcohol como bebida, distintos preparados se toman porque se cree que poseen valor nutritivo. Así mismo, el alcohol proporciona calorías, y se encuentran otras cantidades de sustancias nutritivas en la cerveza y el vino, pero en general el valor dietético de las bebidas alcohólicas es de hecho mínimo. Las dos razones restantes que pueden motivar a un individuo a consumir una sustancia que afecta la mente, es que pueden ser consumidos por personas con o sin información acerca de sus efectos. Los aspectos simbólicos de tomar alguna droga son de mucha importancia: 1) el acto de ofrecer y aceptar una sustancia entre personas en un gesto de amistad. 2) en el marco de una reunión social, compartir el alcohol o una droga simboliza la unidad grupal. 3) un individuo que está compartiendo con otros en una interacción que incluye consumir alguna droga, al hacerlo se siente aceptado por los demás. Tal aceptación es una necesidad humana básica. 4) el consumo de alcohol o de ciertas drogas se utiliza de modo deliberado para confirmar un acuerdo, como una especie de modo de cerrar un contrato. 5) los ritos de iniciación con frecuencia se acompañan del ritual del consumo de una sustancia que afecta la mente. La última categoría que amplía las razones para consumir cierta droga, que puede emplearse mal o crear dependencia, es de naturaleza utilitaria, el término "utilitario" en este contexto es como la utilizan los psicólogos para referirse a la utilidad de una sustancia en la producción de efectos placenteros sobre la mente (Madden, 1984).

Por otro lado, una característica de las sociedades de consumo es la de multiplicar los productos químicos u otros que promueven satisfacción, placer o alivio del dolor al comprador. La publicidad moderna utiliza la psicología para persuadir a la gente de consumirlos, inculcando la idea de que el éxito, la belleza, la virilidad, el

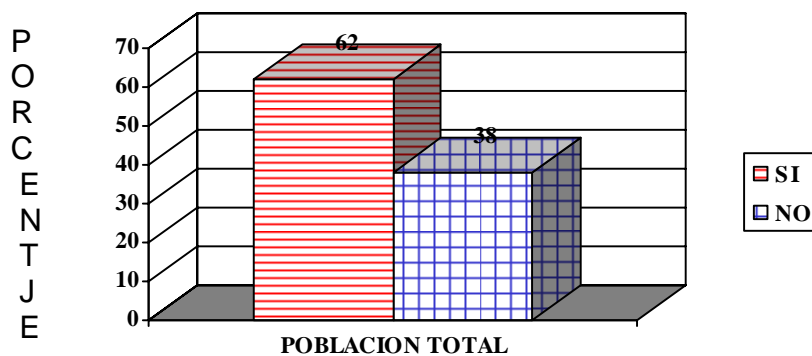
sexo, la intimidad y la comodidad pueden lograrse por medio de diferentes productos cuyo uso no parece representar peligro alguno (Massûn, 1991).

4 - Personales – Los adultos, unos más que otros, están plagados de clichés y contradicciones al considerar a los adolescentes como unos personajes socialmente problemáticos. Apenas pueden dejar de mirarlos como si estuvieran fichados, se despiden miradas inquisitorias, que tienden a concentrarse en el tema de las drogas. Siendo incapaces de mirar sin juzgar, cuando los adolescentes suelen emitir primero mensajes y peticiones de comprensión, es decir, no hay que empezar señalando a los adolescentes lo que hacen mal o los problemas que provocan.

Se requiere de contacto directo para prestar la atención cercana que necesita un adolescente, sin empezar señalándole lo que hace mal o las patologías de las que es portador. A veces se reacciona ante un consumo problemático de drogas, pero es necesario reconocer que el adolescente lanzó antes decenas de mensajes que no recibieron respuesta. Por tal motivo los adultos están obligados a construir un futuro a los adolescentes para que estos no lo construyan involucrándose en las drogas (Fuentes, 1996).

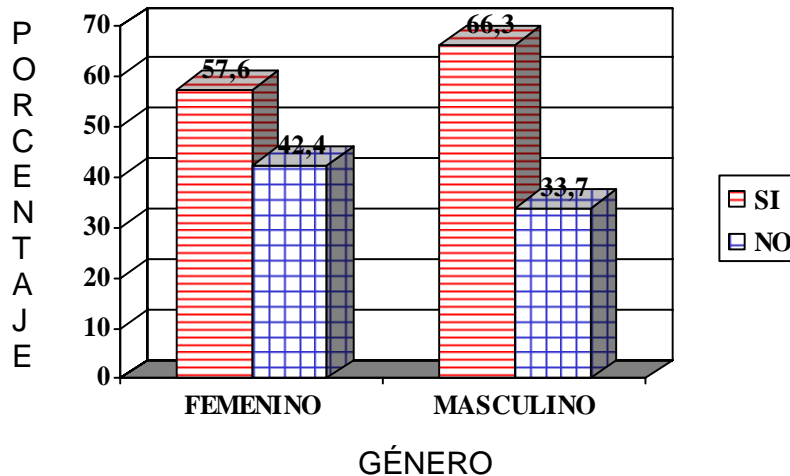
## RESULTADOS

Los resultados de esta investigación muestran que los problemas familiares son el factor principal que promueve el consumo de drogas en los jóvenes, como se muestra en las gráficas que a continuación se presentan:



**Figura 1. Relación entre la educación de los padres hacia los hijos y el consumo de drogas.**

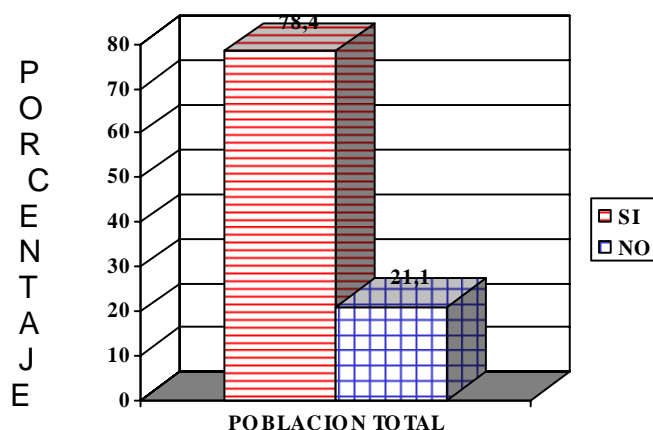
La figura 1 muestra que la mayoría de los participantes opinaron que la falta de educación de los padres hacia los hijos sí conlleva a la drogadicción.



**Figura 2. La escasa educación de padres hacia los hijos tiene relación con el consumo de drogas.**

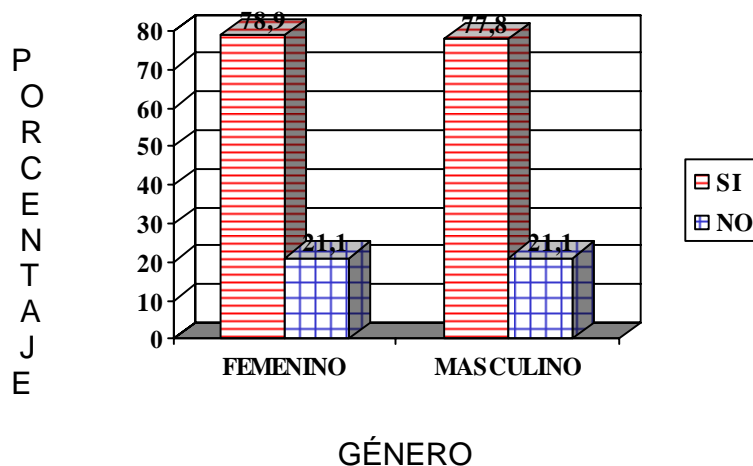
La figura 2 muestra que la mayoría de mujeres y hombres opinaron que sí existe relación entre la falta de educación de los padres hacia los hijos y el consumo de drogas en los jóvenes estudiantes de educación media superior.

El mayor porcentaje de los participantes opinó que la falta de comunicación entre padres e hijos es un factor importante para que los jóvenes consuman drogas, como se muestra en la figura siguiente:

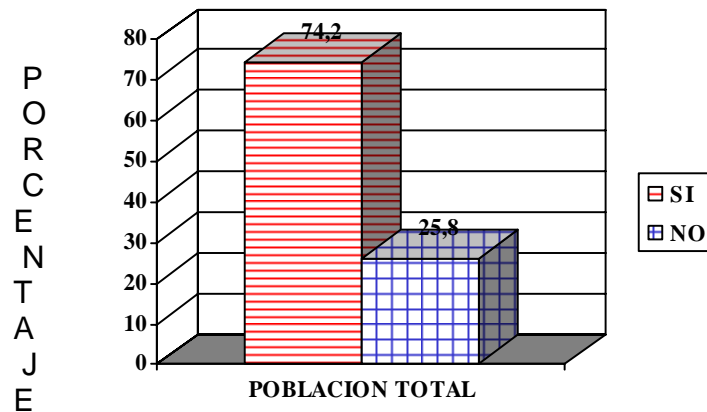


**Figura 3. La falta de comunicación entre padres e hijos provoca la drogadicción en los jóvenes.**

Como se muestra en la siguiente figura la mayoría de mujeres y hombres coincidieron en que falta de comunicación entre padres e hijos provoca la drogadicción en los jóvenes estudiantes de media superior.



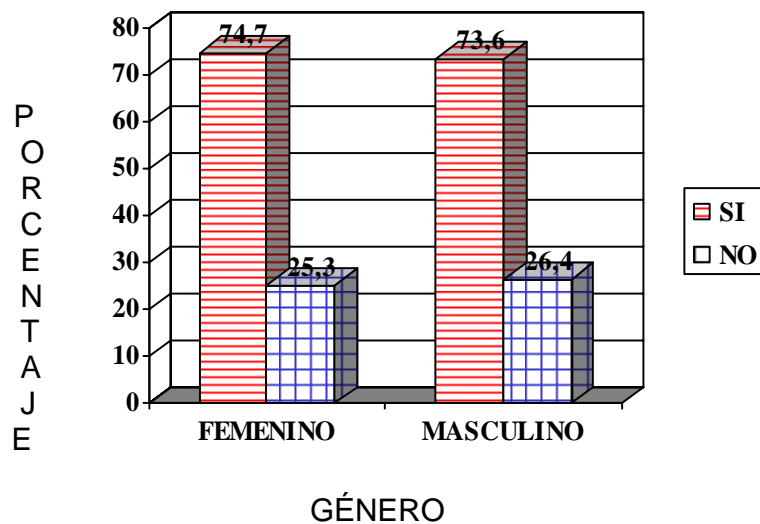
**Figura 4. La falta de comunicación entre padres e hijos provoca la drogadicción en los jóvenes.**



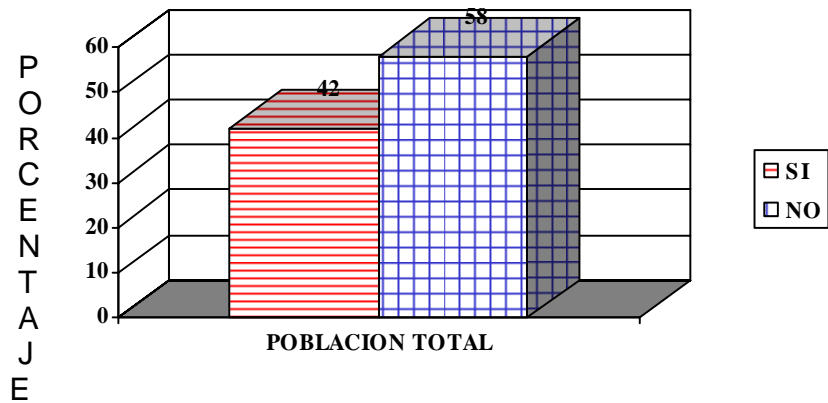
**Figura 5. La desintegración familiar y su relación con el consumo de drogas en los jóvenes estudiantes de media superior.**

La figura 5 muestra que la mayoría de los participantes opinaron que la desintegración familiar es factor de riesgo que provoca en los jóvenes el consumo de drogas.

Como se muestra en la siguiente figura la mayoría mujeres y hombres coincide que la desintegración familiar ocasiona que los jóvenes estudiantes de media superior consuman drogas.



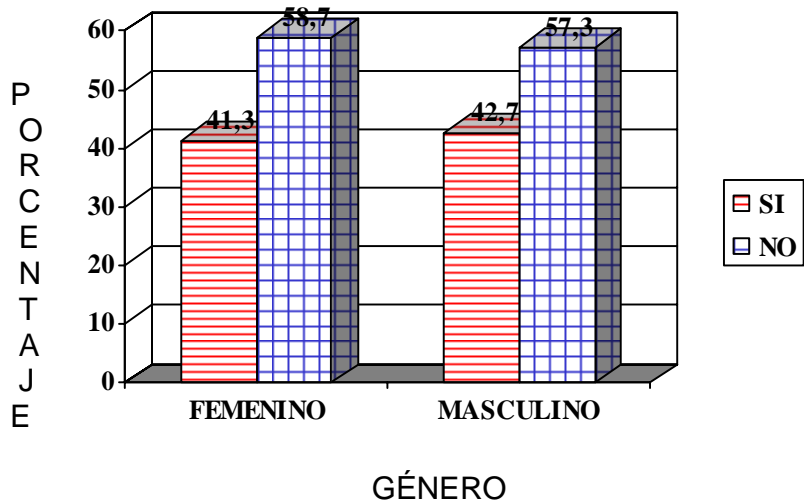
**Figura 6. La desintegración familiar y su relación con el consumo de drogas en los jóvenes estudiantes de media superior.**



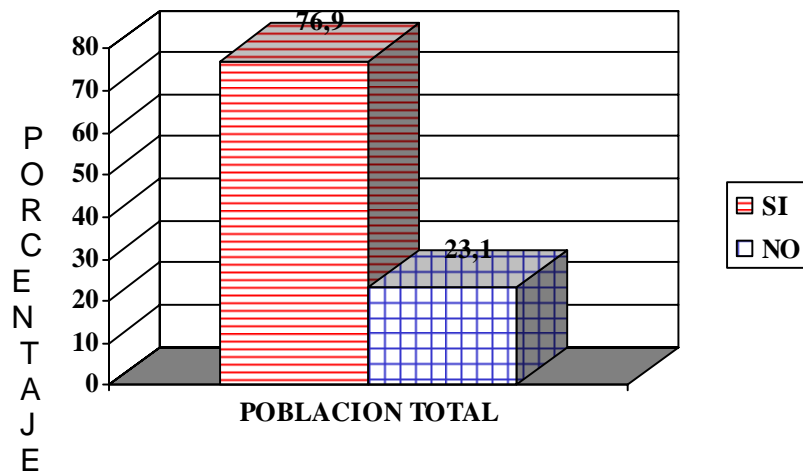
**Figura 7. La falta de alguno de los padres ocasiona la drogadicción en los jóvenes.**

La figura 7 muestra que la totalidad de los participantes coinciden que la falta de alguno de los padres no es un factor de riesgo que en los jóvenes cause la farmacodependencia.

La siguiente figura muestra que la mayoría de mujeres y hombres opinó que el carecer de alguno de los padres no tiene relación con el consumo de drogas entre los jóvenes.

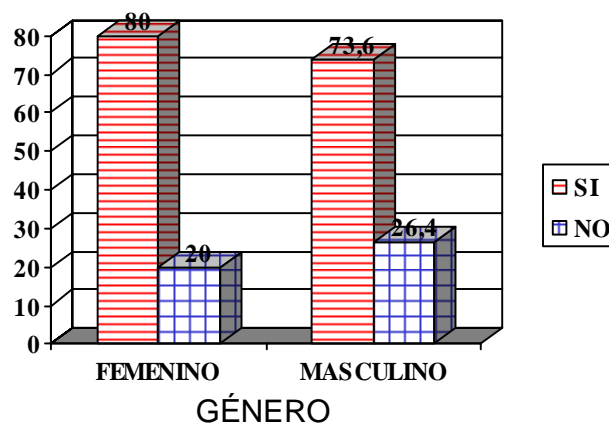


**Figura 8. La falta de alguno de los padres ocasiona la drogadicción en los jóvenes.**



**Figura 9. El ser hijo de padres golpeadores se relaciona con el consumo de drogas entre los jóvenes estudiantes de media superior.**

Como se muestra en la anterior figura la mayoría de los participantes opinó que el ser hijo de padres golpeadores tiene relación con el consumo de drogas entre los jóvenes.

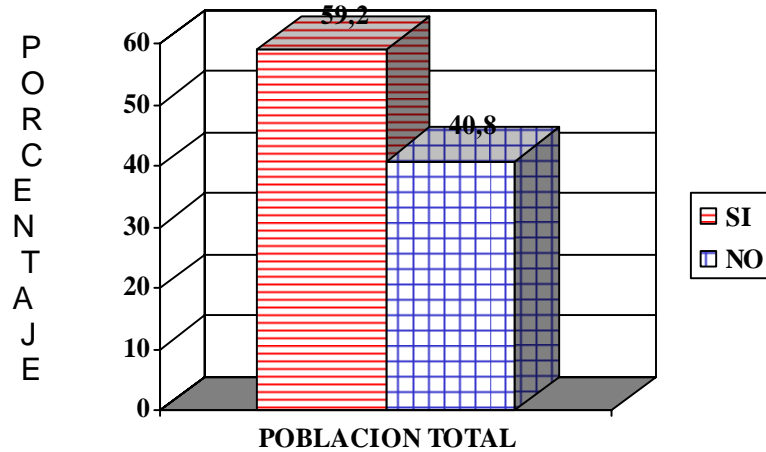


**Figura 10. El ser hijo de padres golpeadores se relaciona con el consumo de drogas entre los jóvenes estudiantes de media superior.**

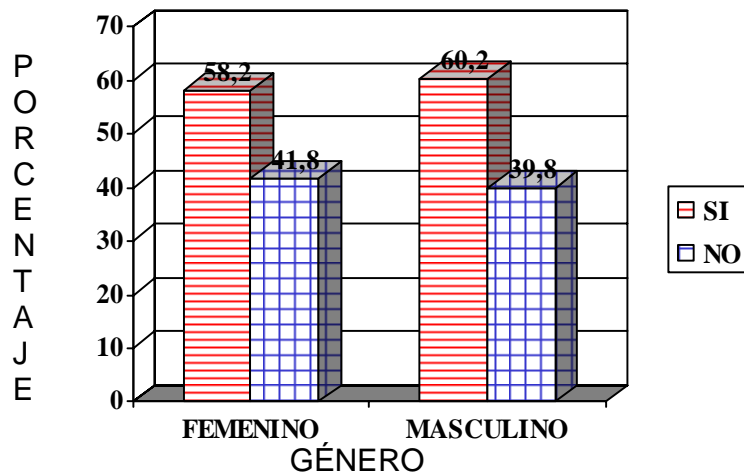
La mayoría de mujeres y hombres coinciden que el ser hijo de padres golpeadores es un factor importante que provoca la drogadicción en los jóvenes (ver Fig. 10).



La siguiente figura muestra que la totalidad de los participantes opinó que el tener un familiar adicto conlleva al uso de drogas en los jóvenes.



**Figura 11. El consumo de fármacos en un joven está relacionado con el uso de drogas de un miembro de su familia.**



**Figura 12. El consumo de fármacos en un joven está relacionado con el uso de drogas de un miembro de la familia.**

Como se muestra en la figura 12 la mayoría de mujeres y hombres coincidieron en que el tener un familiar adicto tiene relación con el consumo de drogas en los jóvenes.

## DISCUSIÓN

La comunicación inadecuada entre padres e hijos es un factor que motiva el uso de drogas, ya que la tarea de los padres se centra en crear un ambiente propicio para que niños y jóvenes aprendan a tomar sus propias decisiones, por tal motivo la falta de educación de los padres hacia los hijos tiene relación con el uso de drogas como lo especifica el Centro de Integración Juvenil en 1985. La falta de comunicación entre padres e hijos es un factor que motiva a los jóvenes al consumo de drogas, el doctor Olievenstein (cit. en: Massûn, 1991), recuerda a través de sus experiencia en el tratamiento de jóvenes farmacodependientes en su conocido centro de Marmottan (Francia), que prácticamente todos los jóvenes se quejaban de incomunicación familiar.

Se corroboró que la desintegración familiar es un factor de riesgo que provoca en los jóvenes el consumo de drogas, como lo demuestra el Centro de Integración Juvenil en 1985 donde muestra que la desintegración familiar es uno de los factores que frecuentemente se observa entre los jóvenes. El ser hijo de padres golpeadores tiene relación con el consumo de drogas entre los jóvenes, como lo especifica el Centro de Integración Juvenil en 1985 donde los conflictos entre los padres e hijos, son factores que motivan a los jóvenes al uso de drogas.

Tener un familiar adicto tiene relación con el consumo de drogas en los jóvenes, donde hace mención el Centro de Integración Juvenil en 1985 donde la presencia de un familiar adicto es un factor de gran importancia que motiva a los jóvenes al uso de drogas.

Los resultados de la presente investigación demostraron que los problemas familiares son el principal factor que motiva a los jóvenes al consumo de drogas, por lo que el motivo principal de este trabajo el cual fue investigar los factores que promueven, en los jóvenes, el uso de drogas, se cumplió, ya que como se mencionó anteriormente la familia tiene la obligación de ayudar, “encaminar” y

enseñar a los hijos en el interés de que sean personas “de bien”, sepan cuidar de sí mismos y se sientan satisfechos, ya que la tarea de los padres se centra a crear un ambiente propicio para que niños y jóvenes aprendan a tomar sus propias decisiones (CIJ, 2001).

## PROPUESTA

Se necesita discutir la capacidad de la familia para rehabilitar y prevenir la drogadicción. Se cree “comúnmente” que a través de modificar la calidad de vida de la familia se puede evitar que las personas se vuelvan dependientes de la droga, esta creencia aún no se ha demostrado, de acuerdo a lo anteriormente mencionado se propone que este estudio pueda servir de apoyo o guía para posteriores investigaciones.

Por lo antes expuesto se sugiere que en el tratamiento de la farmacodependencia sea inter – metodológico: inter; para que se ocupe en los aspectos, socio - culturales, individuales, familiares y en los distintos tipos de droga que motiva a los jóvenes al consumo de drogas; metodológico: en donde puedan intervenir distintas corrientes que puedan ocuparse de los aspectos psicológicos, de salud, médicos y biológicos.

Por otro lado, se necesita que las personas adictas deseen participar en todas aquellas pláticas, las cuales permitan a los integrantes del grupo reflexionar sobre sí mismos.

Por último, el ser copartícipe en un problema de farmacodependencia en el cual se comparten ansiedades, desesperaciones o angustias conllevaría a asumir una actitud reflexiva, la cual permitiría no sólo saber manejar el problema, sino comprometerse en un trabajo lento y difícil, pero que al final será satisfactorio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAYES, Ramón. (1979) Psicología y Medicina . Interacción, cooperación, conflicto. España. Editorial Fontanela.

BELSSASO, G. (1993) Como Identificar las Drogas y sus Usuarios. Programa nacional de combate a los problemas de las drogas. México.

BUENDÍA, José (1999) Psicología Clínica. Perspectivas Actuales. España. Ediciones Pirámide.

CAPARROS, Antonio (1990) Historia de la Psicología. España. Ediciones CEAC.

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (C. I. J. ,1985) Experiencias de Trabajos con la familia de Farmacodependientes. Volumen 3. México.\_ C. I. J.

CEMEF/SEP (1982) Como Identificar las Drogas y sus Usuarios. México.

CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES (CONADIC, 1992) Las Drogas y los Usuarios. Secretaria de Salud.

DE LA FUENTE, Ramón (1992, 2ª edición) Psicología Médica. México. Fondo de Cultura Económica.

DUSEK, E. Dorothy (1987) Un Estudio Basado en Hechos. México. Sistemas técnicos de edición. S.A de C.V., Antonio.

Dr. DE LA FUENTE, Ramón (1978) Psicología Médica. México. Fondo de Cultura Económica.

Dr. MILLER, B. F., Dr. Burt, John, J. (1973) Salud Individual y Colectiva. El hombre y la sociedad actual. México. Nueva editorial interamericana. 1ª edición.

EHRENBERG, Alain (1991) Individuos Bajo Influencia : Drogas, Alkoholes, Medicamentos Psicotrópicos. Argentina. Nueva Visión.

ESCOHOTADO (1990) Historia General de las Drogas. España. Alianza Editorial.

FERNÁNDEZ, Ballesteros (1993) Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. España. Alianza Editorial. pags:

FERNÁNDEZ, Ríos, L. (1994) Manual de Psicología Preventiva. Teoría y Práctica. España. Siglo Veintiuno.

FUENTES, Jaime (1996) Drogas y Adolescentes. España. ED. Aguilar.

FLORES, López. GUARNEROS, Zamora (1994) Problemas de Drogadicción, Adolescentes y su Relación con las Habilidades Sociales. Los Reyes Iztacala. U. N. A. M.

GARFIELD, Sol. L. (1974) Psicología Clínica. México ED. El Manual Moderno, S.A de C.V.

GIRDANO, A. D. (1990) Drogas. Universidad de UTA. USA.

GOODE, Erich (1987) La Adicción a las Drogas en los jóvenes. Argentina. Paidós. Ediciones Horme S. A. E.

GREENE, Walter H. (1998) Educación para la Salud. México. Interamericana McGaw Hill.

HIGASHIDA, H. Berta. Y. (1995) Educación Para La Salud. México. Interamericana McGaw Hill.

- Hurlock, E (1976) Psicología del Adolescente. Argentina. Editorial Paidós.
- KALINA, E. (1998) Adolescencia y Drogadicción. Argentina. Nueva Visión.
- LAURIE, Peter (1996) Las Drogas. España. El Libro de Bolsillo, Alianza Editorial.
- LACAN, R. G. (1984) Colección Freud – Lacan. Argentina. Ediciones Nueva Visión.
- LAVANSON, Edgar A. (1974) Réquiem por el Psicoanálisis. España. Editorial Cairos.
- MACIÁ, Antón D. y cols. (1993) Intervención Psicológica: Programas Aplicados en Tratamiento.: España. Ediciones Pirámide. S. A.
- MADDEM, J. S. (1984) Farmacodependencia. México, El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- MADDEM (1986) Alcoholismo y Farmacodependencia. México, El Manual Moderno.
- MASSÛN, Edith. (1991) Prevención del Uso Indebido de Drogas. México, Ed. Trillas.
- REUHLIN, M (1957) Historia de la Psicología. México, Editorial Paidós.
- SANCHEZ, Gutierrez H., Jiménez, Aguas R. M. (1995) Farmacodependencia, Adolescencia y la Familia. Tesis. Los Reyes Iztacala, Edo. México. U. N. A. M.
- SAN MARTÍN. F. (1973) Salud y Enfermedad. París, Francia.
- SCHWEBWL, Robert (1989) Decir no, no es suficiente. España. Editorial Paidós.
- SMIRNOV, y Cols. (1960) Psicología. México, Tratados y Manuales Grijalbo.

OMS (1998) Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. Ginebra, 1998.

UNESCO (1987) Educación y Drogas. Prevención.

PIDRUEJO, Alonso y Cols. (1996) Psicología Médica. España.\_McGraw Hill. Interamericana.

PHARES Jerry E. (1996) Psicología Clínica. Congresos, métodos y prácticas. México.\_Ed. El Manual Moderno. S. A.

PENSO, W. (1990) Licenciatura. Psicología Médica. España. Salvat Editores, S. A.

TALLAFARRO, A. (1990) Curso Básico de Psicoanálisis. México. Editorial Paidós.

TAPIA, C. Roberto (1994) Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectiva. México, Ed. El Manual Moderno.

TOVILLAS, Castellanos y Palma Guerrero (1997) Elaboración y Evaluación de un Programa Preventivo de Farmacodependencia. Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla. Edo. Mex. U. N. A. M.

YSERN, Rodríguez Claudia. (1995) Estudio de B. U. P. y Consumo de Drogas. España. Grupo Gestión Editorial.

# ANEXOS





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

El presente cuestionario tiene como propósito detectar los factores que promueven en los jóvenes el consumo de drogas, tomando en consideración cuatro categorías: Tipo de Droga, Motivos Personales, El Medio Socio – Cultural y Motivos Familiares.

Contesta las preguntas de acuerdo a la situación en la que te encuentres, ten en cuenta que ésta información será confidencial y con fines estadísticos.

Género M \_\_\_ F \_\_\_ Edad \_\_\_

1) ¿Has consumido alguna droga?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

2) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

3) ¿El fumar marihuana causa adicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

4) ¿El inhalar o fumar cocaína provoca adicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

5) ¿Las bebidas alcohólicas provocan adicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

6) ¿El tabaco origina adicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

7) ¿El uso arbitrario de medicamentos indica que es una persona  
farmacodependiente?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

8) ¿Los problemas con tu pareja provocan la Drogadicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

9) ¿La presión escolar motiva a la adicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

10) ¿El sentirse rechazado por otros jóvenes ocasiona la Drogadicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

11) ¿Las drogas te hacen sentirte más fuerte que otros jóvenes?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

12) ¿El consumir drogas te hace ser admirado por otros jóvenes?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

13) ¿Para ser aceptado en un grupo de jóvenes consumes drogas?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

14) ¿"El no darle sentido a la vida y carecer de ilusiones" provoca la  
Drogadicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

15) ¿La comunidad en la que un individuo se desarrolla provoca la  
Drogadicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

16) ¿La disponibilidad y facilidad con que se consiguen las drogas son causantes de la Farmacodependencia?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

17) ¿La falta de información acerca de la drogas provoca la Farmacodependencia?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

18) ¿La escasa información difundida por los medios de comunicación acerca de las drogas originan la Farmacodependencia?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

19) ¿El sentirse rechazado por otras personas provoca la Drogadicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

20) ¿La falta de educación hecha por los padres hacia los hijos provoca la Drogadicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

21) ¿La ausencia de comunicación entre padres e hijos ocasiona la Drogadicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

22) ¿La desintegración familiar provoca la Drogadicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

23) ¿La ausencia de alguno de los padres provoca la Farmacodependencia?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

24) ¿El ser hijo de padres golpeadores provoca la Drogadicción?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

25) ¿El consumo de drogas en un joven se relaciona por el uso de drogas de un miembro de su familia?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---

26) ¿La drogadicción es provocada por los insultos hechos por los padres hacia los hijos?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por  
qué? \_\_\_\_\_

---