



UNIVERSIDAD SALESIANA A. C.

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ANÁLISIS DE TRES CASOS DE DROGADICCIÓN DESDE EL
PUNTO DE VISTA DE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA
REALIZANDO UN ANÁLISIS TRANSGENERACIONAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
PERLA CAROLINA ROSAS ALVARADO

DIRECTOR DE LICENCIATURA Y ASESOR DE TESIS
LICENCIADO FRANCISCO OCHOA BAUTISTA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A Dios:

A quien le agradezco infinitamente, el haberme dado los elementos, el entendimiento, y haberme puesto en el camino del servicio, que me lleva siempre al completo amor por todo.

A mis padres Lourdes y Raúl:

Que gracias a su apoyo de siempre, he podido lograr lo que ahora soy.

A mis hermanos Tere y Juan Ignacio:

Que han sido y siempre serán mis mejores amigos.

A mi abuelita Teresita:

Que gracias a su ejemplo de lucha y amor, ha inspirado en mi respeto y admiración.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I.- La farmacodependencia

1.1. Farmacodependencia.....	1
1.2. Introducción al consumo de la marihuana.....	6
1.3. Conductas y rasgos de carácter del adicto.....	14
1.4. Población, Distribución y Frecuencia de Drogas.....	16
1.5. Porqué se consumen las drogas.....	21
1.6. Cómo atender el problema de drogas.....	23

CAPITULO II.- Familia y farmacodependencia

2.1. La familia como sistema social.....	27
2.2. Dinámica familiar del farmacodependiente.....	28
2.3. La figura materna.....	34

CAPITULO III.- La teoría psicoanalítica con respecto a la farmacodependencia

3.1. La teoría psicoanalítica.....	35
3.2. La pareja analítica.....	38
3.3. La técnica.....	38
3.4. La contratransferencia.....	40
3.5. El método.....	41
3.6. Riesgo del tratamiento.....	41
3.7. La farmacodependencia según Otto Fenichel.....	42
3.8. Dinámica psíquica de la farmacodependencia.....	45
3.9. Fallos en el sistema de adaptación y análisis yoicos.....	46

3.10. Pulsión de vida y pulsión de muerte.....	47
--	----

Capitulo IV.- La entrevista psicológica

4.1. La entrevista psicológica como instrumento.....	50
--	----

4.2. Entrevista, consulta y anamnesis.....	52
--	----

Capitulo V.- Metodología

5.1. Justificación del proyecto.....	54
--------------------------------------	----

5.2. Planteamiento del Problema.....	57
--------------------------------------	----

5.3. Objetivo de Investigación.....	59
-------------------------------------	----

5.4. Objetivos Específicos.....	59
---------------------------------	----

5.5. Preguntas de Investigación.....	60
--------------------------------------	----

5.6. Hipótesis.....	60
---------------------	----

5.7. Tipo de Investigación.....	60
---------------------------------	----

5.8. Procedimientos e instrumentos.....	62
---	----

Capitulo VI

6.1. Caso I; ¡Véanme todos!.....	66
----------------------------------	----

6.2. Caso 2; ¡Es una obsesión!.....	75
-------------------------------------	----

6.3. Caso 3; ¡Me asfixio!.....	81
--------------------------------	----

Análisis y Conclusiones.....	88
------------------------------	----

Recomendaciones para trabajar a futuro.....	94
---	----

Glosario.....	96
---------------	----

Referencias Bibliográficas.....	98
---------------------------------	----

INTRODUCCIÓN

Una problemática importante en México, es el consumo de las drogas la cual en años recientes ha aumentado de forma importante constituyendo una problemática social y cultural, cuyas consecuencias afectan tanto al individuo como a la familia y a la sociedad. Este trabajo, es resultado de mi colaboración en el CIJ (Centro de Integración Juvenil), localizado en la delegación Álvaro Obregón, buscando que el mismo resalte la problemática familiar, como parte importante en el tratamiento del paciente fármaco dependiente, ya que se concibe al fármaco dependiente como un ser humano perteneciente a un núcleo familiar con una problemática multicausal. (C.I.J, 1991).

Mediante el trabajo realizado con los pacientes y sus familias ha sido posible observar y analizar, la estructura de la familia ante la problemática de la fármaco dependencia, pudiendo señalar que en algunas ocasiones el análisis transgeneracional (Mediante el estudio de por lo menos tres generaciones, abuelos, padres, e hijos), es posible observar y explicar el comportamiento del paciente fármaco dependiente en directa conexión con lo sucedido en generaciones anteriores, el interés de este trabajo radica en llevar adelante una explicación de dicha problemática a través del estudio de tres generaciones en la familia para así poder proponer una explicación que de cuenta de dicho fenómeno y por consecuencia nos permita comprender, analizar y explicar bajo que situaciones se presenta en ciertos casos solamente el fenómeno de la fármaco dependencia.

Para poder explicar el contenido de esta investigación he dividido esta tesis en los siguientes capítulos; En el primer capítulo hablo acerca del problema de la farmacodependencia.

En el segundo capítulo se proporcionan elementos para comprender la dinámica familiar del fármaco dependiente

En el tercer capítulo hablo acerca de la teoría psicoanalítica y su relación con la fármaco dependencia.

Para el capítulo cuarto expongo los fundamentos de la entrevista psicológica como instrumento de investigación.

En el quinto se describe el procedimiento metodológico así como los objetivos e hipótesis de la investigación.

Para el capítulo sexto se presentan los casos que aportaron elementos para esta investigación así como el análisis y las conclusiones obtenidas en la realización de este trabajo.

Este trabajo pretende aportar a lo investigado sobre la fármaco dependencia, un aspecto poco mencionado en el estudio de la misma el referente a lo transgeneracional como una forma de arrojar cierta comprensión en un fenómeno complejo y multifactorial, esperando que sirva para comprender mejor esta fuerte problemática.

CAPITULO I

FARMACODEPENDENCIA

1.1. FARMACODEPENDENCIA

La farmacodependencia se define como un estado psíquico y a veces también físico producido por la interacción entre un individuo y un fármaco, caracterizado por los comportamientos o reacciones que incluyen el uso compulsivo de la sustancia, continuo o periódico, para provocar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar determinado por su ausencia.

La farmacodependencia o drogadicción es la relación que se establece con una sustancia tóxica, la cual puede provocar cambios en el organismo, afectando la salud, las relaciones con la familia, con los amigos, en la escuela, en el trabajo, etcétera. La relación entre una droga y la persona consumidora es por lo regular voluntaria y auto administrada y puede provocar un deseo irresistible para continuar usando una o varias drogas.

Es importante considerar que la farmacodependencia o drogadicción modifica el comportamiento y el carácter de las personas, generando cambios en su estado de ánimo, hábitos alimenticios, ocupaciones diarias, etcétera.

Al ser la drogadicción un proceso anormal, prolongado y compulsivo crea “tolerancia”, necesidad de usar dosis cada vez mayores para obtener los mismos efectos o sensaciones placenteras; a la vez, se genera “un síndrome de abstinencia” física y psicológica, consumo frecuente de drogas para evitar los malestares conllevados al dejar de usarlas por determinado tiempo y creer que si no se consumen, el “rendimiento” no será igual al esperado.

Cuando se identifica en una persona aquello que se conoce como “tolerancia” y “síndrome de abstinencia”, (Es un conjunto de síntomas psíquicos y físicos que aparecen al interrumpir o disminuir de forma abrupta, el consumo de una droga). (C.I.J, 2007).

El farmacodependiente lo que normalmente espera obtener al usar drogas es una sensación de bienestar acompañada de: excitación, relajación, modificación de la percepción, los sentimientos o la conducta, así como sentirse parte de un grupo, por ejemplo: que vale más que otros, etcétera, son algunos aspectos que pueden volver al consumo de drogas una acción importante para el farmacodependiente.

Evidentemente, la relación que cada quien tenga con las drogas puede convertirse en una situación problemática o de difícil manejo, debido, como ya se menciono, a toda la serie de consecuencias orgánicas, psicológicas, familiares y /o sociales que implica su uso.

La Dependencia Física (Estado caracterizado por la necesidad que tiene el cuerpo de seguir experimentando los efectos de alguna sustancia cuando se suspende su uso). (C.I.J, 2007).

El consumo permanente de psicoactivos produce modificaciones en el sistema nervioso central, en las neuronas, sinapsis, etc. El organismo se “acostumbra” a recibir su “dosis” de psicoactivos; al no serle suministrada ésta, se origina la “protesta”: el comienzo de la crisis de abstinencia. El organismo biológicamente hablando, comienza a “necesitar”, a depender de una sustancia.

La Dependencia Psicológica se define como el impulso al consumo periódico o permanente de una sustancia, con el fin de experimentar un placer o disminuir un dolor. Convierte al consumidor en una especie de esclavo, que no podrá realizar sus actividades normales sin recurrir al “bastón”, en cuya ausencia le será imposible caminar.

Es importante aclarar que los dos fenómenos descritos están relacionados: lo psíquico y lo físico son los componentes del individuo, Hay momentos donde “pesa” más uno de los dos, pero siempre existe una mutua influencia.

Algunos tipos de sustancias psicoactivas son los siguientes:

- ALCOHOL: Inicialmente desinhibe a la persona. La vuelve extrovertida. Después la deprime. Es considerada depresor del SNC (sistema nervioso central).

Algunos efectos: Produce dependencia psicológica, física y tolerancia. Esta última puede frenarse, en algún momento la persona con la ingestión de unas pocas cervezas, o tragos, se “emborracha”. Por el contrario, en la mayoría de los otros psicoactivos la persona tiene que consumir cada vez más sustancias para sentir sus efectos. El alcohol afecta el razonamiento, la memoria (se producen lagunas). La suspensión repentina del consumo de alcohol por parte de un adicto puede producir temblores, alucinaciones y hasta convulsiones.

- TRANQUILIZANTES: Son medicamentos depresores del SNC (sistema nervioso central).

Algunos efectos: pueden producir sueño, desinterés. Son relajantes. Disminuyen la ansiedad y afectan el Sistema Límbico y el hipotálamo. La interrupción repentina del consumo puede producir insomnio, temblores, delirios y convulsiones.

Algunos son: Librium, Nobrium, Diazepan, Quait.

- **BARBITÚRICOS:** Son medicamentos depresores del SNC

Algunos efectos: sirven como antiepilépticos, anestésicos y sedantes. Producen muchos cambios en el carácter de la persona, falta de coordinación motora, desórdenes en el razonamiento. Afectan el bulbo raquídeo. Como en el caso de los tranquilizantes menores, la interrupción repentina del consumo puede producir temblores, delirios y convulsiones. Conocidos como “diablo rojo”, “arco iris”, “cielo azul”.

Algunos son: Seconal, Fenobarbital, Tuinal, Nembutal.

- **OPIO:** Depresor del SNC. Es el jugo o sustancia base de origen natural de la *Papaver Somniferun Album*.

Algunos efectos: produce sueño, cambio de humor, dificultad de concentración, disminución de los dolores, dependencia física y psicológica, tolerancia, crisis de abstinencia, afecta el sistema cardíaco, vascular y gastrointestinal. La interrupción del consumo puede producir vómitos, mareos y convulsiones.

- **MORFINA:** Es el principal alcaloide del opio. Depresor del SNC.

Algunos efectos: Produce sueño, disminuye las sensaciones de dolor, afecta el hígado y el sistema cardiovascular y gastrointestinal. El humor o genio es muy variable. La dificultad para concentrarse es muy notoria.

- **HEROÍNA:** Derivado de la morfina.

Algunos efectos: Produce un “flash” muy caliente el cual progresivamente recorre todo el cuerpo con sensaciones lumbares y abdominales mismas que son definidas por el adicto define como un “orgasmo generalizado”.

Después vienen los efectos tranquilizantes, analgésicos y algo de euforia. La suspensión produce temblores, rinorrea, diarrea, escalofríos, depresión e insomnio.

- **TABACO:** Estimulante del SNC.

Algunos efectos: produce una sensación de energía y relajación muscular. El humo del cigarrillo contiene cerca de cuatro mil sustancias varias de las cuales son cancerígenas. La nicotina es la más influyente en la dependencia física, psíquica, tolerancia y crisis de abstinencia.

- **INHALANTES:** Depresores del SNC. Normalmente son productos sintéticos derivados del petróleo. Normalmente son los más utilizados por los niños o personas de la calle.

Algunos efectos: embriaguez, pérdida del apetito, cansancio muscular, tos, hemorragia, trastornos en la percepción. A largo plazo pueden causar hepatitis y lesiones cerebrales. Origina dependencia física, psíquica, tolerancia y crisis de abstinencia. Conocidas como “pegantes” y “chupar”.

Algunos son: thinner, gasolina, pegantes, nafta, quita manchas y pinturas.

- **CANNABIS:** planta de la cual se deriva la marihuana.

Algunos efectos: puede ser estimulante, sedativo o un alucinante. En los hombres la cantidad y calidad de los espermatozoides se ven afectadas y en las mujeres son frecuentes los problemas menstruales. Conocido como “la hierba” y “la mota”.

- **ANFETAMINAS:** estimulante del SNC.

Algunos efectos: aceleran los ritmos cardio-respiratorios, disminuyen el apetito, causan mareos, ansiedad, sudoraciones abundantes. El consumo crónico puede causar alucinaciones y delirios de persecución. Conocidas como “pepas”, “speed”, “despertadores”.

Algunos nombres: benzedrina, dexedrina y bifetamina.

- **COCAINA:** estimulante del SNC.

Algunos efectos: aumento del ritmo cardíaco y respiratorio. Sensación de placer. Incremento de la capacidad de atención, disminución de la fatiga, sed y hambre. Aumento del deseo sexual, pero a la vez impedimento de la erección. Ansiedad, agitación, convulsiones. Cuando su uso es crónico pueden aparecer ideas persecutorias y agresividad. Se conoce como “perico” y “nieve”.

De acuerdo con la posibilidad de ser adquiridas de forma legal o no las drogas se clasifican en legales (alcohol y tabaco) e ilegales (marihuana, cocaína, heroína, metanfetaminas, etcétera). Por sus efectos, se dividen en estimulantes (cocaína, anfetaminas, éxtasis y tabaco), depresores (marihuana, alcohol, hipnóticos y sedantes, inhalables), opiáceos (morfina, heroína, metadona y demás derivados del opio), alucinógenos (LSD, PCP, mezcalina y peyote) e inhalables (pegamentos, disolventes, aerosoles).

Por sus efectos, condición social, importancia, dependencia, etcétera, existen diferentes clasificaciones de drogas. Para conocer mejor los tipos que hay, resulta más sencillo retomar una de esas clasificaciones.

A lo largo de la historia se han conocido algunas sustancias, cuyo uso y permisividad en la mayoría de las sociedades han dado pauta a que se les identifique como de uso autorizado; tal es el caso del alcohol y del tabaco.

A pesar de que diversos estudios demuestran los efectos nocivos de estas sustancias para la salud, su uso indiscriminado resulta ser poco controlado y el impacto de las consecuencias en la sociedad se contempla como algo aún muy lejano (Yo sólo me tomo una botella cada fin de semana, no puedo ser un alcohólico, Mi tío fuma desde los trece años y no parece enfermo), sin tener clara conciencia de los daños a corto plazo y de las repercusiones provocadas por el consumo.

Es evidente que la legalidad de una droga no se ha determinado en función de la gravedad de los problemas de salud y /o sociales que pueden acarrear su abuso, sino con base en otros factores como son: los económicos, los culturales o simplemente los políticos.

1.2. INTRODUCCIÓN AL CONSUMO DE LA MARIGUANA

Considero este apartado importante de exponer, ya que en los tres casos planteados en este trabajo de tesis, existe el consumo de marihuana, es por esta razón que se da a conocer de manera más amplia este alcaloide.

Mariguana

a) *¿Qué es la marihuana?*

La marihuana es una combinación de hojas, tallos, semillas y flores secas desmenuzadas de la planta *Cannabis Sativa*, y puede ser de color verde, café o gris. Otros términos que se utilizan para referirse a la marihuana son: "Mota", "Hierba", "Moy", "Pasto", "Churro", "Churrasco", "Mari", "Queso", "Toque", "Quemar", "Las tres".

En todas sus modalidades la marihuana afecta la mente, es decir que altera las funciones normales del cerebro. Estas alteraciones son provocadas por el ingrediente activo químico que contiene la marihuana, llamado THC (delta-9-tetrahidrocanabinol). Además, la planta de la marihuana contiene otras 400 sustancias químicas adicionales.

El efecto de la marihuana depende de la cantidad de THC que contenga. La marihuana común tiene aproximadamente 3% de THC, aunque existe una variedad denominada "sin semilla", que puede llegar a tener 20%, con un promedio de 7.5%. La potencia de la marihuana ha aumentado notablemente desde la década de 1970, permaneciendo más o menos igual desde mediados de los ochentas. Si se extrae el aceite de las flores y otras partes de la planta, se obtiene una pasta oscura a la que se da el nombre de "hashish" o "hachis", que igualmente puede fumarse y que es más potente que la propia marihuana.

b) *¿Porque la marihuana es una droga?*

Se considera sustancia o compuesto de sustancias, diferentes a las que son necesarias para mantener la vida y la salud, que al introducirse en un organismo vivo provoca un cambio en su funcionamiento (definición de la Organización Mundial de la Salud).

De manera resumida, podemos decir que las drogas son sustancias químicas, naturales o sintéticas (procesadas en un laboratorio), que cambian el funcionamiento del cuerpo. La marihuana es una droga porque tiene las características antes mencionadas.

La marihuana es una droga psicoactiva porque provoca cambios en la psique o mente (en las funciones mentales superiores como razonamiento, juicio, memoria, etc.), y modifica la manera de pensar, sentir y actuar, la marihuana es una droga adictiva porque provoca adicción o dependencia.

La marihuana es una droga ilegal porque es una sustancia que puede provocar daños al organismo y al psiquismo (mente). Por ello, ha sido incluida en las listas de sustancias prohibidas por la ley en todo el mundo con el fin de proteger al individuo y a la sociedad.

c) ¿Cómo se consume la marihuana?

Por lo general, la marihuana se fuma en cigarrillos, a veces mezclada con tabaco, aunque también puede fumarse en pipa. En algunos países como la India se come mezclada con los alimentos, siendo necesaria mayor cantidad de la planta para sentir los efectos deseados.

Al igual que ocurre con otras actividades, se presentan “modas” y estilos de consumo en las diferentes culturas. Actualmente, es común que en las “sesiones” para fumar en grupo se consuma al mismo tiempo alcohol, práctica muy peligrosa que cada vez se generaliza más en nuestro país.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CONSUMIDORES DE MARIHUANA

Uso en el último año

Población rural*: 0.58%

Población urbana*: 0.61%

Edad media de inicio: 18

*Porcentaje del total de la población

Fuente: ENA 2002, SSA, CONACID, INPRFM, INEGI.

El consumo de marihuana entre los mexicanos es muy inferior al de países como EUA y otras naciones desarrolladas, cuyos estudios señalan que cerca de 40% de sus jóvenes entre 13 y 18 años de edad la han probado, y que un alto número de ellos la consumen con frecuencia.

a) ¿Cuántas personas consumen marihuana en México?

De las drogas ilegales, la marihuana es la que más se consume en todo el mundo, particularmente entre los jóvenes. En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), y los estudios llevados a cabo en las escuelas oficiales y algunas privadas, señalan con claridad que es la droga de mayor uso entre los adolescentes, excluyendo el alcohol y el tabaco.

b) ¿Por qué algunos jóvenes fuman marihuana?

Existen muchas “razones” por las que algunos adolescentes empiezan a fumar marihuana. Gran parte de ellos lo hace porque sus amigos, hermanos o hermanas la consumen y los “invitan” a probarla.

Ciertos jóvenes la fuman porque ven a algunos adultos de su familia consumiéndola. Otros piensan que fumar marihuana los hacen populares porque las canciones modernas la mencionan, o porque ven que se consume en las películas o en programas televisivos.

Algunos adolescentes piensan que necesitan la marihuana y otras drogas para escapar de problemas en la casa, en la escuela o con sus amigos.

Respuestas más frecuentes de los jóvenes ante la pregunta del ¿por qué del consumo de marihuana?

- Por curiosidad, para ver “que se siente”
- Para sentirse aceptado por sus amigos
- Como una expresión de rebeldía hacia los adultos, o como respuesta a un reto.
- Como un acto de libertad ante una prohibición “injusta”.

Los efectos de la marihuana dependen de la propia experiencia del consumidor, y de:

- El contenido de THC en la marihuana
- Lo que el consumidor espera que suceda
- El lugar y el ambiente en que se consume la droga
- La forma en que se consume
- La cantidad consumida, y si se ha combinado con alcohol o con otras drogas.

c) ¿Cuáles son los efectos inmediatos de la marihuana?

Algunas personas no sienten ningún cambio cuando fuman marihuana. Otras se sienten relajadas, mareadas o alegres. Frecuentemente la marihuana provoca sensación de sed y hambre.

La marihuana produce efectos negativos en muchas personas. Pueden sentirse repentinamente muy ansiosas y sufrir de paranoia (ideas irracionales de persecución), sobre todo cuando se usan variedades muy potentes de la planta.

El porcentaje más alto de consumidores regulares incluye a quienes se sienten relajados y perciben más intensamente los sonidos, los sabores, y los colores, encontrando interesantes o graciosos algunos acontecimientos que en realidad son triviales; además, sienten que el tiempo transcurre lentamente.

Los efectos señalados, sobre todo si se presentan en varios miembros de un grupo de amigos, provocan un ambiente de placidez, superficialidad, relajación y “simplonería”. Pese a ello, es frecuente que quienes fuman en compañía crean que conversan sobre temas importantes y “profundos”.

Así, se comprende que disminuya notablemente la preocupación por cumplir las obligaciones escolares y familiares.

Entre los efectos físicos inmediatos producidos por la marihuana, están los siguientes: palpitaciones, boca seca; disminución de la capacidad para coordinar los movimientos y mantener el equilibrio corporal; disminución de la velocidad de reacción a los estímulos; vaso dilatación local en las conjuntivas, lo cual provoca enrojecimiento de los ojos; aumento de la presión arterial, y taquicardia (aumento del número de los latidos del corazón por minuto). Después de dos o tres horas los efectos van desapareciendo, y puede presentarse sueño profundo.

Algunos de los efectos mencionados son responsables de la importante disminución de la capacidad para conducir un vehículo (C.I.J, 1999).

d) ¿Cuáles son los efectos de la marihuana a largo plazo?

Aunque aún existen lagunas de conocimiento en este campo, contamos con datos plenamente comprobados. Mencionaremos algunos de ellos: en un estudio realizado en California que incluyó a 450 grandes fumadores de marihuana (no de tabaco), se encontró que estos faltaban con mayor frecuencia a su trabajo por enfermedad manifiesta, principalmente por padecimientos respiratorios, comparados con trabajadores que no consumían ninguna de las dos sustancias. El cáncer y los daños al aparato respiratorio y los sistemas reproductivos e inmunológico son significativamente más frecuentes en quienes consumen marihuana.

Respecto al cáncer, basta saber que esta droga contiene mayor cantidad de compuestos cancerígenos que el tabaco, algunos de ellos en concentraciones muy altas. Existen estudios que señalan que un fumador de cinco cigarrillos de marihuana a la semana se expone a las sustancias cancerígenas tanto o más que un fumador consumidor de una cajetilla diaria de cigarrillos de tabaco.

Por lo que se refiere al sistema reproductivo, se sabe con certeza que la marihuana altera la producción de hormonas en los individuos de ambos sexos. El THC fumado en dosis elevadas puede retardar la iniciación de la pubertad en quienes empiezan a fumar marihuana desde pequeños. También disminuye la producción de esperma, lo que demuestra que la marihuana puede dañar los tejidos y las funciones del organismo.

En el caso de las mujeres, se altera el ciclo menstrual, se obstaculiza la ovulación (producción y descarga de los óvulos por los ovarios).

Hay algunos signos que pueden observarse en una persona que se encuentra bajo los efectos de una dosis común de marihuana, aunque éstos son variables, a tal punto que en algunos casos apenas son perceptibles.

Los signos más comunes son:

- “Aturdimiento” e incoordinación al caminar.
- “Simpleza” (reír fácilmente como bobo).
- Enrojecimiento de los ojos.
- Incapacidad para recordar los hechos más recientes.

Contrariamente, en el caso de algunas otras sustancias como la marihuana, cocaína, heroína, entre otras, ha sido restringido su uso y permisividad por las sociedades e instituciones, prohibiendo su venta y distribución, denominándolas drogas de uso ilegal.

Los avances en el conocimiento científico se han acompañado de una exploración de nuevos productos químicos los cuales se han puesto a disposición del consumo humano, tanto los prescritos por médicos como los comprados sin receta médica. Estas sustancias se han utilizado con un objetivo similar al uso de las drogas de uso médico. La mezcla de estas sustancias con algún tipo de droga (legal o ilegal) suele ser utilizada por la población adicta.

¿Qué drogas se consumen más?

La marihuana es con .58% en el medio rural y .61%, la más utilizada, la edad media de inicio son los 18 años, seguido de inhalables y alucinógenos.
(Conadic. Secretaría de Salud,2002)

¿Quiénes consumen más drogas?

Según estudios los adolescentes son la población con más alto índice de consumo de drogas. Esto es debido a la etapa de vida por la cual atraviesa, del mismo modo a la presencia de ciertos factores de riesgo: bajo apego escolar y tener amigos y/o algún familiar consumidor de alguna droga. Curiosamente también las personas de la tercera edad (60 años en adelante) son quienes, mediante los medicamentos bajo prescripción médica, están más expuestos al consumo de drogas. (C.I.J, 2007)

La etapa de vida conocida como “adolescencia” se distingue por modificaciones en la persona a nivel emocional, psicológico, y fisiológico, todas ellas al conjugarse caracterizan los pensamientos, sentimientos, acciones, de quienes atraviesan esta fase.

Dentro de los aspectos distintivos de los adolescentes se encuentran: demasiada energía, inquietud por conocer, y explorar cosas nuevas; rebeldía, principalmente a la autoridad y al sistema; búsqueda de espacios creativos y recreativos; invención de medios de expresión, descubrimiento de su identidad; sentirse parte en un grupo, durante esta etapa es cuando se suele tomar la decisión de experimentar o no con alguna droga.

La adolescencia es una etapa crucial para la expresión de necesidades reales y/o ideales de las personas, es un momento crítico en el cual los adultos a su alrededor, padres de familia, maestros, profesionales pueden identificar y responder de la mejor manera a estas carencias básicamente emocionales y psicológicas. El proceso de transición de niño a adulto no está terminado, por lo allí el consumo de drogas puede jugar un papel muy oportunista, convirtiéndose en un sustituto el cual tranquiliza (en el caso de las mujeres) o mitigue la curiosidad (en el caso de los hombres).

Un aspecto influyente por el cual los adolescentes determinen tomar una decisión, es el grado de peligrosidad que consideren para el consumo de cierta droga; aunque en la fase de experimentación este aspecto no tiene demasiada repercusión cuando se trata de alcohol y tabaco, porque sirve como elemento de pertenencia e identificación dentro del grupo de amigos o iguales, si es efectivo cuando el consumo es frecuente, sobre todo para evitar la intoxicación con otras drogas.

¿En qué momento se convierte en problema el uso de drogas?

Depende de muchos factores, como el tipo de drogas consumidas, cada sustancia tóxica actúa de manera diferente en el organismo; algunas sustancias causan daños más fáciles y rápidamente que otras; la edad de la persona, entre más joven, su cuerpo y mente están menos preparados para soportar los efectos nocivos de las drogas. También dependerá de los valores morales que se tengan en los grupos (amigos, familiares, compañeros de escuela, etcétera) con los cuales se convive.

Es importante recordar que el ser humano es un ente biológico, psicológico y social, cuyo comportamiento, pensamientos y sentimientos están sujetos a sufrir modificaciones causadas por el entorno.

Cuando una persona se inicia en el consumo de drogas, dichas áreas (sobretudo la psicológica y social) también pueden verse afectadas de distinta manera, y el camino que se recorre de un consumo no problemático a uno que lo es, varía de una persona a otra.

En el caso de una droga permitida (legal), tal vez la parte social del consumidor no afecte de inmediato, porque otras personas no lo reprobarán tan duramente. Sin embargo, el organismo puede verse afectado desde los primeros usos; por ejemplo, la nicotina posee un gran potencial adictivo.

A pesar de ello, el consumo de estas drogas se considera un problema sólo hasta cuando las personas tienen ya una alta dependencia y graves daños en el sistema respiratorio, en virtud de lo cual su tratamiento podría ser más complicado.

Referente a las drogas no permitidas (ilegales), la situación varía, un poco: El aspecto social (con el grupo de amigos, familiares, etcétera) se ve seriamente afectado de manera inmediata, cuando se conoce a una persona consumidora de drogas, como la marihuana o cocaína, por el rechazo que existe culturalmente hacia ellas, esto en ocasiones resulta contraproducente para ayudar a una persona, porque se le “etiqueta” de “vicioso”, “vago”, “pacheco”, “grifo” u otro término negativo y se le excluye cuando más requiere del apoyo de otros. A este rechazo se suman los efectos físicos y psicológicos producidos por cada una de las drogas.

A veces el mayor problema para quien acude a tratamiento no radica en el consumo, sino en los sentimientos de culpa y el estado de marginación y aislamiento en el cual se encuentra.

Por algunos rasgos característicos de su edad los niños y adolescentes se encuentran en mayor riesgo de comenzar a utilizar alguna droga; aunado a ello, entre menor edad se tenga, los daños al organismo y a la mente pueden resultar más graves.

Las consecuencias por fumar en un adulto que empezó a los once años, no serán las mismas en otro que lo hizo a los veinte años. La capacidad y madurez de los pulmones para responder a las más de cuatro mil sustancias tóxicas que contiene el tabaco, no son comparables entre las personas con esa diferencia de edad.

Todos los individuos forman parte de distintos grupos y de una sociedad. Estos grupos (familiares, religiosos, políticos, etcétera) siempre esperan que sus integrantes se comporten y piensen de manera más o menos similar.

El consumo de drogas se puede considerar problemático, basándose en las expectativas que un grupo o los miembros que lo forman tengan; por ejemplo; el que un joven de 18 años de edad beba esporádicamente alcohol, se puede considerar un problema en una familia donde no se acostumbra este consumo; en cambio en otra, para la que el alcohol es elemento común de la convivencia (por ejemplo, en los fines de semana), el consumo esporádico no se consideraría como un problema.

¿Qué problemas se asocian al consumo de drogas?

Los estudios al respecto muestran que después de un determinado tiempo o del consumo de cierta cantidad de droga no siempre se presentan inmediatamente problemas serios, aunque si aumenta el riesgo de padecer enfermedades del corazón, del sistema nervioso central, del hígado, etcétera.

No es solamente nuestro organismo el único perjudicado, sino también surgen problemas con la autoridad, familia, trabajo o escuela. (C.I.J, 2007)

Los principales problemas directa o indirectamente asociados al consumo de las drogas tienen repercusiones de salud, sociales, legales y económicas; estas consecuencias, además de las relacionadas con la salud, son muy diversas y pueden subdividirse en:

Sociales. Los adictos a drogas se ven envueltos con frecuencia en agresiones, desorden público y conflictos raciales, así como diferentes formas de marginación y segregación social.

Relaciones interpersonales. Cuando el individuo prefiere consumir drogas a estar con otras personas, se pueden arruinar o destruir las relaciones afectivas y perderse las amistades.

Motivacionales. Los adictos dejan de participar en actividades sociales; abandonan metas y planes, no les importa crecer como personas, ni intentan resolver constructivamente los problemas, recurriendo a más drogas como “solución”.

Familiares. El abuso de las drogas puede perjudicar a personas cercanas al consumidor; por ejemplo, el dinero destinado a comprar drogas puede privar a la familia de satisfactores elementales, comida o ropa. Además es frecuente los problemas y las situaciones de la adicción generen discusiones y conflictos familiares.

Legales. Las reacciones violentas o la incapacidad de control que provocan algunas drogas pueden involucrar a los consumidores en situaciones problemáticas y en conflictos legales. Por ejemplo, la difícil coordinación y la confianza excesiva que produce la ingesta de alcohol, resulta muy peligrosa cuando se combina con la conducción de un automóvil. Recuérdese que en todo el mundo, una de las principales causas de muerte entre los jóvenes se relaciona con accidentes de tráfico causados por el consumo excesivo de alcohol. Abusar de las drogas es contra la ley.

Los transgresores (tanto los experimentales como los que consumen drogas) con cierta regularidad corren el riesgo de tener que pagar multas y/o ser encarcelados. Un arresto puede significar tanto la interrupción de los planes de vida, como el registro de antecedentes penales.

1.3. CONDUCTAS Y RASGOS DE CARÁCTER DEL ADICTO

En el análisis de los toxicómanos nos hemos encontrado con características de órdenes muy diferentes y sin embargo, comunes y presentes en casi todos ellos (C.I.J, 2007).

Conducta Compulsiva en busca de gratificaciones regresivas, se toma la droga compulsivamente o se pretende frenar el descontrol emocional mediante ella por deficiente control de los impulsos, especialmente en crisis o arrebatos del conflicto narcisista profundo, como ocurre en los bebedores ocasionales en los que una herida en su autoestima les precipita en el acto compulsivo.

- Falta de tolerancia a las frustraciones que en la mayoría de las ocasiones no son en realidad tales, pero el sujeto las convierte en traumáticas.
- Inestabilidad afectiva dado que tienen ideas contradictorias de lo que son y desean.
- Alteración de la identidad, la mayoría de las propagandas de las drogas legales está basada en el poder de las mismas de dar una identidad definida.
- Juicio alterado de su realidad por exceso o por defecto de autovaloración. Existen licores que basan su propaganda en este fallo de la personalidad. Síntomas que nos hablan de alteración o patología de los sistemas yoicos afectados por la excesiva carga que supone el uso abusivo de las proyecciones. Se sienten débiles y sin valor y lo tienen, pero lo han transferido a otros. Al licor, a las drogas, al dinero.
- Fallos en las sublimaciones por eso mismo la publicidad les excita por el lado del sexo mecánico, exótico en paraísos alegres, solitarios. Son personas que se aburren de los productos de la cultura humana y por eso, toda su juerga acaba en el bar. Igualmente encontraremos frecuentemente la tríada: regresión, oralidad y narcisismo. En esta tríada están basados los anuncios de los cigarrillos americanos.
- Influenciables, aunque no siempre por lo bueno (con lo que no suele identificarse, ni apenas percibir). Suelen descargar sus aspectos desvalorizados sobre la familia a la que dejan perder o no la aprovechan como fuente de gratificación, creando a su alrededor pseudo familias en los grupos donde convive.

- Suelen ser personas fluctuantes, ambivalentes, manipulables por la opinión del último que les dice algo, de lo último que se lleva, de su último impulso.
- Suelen ser inquietos en el plano narcisista, van de flor en flor, de tema en tema, de trabajo en trabajo, etc. Siempre deseando con avidez, son demasiado sensibles a una opinión contraria.
- Por su falta de autoestima se verán siempre amenazados, lo que les da esa particular capacidad para estar siempre alerta ante la pérdida de su sitio; y su sitio tiene que ser el primero dado que se consideran los tontos incapaces de dejar lo que los arruina.
- Personalidad disociada, encantadores de puertas para afuera y destructivos en casa y en familia.

1.4. POBLACIÓN, DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DE DROGAS

e) Diferencias entre población urbana y rural

Los datos que se presentan a continuación provienen de la ENA 2002, en razón de que la encuesta 1998 no consideró a la población rural, el 5.57% de la población urbana, que representa 2.9 millones ha usado drogas; en el caso de la población rural el porcentaje es de 3.34%, con un total de 563,242 personas; en el año previo al estudio, 911,359 personas (1.31%) habían estado expuestas al uso de una o más sustancias, 756,132 (1.43%) en la zona urbana y 155, 227 (0.92%) en la zona rural; el uso en el último mes fue reportado por el 0.87% de la población urbana y 0.64% de la población rural, la distribución de consumidores por sexo en las poblaciones rural y urbana, es muy similar: 3.7 varones por cada mujer en la población urbana y 3.8 hombres por cada mujer en la población rural. Si bien existe una diferencia entre el consumo en las áreas urbana y rural, destaca el hecho de en el área rural (donde se suponía que el consumo de drogas ilegales era prácticamente inexistente) se presenta un porcentaje preocupante de consumidores, esto obliga a plantear la puesta en práctica de acciones dirigidas a la población rural, ello implica contenidos y metodologías adecuadas al ámbito rural, así mismo se requiere de investigaciones que detecten las regiones rurales de mayor riesgo.

f) Distribución por tipo de droga ilegal

En ambas encuestas la droga de mayor consumo, es la mariguana, en 1998 la prevalencia total fue de 4.7%, en tanto que para 2002 los datos de la encuesta son más específicos en cuanto a esta sustancia: 2.4 millones de personas la han probado alguna vez en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer, poco más de 2 millones (3.87%) viven en población y el resto de la población rural (385,214 personas) que representan el 3.48% de la población entre 12 y 65 años, cuando únicamente se considera a los hombres urbanos la proporción de uso aumenta a 10.01%.

La cocaína ocupa el segundo lugar en las preferencias de la población, 1.4% en 1998, en tanto que 2002 1.44% de la población urbana la ha usado y por cada 4 hombres que la consumen hay una mujer, de la población total, el 1.23% del uso se da en forma de polvo, 0.04% en forma de pasta y 0.10% en forma de *crack*, la mayor proporción de usuarios tienen entre 18 y 34 años.

Después de la mariguana y la cocaína, siguen en orden de preferencia, los inhalables y los estimulantes de tipo anfetamínico y en último lugar la heroína y los alucinógenos, sin embargo, en el grupo de 12 a 17 años, el índice de consumo de inhalables es ligeramente superior al de cocaína.

Este orden de preferencia es igual en poblaciones rurales y urbanas, con excepción del consumo de heroína que no fue detectado en zonas rurales, la media de edad de inicio para inhalables, marihuana y estimulantes tipo anfetamínico, es similar 18 años, la cocaína (22 años) y los alucinógenos tienen un inicio más tardío, a los 25 años (datos de 2002).

g) Fuente de obtención de drogas ilegales

La siguiente información correspondiente a la ENA 2002 debido a que la de 1998 no presenta esta información, la fuente principal de obtención de drogas son los amigos (marihuana, 57%; cocaína, 69%; alucinógenos, 66%), sin embargo cabe destacar que una parte importante mencionó haber obtenido las drogas en la calle, proporción que llega a representar a casi la mitad de los usuarios de heroína (46%) y de estimulantes tipo anfetamínico (46%) señalándose que la fuente principal en el caso de los inhalables fue la calle (59%).

h) Frecuencia del consumo

La ENA 1998 reporta que el mayor porcentaje de usuarios se ubica entre quienes han consumido de 1 a 5 veces, seguido por quienes han consumido 6 o más veces.

En cuanto a 2002, la información se presenta de forma más desglosada: los alucinógenos continúan siendo una droga experimental, 73% de sus usuarios lo han hecho de una a dos veces; la mitad de las personas que han usado marihuana se han limitado a experimentar con sus efectos una a dos veces; esto ocurre con menos frecuencia entre quienes han experimentado con inhalables (39%) o cocaína (40%), en tanto que sólo una quinta parte de los usuarios de heroína y de estimulantes tipo anfetamínico se limitaron a un uso experimental.

Las drogas con un mayor número de usuarios fuertes son la cocaína, la heroína y los estimulantes de tipo anfetamínico.

i) En cuanto a la frecuencia del consumo de drogas ilegales:

DROGA/FREC.	DE 1 A 2 VECES	DE 3 A 5 VECES	DE 6 A 10 VECES	DE 11 A 49 VECES	50 VECES O +
MARIJUANA	53.73%	12.76%	11.28%	9.28%	12.41%
INHALABLES	39.49%	11.52%	24.01%	5.40%	19.58%
ALUCINOGENOS	73.42%	22.84%	1.58%	2.16%	-----
COCAÍNA Y DERIVADOS	40.55%	18.97%	8.05%	16.87%	15.56%
HEROÍNA	20.68%	44.90%	-----	20.99%	9.42%
ESTA*	20.58%	18.54%	16.37%	22.13%	22.38%

* ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMINICO

La tasa de continuidad mayor se observó en el caso de los sedantes, 79% de aquellas personas que reportaron uso en el último año, continuaban haciéndolo en el último mes; en segundo lugar los tranquilizantes, con una tasa de 67%, y finalmente las anfetaminas y otros estimulantes con un 48%. La edad media para el inicio de estos productos fuera de prescripción es muy similar, alrededor de los 30 años.

Respecto a las fuentes de obtención de los drogas médicas sin prescripción, son principalmente los médicos, (situación asociada a un consumo en mayor cantidad, tiempo o por razones diferentes a las indicadas) y las farmacias; en cambio, los consumidores de anfetaminas las obtienen principalmente con amigos.

l) Síntomas físicos derivados del consumo

Estos datos corresponden únicamente a la ENA 2002, el 0.44% de la población total entrevistada (12 a 65 años) presenta 3 síntomas o más de dependencia (0.55 % de la población urbana), cabe destacar que los principales problemas físicos de dependencia presentes en la población en los últimos 12 meses son las convulsiones o las infecciones.

m) Atención médica

Al igual que el apartado anterior este apartado solo aparece en la ENA 2002, una proporción muy baja de los usuarios de drogas ha solicitado ayuda, destaca, que generalmente tanto aquellos que han acudido principalmente a un grupo de atención médica o con algún médico privado, asimismo acudir con un sacerdote es una práctica común entre estos grupos que ya presentan problemas con su consumo de drogas.

n) Percepción de riesgo

La ENA 2002 informa en este rubro lo siguiente: se encontró que respecto al consumo de drogas ilegales como los inhalables, la marihuana o la cocaína, alguna vez o frecuentemente es considerado muy peligroso, tanto por la población general como por los usuarios, sin embargo, es importante observar como el grupo de usuarios tiene una menor percepción de riesgo asociada con el consumo de todas las drogas investigadas.

En general, la percepción de riesgo de consumir drogas médicas como los tranquilizantes o estimulantes alguna vez en la vida, es elevada entre la población general, como era de esperarse la percepción de riesgo es considerablemente mayor entre la población que no ha abusado de estas sustancias que entre los usuarios (70.9% y 38.9% respectivamente), a pesar de ello no se observan diferencias entre ambos grupos cuando esta práctica se hace con frecuencia, ya que tanto la población general como los usuarios consideran que es bastante grave o muy grave. (93.3% y 92.6%).

Lo anterior hace evidente la importancia de trabajar para elevar la percepción de riesgo en usuarios experimentales y en grupos de alto riesgo que conviven con grupos de consumidores.

Para ver cómo ha crecido el problema del consumo de drogas, también se obtuvo el total de nuevos casos de consumo de drogas en el país, que en su mayoría son experimentales, la marihuana aparece como la droga en que más personas se han iniciado, seguida por la cocaína y por los tranquilizantes; al tomar en cuenta todas las drogas, el número de casos nuevos corresponde a poco más de un millón trescientos mil personas entre los 12 y los 65 años.

Estas tendencias no hacen más que confirmar la importancia de reforzar el trabajo preventivo, especialmente en el caso de la marihuana y de la cocaína, si bien se observa en algunos casos una ligera disminución, no puede hablarse de una tendencia clara a la baja del consumo, es posible establecer como hipótesis la estabilización del consumo, lo cual habla de que se ha convertido en una conducta común entre algunos sectores de la población.

Se puede afirmar que el consumo de drogas es un comportamiento que forma parte de algunos grupos sociales y que es razonable suponer que en el futuro crecerá el número de consumidores, o que por lo menos, la cantidad de personas que hacen uso de drogas tenderá a estabilizarse, de ahí la necesidad de implementar acciones preventivas. Finalmente, resulta importante que los equipos técnicos de las unidades operativas consulten la ENA 2002, con la finalidad de que tengan los datos regionales que les sirvan para adecuar las acciones preventivas que realizan cotidianamente.

Aunque el consumo de drogas ha formado parte de la vida por siglos, la adicción se ha concentrado en las últimas cinco décadas.

1.5. POR QUÉ SE CONSUMEN LAS DROGAS

Se debe tener muy en cuenta que todos los adictos a algún tipo de droga, fueron alguna vez experimentadores y que, en un principio creyeron que no les pasaría nada, que podrían controlarse, hasta que, caso sin darse cuenta, la droga se fue haciendo cada vez más necesaria, sin importar lo que tuvieran que hacer para conseguirla ni el daño que ello ocasionaría a la familia o a quienes los rodeaban pero sobre todo, sin que importara el daño causado a sí mismos.

Las creencias que se tienen respecto a la droga, sus efectos, la aceptación que los compañeros puedan tener de ella, son motivos importantes para llegar al consumo.

a) *¿La drogadicción es un vicio, una enfermedad o un problema social?*

La drogadicción es una enfermedad y, adicionalmente, un problema social; lo primero porque afecta directamente la salud física y mental de las personas, al generar daños orgánicos, empeorar la calidad de vida, limitar el desarrollo de metas personales y profesionales, etcétera. Es un problema social porque provoca una serie de problemas los cuales no sólo afectan a quien se droga, sino a los familiares, amigos y a las personas que lo rodean; además dificulta las relaciones interpersonales saludables (respeto, comunicación, confianza), incrementa el riesgo de tener accidentes y / o cometer actos delictivos y agrava la economía personal y / o familiar, etcétera.

Es importante no perder de vista el significado, el valor o la importancia que cada quien le da a la drogadicción, depende principalmente de los diversos medios lo que se dice al respecto, cómo se atiende y cuales son las medidas necesarias para evitar las drogas, por ejemplo, los mensajes publicitarios de radio y televisión sobre lo supuestamente importante, o los beneficios que se adquieren por el consumo de alcohol y / o tabaco; las campañas de salud que informan de las causas y consecuencias de las adicciones; las pláticas o comentarios con amigos y conocidos acerca de las sensaciones o los efectos que se obtienen al usar drogas legales (alcohol y tabaco) o ilegales (marihuana, cocaína, etcétera).

La calidad y cantidad de información con la cual cada uno cuenta, así como las creencias y experiencias directas o indirectas que se han tenido con las drogas, son aspectos que también se relacionan con la opinión que se tiene de la drogadicción; por ejemplo, algunas veces se asocia con la forma de vestir, hablar o el lugar donde vive una persona con el hecho de que use drogas, y por ello, decimos, es un vicioso, un delincuente o un mal viviente; sin embargo, esto no es así, todos tenemos amigos, familiares o conocidos que hablan y se visten de cierta forma y no por ello son necesariamente “viciosos” o “delincuentes”. Si bien la drogadicción puede favorecer a una persona a cometer actos delictivos o acciones que dañen la integridad o propiedad de otras personas, también afecta progresivamente la salud física y mental de quien hace uso de ellas.

Para evitar información confusa o llena de mitos y prejuicios sobre la drogadicción, es necesario conocer algunas de las formas o modelos preventivos de uso de drogas, las cuales diversas instituciones públicas y privadas utilizan para explicar y atender esta problemática.

- Desde el punto de vista jurídico, la drogadicción es vista como una infracción a una norma; en este sentido, deben establecerse medidas o mecanismos que la disminuyan, como sanciones legales o penas jurídicas. Este modelo considera que la persona es un infractor, por que trafica y / o hace uso de drogas ilegales; bajo este concepto, las instituciones policíacas y judiciales actúan en la lucha contra la drogadicción.
- Desde la perspectiva médica o de la salud, se señala el adicto a las drogas como una persona enferma causada por éstas. De esta forma la drogadicción se convierte en un problema de salud pública y, ante todo, de salud mental que es necesario prevenir y curar para evitar que se contagie la demás población.
- En cuanto al enfoque psicosocial la drogadicción se entiende como una conducta más que es necesario analizar. Además, reconoce que todos los individuos están expuestos o influidos por aspectos psicológicos y ambientales que afectan sus decisiones. En otras palabras, este modelo no considera que las drogas en sí mismas sean las causantes del problema de consumo, más bien, sustenta que las necesidades psicológicas, emocionales y sociales de cada quien son las que dificultan el desarrollo saludable, por lo que es necesario mejorar las condiciones de vida, satisfacer las necesidades personales, modificar los valores y las creencias que mantienen el uso de drogas, etcétera.

Si bien la drogadicción es una enfermedad y un problema social al que todos estamos expuestos, es importante que tengamos una opinión clara, veraz y convincente con respecto a ella, de forma que guíe nuestra manera de pensar y actuar en beneficio y protección de nuestra salud integral, ya que a final de cuentas, es el individuo y no la droga, el agente de la drogadicción.

1.6. CÓMO ATENDER EL PROBLEMA DE DROGAS

a) *¿Se puede motivar a alguien que consume drogas para que acuda a tratamiento?*

Sí. Sin embargo, es indispensable que una persona adicta o que abusa de las drogas, tenga al menos un mínimo deseo de salir de su problema, ya que de otra forma son pocas las posibilidades de recuperación. Aun así, el apoyo de familiares y amigos es de gran utilidad para iniciar el tratamiento. (CIJ 1999).

Se ha visto que algunas personas pueden salir por si mismas de un problema de consumo de drogas gracias a una fuerte motivación o a la influencia de otros.

Desafortunadamente, no ocurre así con la mayoría, por lo que necesitan ayuda especializada para superar su adicción.

Los adictos tienen diferentes grados de motivación para asistir al tratamiento; esto depende del deseo de cambiar, situación que no es fácil, considerando que el consumo de sustancias trae consigo experiencias placenteras o necesidad de usarlas para evitar efectos desagradables.

Esta motivación puede no aparecer, y cuando el sujeto no admite que tiene un problema y que necesita tratamiento, nos encontramos con un proceso que se llama negación. En cambio, otros usuarios de drogas pueden identificar su problema, sin tener la intención de cambiar; en este caso, las personas pueden asistir presionadas por familiares, amigos, compañeros de trabajo o patrones, pero no convencidas. Por ello estos sujetos muchas veces abandonan el tratamiento rápidamente, aunque siempre es útil insistir, ya que algunos logran “engancharse” para continuar en un tratamiento y ayudarse a salir adelante.

Existe una segunda fase durante la cual la persona se encuentra más motivada; reconoce que tiene un problema con las drogas, pese a que no ha hecho nada para dejar de consumir.

Para este tipo de pacientes el consejo puede ser muy útil, siempre y cuando no se les critique o presione para que asistan al tratamiento. Vale la pena buscar la ayuda de profesionales en adicciones, con la finalidad de ayudarlos a entender la importancia de dejar de consumir drogas. En ocasiones, con una breve consulta se pueden reconocer los beneficios del tratamiento o del cambio en la forma como se usan las drogas o el alcohol.

Otros sujetos pueden haber hecho intentos sin haber logrado dejar de consumir. Algunos han estado en tratamiento en grupos de ayuda mutua, con profesionales, por medio de medicamentos o han “jurado”; sin embargo, tarde o temprano vuelven a consumir. Al igual que en los casos anteriores, los consejos de la familia, los amigos, la escuela o los patrones pueden ser útiles. De todas formas se considera que estas personas se están preparando para, en cualquier momento, tomar la decisión de entrar a un tratamiento, por lo que en ellos, más que en nadie, las recomendaciones, el apoyo y los consejos de otros resultan muy importantes.

Un cuarto grupo de personas han permanecido periodos largos sin consumir alcohol o drogas y tienen la intención de continuar; aunque haya recaído, se mantienen más firmes en su deseo de no consumir. Claro que en ellos la motivación es mayor, por lo que la ayuda y consejos externos siempre facilitan y apoyan de nuevo el tratamiento.

En el “nivel” más “avanzado” están las personas que han estado años sin beber o drogarse y que han encontrado un estilo de vida completamente diferente que les permite vivir sin alcohol o drogas. Ellos tienen una gran motivación para continuar así y ayudar a otras personas en el camino de su recuperación, por lo que participan en acciones en su comunidad para la prevención del uso de drogas y dando consejo a quienes necesitan tratamiento.

El logro de este “nivel”, puede tardar años, con un trabajo intenso de tratamiento. Sin embargo, los estados o niveles de motivación no son permanentes, por lo que una persona que ha alcanzado un nivel superior puede bajar a uno inferior después de recaer, pero luego subir a otro más avanzado y permanecer un largo tiempo en abstinencia.

En general, siempre hay una persona en quien el consumidor puede confiar, que le merece respeto; puede tratarse de un familiar, un amigo cercano, un médico, un maestro o un sacerdote. Por esto, es muy importante recurrir a la persona indicada, que tenga mayor influencia en el individuo con una adicción y favorecer el inicio de un tratamiento.

b) ¿Cómo es el tratamiento para las personas adictas?

El tratamiento del adicto depende de la droga o drogas de uso, de lo avanzado del problema y de las complicaciones tanto médicas como psiquiátricas que existan. Generalmente, el tratamiento se torna más difícil mientras mayor tiempo haya pasado desde que comenzó el consumo, y si ha usado varias drogas y el adicto no acepta el tratamiento.

El tratamiento se inicia con un buen diagnóstico, es decir, el conocimiento de la historia de la adicción y del estado actual de la persona, las causas y la situación en la que inició el consumo, así como las alteraciones que las drogas han producido a lo largo del tiempo y lo que el paciente espera del tratamiento.

Los tratamientos pueden llevarse a cabo en forma externa con la participación del paciente durante algunas horas del día o por un tiempo más o menos prolongado, en lugares donde el sujeto está internado. Esto no sólo depende de la voluntad de la persona, sino de la gravedad del caso, por lo que es importante la opinión de los especialistas en cuanto a la necesidad de permanecer en internamiento o en consulta externa.

Todos los tratamientos de internamiento deben ser voluntarios, a menos de que exista una situación que ponga en peligro la vida del paciente o la de otros.

La familia y el adicto deben investigar sobre los establecimientos tanto privados, públicos y de asistencia social, como las características del tratamiento, la duración y los costos. Hay teléfonos de información a través de los cuales se puede entrar en contacto con esas organizaciones para resolver cualquier duda al respecto.

La duración del tratamiento es variable: Algunas terapias psicológicas no duran más de 12 ó 16 consultas, mientras, que otras se prolongan por meses o años. El precio del tratamiento varía desde los muy económicos hasta los muy costosos, estos últimos son privados. Aunque algunos adictos reciben una sola clase de tratamiento, la mayoría necesita más de una forma de tratamiento a la vez; por ejemplo, si se tienen graves problemas familiares, de salud y psicológico, una sola persona podría tratarse con terapia familiar, apoyada por medio de medicamentos y terapias psicológicas, todo al mismo tiempo.

Tratamientos psicológicos. Son aquéllos que tratan de modificar la conducta por medio del uso de técnicas especiales impartidas por un profesionista entrenado y con experiencia, por lo general un psicólogo. También se les llama psicoterapias, y éstas pueden ser de tipo individual, cuando un terapeuta trabaja sólo con el paciente; de grupo, cuando participan más de dos pacientes; de familia; de pareja, etcétera. Para que las terapias psicológicas funcionen, se requiere del compromiso y la participación del paciente y de su deseo de cambio. Las terapias psicológicas intentan modificar la adicción a través de consejos, sugerencias, ejercicios, o análisis de las causas que precipitan el consumo. Con algunos pacientes los terapeutas trabajan por años con la finalidad de lograr que el consumo de drogas no reaparezca; otros más pueden permanecer por espacios de tiempo largo sin usar sustancias, y por tanto requerir de terapias psicológicas de forma más espaciada.

Tratamientos basados en la fe. Se fundamenta en la creencia de un poder o ser superior, en quien se deposita la posibilidad de ayudar para que el paciente logre la abstinencia. Casi todas las religiones aceptan la posibilidad de que sus seguidores padezcan una adicción.

En la religión católica la forma más común es “la jura” o juramento, que en que la persona promete a Dios o la Virgen no hacer uso de drogas por un periodo determinado; el juramento es firmado por la persona en presencia de un sacerdote: Se ha visto que la “jura” funciona en los individuos que ya la han probado, o en aquellos que tienen una gran fe. En otras religiones se recurre a la oración, a la meditación y a la toma de pócimas que ayudan a “limpiar” el alma del adicto.

Grupos de autoayuda. Son grupos de personas que comparten el mismo problema; se reúnen para entender su problemática, apoyarse mutuamente, tratar de generar un cambio y mantenerse sin consumir drogas. Los grupos de ayuda mutua no sólo se dirigen a tratar a adictos, sino que abarcan una gran variedad de asuntos médicos y psicológicos; por ejemplo, problemas de la alimentación, padres golpeadores, personas con enfermedades graves, personas que han perdido a sus hijos, etcétera. Muchos de los grupos de ayuda mutua basan sus principios en el movimiento de los grupos de Alcohólicos Anónimos, originado en Estados Unidos y ahora disperso por todo el mundo. Su trabajo se sustenta en una serie de doce pasos que comienzan por el reconocimiento de la adicción y la imposibilidad de hacer algo por sí solos para cambiar, y terminan con la ayuda de otras personas adictas. Los grupos originalmente sólo tenían sesiones externas, pero han surgido movimientos en los cuales durante periodos que van de tres a seis meses o más, la persona permanece internada, mientras recibe lo que se denomina terapia intensiva, que es una forma de tratamiento consistente en participar en sesiones varias veces al día.

Las terapias a base de grupos de autoayuda son las formas de tratamiento más diseminadas en México; su calidad y eficacia varían, pero en general, los que recurren al internamiento voluntario y se asesoran de médicos y psicólogos obtienen mejores resultados.

Medicamentos. Hoy día se dispone de una variedad de medicamentos para tratar las adicciones o sus consecuencias, médicas y psiquiátricas. Los principales medicamentos se usan para tratar la intoxicación causada por drogas y que la sustancia consumida no ponga en peligro la vida del usuario; en otros casos, los medicamentos se usan para el tratamiento de los efectos que se presentan cuando el adicto deja la droga, situación en la que se experimenta una serie de efectos desagradables. Esto último ocurre frecuentemente en los usuarios de heroína, u otras sustancias derivadas del opio, que cuando se abandona produce trastornos muy intensos. Lo mismo ocurre con las personas que usan alcohol y depresores del sistema nervioso como los tranquilizantes, en quienes es importante el tratamiento médico, ya que la falta de estas drogas puede poner en peligro la vida.

Tratamientos sustitutos. Especialmente en la adicción a la heroína y a la nicotina, algunas personas necesitan recibir sustancias similares a las que consumían, pero sin sus riesgos: por ejemplo los consumidores de heroína que se inyectan la droga por las venas a menudo contraen y contagian a otros graves enfermedades como la hepatitis y el sida, todo ello como consecuencia de compartir con otros adictos las jeringas usadas.

CAPITULO II

FAMILIA Y FARMACODEPENDENCIA

2.1. LA FAMILIA COMO SISTEMA SOCIAL

Según Watzlawick, quien describe la interacción humana como un sistema de comunicación, caracterizado por las propiedades de los sistemas generales; totalidad, no sumatividad, retroalimentación y homeostasis, etc. (Watzlawick, 1997)

a) La familia como sistema; “La teoría de las reglas familiares se adecua a la definición inicial de un sistema como establece con respecto a algunas de sus variables si estas variables tienden a mantenerse dentro de límites definidos”.

Este modelo fue sugerido por el concepto de homeostasis familiar, en el cual se observo que familias de los pacientes psiquiátricos a menudo sufrían repercusiones drásticas (depresión, episodios psicósomáticos, etc.) cuando el paciente mejoraba. Así la enfermedad del paciente era un mecanismo homeostático que intervenía ante la perturbación familiar, para que este recuperara su equilibrio.

b) Totalidad.- La familia es vista como un sistema total y unificado en el cual la conducta de cada miembro repercute en los demás miembros participantes. Todas las conductas están interrelacionadas y unas influyen sobre otras, de esta forma la conducta del miembro enfermo se encuentra totalmente relacionada con los demás miembros del grupo familiar.

c) No sumatividad.- El análisis de una familia no es la suma de los análisis de sus miembros individuales, ya que existen características del sistema, o sea, patrones interaccionales, que trascienden las cualidades de los miembros individuales.

d) Retroalimentación y Homeostasis.- El sistema actúa sobre las entradas (acciones de los miembros o del medio) al sistema familiar y las modifica.

Deben por lo tanto, examinarse la naturaleza del sistema y sus mecanismos de retroalimentación así como la naturaleza de la entrada.

2.2. DINÁMICA FAMILIAR DEL FARMACODEPENDIENTE

El problema del alcoholismo y la farmacodependencia no sólo provoca daño al individuo que consume la sustancia, no es el único que sufre.

El codependiente es aquella persona cuya atención, intereses, energía y, en general, su vida gira alrededor de un adicto en forma enfermiza. El sufrimiento del codependiente se manifiesta emocionalmente a través de miedos, tristezas, odio, coraje, resentimientos e inseguridades.

Recientemente se ha puesto mucho énfasis en los hijos del alcohólico, pues se ha encontrado que pueden manifestar los siguientes problemas en el desarrollo de su vida:

1. Una mayor predisposición a desarrollar una enfermedad adictiva, cuatro veces más posibilidades que cualquier otro individuo "normal";
2. Pueden volverse codependientes, es decir, casarse o unirse a individuos con la adicción o algún otro trastorno crónico.
3. Desarrollar conflictos en sus relaciones interpersonales.

El sistema familiar del adicto es afectado, por lo que ahora emplearemos el término de familia adicta (refiriéndonos específicamente a la familia donde encontramos un elemento con la enfermedad del alcoholismo o la farmacodependencia).

Centros de Integración Juvenil, ha buscado la aplicación de un modelo de trabajo con la familia del paciente farmacodependiente, encontrando que en muchos casos el síntoma de la farmacodependencia corresponde a una dificultad no resuelta en el sistema familiar. (C.I.J, 2006).

Negación de la enfermedad

La falta de aceptación de la enfermedad es el factor determinante para el desarrollo de la familia adicta.

En efecto, hablamos de unos sistemas defensivos familiares que resultan útiles para manejar y neutralizar el impacto de sucesos estresantes. Así como el adicto maneja sus mecanismos de defensa, la familia utiliza los propios y en esta forma el proceso se prolonga.

En una familia adicta podría decirse que la adicción es mantenida por la conducta de todos los miembros del sistema, y frecuentemente se ve reflejada también por unos patrones de conducta de larga duración.

Es así como el codependiente, en su afán por ayudar a su adicto, prolonga la enfermedad por la falta de aceptación de ésta, ya que en lugar de enfermedad, la familia y los codependientes la manejan como si fuera un problema conductual.

Como resultado de la falta de aceptación del adicto y del cónyuge codependiente los hijos son afectados, éstos pueden desarrollar uno o más de los roles que se presentan en el hijo de alcoholíco: el responsable, el ajustador, el conciliador, y el hijo problema.

a) El responsable es el que toma la mayor parte de las posiciones de alguno de los padres, el daño que desarrolla este niño es una necesidad de control, de orden, de disciplina. Se caracteriza por su rigidez, por su obsesividad, cuando pierde el control, éste hecho le provoca angustia, reaccionando en forma agresiva o destructiva por su pobre tolerancia a la frustración. Cuando tienen contacto con el alcohol desarrolla una dependencia psicológica, difícilmente desarrollará una dependencia física por su rigidez.

b) El ajustador es un hijo evasivo con poca interacción con la familia, su tendencia es siempre pasar desapercibido, ya que en esta forma no crea conflictos, discusiones ni problemas. No externa su opinión, esto le retribuye en menos ansiedad, miedo y angustia. Son hijos que se aíslan, socializando poco y van desarrollando una depresión crónica. Cuando entran en contacto con el alcohol u otras sustancias, se desinhiben y estimulan; se sienten tan bien que fácilmente desarrollan la enfermedad adictiva.

c) El conciliador es el hijo preocupado constantemente por el estado emocional de cada uno de los miembros de la familia. Siempre está pendiente de las tristezas, desesperación, angustia o miedo de los demás, dando calma, apoyo, esperanza. Siempre están dando su tiempo y energía para agradar a los demás, viven constantemente en ansiedad calmando a todos. Cuando tienen contacto con sustancias al llegar a la edad adulta se sienten sin la carga de complacer a todos y pueden expresar lo que han reprimido, teniendo una sensación de bienestar que incrementa su posibilidad para desarrollar la enfermedad adictiva también.

d) El hijo problema es el que tiene mala conducta en la escuela, agresiva, impaciente, impulsiva, provocando mayor atención en su persona pero en una forma destructiva, recibiendo reprimendas y castigos que incrementan su rebeldía, lo que aumentará los castigos y así sucesivamente. Son hijos que desarrollan adicción a sustancias a temprana edad, embarazan a su pareja o si son hijas se dejan embarazar muy jóvenes.

Cuando desarrollan la enfermedad adictiva la evolución es rápida, teniendo daño físico en corto tiempo, llegando a presentar muerte también a temprana edad. En el sistema familiar del adicto el hijo trata de sobrevivir en el medio caótico, desarrollando conductas que a la larga les provoca sufrimiento crónico.

Incomunicación

La familia enferma, por lo general, tiene una pobre o nula comunicación. Esta comunicación es superficial y se utiliza para crear conflictos; es una comunicación agresiva, unidireccional, que evita el diálogo. Esta comunicación se realiza en una forma defensiva ya que se evitan las confrontaciones y la responsabilidad sobre la conducta de sus miembros.

La falta de comunicación representa no tener con quien compartir sus emociones, con lo que se incrementa el no confiar, no hablar y no sentir, que lleva a reprimir todas las emociones.

Por lo general, en la familia adicta se desarrolla la triangulación de la comunicación; es decir, el adicto y codependiente utilizan a los hijos para mandarse mensajes.

Es una comunicación agresiva donde hay insultos, gritos y humillaciones, lo que deteriora la autoestima con el que se tiene la comunicación e incrementa los resentimientos. Es una comunicación implícita, con pocas palabras se trata de decir todo, esto crea mucha confusión y enojo porque no se entendió lo que se dijo, o se distorsiona la comunicación. En la familia adicta la comunicación es caótica.

Conducta impredecible

En la familia adicta existe la conducta impredecible originada por el adicto intoxicado, la mayor parte de la familia sabe que esta utilizando sustancias, sabe que no llegará a la hora que se estipuló, que llegará intoxicado por cualquier tipo de sustancias que el adicto esté utilizando, pero la conducta impredecible se presenta cuando el adicto llega.... ¿Cómo va a reaccionar? ¿Triste, enojado, agresivo, auto conmisericordioso? Por otro lado, cuando el adicto no llega a casa los familiares viven una zozobra... ¿qué es lo que le pasó, lo asaltaron, chocó, se peleó, estará en un hospital, dónde se habrá quedado?

Estas interrogantes en el familiar del adicto crean diversos sentimientos como ansiedad, miedo, pánico, depresión, angustia, sentimiento de desesperación y otros más. Esta es una de las conductas del enfermo que causa más daño y confusión en el sistema familiar.

Ambiente emocional de continuo sufrimiento

La familia vive en un estado emocional de continua tensión, de estrés, una sensación de vacío por la falta de apoyo, comunicación, amor y confianza. En los miembros pequeños de la familia hay miedo no sólo por el adicto sino también por el codependiente, que reacciona ante la conducta del adicto en forma impulsiva y agresiva, creando temor, ansiedad e inseguridad en los miembros de la familia.

Existe una sensación de frustración continua, impotencia y desesperanza por la conducta repetida tanto del adicto como del codependiente, coraje, odio, enojo y resentimientos porque nadie aprende de las experiencias y todos culpan a todos.

Falta de estructura familiar

La enfermedad impide el funcionamiento o la toma de responsabilidades por el miembro afectado, por lo que la familia en su accionar ante la enfermedad, se reestructura tratando de sobrevivir. Esto hace que algún miembro familiar, por lo general, el cónyuge o el hijo mayor, tome las responsabilidades que el elemento enfermo dejó, lo que trae como consecuencia gratificaciones inconscientes que prolongan la enfermedad. La familia tienen ahora un nuevo estilo de vida en el cual se han cambiado los roles de la familia adicta. El control, el poder, la toma de decisiones, los permisos, incluso los negocios familiares están ahora bajo la dirección del codependiente, que se vuelve la cabeza de la familia. El adicto pasa a ser el “chivo expiatorio”: todos justifican su irresponsabilidad culpando al adicto de todo, éste al sentirse culpable, nuevamente encuentra la justificación para continuar utilizando sustancias, con el fin de disminuir el sentimiento de incomodidad y así sucesivamente (el carrusel de la negación).

Otra situación que se presenta en la familia adicta es el “mártir”, la víctima, un rol que le da oportunidad al codependiente de ser el “bueno”, el que aguanta, el santo, y recibe gratificación en esta posición por parte de la gente, lo admiran, lo felicitan por ser tan “bueno”, por “no tirar la toalla”, por soportar tanto y por cargar “la cruz” sin quejarse.

El codependiente se siente gratificado, aceptado y en ocasiones hasta orgulloso de serlo, sin percibir que no le da ninguna estructura a la familia.

El hecho de tener un enfermo dentro de la familia da una seguridad emocional a todos los demás miembros del grupo, porque el adicto depende emocionalmente de la familia. Sus miembros se sienten bien ayudándolo, se sienten necesitados por el adicto. Cada miembro de la familia lo ha rescatado, justificado, auxiliado, protegido, lo ha salvado de las consecuencias de la enfermedad; por ello la familia inconscientemente se siente bien con un enfermo en casa. La familia ahora depende del adicto para sentirse bien y seguir funcionando, se ha vuelto un estilo de vida.

La familia centra su atención en el adicto, es él quien los mantiene ocupados, preocupados, la enfermedad ha hecho que cada miembro de la familia tenga su función específica, su forma de vivir y compartir, todos tienen su papel "funcionando" disfuncionalmente.

Cambios en los valores de la familia

En la familia adicta los valores normales se van cambiando poco a poco por los nuevos valores del adicto, los principios, la moral, las reglas de urbanidad, la ética familiar, todo ha quedado alterado una vez que se ha instalado la enfermedad. Ahora se funciona con una desorganización donde no hay coherencia, es un ambiente impredecible, con falta de respeto entre todos los miembros de la familia.

Se puede llegar tarde a la hora de comer, no llegar a dormir a la casa, llegar tres días después, durante los alimentos hay gritos, quejas, ofensas, humillaciones, amenazas, insultos y en ocasiones hasta golpes.

La familia aprende a ser irresponsable como una medida defensiva ante esta situación caótica, ningún miembro se hace responsable de sí mismo. Todos están tensos, ansiosos, angustiados, agresivos, con miedo, terror.

Esto sucede continuamente, convirtiéndose en una rutina familiar. Este ritual es el que se cree que posterga la identidad de la familia alcohólica de una generación a la siguiente, perpetuando la enfermedad de la familia.

Estancamiento y evolución a la cronicidad

La familia, en su intento de sobrevivir, hecha mano de todos los recursos que tiene para tratar de continuar en pie. En este sobrevivir, los miembros de la familia se defienden de su realidad con evasión, minimización, justificación, racionalización y otras defensas. Al no enfrentar la realidad y negar la enfermedad familiar se prolonga el proceso y el sufrimiento se hace crónico. La familia se ha inmunizado, desarrollando una tolerancia al sufrimiento. La familia no ve ninguna salida y empieza a manifestar cierta tolerancia a la situación caótica, dolorosa, exhibe gritos, destrozos, actitud indiferente, manipulación. Esta tolerancia se da junto con una incapacidad de sentir, un bloqueo absoluto de los sentimientos, y se llega a convertir en una forma de complicidad con el enfermo adicto.

La tristeza, la desilusión, la amargura, la soledad, el rencor, la nostalgia estarán presentes en cada uno de los miembros de la familia. Esta es una realidad dolorosa de la enfermedad, durante la evolución cada miembro presenta un grado de daño; aún cuando ellos no consuman sustancias desarrollarán los mismos patrones de conducta que han aprendido y éstos estarán presentes en su nueva relación familiar y serán continuados generacionalmente, hasta que alguien se desprenda de esta identidad familiar e inicie un nuevo modelo de estilo familiar.

Después de 2 a 7 años o más de evolución, la solución. . .

Llega un momento de la crisis donde indistintamente se presenta una solución, que se presenta como resultado del mismo proceso, la historia natural de la enfermedad adictiva. Llega a ser tanto el daño físico del enfermo que hay necesidad de internarlo para la recuperación del órgano afectado; también el daño puede ser mental, por lo que se requiere de una institución psiquiátrica para su tratamiento o internamiento de por vida. Cuando el daño es demasiado, la enfermedad termina con la muerte del individuo o la muerte se puede presentar en algún otro miembro familiar en forma de suicidio consciente o inconsciente, en forma de accidente.

La solución más adecuada para esta enfermedad es un tratamiento de rehabilitación del individuo adicto y de su sistema familiar. Una rehabilitación integral, donde cada miembro tenga que participar y tomar sus propias responsabilidades. Sólo así la familia tendrá la oportunidad de enfrentar esta enfermedad.

2.3. LA FIGURA MATERNA

En ciertas familias no necesariamente de sujetos farmacodependientes, existe una situación no resuelta dentro de la familia, que determina la actuación de los miembros, dentro del sistema familiar.

Es importante remarcar, que tradicionalmente en la familia mexicana, la figura materna ha tenido siempre una gran importancia dentro de la dinámica de la misma, muchas de las decisiones tomadas en el ámbito familiar, son decididas a partir, de la autoridad materna y el padre juega en muchas ocasiones solamente un rol periférico, particularmente en la familia del farmacodependiente, ello se presenta con cierta frecuencia según he podido observar con base en la dinámica presentada por parte de los pacientes que asisten a Centros de Integración Juvenil., habitualmente es la madre la que presenta al adolescente o aun al hijo adulto, a la realización de un tratamiento, siendo frecuente que el padre no se presente a este, bajo el argumento de que se encuentra trabajando. Por ello mismo es la madre la que asiste llevando al hijo farmacodependiente al tratamiento y por lo tanto pidiendo el cambio para este.

Bajo este universo, es generalmente como debe iniciarse el tratamiento del paciente farmacodependiente., la aparición del objeto droga, dentro de la constelación familiar, implica una ruptura dentro del equilibrio, de las relaciones familiares, ya que implica la amenaza de algo que puede romper ese equilibrio y es por lo mismo un objeto peligroso que tiende a afectar y a distorsionar el equilibrio familiar presente hasta dicho momento.

Comúnmente la gente entiende que la droga es algo malo, y dentro del universo familiar implica algo oscuro y peligroso, para el común de la sociedad la presencia de un hijo drogadicto, implica una situación de vergüenza, angustia y de oprobio, mientras que cuando existe consumo de alcohol, en una familia ello es aceptado y la presencia de un alcohólico dentro del círculo familiar, no es mal vista, sino que es algo tolerado y aceptado como siendo parte de la cotidianidad misma de la vida social.

No es posible la inclusión de la figura paterna, dentro del tratamiento debido a que el mismo, prefiere excluirse pretextando el trabajo a la vez que eludiendo las responsabilidades por la situación del hijo farmacodependiente en el hogar. Aparentemente la madre reclamaría su presencia sin embargo conciente tácitamente en permitir y tolerar su ausencia llevando ella el control de la situación familiar, es por esto último que las causas de la drogadicción deben de buscarse de manera particular en la relación ínter subjetiva entre el hijo y la madre, pudiendo investigar todas las fantasías concientes e inconscientes que esa relación implica, ello podrá observarse con mayor detalle en el caso Hugo, que será presentado más adelante.

CAPITULO III

LA TEORÍA PSICOANALÍTICA RESPECTO A LA FARMACODEPENDENCIA

3.1. LA TEORIA PSICOANALITICA

La teoría psicoanalítica nos ayuda a entender las adicciones, explicando cómo los apegos se forman al invertir nuestra energía psíquica en actividades, cosas o personas que nos producen placer o alivio de la tensión. La búsqueda de placer o el alivio de la tensión como motivaciones de nuestros apegos permanecen inconscientes. Solo se muestran en nuestra conciencia motivaciones diferentes. Por eso nos engañamos constantemente.

Freud, Jung y otros psicoanalistas proponen que la energía psíquica del individuo se invierte en actividades, cosas y personas importantes para el ser humano en determinada etapa de su vida.

Este proceso, llamado catexis, planteado por Laplanche como cierta energía psíquica hallándose unida a una representación o grupo de representaciones, una parte del cuerpo, un objeto, etc. Corresponde en la psicología a lo que es un apego desde el punto de vista espiritual. (J.Laplanche, B. Pontalis, 1977).

Freud decía que nuestras catexis se determinaban por dos dinámicas: el principio del placer y el principio de realidad. Las motivaciones del principio del placer buscan gratificación instantánea, placer inmediato y alivio rápido de las molestias. Las motivaciones basadas en el principio de realidad requieren posponer la gratificación por metas a largo plazo o razones más altruistas.

Los psicoanalistas señalan también que muchas catexis importantes suceden inconscientemente.

Nuestra mente usa todos los mecanismos de defensa para que no nos demos cuenta de nuestras verdades motivacionales. Otro de los aspectos que la teoría psicoanalítica explica sobre las adicciones es que nuestro deseo de Dios se desplaza hacia otras cosas o personas.

Sabemos que las drogas, representan un ente ideal, mediante el cual se busca un estado de grandeza, que es utilizada para aumentar la disociación y para evitar los rigores del Súper-Yo, conservar el pensamiento mágico y omnipotente impiden al sujeto percatarse de la dirección en que van sus impulsos: la de la autodestrucción.

Todo esto nos debe hacer pensar que se requiere una gran preparación para poder ayudar a estas personas mediante la técnica psicoanalítica que se describirá a continuación.

Un tratamiento psicoanalítico promueve cambios en las personas durante el acto terapéutico y después del mismo. Esto es especialmente delicado en los adictos, pues cada vez que se produce una mejoría le suele seguir un empeoramiento, una vuelta a la droga. Los pacientes durante el tratamiento, aprenden a valorar la angustia como una señal de aviso que no es necesario tapar con droga, porque puede enseñarnos bastante de lo que somos. Se levantan las represiones patológicas.

Todos estos cambios indican que disminuye la ansiedad siendo capaces de poner en palabras sus estados de ánimo en vez de actuarlos y transformarlos en el ritual de la toma de la droga. Todo va acercando al sujeto a integrar su personalidad disociada y/o utilizar la disociación de manera instrumental.

En lo referente al psicoanálisis el tema de la adicción no ha sido tratado de manera muy extensa, sin embargo es posible señalar lo siguiente, S. Freud aun y cuando no hace referencia a la adicción de drogas, si menciona en cambio la importancia de la fase oral para el desarrollo de la libido en el ser humano, al respecto citemos a Laplace en su diccionario de psicoanálisis cuando hace referencia a la obra de Freud en tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad, "Se menciona a la fase oral como la primera fase de la evolución libidinal". (Freud,1982)

En donde el placer esta ligado a la excitación de la mucosa bucal, de lo anterior es posible deducir la importancia que tiene la oralidad para el adicto, y es importante señalar que entre los autores psicoanalíticos, Rosenfeld que mencionaremos en seguida, así como Bulacio, hacen referencia a la fijación a la fase oral característica del farmacodependiente. (Laplace y Pontalis, 1977).

En el artículo titulado sobre la adicción a las drogas, se menciona la gran dificultad del tratamiento en el adicto debido al anclaje en la posición esquizoparanoide. (Rosenfeld,1988)

Haciendo referencia a la teoría de Melanie Klein, significando como el adicto esta envuelto en una dinámica de idealización hacia el objeto, en donde el mismo es visto como objeto idealizado y precipitando al adicto en una relación maniaco con el objeto vinculándose al objeto droga, solo para satisfacerse, pero en donde no se ha accedido a la posición depresiva para poder elaborar la perdida y desprenderse del mismo, esto es importante si se considera la gran dificultad para el adicto de dejar el objeto droga y poder de esta forma elaborar su perdida y duelo, renunciando al goce que ello implica, en el mismo articulo Rosenfeld menciona la debilidad del yo del adicto así como la idealización del objeto droga, del mismo modo que señala una identificación con el objeto idealizado y la reactivación del conflicto edipico. "vemos así que en el adicto existe una negación de las ansiedades persecutorias, y una reactivación del conflicto edipico" (Rosenfeld,1988).

Esto parece importante citarlo debido a que en los casos presentados en esta tesis puede observarse lo que en centros de integración juvenil, se decía frecuentemente, "el adicto, no ha resuelto la separación de sus padres y por ello la inmadurez de su comportamiento".

Otro autor importante es Arturo Roldan el cual menciona en su artículo de entrada a la angustia, publicado en el libro *Umbrales del análisis*, dentro del seminario y jornadas del campo freudiano en Barcelona lo siguiente: para el adicto lo importante es apaciguar la angustia, misma que no ha sido elaborada, en dicho artículo menciona además que el consumo de drogas puede ser una puerta de entrada al análisis. (Arturo Roldan, 1988)

Para Bruno Bulacio, en su libro referente a algunos aportes de la experiencia al tratamiento y psicopatología de la drogadicción, en donde se hace referencia al objeto droga y de la misma forma a la dificultad de abordaje clínico que ello implica, (Bruno Bulacio, 1997).

Estos autores tiene importancia citarlos debido a que en el psicoanálisis el objeto droga como tal no parece lo importante, sino que la estructura de la problemática del sujeto en relación a la no resolución del conflicto edípico es lo esencial en el tratamiento y en la presentación de los casos mas adelante, se podrá constatar esta afirmación, o sea la estructura familiar, así como la importancia de lo no resuelto en las generaciones anteriores al sujeto es al parecer lo mas importante en el tratamiento de un adicto y esto es el punto de contribución al que este trabajo de tesis apunta y quiere subrayar.

3.2. LA PAREJA ANALÍTICA

Sabemos que en las parejas los miembros deben acoplarse el uno al otro y que las buenas parejas aprovechan los aspectos que funcionan bien de la mente de ambos para amar, trabajar, comprender y gozar. En las malas parejas ocurre lo contrario, se explotan las mutuas dificultades o puntos débiles para dañarse y atarse de manera adictiva. En las buenas parejas, lo que uno hace de negativo al otro también le afecta, pero, con prontitud, se trata de restituir el vínculo apoyándose en lo que les une y poniendo en funcionamiento la capacidad de tolerar los defectos o limitaciones.

La pareja analítica es generalmente una buena pareja. El tipo de amor entre ellos está limitado por el setting de trabajo, por las condiciones del marco de trabajo en que están ubicados. Este amor debe ser el justo para que el terapeuta no esté demasiado implicado, y sobre todo, para que el continuo desamor que ronda todo proceso terapéutico por parte del paciente pueda ser entendido como un artefacto de la transferencia sobre él. (Alberto González, 1988)

Una buena pareja analítica será una de las metas a conseguir en todo tratamiento, y lo es cuando ambos gozan de trabajar juntos, aportando cada uno su parte; por consiguiente, también las limitaciones y puntos ciegos.

Este trabajo de pareja es especialmente difícil en los adictos, dado que ya están en simbiosis con la droga (su pareja en lo profundo) y tienden a intelectualizar el psicoanálisis o cualquier tipo de terapia. Son capaces de modificar muchas cosas, de curarse de muchos achaques pero, el núcleo psicótico, el núcleo narcisista, las zona autista de la personalidad, los aspectos perversos siguen siendo "tratados", actuados, mantenidos, controlados, disociados y aislados de la conciencia al drogarse y no son accesibles a la terapia.

3.3. LA TÉCNICA

La técnica, en su aplicación concretada en las sesiones de terapia, sería uno de los útiles puestos en marcha para hacer posible un proceso psicoanalítico.

En esta, la correcta interpretación de la realidad psíquica, realizada en el mejor de los climas profesionales posibles, será una de las finalidades.

No se puede garantizar ni prometer la curación, pero si ofrecer el instrumento que la hace posible, el psicoanálisis, el cual se trata de afinar constantemente. Con esa herramienta, se puede desvelar muchos saberes que, a su vez, producirán liberaciones de energías reprimidas, de la vida de la fantasía, de la vitalidad, lo cual conducirá, ciertamente, a la enorme mejoría que pueda obtenerse en estos casos.

La terapia se ve focalizada en clarificar los movimientos pulsionales, las múltiples caras del significado, las confusas maniobras defensivas y resistenciales, las excesivamente rígidas o por el contrario frágiles estructuras de la personalidad, el funcionamiento mental y las ansiedades, así como otros aspectos de la realidad psíquica que se desarrollarán cuando se despliega sin trabas, sin prisas y sin fecha un proceso psicoanalítico. Cada uno de estos aspectos necesitará un desarrollo en el paciente, un tiempo psíquico para su despliegue que no pueda ser acelerado, puesto que su personalidad será respetada dentro de un proceso que conducirá a un desenlace natural.

Entre otras cosas, suponen unas mentiras implícitas, es decir, debajo de ellos hay fantasías, no realidades, no hechos, sino versiones de los mismos, fantaseadas, soportadas y transformadas por los estados emocionales primitivos que las han cristalizado en verdades a medias o falsas certidumbres defensivas. Estados emocionales que se van a avivar, a reproducir en las sesiones y que darán lugar a repetición de las "soluciones" neuróticas o adictivas como el deseo de fumar en las sesiones u otras maneras de actuación en el interior del consultorio.

Se podrán ver las fantasías sin mucho fundamento sobre las personas significativas de la vida de los adictos, la discriminación entre lo que percibe como si fuera externo y lo que se añade de los preconceptos, de las fantasías íntimas, históricas y de la novela familiar. Las más significativas, en ese momento, van a ser las referidas a la terapeuta, al la que le va a interesar que en ese clima distorsionado por lo intenso, esquizo-paranoide, se reacondicionen de nuevo las respuestas emocionales y se encuentre el verdadero valor que para la vida mental tiene el sostener fantasías equivocadas o carecer de ellas.

Durante El tratamiento se van a evidenciar estados emocionales primitivos que, a su vez, van a determinar un pensamiento, una funcionalidad del Yo y una evolución del Súper-Yo (conciencia severa acusadora o protectora), con sus introyectos; dado que, la conciencia o el súper-Yo contiene valores y actitudes que el niño y hasta la especie vivieron, y representa ordenanzas para castigarse, perdonarse o protegerse.

Formas y contenidos de lo inconsciente que en la persona, por lo demás, están siempre presentes, disociados, reprimidos, desplazados, o posiblemente convertidos en padecimientos físicos, estados emocionales que no pueden encontrar sus palabras ni representación.

Los síntomas pueden sustituir a muchas cosas que no pueden ser pensadas por lo dolorosas, o representar deseos y fantasías encubiertas o satisfacciones substitutivas. La búsqueda de éstos significados y su elucidación es lo que el terapeuta busca sin descanso. Tal y como lo ha identificado Laplanche la formación de síntoma es un término utilizado para designar el hecho de que el síntoma psiconeurótico es el resultado de un proceso especial, de una elaboración psíquica. (J. Laplanche, J.B. Pontalis, 1977)

La técnica trata de descubrir centrándose en el nivel vivencial; evitando encaminarnos a hablar del inconsciente, o quedarnos en lo pre-consciente aunque, el mismo, esté incluido en el proceso.

En ese sentido ayuda mucho estar atento a la percepción de la presión que el paciente ejerce sobre el terapeuta, una de las cuales será el tratar de mantener una posición desde la cual, siente que está a salvo porque, “solo son interpretaciones”.

3.4. LA CONTRATRANSFERENCIA

Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y especialmente, frente a la transferencia de éste.

(J.Laplanche, J.B. Pontalis, 1977).

Simplificando, serían aquellas emociones que provoca el paciente en el terapeuta. Por eso se debe ser lo más técnico y riguroso posible en todas las normas y procedimientos psicoanalíticos, sin por eso dejar de ser auténtico y dejarse llevar de su experiencia, sin temor a ser empático dentro de lo posible y, a veces, capaz de expresar emociones negativas hacia los actos del paciente, aunque no hacia la esencia de él mismo.

En la contratransferencia, el psicoanalista, necesita conocer que partes del paciente han sido divididas y proyectadas dentro de él. Partes no deseadas que necesita colocar en otros, en este caso, el analista, lo mismo que coloca lo curativo y lo ideal en la droga para mantener quizá su estructura.

Por eso, el paciente se introduce dentro del psicoanalista con sus impulsos, en unión a sus objetos - la imagen de su padre ausente, de su madre, de su hermano preferido por la madre juntamente a la imagen denigrada de sí mismo-. Para dominarlo y controlarlo. Y permanecer indomable, tratándose con sus drogas y asegurándose de que lo que no le gusta, lo que le comunica su psicoanalista permanecerá lejos de él. Menospreciar a su psicoanalista le produce ansiedad, que debe detectarse bajo la norma de un suspiro fugaz, de una inmovilidad, miradas de sesgo, risitas.

3.5. EL MÉTODO

Consiste en cuatro o más sesiones por semana en las que el paciente cuenta lo que le ocurre, lo que le mortifica o simplemente lo que se le viene a la mente. Se sabe que con menos sesiones no se desarrollaría adecuadamente el proceso necesario para que pueda llamarse psicoanálisis.

En la esencia del método está el tratar de descubrir cada día el poder de adecuar las palabras a las emociones en ambas partes de la pareja analítica. La receptividad del psicoanalista no es mágica, ni pasiva; porque, sabe que su experiencia emocional y la de paciente deben ser transformadas en interpretaciones. El método es interpretativo.

El método psicoanalítico produce una frustración por sí mismo en los adictos, dado que no está permitida otra cosa que poner en palabras lo que se experimenta en las sesiones; no se hace otra cosa que hablar y ellos están acostumbrados a actuar, pues fumar, beber o inyectarse son acciones. Cada vez que tienen un conflicto pretenderán “curarlo” mediante la acción de drogarse; en verdad sólo podrá manifestar en las sesiones que tienen ganas de droga o de beber y averiguar el por qué.

Así pues, la presencia del método produce frustración, por lo demás, el psicoanalista no busca para nada producir tensión, ni ansiedad, ni frustración. El paciente está ahí para ser atendido y esa atención debe ser la interpretación del material que el paciente aporta.

3.6. RIESGO DEL TRATAMIENTO

El paciente en su proceso de recuperación debe aprender a “desdrogarse”, o recuperar su capacidad de “vivir sin drogas” si previamente había tenido logros en los cuales poder apoyarse para su recuperación.

Ningún objetivo es más temido que éste, y el momento más riesgoso del proceso terapéutico es cuando se sienten bien y pueden salir solos y/o regresar a sus hogares (en el caso de los internados), pues deben enfrentar las realidades en las que huyeron en el mundo ilusorio de las drogas. En este sentido, experimentan un tipo de reacción similar a la que caracteriza el proceso de recuperación del psicótico. Debemos, entonces, prepararlos para que puedan tolerar esta situación, pues por norma general encuentran droga “en algún lugar donde la tenían escondida”, siempre “por casualidad”; o también “por casualidad” se encuentran con alguno de sus “amigos” y/o proveedores que les hacen un “regalito”.

En la actualidad la causa más común de las recaídas en la droga, es la incapacidad de estos sujetos de tolerar el límite, que significa decir “no” al consumo del alcohol, ya que éste reactiva la necesidad de la droga, en especial de la cocaína.

3.7. LA FARMACODEPENDENCIA SEGÚN OTTO FENICHEL.

Como lo plantea Otto Fenichel, el adicto tiene una fuerte necesidad de lograr seguridad y autoafirmación en función de su conflictiva personal. La necesidad de lograr algo que no es meramente satisfacción sexual sino también seguridad y evidencia de la autoafirmación, los adictos representan el tipo de impulsivos más netamente definidos. (Otto Fenichel, 1966).

El farmacodependiente representa al típico “impulsivo” cuyo afán es encontrar algo que le brinde satisfacción, seguridad y autoafirmación.

El adicto le da a la droga un significado sutil e imperativo y busca en ésta una satisfacción interior. Por esa razón lo más importante es determinar los orígenes del deseo de este tipo de gratificación y su naturaleza, teniendo en cuenta que la adicción a las drogas se diferencia de los demás tipos de adicción debido a sus efectos químicos que pueden ser sedantes o estimulantes.

Los drogadictos son personas predispuestas a reaccionar ante los efectos químicos de cualquier tipo de droga (alcohol, morfina, etc.) de una forma particular, de una forma que no sólo satisface su deseo oral que se traduce a anhelo sexual, sino también satisface su necesidad de seguridad y autoestima, siendo su estructura psíquica lo que indica el origen y naturaleza de la dependencia.

Es un factor muy importante el estudio previo de la conducta impulsiva. Este tipo de pacientes son personas que nunca estimaron lo suficiente las relaciones objetales por tanto se hallan fijados a su estado narcisista-pasivo, mostrando interés sólo por su propia gratificación y viendo a los objetos como simples proveedores. Erógenamente se centran en la zona oral y la piel de donde obtienen alimento y calor, autoestima y razón de vivir.

Los adictos no toleran la tensión, el dolor, la frustración ni la espera, situaciones de las que procura escapar rápidamente para refugiarse en los efectos del tóxico y obtener así una gratificación tan grande que le resta importancia al dolor y frustración presentes cuando el efecto de la droga desaparece y que lo lleva a un nuevo uso del fármaco, pero esta vez en una dosis más intensa que va incrementando la dependencia y gradualmente lo aleja de la realidad.

De esta manera el adicto comienza a reemplazar todos sus impulsos por anhelo farmacotóxico, hasta que finalmente su realidad se reduce a la ingestión de la droga.

Las tendencias orales y cutáneas aparecen manifiestas cuando la droga se ingiere por la boca o mediante inyecciones hipodérmicas, resultan como producto de la acción de la "tensión amorfa" (transformación de la libido en energía desorganizada a manera de deseos y conflictos internos revelados confusamente) y su acción dispara increíblemente el autoestima habiendo una concordancia entre las satisfacciones eróticas y las narcisísticas.

Para Simmel, la elación o exaltación producida por los efectos del tóxico es una "manía artificial" ya que en el proceso final de la adicción el paciente estadios de exaltación (cuando se droga) con estadios de depresión (a "la mañana siguiente"), que corresponden a estadios de hambre y saciedad en el bebé psíquicamente inmaduro y en cuyo proceso, poco a poco van prevaleciendo las depresiones que obligan al paciente a ingerir dosis de droga cada vez más altas en un período de tiempo más corto y que a causa de la disminución del efecto se incrementa la tensión. La inyección hipodérmica es usada como protección ante dicha tensión que se relaciona con el hambre y el sentimiento de culpa. (Otto Fenichel, 1966).

El aumento de la dependencia y a su vez de la tensión erótica o amorfa, hace que el adicto percate su progresiva desintegración, no sólo a nivel físico sino también mental. Como esta desintegración representa un peligro para el aparato psíquico, el paciente afronta este peligro (bastante real) de la única manera que conoce, aumentando la dosis, y cayendo así en un círculo vicioso donde la exaltación cada vez es más corta y la depresión de "la mañana siguiente" se torna permanente.

En el caso de los adictos al alcohol, la elación les proporciona satisfacción y alivio. Tras la disolución del Super-yo por efectos del alcohol, los obstáculos para la realización de deseos parecen menos, para algunos adictos por la disminución de las inhibiciones superyóicas y para otros por el abandono de las frustraciones externas de la realidad y su sustitución por sueños placenteros.

El alcohólico se caracteriza por su personalidad oral y narcisista. El alcohólico crónico manifiesta fijación a la etapa oral producto de frustraciones orales infantiles que afectan su personalidad dentro de la cual se destaca el carácter inconsciente oral y homosexual del paciente.

Es muy importante analizar que llevo a la persona a recurrir al alcohol y establecer si el deseo de beber y la elación que esto produce rigen la autoestima y la psicosexualidad del paciente. Si esto se presenta de manera muy arraigada, se puede tratar de una psicosis alcohólica maniáco-depresiva.

En este tipo de Psicosis la adicción, tras su abuso constante, se torna decisivamente insuficiente y se utiliza como último recurso para evitar la caída depresiva, lo que supone una inutilidad del mundo de objetos y lleva al adicto a una ruptura con la realidad.

Según Otto Fenichel, quien cita a Tausk a la interpretación del delirio alcohólico profesional calificándolo como una manifestación de excitación sexual, reducida a impotencia por el alcohol y característica de homosexuales y narcisistas.

En general todas las adicciones constituyen intentos infructuosos por dominar la culpa, la angustia y la depresión, sentimientos que el paciente aprende a "controlar" mediante el uso de sustancias tóxicas que pasan de ser la resolución del problema a convertirse en el problema real, y en vez de alejar el peligro al que tanto temía el paciente termina incrementando el mismo a un punto arrollador.

Psíquicamente cuando el paciente cede ante el impulso de drogarse, el Yo demuestra al Superyo su autodestrucción y este castiga al Yo llevándolo a la perdición mediante la satisfacción de sus deseos. Así el Yo consigue la sexualidad y el placer que quería pero de una forma dañina y peligrosa.

Este tipo de comportamiento instintivo representa un intento desesperado e inadecuado de descargar la tensión erótica y amorfa experimentada interiormente por el adicto a manera de liberación de la tensión y alivio a la depresión.

3.8. DINÁMICA PSÍQUICA DE LA FARMACODEPENDENCIA

La identidad psíquica y sexual que estructura la personalidad se fortalece y desarrolla a lo largo de toda la vida e incluye tanto logros como fracasos.

(J. Laplanche, J.B. Pontalis, 1977)

Los farmacodependientes a nivel familiar generalmente adoptan la posición de un hijo más, abandonando su postura de marido y padre. Mantienen aparentemente buena relación con los hombres pero no tienen amigos y ven el lugar de trabajo como un ente que les proporciona seguridad y la oportunidad de formar su identidad y de ser alguien.

El amor les representa un fracaso. El adicto es incapaz de amar a plenitud al otro sexo o al suyo propio, por eso no tiene amigos ni se lleva bien con las mujeres. Esto lo lleva a recurrir al licor, tabaco o cualquier tipo de droga como única salida para disimular su desagrado por el otro sexo y para anestesiar la conciencia de su realidad. El adicto no relaciona para nada su adicción con sus limitaciones emocionales.

No ve la sustancia tóxica como él realmente la está utilizando, como una venda que le imposibilita ver lo que realmente es. El tóxico cumple la función de anestesiar el dolor y frenar la conciencia.

Este tipo de impulsivos que se dan a la droga, tienen fallos internos (que todos tenemos) que le generan tensión y culpa inconsciente tratados con "el medicamento de turno". Ante la imposibilidad que su aparato psíquico débil le representa el adicto es incapaz de aceptar sus limitaciones, de amar o ser amado, de sacrificar cosas, de postergar los impulsos y de aceptar la frustración como parte normal del vivir. (Rosenfeld, 1978)

El farmacoadicto es incapaz de aceptar y superar lo malo que lleva dentro, de contrarrestar el poder de los objetos malos y ganarse la confianza del Yo y debido a su fragilidad Yóica tiene fluctuaciones en su autoestima y falta de dominio sobre los peligros objetales y narcisistas.

El dependiente no puede encarar esa realidad inconsciente o consciente a la que le teme, al contrario, trata de alejarla para que así no halla contradicción entre lo que el necesita ser, necesita que los demás piensen de él y lo que realmente es. Esta situación dual produce una profunda tensión en el adicto que lo lleva a refugiarse en la droga.

Para el adicto lo que cuenta es el placer del momento, de lo no corriente que lleva a hacer cosas no corrientes, que llaman la atención, que hacen que cuentes, que sobresalgas, cosas que son noticia, que aumenta las ventas y la audiencia.

Aquí, la publicidad entra a jugar en la adicción. La depresión por la decepción de la vida y del amor lleva a muchas personas a refugiarse en sustancias tóxicas que usualmente son vendidas como símbolos de hombría, felicidad y placer, siendo los medios publicitarios en su ciego afán por conquistar el mercado lo que lleva a la mayoría de esas personas a ceder ante lo tóxico impulsados por el deseo de satisfacción y por las falsas imágenes sobre la realidad que la publicidad les ofrece.

3.9. FALLOS EN LOS SISTEMAS DE ADAPTACIÓN Y ANÁLISIS YOICOS:

Los adictos son víctimas de temores fóbicos, lo cual los lleva a tener fallos en su sistema de adaptación y procesos yoicos. (Rosenfeld, 1978)

El adicto tiene un vacío o carencia que trata de compensar con acumulaciones anales o fálicas (poder, dinero, éxito, etc.), es incapaz de adaptarse a su condición de mortal y además es incapaz de aceptar que la vida es un perder y encontrar ya que esto supone un esfuerzo de adaptación a la realidad mayor al que el adicto es capaz de tener. Ante esto el paciente elabora un mundo inclinado artificial que le causa dolor y que lo lleva a encontrar en el tóxico el refugio que lo protege del fracaso y que le apacigua el dolor.

El farmacodependiente es incompetente a la hora de amoldarse a variadas circunstancias del vivir sobretodo si estas crean sentimientos de culpa o frustración, sentimientos que debe rápidamente anestesiar con un vaso de licor, con el tabaco o algún otro fármaco.

Ejemplo de defensa maníaca:

Un sujeto que ha vivido toda su vida en calidad de desadaptado con inestabilidad emocional y laboral se declara marxista y enemigo del capitalismo. Tiene una postura agresiva latente ante “los idiotas incapaces de ver la verdadera esencia de las cosas”, es decir ante los idiotas incapaces de ver las cosas como el, lo cual lo lleva a sentimientos de engrandecimiento.

Este adicto se cree un legítimo sucesor de Marx en la tierra, lo suplanta y utiliza aspectos de él que le sirven para cimentar la base omnipotente y narcisista de su personalidad. En este caso el paciente usa la difamación como una defensa contra la envidia que el mismo siente por la figura de Marx la cual utiliza para su conveniencia y para ocultar su realidad, que es un terrible conservador y machista.

Sin embargo llega un momento en que el paciente siente que la usurpación de la ideología Marxista no le es suficiente para ser realmente superior a los demás, es entonces cuando recurre a los tóxicos.

El resultado de su identificación maníaca con Marx lo lleva a querer controlar a todo el que puede, pues su envidia lo ha llevado a simplificar a Marx como controlador.

Este caso no supone otra cosa más que la búsqueda de una figura paternal a la cual amar y que armonice con su propia inteligencia. El “marxista” que tenía una muy mala relación con su progenitor busca en Marx a ese padre que debía amar y que no lo hizo por ser éste un pobre zapatero de pueblo.

La carencia de capacidad yoica por parte del paciente de hacer una defensa maníaca moderada y no patológica ante el sentimiento de culpa y frustración, lo lleva a refugiarse en la droga que le “proporciona” el poder y la capacidad de ser igual de fuerte en lo profesional y afectivo como lo es con la lengua, en lo hecho que en lo hablado.

3.10. PULSIÓN DE VIDA Y PULSIÓN DE MUERTE

Dentro de la última teoría freudiana de las pulsiones designan una categoría fundamental de pulsiones que se contraponen a las pulsiones de vida y que tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir a devolver al ser vivo al estado inorgánico.

Las pulsiones de muerte se dirigen primeramente hacia dentro y tienden a la autodestrucción, secundariamente se dirigirían hacia el exterior, manifestandose en forma de pulsión agresiva o destructiva. (J. Laplanche J.B, Pontalis, 1977)

El adicto es un creador, como el escritor y el artista, pero..., de su propia muerte, su oxígeno es el humo tóxico. El creador verdadero tiene el mismo miedo, la misma inseguridad y desesperanza, pero es conciente de ella y la transforma en comunicación y vida para el idioma. Y dice: “con la experiencia de la literatura puedo caminar por el vacío”.

Una capacidad de espera, de creencia en lo bueno y de dependencia de los otros que el adicto no tendrá.

Personas con adicciones leves a drogas socialmente admitidas, tabaco, alcohol, recurren en algunos momentos a la relación con lo tóxico para “tratar” sus núcleos psicóticos, para darse satisfacciones regresivas, para frenar aspectos perversos o psicopáticos latentes, para dominar aspectos envidiosos o momentos sádicos reactivados por alguna situación vital. Por tanto, son micro-descompensaciones que pasan inadvertidas a una observación normal al ser tratadas con drogas sociales.

El adicto, más o menos consciente se siente vacío y solo, con un lugar psíquico que deberá ser llenado de amor, de relaciones con personas presentes, aunque tengan sus limitaciones; pero debido a factores y dinámicas complejas, no puede usar lo que sí tiene alrededor para llenarlo, porque no lo podrá hacer con las personas que lo rodean, que le frustraran permanentemente en sus fantasías sobre lo que si deberían darle, o lo que, deberían ser y no son.

Esta frustración no será del todo consciente y originará un conflicto del que se derivará la adicción.

La relación con el objeto de amor, es difícil por su dificultad interna por vincularse con lo bueno y por el tipo de elecciones objetales y situacionales que suele establecer.

No es la relación con el mundo exterior lo que le frustra, es su necesidad de mantener algo excitante y tormentoso en su vida y su retirada del placer natural lo que importa comprender. La frustración y la carencia vienen lejos en la vida individual. Por eso el tratamiento debe ir sobre los factores internos más que los externos.

La situación frustrante se dirige hacia objetos parciales, secundarios e imprecisos que son fabricados por la publicidad, con apariencia de verdaderos. La sociedad nos presenta objetos con apariencia de buenos, que pasan a ser metas sociales, profesionales, afectivas, generando un círculo vicioso de frustración debido a la debilidad de la estructura mental de los consumidores de este tipo de mercaderías.

El adicto coloca al objeto de la adicción mediante la identificación proyectiva masiva, unos atributos que la droga en sí no tiene. Mecanismo con el que logra cambiar alucinando, las cualidades del objeto de la adicción, sacándolas de dentro de sí mismo, e inoculándolas en el objeto, como consecuencia de lo cual, éste se va a convertir en algo profundamente necesario. Quiere decir, el Yo del adicto saca una parte de su psiquismo y la coloca en el objeto de la adicción; con lo cual, la dependencia que aparece ahora ya como de algo exterior, sería, de algo que previamente ha estado y aún lo está en el interior de su psiquismo, aunque él la percibe fuera.

El adicto utiliza la denigración de aspectos de su interior, que producen la baja de autoestima y lo dejan con sensación de vacío y falta de recursos, y alucinación de lo idealizado dentro de la droga. Por eso el dejarla es asimilado a vacío. Además se queda sin la voluntad yóica necesaria para cortar esa adicción, porque el Yo ha perdido ciertas cualidades con estas operaciones mentales tan primitivas. Es un sujeto depresivo que sufre un vacío interior por las pérdidas del pasado, del presente y de aspectos de sí mismo.

Es una personalidad dependiente del objeto bueno-malo de su interior, vivido fuera como si estuviera con la droga, en la institución buena que los sujeta, en el objeto de enamoramiento idealizado e irreal.

Dejar la droga es equivalente a dejar una relación masoquista con algo del interior al propio psiquismo y dejar de usar métodos arcaicos de relación con uno mismo y con los demás. El salir de ahí, presupone una reorganización libidinal y de economía psíquica compleja, lo cual no resulta fácil y más si se trata con un Yo debilitado en funciones relacionadas con esa carencia básica.

Objeto de la adicción es investido de cualidades benéficas, o sea del amor, como lo que da sentido a la vida. Las adicciones son una tentativa de supervivencia psíquica, a fin de salvaguardar consentimiento de integridad del Yo. Pero, esta tentativa, que es del lado de la vida, sufre una invasión por la pulsión de muerte.

Es un representante de algo que existió en etapas primitivas del desarrollo que luego se perdió y ahora pertenece al orden de lo irrepresentable. Estos son objetos de deseo, pero no de la realidad presente. En las adicciones hay algo más que una regresión, existe una forma de sadomasoquismo arcaico. Una forma de sadismo contra los semejantes y masoquismo primitivo y suicida.

Un bebedor dice: llego a casa, me tomo unas copas, y eso me relaja. Antes de ser alcohólico, decía lo mismo pero de su mujer y sus hijos ¡que objeto valioso y erótico debe haber en el interior de la botella que pueda competir con el placer de la paternidad y de una mujer! Eso es a lo que se llama objeto arcaico y apego sexual primitivo. Cabe preguntarse si el ser humano está constituido para buscar su propia destrucción, bajo la apariencia de una promesa de liberación instantánea del displacer.

No es posible hablar de libertad en la dependencia química de las drogas. Es obvia la contradicción entre libertad y dependencia, el adicto fracasa en sus anhelos de libertad y rebelión, sometiéndose y estupidizándose en una identificación masoquista con su familia o con la sociedad que critica y desvaloriza. Es decir, termina siendo como ellos. Podemos conceptualizar la drogodependencia como una situación de esclavitud cuya práctica significa “un proyecto de muerte”.

Cuando el adicto va al tratamiento no busca “curarse”, en sentido de reconstruir o crear su proyecto vital, sino “perfeccionarse”; es decir, consumir sin sufrir daño. Cambiar, reconstruir, modificar o crearse un “proyecto de vida”, exige un esfuerzo y un fuerte compromiso que se debe mantener a lo largo de la vida. Por norma general tratan de continuar con sus prácticas tanáticas, creyendo que pueden hacerlo sin dañarse. Sin embargo, la curación se hace posible cuando se logra revertir el proceso adictivo y generar un “proyecto de vida”.

CAPITULO V

LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA

4.1. LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA COMO INSTRUMENTO

La entrevista es un instrumento fundamental del método clínico y es por lo tanto una técnica de investigación científica de la psicología. En cuanto técnica, tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con las cuales no sólo se amplia y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se lo aplica. Como veremos, esta doble faz de la técnica tiene especial gravitación en el caso de la entrevista porque –entre otras razones--- identifica o hace confluir en el psicólogo las funciones de investigador y de profesional, ya que la técnica es el punto de interacción entre la ciencia y las necesidades prácticas; es así que la entrevista logra la aplicación de conocimiento y la elaboración científica. Y todo esto en un proceso ininterrumpido de interacción. (J.Bleger, 1985)

La entrevista es un instrumento muy difundido y debemos delimitar el alcance de la misma, tanto como el encuadre de la presente exposición. La entrevista puede tener en sus múltiples usos una gran variedad de objetivos, como en el caso del periodista, jefe de empresa, director de escuela, maestro, juez, etc. Aquí nos interesa la entrevista psicológica, entendiendo por tal aquella en la que se persiguen objetivos psicológicos (investigación, diagnóstico, terapia, etc.). Queda de esta manera limitado nuestro objetivo al estudio de la entrevista psicológica, pero no sólo para señalar algunas de las reglas prácticas que posibilitan su empleo eficaz y correcto, sino también para desarrollar en cierta medida el estudio psicológico de la entrevista psicológica. En este sentido buena parte de lo que se desarrollará aquí puede ser utilizado o aplicado en todo tipo de entrevista, porque inevitablemente intervienen en todas ellas factores o dinamismos psicológicos. La entrevista psicológica, de esta manera, deriva su denominación exclusivamente de sus objetivos o finalidades, tal como lo he señalado.

En la consideración de la entrevista psicológica como técnica, incluimos entonces aquí dos aspectos: uno es el de las reglas o indicaciones prácticas de su ejecución, el otro la psicología de la entrevista psicológica, que fundamenta a las primeras. En otros términos, incluimos la técnica y la teoría de la técnica de la entrevista psicológica.

Circunscripta de esta manera, la entrevista psicológica es el instrumento fundamental de trabajo no sólo para el psicólogo, sino también para otros profesionales (psiquiatra, asistente, trabajador social, sociólogo, etc.). La entrevista puede ser de dos tipos fundamentales: abierta y cerrada. En la segunda, las preguntas ya están previstas, tanto como lo están el orden y la forma de plantearlas, y el entrevistador no puede alterar ninguna de estas disposiciones.

En la entrevista abierta, por el contrario, el entrevistador tiene amplia libertad para las preguntas o para sus intervenciones, permitiéndose toda la flexibilidad necesaria en cada caso particular.

La entrevista cerrada es en realidad un cuestionario, que toma contacto estrecho con la entrevista en cuanto a su manejo de ciertos principios y reglas de la misma facilitando y posibilitando la aplicación del cuestionario.

Pero la entrevista abierta no se caracteriza esencialmente por la libertad para plantear preguntas, porque, como lo veremos más adelante, la médula de la entrevista psicológica no reside en el preguntar ni en el propósito de recoger datos de la historia del entrevistador. Aunque los fundamentos se den un poco más adelante, debemos ya subrayar que la libertad del entrevistador; en el caso de la entrevista abierta, reside en una flexibilidad suficiente como para permitir en todo lo posible que el entrevistado configure al máximo posible por las variables que dependen de la personalidad del entrevistado.

Considerada de esta manera, la entrevista abierta posibilita una investigación más amplia y profunda de la personalidad del entrevistado, mientras que la entrevista cerrada puede permitir una mejor comparación sistemática de datos, tanto como otras ventajas propias de todo método estandarizado.

Desde otro punto de vista, tomando en cuenta el número de participantes, se reconoce la entrevista individual de la grupal, según sean uno o más los entrevistadores y/o los entrevistados. La realidad es que, en todos los casos, la entrevista es siempre un fenómeno grupal, ya que aun con la participación de un solo entrevistado, su relación con el entrevistador debe ser considerada en función de la psicología y la dinámica grupal.

Otra forma de distinguir diversos tipos de entrevista deriva del beneficiario del resultado, así se puede reconocer: a) la que se realiza en beneficio del entrevistado, que es el caso de la consulta psicológica o psiquiátrica; b) la que se lleva a cabo con objetivos de investigación, en los que importan los resultados de la misma; c) la que se realiza para un tercero (una institución). Cada una de ellas implica variables distintas a tener en cuenta, ya que modifican o actúan sobre la actitud del entrevistador tanto como el entrevistado, y sobre el campo total de la entrevista. Una diferencia fundamental reside en que, exceptuando el primer tipo de entrevista, las otras dos requieren que el entrevistador cree intereses y participación en el entrevistado (que lo "motive").

4.2. ENTREVISTA, CONSULTA Y ANAMNESIS

Tanto el método clínico como la técnica de la entrevista proceden del campo de la medicina, pero la práctica médica incluye procedimientos similares que sin embargo no deben ser confundidos ni superpuestos con la entrevista psicológica.

La consulta consiste en la solicitud de asistencia técnica o profesional, la que puede ser prestada o satisfecha de múltiples formas, una de las cuales puede ser la entrevista. Consulta no es sinónimo de entrevista, porque esta última es sólo uno de los procedimientos con los que el técnico o profesional, psicólogo o médico, puede atender la consulta. (J.Bleger, 1985)

En segundo lugar, la entrevista no es una anamnesis. Esta última implica la recopilación de datos previstos, de tal extensión y detalle, que permita obtener una síntesis tanto de la situación presente como de la historia de un individuo, de su enfermedad y de su salud. Aunque una buena anamnesis se hace sobre la utilización correcta de los principios que rigen la entrevista, esta última es sin embargo algo muy distinto. En la anamnesis, la preocupación y finalidad residen en la recopilación de datos, y el paciente queda reducido a un mediador entre su enfermedad, su vida y sus datos por un lado, y el médico por otro. Si el paciente no ofrece los datos, hay que “extraerlos” de él. Más allá de los datos que el médico tiene previstos como necesarios, toda aportación del paciente es considerada como una perturbación de la anamnesis que con frecuencia es tolerada por cortesía, pero considerada como superflua o innecesaria. No son pocas las oportunidades en que la anamnesis se hace por razones estadísticas o por cumplimiento de obligaciones reglamentarias de una institución, y en estos casos queda en manos de personal auxiliar.

A diferencia de la consulta y la anamnesis, la entrevista psicológica intenta el estudio y la utilización del comportamiento total del sujeto en todo el curso de la relación establecida con el técnico, durante el tiempo en que dicha relación se extienda.

En la práctica médica resulta de suma utilidad tomar en cuenta y utilizar los conocimientos de la técnica de la entrevista y todo lo referente a la relación interpersonal. Una parte del tiempo de una consulta debe reservarse como entrevista y otra para completar la indagación o los datos que se requieren en la anamnesis pero no existen razones por las cuales ésta deba degradar en un “interrogatorio”.

La entrevista psicológica es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico o particular de esta relación reside en que uno de los integrantes de la misma es un técnico de la psicología que debe actuar en ese rol, y el otro –o los otros- necesitan de su intervención técnica.

Pero es un punto fundamental que el técnico no sólo utiliza en la entrevista sus conocimientos psicológicos para aplicarlos al entrevistado, sino que esta aplicación se produce precisamente a través de su propio comportamiento en el curso de la entrevista. La entrevista psicológica es entonces una relación entre dos o más personas en la que éstas intervienen como tales. Para subrayar el aspecto fundamental de la entrevista se podría decir, de otra manera, que ella consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que está pasando en la misma y debe actuar según ese conocimiento. De ese saber y de esa actuación según ese saber depende que se satisfagan los objetivos posibles de la entrevista (investigación, diagnóstico, orientación, etc).

De esta teoría de la entrevista derivan algunas orientaciones para su ejecución. La regla básica ya no consiste en obtener datos completos de la vida total de una persona, sino en obtener datos completos de su comportamiento total en el curso de la entrevista. Este comportamiento total incluye lo que recogeremos aplicando nuestra función de escuchar, pero también nuestra función de vivenciar y observar, de tal manera que queden incluidas las tres áreas del comportamiento del entrevistado.

CAPITULO V

METODOLOGIA

5.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Este trabajo de investigación tuvo como finalidad abocarse a un problema social actual de gran importancia en México la farmacodependencia.

El problema de la farmacodependencia ha experimentado un fuerte incremento durante los últimos años, afectando de esa manera a generaciones cada vez más jóvenes.

La drogadicción es un trastorno que se observa en jóvenes pertenecientes a todas las clases sociales, pero estas mismas determinan los diferentes patrones de empleo de drogas, a la vez que suelen ser la causa de los problemas que motivan este tipo de desordenes.

Varias instituciones de salud mental a nivel nacional e internacional, ha enfrentado el problema con medidas preventivas como son la información, la orientación y la capacitación a la población detectada con mayor riesgo.

En el año de 1969 en México se crea la organización Centros de Integración Juvenil, institución dedicada al estudio y prevención de la farmacodependencia sus unidades considerados como Centros de Salud Mental, especializados en el tratamiento de la farmacodependencia, cuyos pacientes drogadictos, son rehabilitados mediante diversos programas estructurados con este propósito.

En la década de los setentas, el consumo de drogas ha mostrado variaciones importantes a partir de que se realizan las primeras encuestas y estudios de carácter epidemiológico y social. (Ma. Elena Medina Mora, 2001).

En el ámbito nacional del consumo y abuso señala las Encuestas Nacionales de Adicciones han incrementado entre 0.33 a 0.56 (1.45%) desde 1988,1993 y 1998. (CONADIC. 2002).

Bases del Trabajo Preventivo

El trabajo preventivo debe estar basado en fuentes de información confiable y verídica, así como en estudios e investigaciones que den cuenta de la dinámica del consumo de drogas, ello con la finalidad de estar en posibilidad de dar respuestas eficientes para evitar que el mencionado consumo crezca y emerja en sectores sociales en los cuales su presencia es poco significativa.

Para completar esta información se presentan algunos resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998, con la finalidad de establecer un comparativo entre las dos encuestas y poder apreciar las tendencias del consumo de drogas en el periodo 1998-2002.

Respecto a la encuesta del 2002, tiene como objetivo primordial generar información epidemiológica que facilite el estudio del consumo del alcohol, tabaco y otras drogas, y permita conocer la magnitud del problema entre la población de 12 a 65 años, los resultados obtenidos son representativos a escala nacional, en esta ocasión, la encuesta fue aplicada por parte del INEGI, aunque los aspectos conceptuales siguen siendo responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Es importante señalar que esta encuesta se realizó con una metodología relativamente diferente de las encuestas anteriores, entre otros aspectos se incluyó por primera vez el componente rural, y en esta ocasión no se incluyó el sobremuestreo de las ciudades, ni de adolescentes que se hizo en la encuesta de 1998, por ello, debe considerarse al analizar las tendencias del consumo entre las diversas encuestas, que en sentido estricto esta encuesta no es totalmente comparable con las anteriores.

Resultados del consumo de drogas

En la ENA 2002, el capítulo sobre drogas se basa en las respuestas de la población urbana y rural del país entre los 12 y los 65 años, acerca del consumo de 10 tipos de sustancias con efectos psicotrópicos sin incluir al tabaco o al alcohol, incluye estimaciones sobre consumo de marihuana; inhalables; alucinógenos; cocaína y otros derivados de la hoja de coca; heroína; estimulantes tipo anfetamínico y drogas con utilidad médica usadas fuera de prescripción opiáceos, tranquilizantes, sedantes y estimulantes.

La prevalencia del uso de drogas se estimó a partir de preguntar a la población si alguna vez en su vida había usado una o más de las sustancias consideradas (prevalencia total); si había estado expuesto en los doce meses previos al estudio (prevalencia lápsica); y en los últimos 30 días (prevalencia actual).

En la República Mexicana 3.5 millones de personas entre los 12 y los 65 años han usado drogas (5.03%), sin incluir al tabaco y al alcohol: 1.31% (911, 359 personas) usaron drogas en el año previo al estudio y casi 570,000 personas (0.82%) lo habían hecho en los treinta días previos a la encuesta.

En la ENA 1998, los datos correspondientes son: 2.5 millones de personas han consumido drogas alguna vez en la vida (5.3%), respecto al último año, 586,437 personas (1.2%) reportaron haber usado drogas, para los 30 días previos a la encuesta, 365,257 personas (0.8%) usaron drogas. Como se aprecia en estos resultados existe un crecimiento real de las personas que han consumido drogas en el periodo 1998-2002.

En ambas encuestas los estados de la región norte del país son los más afectados por el consumo, le siguen los estados del centro, en tanto que la región sur se registran los menores índices de consumo; respecto al uso de drogas médicas fuera de prescripción, el consumo de drogas ilegales.

Respecto al género de los consumidores de drogas ilegales, sigue predominando el género masculino, en 2002 la proporción fue de 4 hombres por cada mujer consumidora, cabe comentar que la tendencia en este rubro apunta a la disminución de la proporción presentada, es decir el incremento proporcional del número de mujeres consumidoras. La ENA 2002 presenta los siguientes datos de género por región: ambos grupos el consumo es mayor en la zona norte, en segundo lugar aparece la Región Centro y finalmente la Sur. La menor diferencia en los índices de consumo entre hombres y mujeres se observa en la Región Centro con una proporción de 5.2 hombres usuarios por cada mujer, en la Región Norte la proporción es de 4.5 a 1. La proporción de mujeres consumidoras frente a los varones ha venido creciendo notablemente, lo cual obliga a intensificar el trabajo preventivo enfocado a este género, así como a identificar los factores que han determinado el crecimiento de la población consumidora de género femenino; por otro lado estos datos muestran que la población masculina sigue estando en mayor riesgo de consumo.

Cruzando estos datos con la información del párrafo siguiente, que establece como el grupo de mayor consumo a los hombres de 18 a 34 años, surge la necesidad de realizar acciones preventivas específicas que atiendan a la población masculina de los grupos etéreos mencionados, así como de edades menores.

En cuanto a la distribución por edad, 215,634 adolescentes entre 12 y 17 años (167,585 varones y 48,049 mujeres) han usado drogas alguna vez; el índice entre los adultos jóvenes entre 18 y 34 años alcanza al 1'795,577 (1'351,138 varones y 449,439 mujeres); y entre 35 y 65 años, 1'495,391 (1'177,683 hombres y 317,708 mujeres), el mayor índice de consumo se observa entre los varones de 18 a 34 años.

Los anteriores datos avalan por si mismos, la gravedad del problema de la drogadicción en México, y muestran la necesidad de avocarnos al estudio y profundización de esta problemática debido al grave peligro social que representa, por ello esta tesis pretende contribuir a esclarecer algunos puntos particulares de esta problemática y es un intento más por abordar una de las múltiples facetas de esta problemática, buscando obtener algunas conclusiones que puedan plantear a llevar propuestas.

5.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta a responder es ¿Cuál es la importancia que tiene la historia transgeneracional en la causalidad de los síntomas de ciertos pacientes farmacodependientes?

Al indagar las causas de este problema, encontramos que las mismas son muy variadas desde factores de tipo socioeconómico, demográficos de tipo familiar y es dentro de este último en que la investigación encuentra su punto de apoyo ya que la farmacodependencia se presenta dentro de una dinámica familiar y es en ella donde se pretende abordar dicha investigación.

El tipo de estudio que se pretendió llevar a cabo es un estudio observacional, dentro de la investigación científica se denomina “Investigación Expost-facto”, con un método no experimental y la cual es definida de la siguiente forma:

“Investigación Ex post-facto es una investigación empírica sistemática en la que el científico no tiene control directo de variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables, se hacen inferencia acerca de relaciones entre variables sin intervención directa” (Kerlinger, 1975).

De esta forma es una investigación que tiene un fundamento científico y metodológico que la justifica, ya que sus bases están dentro del marco de la investigación científica y donde las técnicas no experimentales se clasifican en tres categorías estudio de casos, observacional y la entrevista.

Muchos de los estudios utilizados por la teoría psicoanalítica que es desde la cual se abordará, proviene de los estudios de casos, los cuales consideran precisamente en permitir la observación más objetiva posible del comportamiento del individuo, debido a que su carácter es no manipulable quedara demostrado mediante una breve reflexión sobre las variables de la investigación: Historia personal, comunicación Inadecuada y la historia transgerenacional del usuario.

¿Por qué la farmacodependencia?, como mencioné anteriormente y de acuerdo a estudios epidemiológicos, el consumo de fármacos ha crecido considerablemente en jóvenes de 17 a 21 años por lo que resulta la más afectada, por ello se requieren estudios serios, que profundicen en la problemática del farmacodependiente.

Tradicionalmente las investigaciones realizadas sobre el tema de la farmacodependencia en México se refieren a aspectos de tipo epidemiológico, cuyo criterio básico es el estadístico donde la cantidad y la frecuencia es lo que cuenta.

Dichos estudios tienen importancia en el contexto general para apreciar la farmacodependencia como fenómeno que afecta al conjunto de la sociedad, este trabajo pretende hacer algo diferente, buscará investigar cualitativamente el fenómeno de la farmacodependencia un punto que me parece central que incluya una comprensión de la relación entre el farmacodependiente y su familia en el marco de la adicción a las drogas.

El abordaje de la familia del adicto, ha sido poco investigado con la profundidad que requiere su importancia en México, donde habrá que tomar en cuenta las condiciones socioculturales de nuestro país y el rol central que ha jugado el prototipo de la familia mexicana. Lo anterior subraya la importancia de realizar investigaciones serias y cuidadosas que consideren la particular situación sociocultural de nuestro país.

Determinar la influencia de la historia anterior en la génesis de la personalidad de ciertos sujetos fármaco dependientes cuya sintomatología puede ser explicada en función de su historia personal.

La importancia de este tipo de trabajo radica en el hecho de que hasta donde se sabe no se ha realizado un análisis transgeneracional, que incluye los eventos., a través de tres generaciones en la historia del paciente, dichas historias han sido recogidas a través del análisis del discurso de los sujetos en cuestión, y dicho análisis transgeneracional incluye una historia completa de ciertas familias lo que nos lleva a completar dichos análisis en cada caso individual.

Este tipo de trabajo pretende subsanar una laguna teórica de conocimientos acerca de la génesis de la drogadicción intentando aportar soluciones ante una problemática cada vez más fuerte cuya presencia es ya un problema de salud en nuestro país, lo cual justifica la realización de este trabajo.

Desde siempre, ha sido importante la problemática de la drogadicción, ya que las causas del comportamiento es posible encontrarlas en la historia personal anterior a cada sujeto, lo cual llevan a una serie de conclusiones.

Este trabajo pretende abarcar no solamente el síntoma de la drogadicción sino también una serie de actos y síntomas del paciente en general, cuya explicación puede basarse en la historia transgeneracional del sujeto.

5.3. OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio tuvo la finalidad de ser una investigación teórica con apoyo empírico de tipo observacional, que propuso determinar el papel que juega la historia transgeneracional de la explicación de la sintomatología en tres casos de drogadicción, como una manera de explicar entre otros la sintomatología del farmacodependiente.

Esta investigación teórico-observacional, pretendió mostrar la relación que existe entre la historia generacional y la sintomatología, que va de la mano con su consumo de drogas, todo esto con la intención de encontrar una explicación a la problemática del farmacodependiente.

Determinar que papel juega la historia transgeneracional en la explicación de la sintomatología en tres casos de drogadicción, como una manera de explicar la sintomatología del farmacodependiente.

Mostrar un panorama general de la importancia que ocupa el problema de la farmacodependencia, haciendo referencia en primera instancia a la revisión de la historia familiar transgeneracional del paciente, sin dejar a un lado los factores externos así como también los aspectos psíquicos, los cuales me revocaron a tomar en cuenta teoría psicoanalítica, con el afán de mostrar con más detalle la explicación a la enfermedad del paciente.

5.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Dar a conocer cuál es el conflicto existente entre cierto paciente farmacodependiente y la historia anterior y transgeneracional que lo habita

2. Investigar de que manera los síntomas del paciente farmacodependiente pueden ser relacionados con las particularidades de su historia anterior.

3. Investigar la estructura familiar de cierto paciente farmacodependiente encontrando que papel desempeña dentro de la patología del grupo familiar., (paciente identificado)

4. Conocer las causas que llevan a la adicción.

5. Describir las características comunes entre los individuos dependientes.

6. Diferenciar las sustancias psicoactivas y sus efectos.

7. Dar a conocer las situaciones traumáticas que vive el farmacodependiente.

8. Considerar algunas pautas que se deben tener en cuenta para la terapéutica en pacientes adictos.

5.5. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influye la historia anterior transgeneracional de un paciente en la determinación de la farmacodependencia?

¿Cuál es el conflicto existente en el farmacodependiente en relación con su historia?

¿La droga es un medio de evasión a su problemática?

¿Se repiten los patrones de conducta?

5.6. HIPÓTESIS PRINCIPAL

Si en determinado paciente fármaco dependiente se presenta cierta sintomatología (ansiedad, depresión, inhibición y drogadicción), dichos síntomas pueden ser explicados como resultado de que están en función de la historia anterior del sujeto.

HIPÓTESIS SECUNDARIAS

1. La sintomatología del paciente, implica una concatenación de eventos que inciden directamente en la génesis de la psicopatología del paciente adicto.
2. Si el sujeto fármaco dependiente proviene de una familia cuya situación transgeneracional no ha sido resuelta, ello entonces podrá determinar su sintomatología actual, siendo esto accesible empíricamente mediante su discurso.

5.7. TIPO DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación buscará investigar cualitativamente la farmacodependencia, tendrá las características de ser una investigación teórico-práctica en el campo de la clínica que intenta identificar y conceptuar el fenómeno de la farmacodependencia desde el punto de vista psicoanalítico en relación a la historia transgeneracional en el paciente farmacodependiente.

En este caso se tomo en cuenta la investigación Ex post-facto, la cual dentro del mundo de la investigación científica, siempre será factible la selección al azar de muestras de sujetos, así mismo como la asignación aleatoria de los sujetos y tratamientos de grupos. Lo cual implica la posibilidad de escoger los sujetos al azar, la cual nos sirve para llevar a cabo dicha investigación Ex post-facto, su finalidad primordial es probar la validez empírica de las llamadas afirmaciones sobre el control de la variable independiente.

Dentro de la investigación Ex post-facto, no es posible el control directo, el investigador no puede usar ni manipular la asignación aleatoria. La investigación Ex post-facto carece de una limitación inherente, la falta de control sobre las variables independientes, la diferencia más importante entre la investigación Ex post-facto y la experiencia es el control.

Podemos afirmar con certeza que una proporción apreciable de estudios psicológicos, la mitad o más, son Ex post-facto. El valor de la investigación Ex post-facto a pesar de sus limitaciones, se utiliza en psicología, sociología y pedagogía simplemente porque en estas disciplinas abundan los problemas que no pueden ser investigados experimentalmente.

Su carácter in manipulable quedará demostrado por completo mediante una breve, reflexión sobre algunas importantes variables de la investigación pedagógica, inteligencia, aptitud, ambiente familiar, educación paterna, personalidad del maestro y la atmósfera escolar. Desde luego es posible realizar una investigación controlada.

Se puede afirmar que es más importante que la investigación Ex post-facto es de esta forma una investigación que tiene como fundamento científico y metodológico que la justifica, ya que sus bases están dentro del marco de la investigación científica, debido a que las circunstancias del presente estudio se basa en trabajar con farmacodependientes, por lo que una regla fundamental de los estudios Ex post-facto que no presente hipótesis a comprobar, por lo cual se hace referencia que todo estudio de este tipo debe presentar hipótesis a comprobar para tener cierto valor científico, por lo que es importante que toda investigación científica, la observación sea el primer paso fundamental anterior para la elaboración de las hipótesis. (Kerlinger, 1975).

5.8. PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS

Se llevó a cabo la investigación en el Centro de Integración Juvenil, ubicado en la Delegación Álvaro Obregón, con terapia familiar, a través de una serie de sesiones, una por semana y con una duración de 70 minutos. El método que se utilizará en la presente investigación serán entrevistas de exploración y entrevistas terapéuticas, con ello permitirá indagar sobre los principales síntomas del sujeto y de obtener una visión de su problemática actual y la forma como éste la percibe.

Esto propiciará una amplia libertad para las preguntas o para las intervenciones, permitiendo toda flexibilidad necesaria en cada caso.

Por lo tanto la entrevista es el instrumento principal en el método clínico, ya que a través de la misma permite explorar la historia pasada del paciente, la cual se obtendrá a través del relato del mismo paciente, así mismo se observará la relación que éste establece en sus primeros contactos con el entrevistador, y su comportamiento durante la entrevista, posteriormente se trabajará con la metodología psicoanalítica con la cual se sustenta dicha investigación.

Debido a que el método clínico logra penetrar en la singularidad y en la profundidad de los fenómenos, la validez e importancia de este método ha sido demostrado por autores como Lagache (1982), Bleger (1974) y Pasternak (1975), los cuales se han dedicado a su estudio y cuyos puntos de vista son los siguientes:

Lagache (1982) sostiene que el método clínico es lo específico de la psicología clínica, definida como una disciplina psicológica basada en el estudio profundo de casos individuales y que tiene por objeto estudiar la conducta humana individual y sus condiciones (herencia, maduración, condiciones fisiológicas, patológicas e historia del sujeto). Por lo tanto este autor establece que la psicología clínica se ocupa del estudio de la personalidad total.

El objeto del método clínico es el estudio de casos individuales o en su caso el estudio de casos en particular, este método se basa en el detalle y en la reconstrucción del todo, a partir del estudio profundo de las articulaciones entre cada una de las partes y cada uno de los detalles, con la idea de que los todos que reconstruye, son absolutamente diferentes los unos a los otros.

Este autor también sostiene que el método clínico, se ocupa de la singularidad de la minucia, del detalle y de los matices, elementos que son claves en él.

Su especificidad radica en la naturaleza de las operaciones con las que el psicólogo clínico enfoca la conducta humana, que se caracteriza por el predominio de la observación orientada hacia la totalidad de las reacciones del ser humano concreto frente a una situación vital, el examen clínico, propiamente dicho es la observación hecha por el psicólogo, un contacto personal y directo con el examinado, que le permite al primero obtener dos fuentes de datos.

Por una parte, observa el comportamiento del sujeto frente a la situación del examen y la relación que establece con el examinador y por otra adquirir conocimiento de su historia pasada a través del relato que el mismo sujeto hace de ella, elemento este último indispensable para pensar en la singularidad de cada caso, así mismo, el examen clínico permite observar la actitud del individuo frente a su situación y problemas actuales, frente a sus actos y a los acontecimientos de su vida, la exploración de la historia pasada del sujeto es susceptible de llevarse a cabo mediante técnicas históricas que consisten en obtener información del testimonio de algún familiar cercano del individuo y en la técnica documental.

Bleger (1974) coincide con Lagache al señalar que este método sostiene en un estudio detallado y profundo, basado en la observación directa y en la historia del sujeto factores por cuyo intermedio es posible lograr en enfoque global del paciente estudiado, para este autor el método clínico se caracteriza por el contacto directo y personal que logra el investigador con el sujeto estudiado.

Podría afirmarse que la principal ventaja consiste en un intento de analizar más profundamente cada caso, ya que permite introducirse en la historia de cada sujeto y en la compleja particularidad de su problemática. Lagache enfatiza que el método clínico es el más apropiado para el estudio de la conducta humana, porque sugiere una hipótesis, permite su verificación y plantea la psicoterapia a llevar.

Pasternak (1975) afirma que el método clínico y el experimental presentan un punto de contacto que es la observación y que ambos pueden ser vistos como dos formas de observación diferentes por la relación inversa que muestran entre el número de variables consideradas y el número de sujetos en que las estudia, la experimentación es como una observación rigurosa que pretende conocer las variaciones de una sola característica en un elevado número de sujetos, mientras que el método clínico trata de registrar la observación del mayor número de variables en un solo individuo.

Por lo que a partir de citar los diversos autores mencionados, lo que nos interesa es la entrevista psicológica, se entiende como entrevista psicológica aquella que se persiguen objetivos psicológicos (investigación, diagnóstico, terapia), por lo que el campo de la entrevista se va configurando a través de las variables, las cuales dependen de la personalidad del sujeto.

De ahí la importancia de tomar en cuenta los criterios de valoración en la escucha del discurso del sujeto en la situación de la entrevista. Cabe señalar que los mismos son de utilidad a medida en que permitirán guiarnos en la escucha del discurso del sujeto, por lo que son puntos de referencia para con ellos abstraer el discurso, los elementos importantes para esta investigación.

El estudio realizado fue de índole puramente observacional, y en ningún momento se maneja de acuerdo a los lineamientos del método experimental, por lo cual no se hicieron manejo de variables ni modificaciones experimentales con respecto a dichos pacientes. Fue la realización de un corte observacional (en un momento dado), donde pudimos observar y escuchar a partir del discurso la historia transgeneracional de los 3 pacientes mencionados, para a partir de ahí realizar las inferencias teóricas pertinentes y consecuentemente en un paso posterior realizar la comprobación o refutación de las hipótesis primarias y secundarias.

Fueron elegidos tres pacientes de Centros de Integración Juvenil al azar de cuya sintomatología debe señalarse como particularmente significativa del consumo de la marihuana, ellos debían encontrarse en tratamiento en centros de integración juvenil, y cuyas edades debían fluctuar entre 19 y 25 años.

Pasos que se siguieron:

1. Se eligieron al azar una serie de 5 sesiones individuales abarcando un periodo de 3 meses con un rango de 2 cada mes, cuyo contenido fue grabado y transcrito fielmente, para posteriormente realizar un análisis del discurso transgeneracional de dichas sesiones. Lo anterior se realizó con cada uno de los tres pacientes totalizando una suma de 15 sesiones individuales.

El periodo de 3 meses se consideró un tiempo adecuado de acuerdo a la experiencia y juicio del psicoterapeuta individual para poder apreciar y conocer el tipo de discurso que pueda llevarnos a detectar los elementos transgeneracionales presentes en este tipo de pacientes que puedan servirnos para avalar este tipo de investigación; y proceder en consecuencia a la comprobación o refutación de las hipótesis.

2. Se procedió al análisis del discurso de este tipo de pacientes con base en los marcos teóricos expuestos anteriormente.
3. Se observaron los resultados.
4. Se afirmaron o refutaron las hipótesis secundarias.
5. Se afirmó o refutó la hipótesis principal.

6. Se llevaron a cabo las conclusiones.
7. En base a las mismas se generaron las sugerencias.
8. Se manejaron los alcances y limitaciones del estudio.

Si bien puede considerarse arbitrario un periodo de tres meses, ya que cada caso es diferente, y la multiplicidad de patologías puede marcar variaciones en cuanto al tiempo, un periodo de tres meses ha sido normalizado dentro de esta institución (Centros de Integración Juvenil), lo cual llevaría a la ventaja de poder plantear el mismo periodo de trabajo con cada una de las familias, lo cual estandarizaría el tiempo de investigación, y permitiría un análisis comparativo, es importante señalar que una fundamentación teórica, precisa y exacta para este periodo no ha sido aun emitida teóricamente por la institución.

SUJETOS; Se trabajó con 3 pacientes afectados de farmacodependencia (consumo de marihuana) de centros de integración juvenil.

ESCENARIO; La unidad situacional denominada psicoterapia individual fue desarrollada en uno de los cubículos de Centros de Integración Juvenil, reuniendo los siguientes requisitos:

- a) Tamaño adecuado, (suficiente para que el paciente, y el terapeuta se ubiquen con comodidad). La observación se realizó en la cámara de Gesell dispuesta para realizar tal actividad así como un adecuado sonido que permitió realizar una fidedigna grabación de la actividad pertinente a esta investigación.
- b) Iluminación adecuada (permitiendo la comunicación visual interpersonal).
- c) Aislamiento suficiente del medio exterior, para evitar todo ruido ajeno a la sesión individual, lo cual permite hablar y escuchar sin perturbaciones.
- d) Un número de asientos suficientes tanto para el terapeuta así como para el paciente y la observadora.

INSTRUMENTOS; El instrumento principal fue la situación de entrevista denominada psicoterapia individual misma que fue grabada para posteriormente realizar un análisis del discurso transgeneracional, pertinente a la comprobación o refutación de las hipótesis planteadas en esta investigación.

ANÁLISIS:

Objetivo General; Se analizó el discurso de los 3 pacientes procurando señalar aquellas partes significativas que tuvieron que ver con los objetivos presentes en esta investigación.

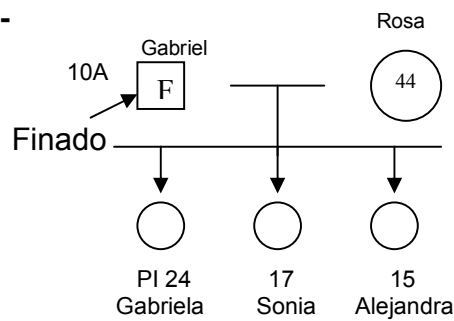
CAPITULO VI

PRESENTACIÓN DE CASOS

A continuación presento los casos analizados y llevados a cabo en Centros de Integración Juvenil, estos con la finalidad de mostrar la sustentación del trabajo como se ha mencionado en el procedimiento.

CASO 1; ¡VEANME TODOS!

6.1. Famoliograma.-



Datos Generales del Paciente

Nombre: Gabriela

Edad: 24 años

Edo Civil: soltera

Escolaridad: Pasante de pedagogía

Lugar que ocupa en la familia: Es la primogénita y hermana mayor de dos hermanas mujeres

Demanda Manifiesta

Gabriela acudió a Centros Integración Juvenil, por su constante consumo de la marihuana, así como síntomas depresivos y ansiedad.

Antecedentes Familiares

Padre, fallecido cuando ella tenía diez años, era contador público y alcohólico, un hombre fracasado y siempre socorrido por la esposa madre de Gabriela. En el discurso de Gabriela continuamente, aparece un reclamo a la figura del padre por parte de la madre, "Tu padre era un irresponsable, tu padre me dejó sola, tu padre se iba con otras mujeres".

El último regalo que Gabriela recibió de su padre fueron unos zapatos de color rojo. Cuando ella tenía diez años, el padre vivía en Guadalajara, y solo venía a dar regalos a sus hijas. La madre cuenta que asistió a los centros nocturnos, en Guadalajara JAL., y ella fue testigo de cómo el color rojo es el más utilizado por las chicas de la vida galante, ya que en varias ocasiones la madre de Gabriela acudía a estos bares a espiar al esposo, y de esta forma corroboraba el color predilecto de estas chicas. Ello provocaba fuertes celos por parte de la madre., finalmente el padre un día muere al caerse en una parranda y golpearse en la cabeza. Podemos deducir que en el acuerdo inicial de la pareja de padres, están presentes los siguientes elementos, en el discurso de Gabriela.

En el acuerdo inicial, Gabriela menciona que su padre conoció a su madre con un vestido de color rojo (me fascina ese color), (la madre lo detesta), al padre le gustaba el carácter alegre de la madre, (se me figuraba una mujer de la vida galante).

Según Gabriela su padre le dijo lo siguiente: "Al casarme me di cuenta de que tu madre no era tan alegre como yo pensaba, según Gabriela oyó el siguiente comentario que un día su padre le hacía, a un amigo tomando una copa, (Me gustaba cuando mi esposa, hacía cosas que me divertían mucho como mostrarme sus calzones rojos, después dejó de hacerlo y yo comencé a perder interés y a ver a otras mujeres, fue cuando busqué trabajo en Guadalajara, donde me gustaba mucho asistir a centros nocturnos".

Problemática

Gabriela acude a CIJ, debido a la preocupación de su constante consumo de marihuana, y con la aflicción debido a un acontecimiento ocurrido unos días antes de acudir a CIJ., ella menciona que acudió a una fiesta en la cual cometió un gran ridículo delante de sus compañeros de generación de la facultad de pedagogía, ya que debido a su estado de ebriedad, comenta haberse desinhibido, lo cual la conllevó a efectuar un desnudo junto con un baile, en donde jugaban un juego llamado verdad o reto, y a ella le toco quitarse la falda, lo cual hizo con gusto, hasta quedar en pantaletas de color rojo.

Al ir revisando su problemática en las sesiones, se fueron encontrando varios elementos de gran importancia para el análisis de este caso, entre los elementos encontrados se encuentran los siguientes:

Gabriela nos comenta acerca de sus relaciones de pareja que ha tenido últimamente, la primera fue un joven poeta el cual se la pasaba todo el día componiendo poemas, lo cual no hacia otra cosa mas que eso, por lo cual Gabriela lo ayudaba económicamente, posteriormente apareció un pintor en la vida de Gabriela al cual ella le pagaba a las modelos para que posaran para el hasta que llegó un día en donde Gabriela descubre al pintor teniendo relaciones con una de las modelos que ella misma le pagaba, por lo cual decidió dejarlo, posteriormente Gabriela conoce a un cantante , el cual tenía la fantasía de ser un gran artista, y que lo descubriera algún productor importante, cuando el estuviera cantando en algún microbús en donde el acostumbraba cantar diariamente.

Cuando se le pregunta a Gabriela acerca de la relación con su madre ella responde “mi madre siempre se queja acerca de mi padre diciendo que siempre había sido un bueno para nada”, lo cual a Gabriela le molestaba bastante por lo que decidió vivir sola y posteriormente relacionarse con los hombres anteriormente mencionados.

Actualmente Gabriela trabaja en un despacho de contabilidad y consume regularmente marihuana.

Elementos Clínicos

Síntomas principales presentados por Gabriela:

- 1) Repetición de patrones de conducta
- 2) Cuadro histérico
- 3) Búsqueda de ser vista por el padre en un sentido más profundo

Podemos encontrar en Gabriela la repetición de conducta de su madre ya que al igual que ella, se relaciona con hombres poco productivos, lo cual la lleva a ayudarlos siempre económicamente al igual que su madre lo hizo con su padre.

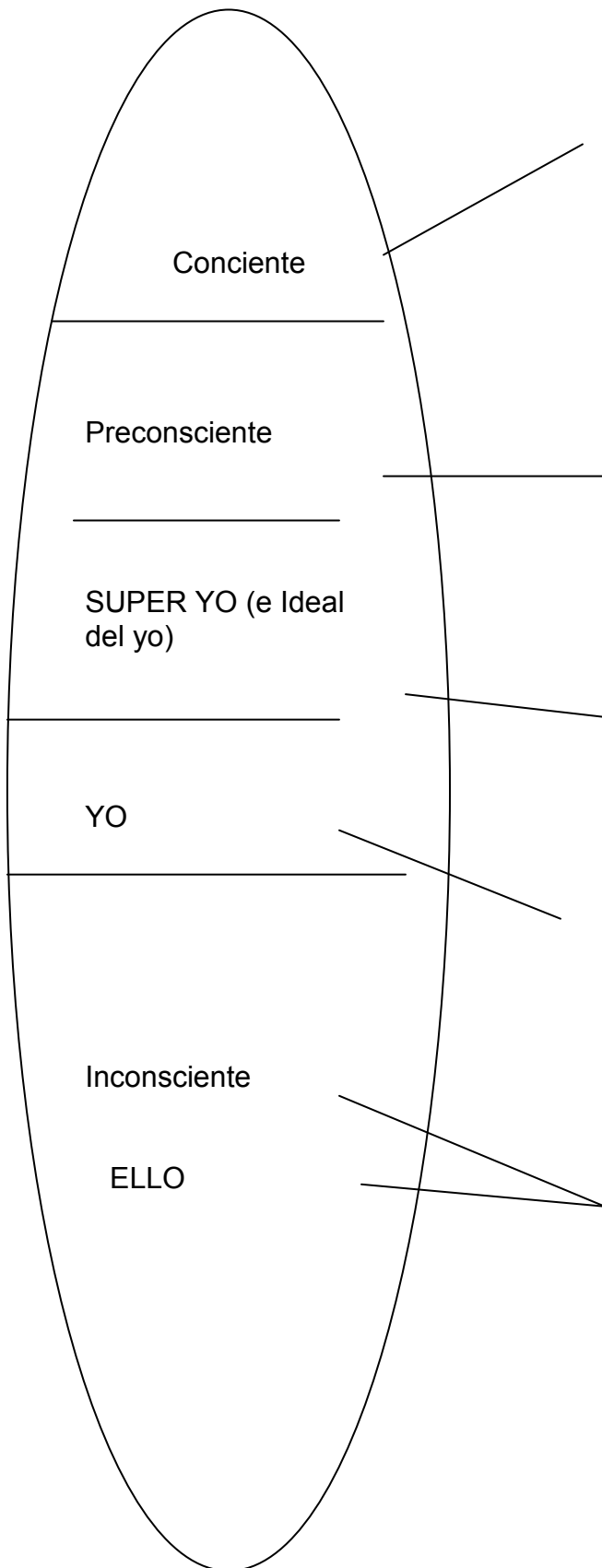
La búsqueda de ser vista por su padre la manifiesta con el acontecimiento ocurrido en la fiesta en ella se desnuda delante de sus compañeros, quedándose únicamente en calzones rojos, si hacemos la comparación con el hecho de que su padre le veía los calzones color rojo a su esposa al principio de la relación, también Gabriela menciona el hecho de que su padre le regaló unos zapatos rojos antes de morir.

Gabriela comenzó a consumir la marihuana a partir, de los constantes fracasos con los hombres, esto ocurre a la edad de 23 años, posteriormente a la depresión, obteniendo la marihuana a través de una amiga de la escuela de pedagogía, comenta la paciente que al consumir dicho alcaloide, sentía gran tranquilidad con destellos de espasmos, y placer absoluto, la dosis de consumo era variable, sin embargo puedo señalar que consistía en aproximadamente a la cantidad de un cigarrillo de marihuana, dado el caso contrario en donde la paciente no consumiera la marihuana, comenzaba a presentar una gran carga de ansiedad.

Comenta la paciente que su madre la descubre un día fumando marihuana en la ventana, por lo cual tuvieron una larga discusión acerca de esto. La charla concluyó en acudir lo antes posible a Centros de Integración Juvenil., para de esta manera apoyar efectivamente a Gabriela.

Un dato importante a considerar es en realidad a los antecedentes de drogadicción en la familia, es que si bien no hay antecedentes de consumo de droga, (lo cual es una variable a tomar en cuenta), el alcoholismo del padre es un aspecto a considerar como influencia en la farmacodependencia de la paciente.

ESTRUCTURA PSIQUICA



Tiene una adecuada percepción de si misma, esta orientada en tiempo, espacio y persona. La cuestión sensorceptual es adecuada. No presenta alucinaciones ni delirios. Reconoce su adicción, y su problemática la cual le causa angustia y miedo. Pide ayuda voluntariamente y concientemente.

Todos aquellos recuerdos que los tienen presentes como por ejemplo el acontecimiento ocurrido en la fiesta, en donde ella se desnuda frente a sus compañeros, las relaciones con sus parejas.

El hecho de sentirse avergonzada por haberse desnudado delante de sus compañeros nos habla de las cuestiones morales., el consumo de la marihuana como tal.

El equilibrio entre sus impulsos y lo que está establecido lo sublima a través de la ayuda económica que le ha proporcionado a sus anteriores parejas.

El verdadero significado de su comportamiento histérico, no lo conoce, pero está dispuesta a resolver en terapias. La repetición de los patrones de conducta ya aprendidos de su madre. La constante búsqueda de la mirada del padre, el impulso exhibicionista de satisfacción de baile delante de sus compañeros.

Diálogos

EXTRACTOS DE UN GRUPO DE SESIONES

La sesión comienza con los siguientes diálogos;

Nota: (Es importante consignar que solo se van a citar los extractos más importantes de las sesiones a fin de poder llevar a cabo la comprobación o refutación de las hipótesis de este trabajo):

Participantes:

Sra. Rosa: (madre)

Gabriela: (P.I)

Sonia y Alejandra: (dos hermanas de Gabriela)

Madre: Doctor; yo creo que es muy importante venir aquí, porque de esta forma podemos llamarle la atención entre usted y yo a Gabriela, ya que va de error traes error, cuando no acaba de salir de una se mete a otra.

P.I: Yaaa, mama no creo haber cometido tantos errores. ¡Chale!

Madre: ¿Como de que no?, Acuérdate que yo siempre he criticado a tus novios, porque hay hijita de veras te consigues cada gañan, acuérdate de el cantante de camiones, y el segundo un poeta que no servía para nada, y el último el pintorcillo ese que nada mas te veía la cara con una modelo y que además tu pagabas, todos unos buenos para nada igual que tu padre. O no es así muchachas, (dirigiéndose a Sonia y Alejandra)

Nota: las dos hijas permanecen calladas.

P.I: Bájale mama, no me gusta que hables mal de mi papa, y los novios que he tenido no se parecen a él, no compares.

Madre: pero si es la pura verdad lo que digo y siempre lo diré, que tu padre fue un bueno para nada.

P.I: No se porque hablas tan mal de mi padre, si después de todo tu también lo ayudaste igual que yo les hecho la mano a mis novios.

Madre: Si, lo ayude, y ve nada más como me pago, burlándose de mi.

P.I: Si hiciste mucho por él, pero lograste que terminara su carrera y pudiera ejercerla.

Madre: Claro, yo le pague su carrera, pero yo no sabía que él de eso mantenía su vicio, y además yo sospecho que me engañaba con otras mujeres desde que estaba estudiando, y yo no lo sabía.

P.I: Igual me paso a mi mamá, yo también les daba dinero a mis novios y ellos también lo utilizaban para otras cosas, pero finalmente hay que confiar como tú te confiaste en mi papa noo?

Madre: bueno si es bueno confiar, pero hay que abrir bien los ojos hijita, y yo lo que quiero es que no repitas la misma historia que yo tuve con tu padre, que le di, y ve nada más como me pagó.

T: parece que ustedes están diciendo algo sumamente importante, como si una historia estuviera repitiéndose a través del tiempo, lo mismo que pasó una generación antes, vuelve a repetirse.

Madre: Yo no sé si eso pueda ser cierto, pero creo que mi hija debe de aprender de mi experiencia y por lo mismo no debe de repetir los mismos errores.

P.I: Yo he querido ayudar a mis novios, por que creo que todo ser humano merece una oportunidad. Sin embargo a veces pienso, que talvez algo de lo que mi mamá vivió con mi padre, como se repite en lo que me ha estado pasando, he querido ayudar a mis novios a salir adelante a lo mejor como mi mamá hizo con mi padre, y tal vez yo no deba seguir haciéndolo.

Madre: Claro hija debes de aprender de mis errores, uno ayuda a los demás y ve como te pagan, con una puñalada detrás de la espalda, se iba con prostitutas, engañándome.

P.I: Sin embargo pienso que mi padre fue un buen hombre, a pesar de todo, yo lo sigo queriendo. (Llora un poco la paciente).

Madre: Hay una cosa doctor, que quiero comentar, porque se me cae la cara de vergüenza solamente de acordarme no quisiera que volviera a repetirse.

P.I: Ya sé que quieres comentar Mamá, pero yo lo he pensado, y creo que después de todo, no tuvo nada de malo.

Madre: Como de que no tuvo nada de malo, si ya todo el mundo sabe que en esa dichosa fiesta en la que estabas con tus amigos, jugando ese juego de verdad o reto, te quitaste la falda, y te pusiste a bailar en calzones frente a todos.

P.I: Ayy, ya mamá lo hice porque estaba tomada, ahora pienso, fue extraño porque al acordarme no me da tanta pena, y hasta he llegado a pensar que algo tuvo que ver con algo que he trabajado en mi terapia individual.

Madre: No sé como no te puede dar vergüenza haber enseñado a todo mundo en la fiesta hasta el color de tus calzones. Y bailar como vil prostituta.

P.I: Yo recuerdo que en ese entonces había bebido, pero también recuerdo, que el último regalo que mi padre me dio antes de morir fueron unos zapatos de color rojo.

Madre: Yo le dije a tu padre, que esos mugrosos zapatos, no eran un color apropiado para una niña de diez años, ya que a él le gustaba mucho ese color, y yo siempre le decía que ese color solamente lo usan las prostitutas de los burdeles que él frecuentaba.

P.I: A mi padre le gustaba ese color por alguna razón, yo recuerdo que ese día de la fiesta yo llevaba calzones color rojo. Tal vez por eso no me daba tanta pena enseñarlos quizá porque era el color que a él le gustaba.

Madre: Un color indecente que a ti te gusta usar mucho, hasta en tu ropa íntima.

P.I: Recuerda que cuando mi padre te conoció mamá, tu traías un vestido color rojo, ¿no es así?

Madre: Tal vez, pero después ya no lo volví a usar, porque pensé que no era decente.

P.I: Pero a mi padre le gustaba, tal vez eso tenga que ver, no lo sé bien con algo de mi.

T: Parece que Gabriela ha estado descubriendo una serie de cosas muy importantes en su vida, ahora que ha estado trabajando en psicoterapia individual, y ello, puede ser importante, para entender que es lo que pasa por su vida.

P.I: He comenzado a entender el significado de ciertas cosas entre ellas el color rojo para mi padre.

T: Ahora bien. ¿Que te lleva a consumir la marihuana?

P.I: No lo sé, tal vez cuando me siento un poco triste por todo lo que me han estado haciendo los hombres, pues he ido de engaño en engaño. La marihuana me calma un poco y puedo pensar mejor.

T: Pensar mejor en que aspecto.

P.I: Pues no sé, a lo mejor, en el donde falló, porque siempre terminan viéndome la cara.

Madre: Ya te dije, te agarras a cada gañan, que por eso te la ven, ya no seas tonta hijita, a la otra no te dejes., y ya deja de fumar esa porquería de hierba, que nada bueno te deja.

P.I: Tu que sabes mamá, la fumo porque me calma mi ansiedad. Total que a ti te molesta todo de mí, hasta el color de mis calzones.

Madre: ¡Entiende que yo te digo las cosas por tu bien!, para que ya no sigas cometiendo los mismos errores que yo cometí, y por lo que respecta a la marihuana, pienso que nada bueno te va a dejar, por algo es una planta ilegal.

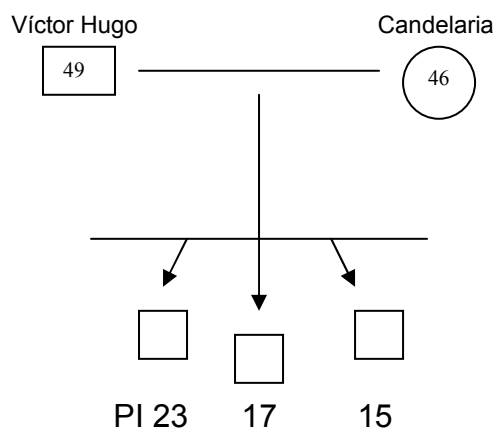
P.I: Lo que debería el gobierno de prohibir, es el alcohol, ya que ese fue el problema en gran parte que tuviste con mi papa., y yo me quedé en calzones, bajo los efectos de este mismo, pero bueno por algo estoy aquí para dejar de consumir marihuana, no para que me estés reclamando las cosas una y otra vez.

T: Es cierto que el hecho de que Gaby este aquí con nosotros, implica un gran avance, ya que está consiente de que el fumar marihuana no es lo conveniente, para su avance como persona., También es importante que descubramos el porque del consumo, las depresiones y la ansiedad.

P.I: Pues si doctor, creo que esas tres cosas que usted acaba de mencionar, se encuentran muy de la mano, ya que al sentirme deprimida o ansiosa, hace que recurra al consumo de marihuana.

CASO 2; ES UNA OBSESIÓN

6.2. Familiograma.-



Datos Generales del Paciente

Nombre: Hugo

Edad: 23 años

Edo civil: soltero

Escolaridad:

Lugar que ocupa en la: Hijo único
Familia

Demanda Manifiesta

Hugo acude a CIJ, debido a su consumo de marihuana.

Antecedentes Familiares

El padre de Hugo se dedicaba a la fotografía y tenía un negocio donde se hacían retratos familiares.

En el acuerdo inicial, Hugo, comenta que a su madre le atrajo de su padre que la viera y admirara su belleza, por lo cual al paso del tiempo cuando esta situación dejó de ocurrir y se vició la relación entre los padres, podemos pensar que la ruptura del acuerdo fue cuando él dejó de admirarla, provocando ello la separación de los padres.

A decir de Hugo su padre describía a su madre como una mujer egoísta, orgullosa, y vanidosa, que solo pensaba en ella, podemos concluir aquí que lo no resuelto, fue el lugar dejado por el padre, de admirador / observador de la belleza de la madre, lugar ocupado por Hugo, en la medida en que este ocupa la posición del sujeto como espectador, del objeto (la madre).

Hugo está atrapado en la imagen materna en la cual es el admirador incondicional de la belleza de la madre por lo que veremos a continuación. Cuando Hugo tiene siete años se da la separación de los padres, y él recuerda cuando veía a su madre semidesnuda ante él quedando fascinado ante esa imagen, es importante señalar en este caso el lugar del padre ausente y sobretodo un padre que se aleja del paciente ya que al separarse de la madre, el único recuerdo que queda de Hugo, es fotografiando a su madre.

El paciente recuerda que había un gran retrato de la madre a la entrada del negocio de la fotografía que tenía su padre.

Problemática

Hugo comenta en la primera sesión el hecho de que todas las tardes acude a un puesto de periódicos ubicado cerca de su casa, en donde observa las revistas pornográficas y cuando ya está apunto de comprar una se arrepiente y se va a su casa, pero cuando ya está en su casa, se arrepiente de no haber comprado la revista y regresa al puesto y de nuevo se arrepiente de comprarla y regresa a su casa, finalmente cuando decide comprarla y regresa al puesto el puesto de periódicos ya se encuentra cerrado., se la pasa dando vueltas al puesto sin tomar finalmente la decisión de comprar la revista.

Por otro lado Hugo, comenta que cada noche ve a su madre en ropa interior haciendo Yoga, y que ese hecho le causa a Hugo una gran cantidad de ansiedad, por lo cual el consumo de marihuana ocurrió, para calmar la ansiedad que sentía en esos momentos.

También menciona el hecho de que en varias ocasiones ha invitado a sus compañeras de estudio a su casa a estudiar para el examen mas próximo, en donde logra que ellas quedan en ropa íntima igual que la madre y posteriormente cuando empieza a tocarlas, comenta que le viene la idea de que tiene examen de matemáticas y luego entonces pide a las muchachas que se vistan y ello le ha acarreado conflictos con sus compañeras de la universidad, cuando se relatan los hechos.

Otro comportamiento obsesivo que menciona Hugo es el hecho de que cada vez que él va a tener examen de matemáticas el se dirige a un centro comercial en el sur de la Ciudad de México, y realiza el siguiente comportamiento; Se sienta en las escaleras de el centro comercial de plaza In de San Ángel, de manera que pueda ver los calzones de las mujeres cada vez que estas suben las escaleras, este comportamiento lo disimula con su cuaderno de matemáticas en la mano., luego entonces ni estudia, ni nada, por estar viendo a las muchachas y termina reprobando el examen.

En una ocasión, una compañera de la Universidad lo descubrió y le reclamó diciéndole que ese tipo de cosas solamente lo hacen los adolescentes. Hugo comenzó con la adicción a la marihuana a la edad de 21 años, el hecho de ver a su madre semidesnuda cada noche, lo orilla a aumentar el consumo. Hugo comenta que el consumo de marihuana equivale siempre a medio cigarrillo diariamente.

En cuanto al como obtenía dicho alcaloide, comenta Hugo que la conseguía con unos vecinos de su colonia, cada vez que el podía.

La madre se enteró del consumo de marihuana, a través del olor que emanaba del cuarto de Hugo, por lo cual habló lo antes posible con su hijo al respecto., en donde llegaron a la conclusión de acudir a Centros de Integración Juvenil, para resolver la adicción de Hugo.

Elementos Clínicos

Síntomas principales presentados por Hugo:

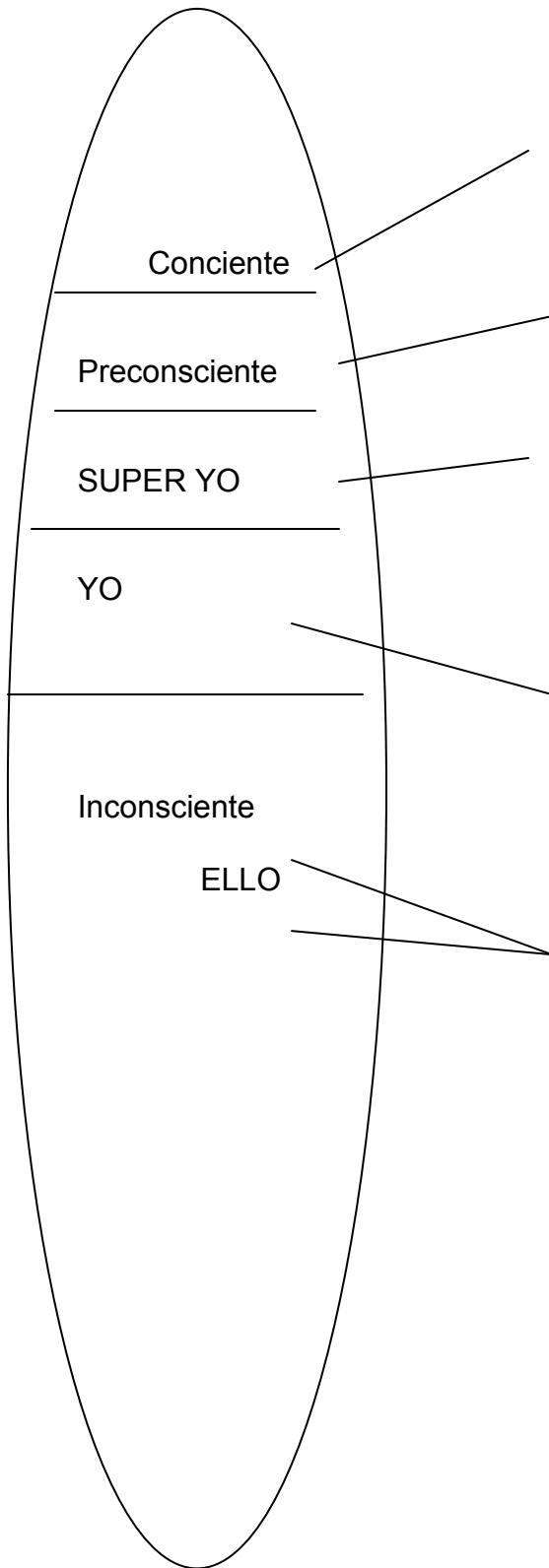
- Cuadro obsesivo que presenta todas las tardes
- Cuadro obsesivo que presenta en relación con las mujeres

Podemos encontrar en Hugo un cuadro obsesivo que realiza todas las tardes al acudir al puesto de periódicos y mostrar indecisión en comprar las revistas pornográficas. Cuadro obsesivo en relación con las mujeres, ya que la misma situación al hecho de desvestirlas, sin llegar finalmente al acto sexual, también el hecho de cada vez que va a presentar examen de matemáticas sus conductas repetitivas de sentarse en las escaleras con su cuaderno de matemáticas, y enfocarse a verles los calzones a las mujeres.

Un aspecto importante a señalar en la problemática de Hugo, es una duda central en su vida con respecto a que hará cuando termine la carrera, ya que el tiene la oferta de trabajar en la Ciudad de Sonora., pero manifiesta la duda de que si se va, entonces, "Quién va a ver a su madre". (Esto último tiene un significado simbólico que puede ser escuchado de forma diferente., ver a su madre en ropa íntima, cuando hace Yoga, o ver a su madre para que no le falte nada).

Los antecedentes familiares de drogadicción son los siguientes; el padre consumía alcohol a menudo, y la separación de los padres de Hugo tuvo lugar cuando el tenía 15 años, y fue a raíz de infidelidad por parte de padre, desde entonces Hugo no ha vuelto a tener contacto con su padre y guarda de él un recuerdo vago., la comunicación que tiene con su padre es vía telefónica únicamente, ocasionalmente.

Estructura Psíquica



Presenta una adecuada percepción de si mismo, se encuentra bien ubicado en tiempo, espacio y persona. No sufre de alucinaciones ni delirios. Reconoce su adicción, acude voluntariamente a solicitar ayuda.

El hecho de que Hugo recuerda ver a su madre, todas las noches hacer Yoga en ropa íntima.

El hecho de que Hugo nunca llega al acto sexual con las mujeres que ha salido, colocándose como espectador de su madre.

El equilibrio entre sus impulsos y lo que está establecido es sublimado a través de un taller de ajedrez al cual se inscribe, esto con la finalidad de elaborar las obsesiones sexuales (comportamiento diario en relación con el puesto de periódicos).

El deseo pulsional hacia su madre, manifestado en el sueño de la vela encendida, donde se oculta y revela la escena inconsciente que revela su fantasía.

Sus impulsos del ello se manifiestan también, en el acto de la mirada en donde hace prevalecer su deseo voyerista, de ver la ropa íntima de las mujeres.

Diálogos

EXTRACTO DE UN GRUPO DE SESIONES

La sesión comienza con los siguientes diálogos;

Nota: (Es importante consignar que solo se van a citar los extractos más importantes de las sesiones a fin de poder llevar a cabo la comprobación o refutación de las hipótesis de este trabajo):

Participantes:

Madre: (Candelaria)

Paciente: (Hugo)

Terapeuta

Hugo: Yo quisiera hablar de uno de mis problemas que he comentado en repetidas ocasiones con mi madre, y que tiene que ver desde que terminé con mi carrera, he pensado aceptar la oferta que tengo de trabajar en Sonora, en un proyecto de ingeniería, pero a la vez me atacan las dudas.

Madre: Yo ya te dije que tomes tú tu decisión y si tu quieres irte a Sonora, por mi no hay problema aunque claro, yo sé que me va a doler muchísimo tu ausencia, por que ahora ¡Quién va a ver por mí!

Hugo: ¡No exageres mamá!, desde que mi padre se fue hay ciertas cosas que no me gustan de la casa, como por ejemplo, ayy bueno, sé que es difícil decirlo y más delante del doctor, y la señorita, pero bueno, a veces cuando mi madre practica Yoga, es algo que no había querido decir, pero la verdad no me gusta que hagas Yoga en ropa íntima.

Madre: (Titubeante y ruborizada), bueno no tiene nada de malo, pues somos una familia y por lo tanto no debería de esconderme.

Hugo: Si en eso tienes razón, pero yo a veces me incomodo al pasar y creo que ahí comienza mi consumo a la mariguana, y mi ansiedad.

T: Sería importante que Hugo, hablara con más detalle de la manera en cómo empezaron las cosas., y de esta manera ir hilando la problemática que presenta Hugo.

Madre: Pues si, todo lo que sea bueno para ayudar a Hugo, y que podamos aquí decirlo, podrá ayudar a mejorar las cosas, y que mi hijo cambie, y deje las drogas.

T: Bueno señora, yo creo que el cambio puede darse si toda la familia coopera, y ponen de su parte.

Hugo: Si hay cosas en las que talvez estamos mal, y que deberíamos de cambiar.

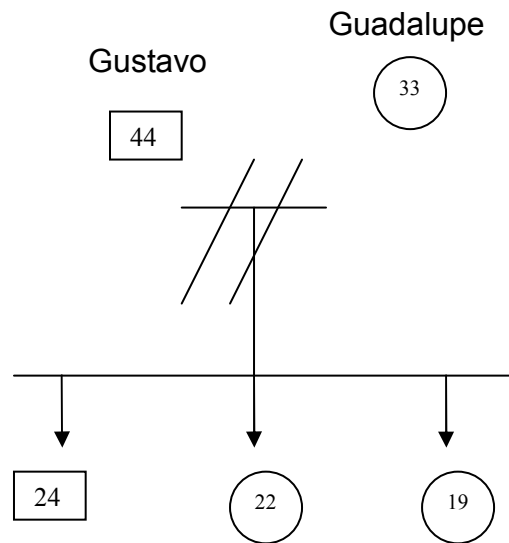
Madre: Hay cosas de mi hijo, que la verdad no entiendo, como por ejemplo, esa costumbre de llevar siempre una vela en su portafolio, también el hecho de que sea tan indeciso cuando va a comprar una revista, al puesto de periódicos, y va al puesto, y regresa, y se vuelve a ir, y así se está un buen rato en la tarde.

Hugo: Lo de la vela, es que siempre he tenido el temor de que se valla la luz, y no esté yo prevenido, y lo de la indecisión es por que a veces pienso en comprar una revista y que a veces pienso que a lo mejor cueste mucho dinero, pero son cosas que las he estado trabajando en mi terapia individual, y creo que he empezado a comprender lo que me sucede.

Nota: Efectivamente Hugo se encontraba en terapia individual paralelamente a la terapia familiar y ahí empezó a entender el sentido de los síntomas que se han mencionado.

CASO 3; ¡ME ASFIXIO!

6.3. Familiograma.-



Datos Generales del Paciente

Nombre: Araceli

Edad: 19 años

Edo Civil: soltera

Escolaridad: 3er año de CCH.

Lugar que ocupa en la familia: Es la última de 3 miembros.

Demanda Manifiesta

Araceli acude a Centros de Integración Juvenil, por consumo de marihuana y afectada por sentimientos de ahogo y ansiedad.

Antecedentes Familiares

El padre se separa de la madre de Araceli, cuando esta tiene 10 años de edad debido a problemas de alcoholismo por parte del padre, antes de la separación ya existían conflictos en la relación de los dos, Araceli menciona que desde niña (desde los 4 años), recuerda conflictos entre los padres, mismos que se fueron agudizando a través de los años y que tienen que ver con la conflictiva de ambos., posterior a la separación el padre se aleja de casa, sigue tomando el hermano mayor (Gustavo), ya que sigue el ejemplo del padre, consumiendo de igual forma alcohol, ahora bien el contacto que Araceli tiene con su padre es ocasional, después de que se fue de casa.

Problemática:

Araceli, paciente de 19 años, se presenta a consulta por consumo de marihuana y afectada por sentimientos de ahogo y asfixia, consume marihuana desde los 16 años y se presenta angustiada por que dice que cuando le dan los síntomas de asfixia tiene un fuerte deseo de ocultarse, y una vez ahí desnudarse quitándose la ropa para aliviar la sensación de ahogo.

Manifestó que todo comenzó hace un año en su escuela preparatoria, frecuentemente cuando salía al campo en compañía de unos amigos, donde comenta que sintió los síntomas de ahogo y de deseo de correr y ocultarse detrás de unos árboles quitándose la ropa y posteriormente dice que pasaban los síntomas de ahogo, ello ocurrió en algunas ocasiones sin que pudiera explicarse porque le ocurría ello y es en parte con esa pregunta que ella se presenta a solicitar tratamiento.

Otro aspecto importante tiene que ver con dudas con una supuesta bisexualidad: Manifestó que todo comenzó a raíz de una fiesta hace un año en la escuela preparatoria., ella formaba parte de una comisión en el CCH, que se encargó de organizar una fiesta de sexos invertidos en la cual las muchachas, fueron vestidas de hombres y los hombres de mujer, Araceli estaba con una amiga arreglándose y a la vez esperaban a un amigo al que le iban a prestar ropa de mujer, cuando su madre llegó y les dijo que eran unos “degenerados”, dice que le gustó vestirse de hombre y que sintió deseos por su amiga, también vestida de hombre, ello le creó el conflicto de preguntarse si era lesbiana, y buscar repentinamente aventuras con hombres, y convencerse a sí misma de que no tenía inclinaciones lésbicas., el consumo de marihuana, le permite calmar la angustia ante la pregunta de si le gustan las mujeres o no.

Menciona que su consumo se empezó a dar primero por curiosidad al estar con los amigos y fue de esa forma que comenzó su adicción de consumo de marihuana, y posteriormente comenzó una dependencia de tipo físico y psicológico a dicha sustancia.

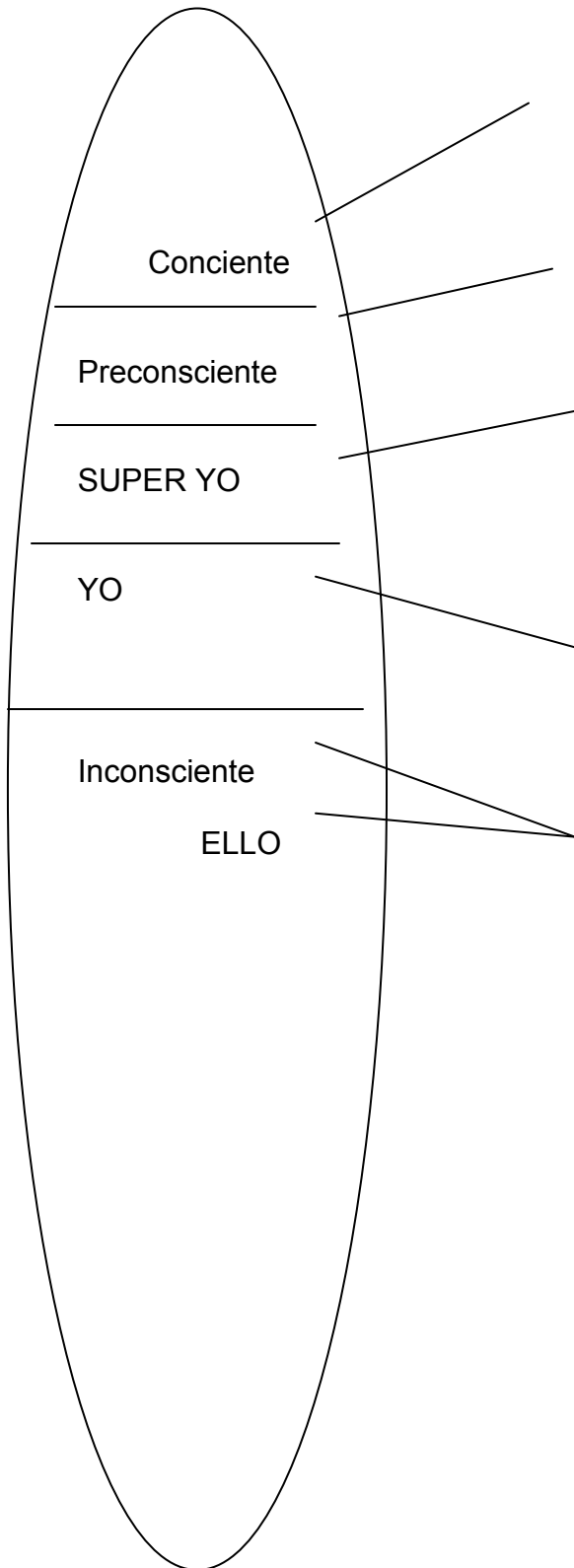
Un aspecto importante a considerar es que la interpretación personal de Araceli ante el síntoma mencionado anteriormente; Quitarse la ropa es para aliviar una sensación de ahogo y para mostrar ante los demás su cuerpo de mujer, ya que le viene la idea de hacerlo cuando puede haber hombres cerca y puede ser vista por ellos, "Como si dijera soy una mujer que gusta a los hombres".

Elementos Clínicos

Síntomas principales presentados por Araceli:

1. Sentimientos de ahogo y asfixia
2. Sentimientos de angustia ligados a impulsos exhibicionistas
3. Problemática relacionada con una supuesta bisexualidad
4. Adicción a la marihuana

Estructura Psíquica



Presenta una adecuada percepción de sí misma, se encuentra bien ubicada en tiempo, espacio y persona. Reconoce su adicción y sus síntomas de ahogo y asfixia así como su angustia, acude voluntariamente a solicitar ayuda.

El hecho de que Araceli, recuerde la situación de la fiesta y cuando salía al campo con sus amigos.

El hecho de que Araceli, sienta angustia, ante la pregunta de si le gustan las mujeres o no.

Araceli busca aliviar los síntomas de su angustia dando salida al deseo exhibicionista y a la vez busca elaborar la conflictiva referente a la búsqueda de resolver la pregunta, sobre su supuesta bisexualidad.

El impulso exhibicionista que presenta así como su inclinación por vestirse de hombre y el gusto por su amiga vestida de hombre.

Diálogos

EXTRACTO DE UN GRUPO DE SESIONES

La sesión comienza con los siguientes diálogos:

Nota: (Es importante consignar que solo se van a citar los extractos más importantes de las sesiones a fin de poder llevar a cabo la comprobación o refutación de las hipótesis de este trabajo):

Participantes:

Madre: (Guadalupe)

Paciente: (Araceli)

Terapeuta

Madre: Yo quisiera, que se le ayudara a mi hija lo antes posible, porque mire doctor hay cosas, que considero que Araceli, debe cambiar para su bien.

Terapeuta: Vamos por partes, que le parece que Araceli, hable, y comience a comentarnos el problema principal.

Araceli: Bueno doctor se supone, que debería dejar la marihuana, pero es que a veces no es posible, por que solo consumiéndola logro calmar mis ahogos y asfixias.

Madre: ¡No quieras justificar esos comportamientos, con tus supuestos ahogos y asfixias!

Araceli: No son supuestos, pues si tú estuvieras en mi lugar entenderías mi situación.

Terapeuta: Haber Araceli, en que momento es cuando aparecen esos ahogos, y asfixias.

Araceli: Aparecen normalmente cuando estoy con mis compañeros de clase. Una vez estábamos en un día de campo, y pues bueno no le voy a mentir nos tomamos unas cervecitas, y de repente estaba sola con dos de mis compañeros, y comencé a sentir ciertos ahogos, lo cual me llevó a correr atrás de un árbol y quitarme la ropa.

Madre: ¡Hay si como no!, pues tu tienes la culpa para que andas bebiendo así con quien sabe quienes.

Araceli: Tú no entiendes mamá, no nada mas me dan los ahogos cuando bebo, es algo que no me puedo explicar ni yo misma.

Madre: Ah, pero si le puedes explicar al doctor, que tu y tu bola de amigos son unos ¡degenerados!, acuérdate la vez que los descubrí vistiéndose a ti y tu amiguita con ropa de hombre, y a tu amiguito de mujer. ¿No crees que eso sea de degenerados?

Terapeuta: ¿Y que me puedes decir acerca de tu consumo de mariguana?

Araceli: Me gustaría hablar de eso la próxima sesión, y de ser posible a solas con el doctor.

Madre: Hay si, hay algo de lo que no quieres que yo me entere, ¿verdad?

Araceli: .No es eso mama, solamente que me sentiría con mas confianza a solas con el doctor.

Nota: (A las sesiones siguientes, la madre de Araceli, se quedó fuera del consultorio, ya que de esta manera ella se sentía con más confianza de hablar de toda su problemática con el terapeuta).

Terapeuta: ¿Quisieras hablar de que es lo que te pasa por ejemplo?

Araceli: La verdad es que a raíz de la vez que me vestí de hombre, me sentí un poco confundida, ya que sentí ciertos deseos por mi amiga al verla vestida así, lo cual me confundió muchísimo, pues me llegó a la mente la idea de ser lesbiana por lo cual cuando me ataca esa duda, consumo la mariguana.

Terapeuta: ¿Cada cuanto consumes mariguana?

Araceli: Cada vez que me llegan esos pensamientos a la cabeza de que si soy o no soy lesbiana, aparte de que me tranquiliza bastante. Pero bueno yo sé que está mal, por lo que estoy aquí para que me ayuden a dejarla, dígame doctor ¿Que necesitaría para dejarla?

Terapeuta: Lo vamos a ir viendo, eso forma parte del tratamiento

Araceli: ¿Y esos ahogos que me dan a veces?

Terapeuta: ¿Qué se te ocurren con esos ahogos?

Araceli: Pues no sé, ya fui al doctor y ya me dijo que no tengo nada. A veces creo que tiene que ver con algo que pasa con mi familia, es como la sensación de estar atrapada dentro de casa, donde hay gran cantidad de problemas y de mitos, por ejemplo en relación con la sexualidad, siento que eso ya venía desde la relación con mis abuelos y mis padres, ya que para ellos también la sexualidad era un asunto prohibido, a veces recuerdo que una vez mi mamá, me contó que cuando adolescente ella presento una obra de teatro en donde era sorprendida semidesnuda y que cuando mi abuela la sorprendió la castigó golpeándola muy duramente., a partir de ahí creo que mi madre quedó traumada, y otro recuerdo importante para mi se refiere al hecho en que en una ocasión también mi abuela me dijo que había sorprendido a mi madre en su cuarto acariciándose con una amiga, en ese entonces mi madre tenía más o menos mi edad., y como vivían en la Ciudad de Durango, aquello fue todo un escándalo y creo que en parte por eso mi mamá se casó con mi padre muy joven y se vino a vivir a México sin conocer bien a mi papa, creo que todo ello fue afectando la relación de mis padres con nosotros, ya que a veces pienso que hay cosas en la vida que se van repitiendo y que se siguen presentes a través del tiempo, nunca pensé que mi gusto por mi amiga tuviera algo que ver con mi madre, pero a través de las sesiones, a veces creo que es como una repetición de algunas cosas que ocurrieron, y que tal vez no han sido resueltas en mi familia.

Nota: El anterior discurso fue obtenido en una sesión individual estando el terapeuta y la autora de esta tesis.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

En el caso de Araceli, podemos encontrar aquellos elementos, que nos permiten la confirmación o refutación de las hipótesis presentes en este trabajo además de poder encontrar la puesta en juego de los puntos de referencia mencionados en el glosario, uno de ellos es precisamente aquel que se refiere a la compulsión de repetición, mediante lo cual determinado comportamiento, vuelve a presentarse, como repetición de una historia de algo no resuelto en la familia del paciente, otro aspecto importante es el lugar del mito familiar referidos en el marco teórico., todo lo anteriormente dicho, está íntimamente relacionado con la compulsión directa de cada paciente a consumir la marihuana como paliativo relajante, visto en los tres casos, consumen la droga para bajar sus niveles de ansiedad debido, a los conflictos que los atacan actualmente., en el caso de Araceli se presenta el consumo cuando aparecen esos ahogos, con asfixia, aparte de la pregunta que la ataca continuamente acerca de su preferencia sexual., en el caso de Hugo cuando la madre aparece desnuda ante él., y en el caso de Gabriela el consumo se lleva a cabo debido a los anteriores fracasos con los hombres.

Una de las preguntas que había planteado en los objetivos específicos era la siguiente:

¿Cuál es el conflicto existente entre cierto paciente farmacodependiente y la historia anterior y transgeneracional que lo habita?

En el caso de Araceli, podemos relacionar con base en el discurso ya señalado, la relación existente entre aquellos conflictos no resueltos en la figura materna, transmitidos a través del discurso (el relato de la abuela), y como se presenta la repetición de los mismos en la misma paciente., (el impulso exhibicionista, así como el juego de la pulsión homosexual., presente en la madre y repetido en la hija), el consumo de la marihuana aparece como una manera de calmar la ansiedad ante la aparición de los impulsos libidinales, en donde esta en juego el deseo.

La hipótesis principal de este trabajo:

Si en determinado paciente fármaco dependiente se presenta cierta sintomatología (ansiedad, depresión, inhibición y drogadicción), dichos síntomas pueden ser explicados como resultado de que están en función de la historia anterior del sujeto.

Se confirma también en la medida en que la sintomatología de Araceli (ansiedad, drogadicción, impulso exhibicionista, y deseos homosexuales), están en función de la historia anterior del sujeto, ello resulta evidente con base al contenido de las sesiones donde nuevamente se muestran los aspectos no resueltos en la transmisión del discurso familiar.

En el caso de Gabriela, es claro que también podemos encontrar una revelación directa entre la historia relacionada con la figura del padre y la sintomatología de la paciente. Podemos incluso afirmar que el acto que Gabriela realiza en la fiesta (quitarse la falda y bailar con ropa interior roja), es en realidad un acto sintomático dirigido a la mirada del padre, puesto que con dicho acto Gabriela está simbólicamente bailando para el padre de manera inconsciente.

Es también evidente que en función de su historia personal el tipo de novios que busca, es también una repetición de la historia materna, ya que son todos hombres simbólicamente caídos, como fue el padre a los que busca sacar adelante, de la misma manera en que su madre sacó adelante a su padre, cuando este se encontraba sin empleo.

Gabriela busca repetir la historia de su madre de manera inconsciente, encontrando en ese acto sintomático una búsqueda de ese padre ausente y a la vez realizando en ese acto una acción que le impide llevar a cabo una búsqueda diferente de objeto puesto que todo lo que hace es repetir la misma historia que había hecho su madre.

Es importante señalar que la búsqueda paterna por parte de Gabriela, es una búsqueda intensa a través de su vida buscando con ello hacer revivir la figura paterna y ello encuentra un punto clave en la escena de la fiesta donde, verdaderamente se manifiesta la verdad de su síntoma.

Considero que el análisis del discurso de las sesiones de Gabriela nos permiten afirmar las preguntas de investigación planteadas en la introducción de este trabajo para el caso de Gabriela, en referencia a la hipótesis principal se encuentra en su discurso un cierto grado de depresión y ansiedad el cual siempre nos lleva a la historia anterior de Gabriela.

Es confirmada en base al contenido de las sesiones. La hipótesis secundaria:

1. La sintomatología del paciente, implica una concatenación de eventos que inciden directamente en la génesis de la psicopatología del paciente adicto.

Es también confirmada por el discurso de la misma manera que es confirmada la hipótesis secundaria:

2. Si el sujeto fármaco dependiente proviene de una familia cuya situación transgeneracional no ha sido resuelta, ello entonces podrá determinar su sintomatología actual, siendo esto accesible empíricamente mediante su discurso.

Consideremos por ahora la situación del 2do caso, Hugo: En este caso podemos encontrar a la vez que su particular sintomatología (impulso de ver a las muchachas), está particularmente relacionada con aquellos aspectos relacionados con la figura del padre y su afición a la fotografía, podemos pensar que el sujeto se identifique en parte al deseo del padre por ver, pero también y esto hay que remarcarlo de manera muy precisa, al deseo de la madre por ser vista (recordemos la frase dicha por el paciente, “si yo me voy de casa entonces quien va a ver a mi madre”), frase que adquiere significado puesto que nos marca el entrecruzamiento tanto del deseo del paciente como del deseo materno, pues nos revela que existe una coincidencia entre una madre que quiere ser vista y un hijo que desea ver., aquí ambos deseos se encuentran.

Seguramente en la historia anterior de esta madre existieron elementos en su historia personal que señalan un gusto por ser vista, y a la vez dichos elementos, de alguna forma se relacionan también con la problemática particular que afecta a Hugo.

Los síntomas de Hugo (se cuadro obsesivo), también puede ser explicado como resultado de que está en función de la historia anterior del sujeto, aún cuando ello no explica completamente el síntoma de la drogadicción en este paciente, para responder a la pregunta de ¿por qué la elección de la marihuana?., podemos buscarlos tanto en los factores socioeconómicos de la oferta de circulación en el mercado de la droga, como por parte del sujeto de una cierta oralidad que lo lleva a buscar en ese tipo de droga la satisfacción a sus tendencias orales.

Considero que en el caso de Hugo también hay elementos para confirmar las hipótesis secundarias, planteadas anteriormente.

Por último consideremos que el hecho de buscar el consumo de un paliativo como la marihuana, u otras drogas, se deben en gran medida a la inconformidad que siente la persona adicta hacia ciertos aspectos que actualmente vive, y vivió, por lo cual no se siente a gusto, y es ahí donde busca refugiarse en la droga para de esta manera crearse, y habitar en otra realidad momentánea que se encuentra en el consumo de la droga, en este caso la marihuana., de ahí viene la famosa frase “aliviánate”, ya que cuando muchas veces los conflictos atacan a la persona adicta, opta por recurrir a un tranquilizante, que lo aliviane momentáneamente del conflicto que en ese momento lo está atacando.

La marihuana puede utilizarse con diversos fines, en el caso de este trabajo de investigación, se percibe claramente que en los tres casos los pacientes expresan que con el consumo de marihuana reducen sus niveles de ansiedad, en el caso de Gabriela cuando se acordaba de sus fracasos amorosos, y comenzaba la depresión., en el caso de Hugo cuando “veía a su madre desnuda”, y a Araceli, cuando le venía a la mente la pregunta de su preferencia sexual.

Al finalizar la realización de este trabajo se puede concluir que la dependencia a sustancias psicoactivas se debe a conflictos inconscientes en la estructuración psíquica del individuo afectado, donde éste por medio de la utilización de las diferentes drogas trata de escapar de su realidad y engrandecer su personalidad.

Por otra parte, es importante resaltar que la adicción se caracteriza por una dependencia tanto física como psíquica, produciendo fuertes cambios en la vida de la persona convirtiéndose en un ser vulnerable, compulsivo, intolerante e inestable entre otras características.

Durante la terapia psicoanalítica una parte clave consiste en lograr que el paciente llegue a expresar con palabras sus angustias y ansiedades, en vez de utilizar las drogas como medio de desahogo.

Por esto y por varias razones, el tratamiento es esencial para la recuperación del paciente y la conversión de su “proyecto de muerte” en un “proyecto de vida”.

¿Cómo cerrar la puerta a la farmacodependencia? (Luna José Arturo, 1996)

Lo que se debe hacer, es cuidar que no se presenten los factores que puedan facilitar la inclinación de un joven hacia una de las drogas de abuso. Y en esto, la familia juega un papel muy importante.

En realidad, unos padres que dan cariño y atención a sus hijos, están poniendo un obstáculo contra la farmacodependencia.

¿Cómo es esto? Muy sencillo.

Si los niños crecen con amor y seguridad, si tiene confianza para comunicarse con sus padres, si se sienten comprendidos, será difícil que busquen evadirse a través de las drogas.

En un ambiente de cariño y apoyo, los niños aprenden a tener seguridad en sí mismos, a formar su propia personalidad, sin necesidad de elementos externos como las drogas. Por eso, los padres de familia tienen en sus manos la posibilidad de evitar que sus hijos sean fármaco dependientes. Pero no fiscalizándolos o reprimiéndolos, sino otorgando su afecto y confianza.

¿Y cómo se demuestra?

Hay muchas maneras. Aquí se señalan algunas:

- Platique con sus hijos, hable con ellos sobre sus actividades y sus problemas.
- Dentro de lo posible comparta con ellos las horas de comida.
- Oriéntelos para hacer sus tareas.
- Veán juntos la televisión, y comente con ellos el contenido de los programas, así como los libros o revistas que lean. De esta manera, les ayudará a resolver dudas que pueden surgir y evitará que se formen ideas equivocadas sobre los distintos problemas individuales y sociales.
- No tenga temor de expresar su cariño a sus hijos. Esto los ayudará a sentirse seguros.
- Todos necesitamos saber que somos importantes y apreciados. Haga que sus hijos lo sientan. No deje pasar la oportunidad de hacerles saber que los quiere y los respeta.
- Comparta con sus hijos su tiempo libre. Muéstreles que hay muchas actividades recreativas, deportivas y culturales que pueden disfrutar juntos.
- La disciplina es muy importante. Ponga reglas adecuadas y vigile que se cumplan.
- No lleve la disciplina a extremos rígidos. Sea firme, pero razonable y flexible.
- Procure escuchar a sus hijos. Es muy importante que sepa sus inquietudes, sus problemas y sus logros.
- Evite darles mal ejemplo.
- Si a pesar de esto, en su hogar se presenta el problema de la farmacodependencia, recuerde que en sus manos está apoyar a su hijo.

Conviene poner en práctica estas reglas elementales

- Enfrentar decididamente el problema. Nunca negarlo.
- No agredir a su hijo con hechos ni palabras.
- Si el muchacho estudia buscar el apoyo de sus maestros.

Razones para no Consumir Drogas

Consumí para ser feliz y conocí la infelicidad

Consumí para ser sociable y me aislé de los demás

Consumí para ser amable y me volví amargado

Consumí para hacer amigos y me quedé solo

Consumí para poder soportar los dolores de la vida y caí en la autocompasión

Consumí para poder dormir y me levanté cansado

Consumí para ser más hombre y me volví impotente

Consumí para trabajar mejor y perdí el empleo

Consumí para tener más confianza y empecé a temblar

Consumí para ser valiente y me llené de temor

Consumí para sentirme seguro y empecé a dudar de mi mismo

Consumí para ser creativo y empecé a olvidar las cosas

Consumí para olvidar y me atormentaron los recuerdos

Consumí para sentirme libre y me convertí en esclavo

Consumí para resolver mis problemas y estos se multiplicaron

Consumí para ayudarme a vivir e invité a la muerte

Consumí para tener la experiencia del cielo y conocí el infierno

Por todo esto.... ya no consumo alcohol ni droga!

Anónimo. (Rodríguez Pio Quinto, 2000)

RECOMENDACIONES PARA TRABAJAR A FUTURO

En este trabajo, existen ciertas limitaciones, ya que únicamente es válido para un sector de pacientes cuya problemática, está íntimamente relacionada con la historia transgeneracional y por consecuencia la explicación de los síntomas debe buscarse, en esa conexión de acuerdo a los objetivos de este trabajo, ciertamente se ha tomado una cierta muestra de pacientes, cuya problemática, podía explicarse, a partir de los factores citados.

Los resultados obtenidos pueden aportar cierta claridad en algunas particularidades, de la familia mexicana cuya problemática (drogadicción), puede explicarse bajo las circunstancias mencionadas. Evidentemente serían necesarios mayor número de trabajos que pudieran abarcar, otro tipo de pacientes, y también el consumo de otras drogas, para así poder plantear otro tipo de conclusiones que pudieran aproximarse a cernir el fenómeno de la drogadicción en aspectos más amplios, así como de otro tipo de familias mexicanas que se ven enfrentadas a este tipo de problemáticas.

En muchos casos de drogadicción, no parece evidente la conexión entre una historia personal transgeneracional, y la problemática presentada de drogadicción, casi siempre los padres de familia, atribuyen, dichos síntomas (drogadicción), mal comportamiento, etc., a la influencia de los amigos o del medio ambiente. Es posible pensar que casi siempre la familia, prefiere pensar que el problema está afuera en los demás, y no dentro de ella misma, es un mecanismo de defensa llamado discriminación, que se presenta con frecuencia, de la misma forma que un paciente individual disocia los aspectos negativos de si mismo proyectándolos en el otro. Es posible pensar, que una investigación más cuidadosa en la problemática del tipo de familia mencionada (aquella que disocia), pudiera también arrojar algún tipo de resultado, como el mencionado en este trabajo de tesis.

Ello queda como una sugerencia a pensar, para futuras investigaciones así como poder también incluir el estudio con otro tipo de drogas, tales como (cocaína, éxtasis, lsd, crack, y drogas de diseño químico), debido a que su consumo a aumentado en gran escala, en el México actual, y según los datos de Centros de Integración Juvenil, podría ir en aumento en los siguientes años, por lo que se haría necesario, llevar adelante, investigaciones más profundas, para enfrentar el problema con eficacia.

Este tipo de investigación se ha abocado, a la problemática familiar interna de ciertas familias, para las cuales este tipo de resultados son válidos, desde luego que son también necesarias otro tipo de investigaciones, de tipo social, que abarquen los problemas socioeconómicos concernientes, a la distribución y al consumo de la droga para que de esta manera, se puedan afirmar, con mayor certeza, cuales pueden ser los factores protectores contra la drogadicción y de esta manera llevar a delante, una adecuada prevención del fenómeno de la drogadicción.

La institución donde llevé a cabo mi trabajo de tesis, considera que para prevenir la drogadicción son necesarios cuatro factores denominados, autoestima, actividad, apego escolar, y afrontamiento del estrés. A estos factores podría agregarse que lo que es muchas veces decisivo, en el síntoma de la drogadicción es el factor de identificación, con un padre ausente y alcohólico. Ya que ello en muchos casos, como factor intrapsíquico puede agregarse a los factores mencionados y en consecuencia contribuir, a la aparición del fenómeno de la drogadicción.

Por último para desaparecer completamente el problema de la drogadicción, se tendría que comenzar con un cambio revolucionario de mentalidad a nivel masa, junto con la erradicación de los focos de narcomenudeo. Es claro que la drogadicción, pero sobretodo la drogadicción en México, es un reflejo de la inconformidad colectiva en la que actualmente vivimos.

G L O S A R I O

Angustia automática.- Reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitación de origen externo, o interno que es incapaz de dominar.

Conflicto psíquico.- En psicoanálisis se habla de conflicto cuando en el sujeto opone exigencias internas y contrarias. El conflicto puede ser manifiesto (por ejemplo entre deseo y una exigencia moral, o entre dos sentimientos contradictorios)

Deseo.- En la concepción dinámica freudiana, uno de los polos del conflicto defensivo, el psicoanálisis ha mostrado, basándose en el modelo del sueño, como el deseo se encuentra también en los síntomas en forma de una transacción.

Fantasma.- escenificación imaginaria en la que se haya presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y en último término de un deseo inconsciente.

Histeria.- Clase de neurosis que ofrece cuadros clínicos muy variados. La especificidad de la histeria se busca en el predominio de cierto tipo de identificación, de ciertos mecanismos (especialmente la represión a menudo manifiesta) y en el afloramiento del conflicto edípico.

Identificación.- Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones.

Inconsciente.- El adjetivo inconsciente se utiliza en ocasiones para calificar cualquiera de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia

Neurosis de carácter.- Tipo de neurosis en la cual el conflicto defensivo no se traduce por la formulación de síntomas claramente aislables, sino por rasgos de carácter, formas de comportamiento o incluso una organización patológica del conjunto de la personalidad.

Novela familiar.- Expresión creada por Freud para designar fantasías, mediante las que el sujeto modifica imaginariamente sus lazos con sus padres. Tales fantasías tienen su fundamento en el complejo de Edipo.

Represión.- Operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligados a una pulsión.

Transferencia.- Designa en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconsciente se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida entre ellos y de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman, N.W. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Argentina. Ed. Paidos, 1994.

Ackerman, N.W. Psicoterapia de las Relaciones Familiares, Buenos Aires. Ed. Paidos, 1978.

Bulacio. J. Bruno y otros. De la drogadicción (contribuciones a la clínica), Buenos Aires. Ed. Paidos, 1986.

Bulacio Bruno J. Observaciones sobre un tratamiento. Buenos Aires. Ed. Nueva visión, 1985.

Bulacio Bruno. Aportes de la Experiencia al Tratamiento y Psicopatología de la Drogadicción. Ed. Nueva Visión, 1997

Bleger. José. Simbiosis y Ambigüedad, Buenos Aires. Ed. Paidos, 1984.

Bleger, J. Psicología de la conducta, Argentina. Ed. Paidos, 1974.

Bleger, J. Temas de psicología (entrevista y grupos), Buenos Aires. Ed. Nueva Visión, 1985.

Berenstein. I. Familia y enfermedad mental, Buenos Aires. Ed. Paidos, 1978.

Braunstein Nestor, Saal Frida, Pasternak Marcelo, Psicología, Ideología y Ciencia, México Ed. Siglo XXI Editores, 1982.

C.I.J. Como Proteger a tus hijos Contra las Drogas. Guía Práctica para Padres de Familia, México: Centros de Integración Juvenil, 1999.

C.I.J. Modelo de Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Genero, México: Centros de Integración Juvenil, 2006.

C.I.J. Drogas las 100 Preguntas más Frecuentes: Centros de Integración Juvenil, 2007.

C.I.J. Aportaciones teóricas y prácticas para el conocimiento del farmacodependiente: Centros de Integración Juvenil, 1979.

C.I.J. Experiencias de trabajo con la familia del farmacodependiente, vol.3: Centros de Integración Juvenil, 1995.

Consejo Nacional contra las adicciones. ENA, 2002.

Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional Sobre Las Adicciones, 1993.

Diccionario de Psicología y Pedagogía—Tlalnepantla, Edo. De México, 2004.

Encuesta Nacional de Adicciones. CONADIC. Secretaría de Salud, 2002.

Freud, S. "La interpretación de los sueños", en Obras Completas; Tomo 5. Ed. Amorrortu, 1900.

Freud, S. Tres Ensayos sobre la Teoría Sexual. Tomo 7, Buenos Aires Argentina. Ed. Amorrortu, 1905.

Fenichel, Otto. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis, Argentina. Ed. Paidos, 1966.

González Alberto. Análisis de la Relación de Pareja. Argentina. Ed. Nueva Visión, 1988.

Hanna Segal. Introducción a la Obra de Melanie Klein, Buenos Aires. Ed. Paidos, 1978.

Kerlinger. N. Fred. Investigación del comportamiento, Técnicas y Metodología. Ed. Nueva Editorial Interamericana, 1975.

Laplanche. J. Pontalis, J.B. Diccionario de psicoanálisis, Barcelona. Ed. Labor, 1977.

Lagache, D. Psicología clínica y método clínico, Buenos Aires. Ed. Paidos, 1982.

Luna José Arturo. ¿Qué Hacer con un Hijo Adicto? Bogotá. Ed. San Pablo, 1996.

Medina Mora Ma. Elena, Tendencias del Abuso de Drogas en México, CONADIC Informa Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones. Ed. 2001.

Ocampo Vera Eduardo. Droga, psicoanálisis y toxicomanía, México. Ed. Paidos, 1988.

Pichon Riviere. La Psiquiatría, una nueva problemática. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión, 1988.

Pichon Riviere. El Proceso Grupal. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión, 1985.

Rosenfeld Herbert A. Estados Psicóticos. Buenos Aires. Ed. Paidos, 1978.

Rosenfeld David. Clínica Psicoanalítica. Estudios sobre Drogadicción.
Buenos Aires. Ed. Galerna, 1976.

Roldan Arturo. Umbrales del Análisis. Buenos Aires. Ed. Manantial, 1988.

Rodríguez, Pio Quinto. Memorias de un Drogadicto. Barranquilla-Colombia.
Ed. Tipografía Unión Ltda, 2000.

Seminario y Jornadas del Campo Freudiano en Barcelona. Umbrales del Análisis.
Argentina. Ed. Manantial, 1986.

Watzlawick. P., Bavelas Beavin. J. Y cols, Teoría de la comunicación humana,
España. Ed. Paidós, 1997.