



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Efectos del consumo de sustancias adictivas en las relaciones interpersonales de un adicto"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

**Karen Magdalena Pérez Navarrete
Estefania Elizabeth González Reyes**

Directora: Dra. Azucena Hernández Ordoñez

Dictaminadores: Lic. Bertha Esther Gallegos Ortega

Lic. Edy Ávila Ramos





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.

ÍNDICE:

1. Resumen. -----	4
2. Introducción. -----	5
3. Justificación. -----	9
3.1. Objetivo general. -----	11
3.2. Objetivo particular.-----	12
4. Sustancias psicoactivas. -----	14
4.1. Definición de droga.-----	18
4.2. Tipos de droga.-----	19
4.3. Contexto histórico – cultural.-----	20
5. Toxicomanías.-----	23
6. Rehabilitación. -----	30
7. Metodología. -----	48
7.1. Participantes.	
7.2. Procedimiento.	
7.2.1. Escenario.	
7.2.2. Aparatos.-----	49
8. Análisis de las entrevistas. -----	50
8.1. Datos sociodemográficos.	
8.2. Ejes temáticos.-----	51
8.2.1. Eje 1. Conociendo al monstruo.	
8.2.1.1. Espejo.-----	54
8.2.1.2. Edificio.-----	56
8.2.1.3. Refugio.-----	58

8.2.1.4.	Cinzel y martillo.-----	60
8.2.1.5.	Bienestar. -----	62
8.3.	Eje 2. Lo que no te mata te hace más fuerte. -----	64
8.3.1.	Presunción de la juventud. -----	66
8.4.	El viacrucis y las recaídas. -----	67
8.4.1.	Varita mágica.-----	68
8.4.2.	Capillitas. -----	69
8.5.	Eje 4. Esta es la buena. -----	70
8.5.1.	Cicatrices que ha dejado el monstruo.-----	71
8.5.2.	Catedral.	
8.5.3.	Pata de conejo.-----	72
8.6.	Conclusiones.-----	74
8.7.	Bibliografía. -----	77

1. RESUMEN:

La presente investigación tuvo como objetivo averiguar los efectos del consumo de sustancias adictivas en las relaciones interpersonales de un adicto en recuperación. Buscando con esto dar cuenta de las consecuencias que ha dejado el consumo de narcóticos en la esfera personal, familiar y social. Basándonos en una perspectiva histórico cultural, en donde el hombre es un ser histórico-social, pues es moldeado por la cultura que él mismo crea, dependiendo claro, del contexto en el cual se desenvuelva el individuo. Así pues, dichos objetivos fueron validados satisfactoriamente, mediante una entrevista semi-estructurada a dos adictos en recuperación, pertenecientes al grupo de Alcohólicos Anónimos Xocoyohualco.

2. INTRODUCCIÓN:

Torres (2007), argumenta que la familia es un complejo de roles y funciones (biológica, económica, espiritual, educativa, social, solidaria, psicológica), en donde la convivencia, sus integrantes, la manera en que se transmiten los valores, sentimientos y emociones, cómo se viven y cómo se manifiestan en sus miembros, son parte de un modelo interactivo que representa un factor importante en la tendencia de consumo de sustancias psicoactivas.

Entendiendo por droga, lo mencionado por Alpízar y cols. (2008); quienes aluden que, es "Toda sustancia natural o sintética, médica o no médica, legal o ilegal, de efecto psicoactivo y cuyo consumo excesivo y prolongado determina tolerancia y dependencia, así como diversas afectaciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales" (p. 4), pudiéndose agregar también daños físicos. Respecto al tratamiento de adicciones, como lo menciona Martin (2002), desde los modelos cognitivo conductuales se han desarrollado tratamientos centrados en la mejora de las habilidades de afrontamiento, en la potenciación de las habilidades sociales y en la prevención de recaídas. Asimismo, este autor, menciona que desde los modelos de condicionamiento clásico, también se han diseñado intervenciones basadas en la exposición a estímulos. Apareciendo la terapia de grupo como uno de los tratamientos de elección, existiendo en nuestro país modelos de intervención profesionalizados, que van más allá de los grupos de autoayuda.

El consumo de algunas sustancias duales como el alcohol y la cocaína según lo menciona Serrani (2009), producen efectos inmediatos y alejados. Los efectos inmediatos incluyen alteraciones de la conciencia, junto con diversos grados de incoordinación psicomotriz. Produciendo de esta manera en la esfera psíquica una sensación de omnipotencia y de invulnerabilidad, además de una disminución de las sensaciones displacenteras o disforicas lo cual tiene como consecuencia que los usuarios no valoren adecuadamente el riesgo implícito en la toma de decisiones, además de un fuerte efecto de *craving* (ansia o deseo intenso que se

describe en términos bastante ambiguos), cuando la sustancia se desvanece del organismo. Este craving como lo arguyen Franco y Griner (2008), aparece ante determinadas señales externas (contextos, entornos, etc.) internas (determinados estados afectivos), o ante la vivencia subliminal de los síntomas de abstinencia, pues el paciente experimenta que controla mal la cantidad que bebe, de forma que bebe en más ocasiones, más cantidad o en situaciones en las que no quería beber.

Franco y Griner (2008), argumentan que, los adictos no puede controlarse a sí mismos, lo cual abre el camino a los accidentes y/o los fenómenos de violencia, sumado a la adopción de conductas de riesgo o antisociales, todo lo cual forma el germen de situaciones conflictivas. Así mismo, este autor menciona que, el consumo de sustancias tóxicas a largo plazo se asocia a un deterioro físico (neuronal, de los órganos de los sentidos, aparato digestivo, cardiaco, respiratorio y endocrino) y psíquico (síndrome depresivo y falta de motivaciones, dependencia psíquica y física a la sustancia neuro-toxica, actitudes psicópatas y/o mitómanas, anhedonia, aislamiento); lo cual conlleva a una disminución en los rendimientos escolares y laborales, empobrecimiento afectivo e intelectual y, a largo plazo numerosas incapacidades permanentes.

Por otro lado, es importante hacer distinción entre “abuso” y “dependencia” de sustancias adictivas, pues, por un lado existen individuos que consumen reiteradamente de forma excesiva, pero que nunca llegan a mostrar el síndrome de abstinencia; por otro lado hay individuos que, abusando igualmente de estas sustancias muestran síntomas de abstinencia cuando dejan de hacerlo. Estas diferencias definen el abuso y la dependencia.

De este modo, como lo mencionan Franco F. y Griner U. (2008), el síndrome de dependencia es uno de los más graves problemas. Se trata de un cuadro que incluye manifestaciones vivenciales, conductuales, cognitivas y fisiológicas. Para los individuos que lo padecen, la vida se estructura alrededor de la sustancia y

esta constituye su máxima prioridad por encima de cualquier otro interés que el sujeto tuviera previamente. Así pues, los sujetos con un síndrome de dependencia presentan un amplio conjunto de síntomas y signos que se muestran asociados, aunque no necesariamente todos están presente en todos los pacientes ni en el mismo momento evolutivo. Los pacientes con este síndrome suelen aglutinar un alto número de problemas relacionados con el alcohol u otro tipo de drogas, tanto en la esfera individual como en la familiar y social. Así mismo este tipo de personas estructuran su vida alrededor de su adicción, y abandonan otras fuentes de placer o actividades, así, el sujeto dependiente incrementa paulatinamente la cantidad de consumo.

Ahora bien, se puede mencionar que existen dos síntomas muy importantes, la tolerancia y la abstinencia. La tolerancia se manifiesta como la necesidad de incrementar de manera progresiva la cantidad de sustancias adictivas para conseguir los cambios efectivos y conductuales que anteriormente lograba con cantidades menores; siendo en periodos muy avanzados de la dependencia cuando se produce una modificación importante en la curva dosis-respuesta disminuyendo notablemente la tolerancia y los pacientes experimentan clínica de intoxicación con pequeñas dosis. A lo cual, se puede agregar que la condición del adicto es de dolor, resentimiento, miedo y soledad. No pudiendo procesar su vida normalmente, compensando como puede; resultando que la familia del adicto también se enferma; ya que, experimenta sentimientos de enojo, frustración, culpa, vergüenza, que pueden convertirse en conductas facilitadoras hacia el adicto, como pueden ser la sobreprotección, la complicidad, la indiferencia, el regaño, la agresión, la evasión, el control, la recompensa, la victimización (Desacatos, 2009).

La sintomatología de la abstinencia incluye: temblor de pequeñas oscilaciones distal y en zona oro facial, hipertensión arterial, diaforesis, hiperventilación, pirexia e hiperreflexia, alteraciones del sueño con insomnio, anorexia, náuseas y vómitos, ansiedad, agitación, inquietud, irritabilidad, distracción, falta de concentración,

alteración de la memoria del juicio y alteraciones sensorio-perceptivas. En las primeras 48 horas de abstinencia pueden aparecer convulsiones por privación que suelen responder a la administración de diazepam. Es importante mencionar que el cuadro clínico de la dependencia puede complicarse por la aparición de una enfermedad somática o la irrupción de otro trastorno mental inducido por las sustancias ingeridas (delirium tremens, alucinosis alcohólica, delirio de celos, etc.), los trastornos cognitivos (Síndrome de Korsakov, demencias alcohólicas, Síndrome de Gayet-Wernicke, etc.), trastornos afectivos o por la presencia de ideación y conducta suicida.

La dependencia es el resultado de una compleja interacción entre vulnerabilidad individual y factores ambientales. Entre los factores que contribuyen a la vulnerabilidad individual no hay que olvidar las influencias genéticas, características biológicas y vulnerabilidad psicológica, que incluye el perfil temperamental, factores relacionados con el aprendizaje y la presencia de alteraciones psicopatológicas. Entre los factores socioculturales cabe destacar la importancia de los factores sociodemográficos (sexo, educación y ocupación), las actitudes y normas sociales y culturales (permisividad, tolerancia y creencias), y el contexto (disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad).

3. JUSTIFICACIÓN:

El abuso de sustancias psicotrópicas, constituye uno de los problemas de salud pública de nuestra época; afectando a la población sin distinción de género o nivel socioeconómico, incidiendo principalmente en niños y adolescentes de cualquier estrato social.

A este respecto, según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011, la prevalencia de dependencia al consumo de drogas en la población de 12 a 65 años de edad durante el último año es del 0.7%, muy similar a la que se tenía en el año 2008. Así pues, en términos de crecimiento poblacional, se ha pasado de 450,000 en el 2008 a 550,000 en el 2011. Resultando los hombres los más afectados en la dependencia al consumo de drogas (1.3%), en comparación con las mujeres (0.2%). Dando cuenta que la marihuana continúa siendo la sustancia de preferencia de los usuarios; observándose en la cocaína un incremento del 1.4%, en 2002, a 2.4% en el 2008 (Secretaría de Salud, 2009). Así pues, es importante mencionar que en lo que atañe al consumo del alcohol, hace diez años de cada siete hombres que consultaban por problemas relacionados con el mismo consultaban tres mujeres, hoy la relación es de seis hombres por cuatro mujeres; mientras que la OMS, plantea, que la cantidad de jóvenes que consume alcohol aumentó en 20%, en los últimos años (en Alpízar y cols. 2008).

De este modo, se pone un “foco rojo” en este fenómeno social, buscando posibles soluciones y la prevención del mismo. Atañendo a lo anterior que, en relación a las tendencias de recuperación, se debe tener en cuenta que la recuperación de la familia del adicto es necesaria para poder sanar de manera integral todo el daño producido por la adicción en el sistema familiar; pues, uno de los procesos más importantes en el proceso de rehabilitación del adicto es la intervención que debe realizarse con el grupo familiar, ya que, la familia del adicto se ve afectada seriamente durante todo el período en que se fue desarrollando la adicción. Al igual que la familia, el adicto puede recuperarse y vivir una nueva vida, libre de

adicciones y con una mejor calidad de vida; ya que estos tienen derecho y necesidad de recuperarse. Resultando la mayoría de las veces ser primero un familiar el que toma conciencia del problema y da los primeros pasos en búsqueda de ayuda (Torres, 2007).

Por otro lado, es importante mencionar que como lo arguye Martín (2002), el tratamiento de alcoholismo y otras adicciones tiene un importante componente psicosocial del cual los tratamientos psicológicos constituyen el núcleo esencial; por lo que dicho abordaje debe tomar en consideración en primer término la motivación del paciente. Pues si un individuo no quiere cambiar su estilo de vida nadie podrá forzarle a hacerlo.

Así pues, en base a lo mencionado con anterioridad, nos resulta importante investigar sobre este fenómeno social, pues este repercute de manera importante diferentes áreas de la vida del hombre. Como lo mencionan Franco F. y Griner U., (2008), "...las personas con algún tipo de adicción suelen aglutinar un alto número de problemas..., tanto en la esfera individual, familiar y social" (pp. 73); pudiéndose notar cambios en las relaciones intra e interpersonales del adicto, existiendo cambios antes, durante y después de la adicción. Presentándose con mayor frecuencia en los últimos años en personas de menor edad.

Así pues, como lo argumenta Hundefide (2005), hay que ubicar al sujeto en un viaje, en un paisaje socio-histórico con diferentes vías o senderos, los cuales le llevan a diferentes destinos dependiendo de qué posición en el paisaje se localice/situé la persona. En este viaje hay algunas paradas o estaciones donde otros senderos se cruzan, llevándole a otros destinos, y es en esos puntos que las posibilidades surgen para cambiar la dirección y saltar sobre otro tren...a un nuevo destino. Es decir, es importante ubicarnos en un tiempo y contexto respecto al adicto y su adicción para poder abordar de manera más completa dicho problema.

A este respecto, Alpízar (2008) menciona que el mundo actual es dinámico, y en él se producen frecuentemente eventos que si bien no se pueden evitar, al menos si se debe estar preparado para tomar decisiones y en el mejor de los casos evadir, evitar o atenuar los efectos nocivos que estos puedan acarrear. Y es que por estos motivos y los anteriores que, la prevención y resolución de este tipo de problemas cobra gran importancia, ya que, habría que cuestionarnos que es lo que estamos haciendo como sociedad para combatir y prevenir las adicciones, pues, la sociedad juega un papel trascendental en la prevención del consumo de drogas, que va desde la aceptación del consumo o no, hasta las conductas permisivas. Si bien no se puede permitir esta libertad del consumo sin condición, tampoco se puede prohibir; puesto que, de todos es conocido que la prohibición llama y sobre todo en los jóvenes a la violación. La sociedad no debe permanecer impasible ante actitudes que tiendan al consumo de sustancias adictivas. Es necesario crear en los jóvenes una actitud responsable y consciente, para que sean capaces de tener los suficientes recursos personológicos (afectivos, cognitivos y volitivos) para discernir entre lo enriquecedor y lo dañino o perjudicial a la persona.

Esperando así que con la presente investigación, se dé cuenta de las repercusiones del consumo de sustancias adictivas y las esferas que resultan o pudieran resultar afectadas en el usuario de las mismas; buscando de esta manera, que personas en estado vulnerable como lo son niños y jóvenes adquieran información preventiva respecto al tema.

En base a lo anterior, los objetivos de la presente investigación son los siguientes:

3.1 Objetivo general:

Investigar los efectos del consumo de sustancias adictivas en las relaciones interpersonales de un adicto en recuperación.

3.2 Objetivo particular:

Dar cuenta de las consecuencias del consumo de sustancias adictivas como alcohol, marihuana, cocaína y heroína, entre otras; en la esfera personal, familiar y social de un adicto en recuperación.

Así pues, cabe mencionar que para poder llevar a cabo dicho objetivo se pretende realizar dos sesiones observacionales en un grupo de Alcohólicos Anónimos (AA), el cual se encuentra ubicado en Av. de los Barrios, Col. Los Reyes, Iztacala, Tlalnepantla, Edo. de México.

Dicho grupo estaba conformado aproximadamente por 20 adictos, con un rango de edad entre 18 y 50 años de edad; los cuales se encuentran en un servicio de “media luz”.

A través de dichas observaciones, se buscó empatizar con los miembros del grupo de AA para que de esta manera accedieran a colaborar en la investigación.

Cabe destacar que se llegó al acuerdo con los participantes que serían respetados el anonimato de los resultados obtenidos; así como su identidad. Eligiéndolos por voluntad, pues, se les explico a grandes rasgos los objetivos de la investigación y por tiempo y disposición, fueron dos adictos los que se ofrecieron a participar.

Para dichas observaciones no se ocupó ningún aparato, pues sólo se requirió de papel y pluma, para anotar aspectos que resultaron relevantes como fue la conformación del grupo y la distribución de tareas dentro del mismo.

Una vez efectuado lo anterior se prosiguió a realizar una entrevista semi-estructurada a los participantes, la cual sirvió de base para indagar el proceso de adicción y recuperación al uso de narcóticos en adictos en recuperación; para posteriormente comparar lo dicho por los participantes con el marco teórico.

Dicha entrevista se dividió en tres esferas: 1. personal, 2. familiar y 3. Social. Así pues, esperamos que dicha entrevista nos sirva para determinar las posibles causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas.

No obstante, para lograr los objetivos antes mencionados, no sólo se hará uso de las entrevistas realizadas a los participantes, sino también, se dará cuenta de lo mencionado en otras investigaciones; buscando de esta manera corroborar o refutar lo planteado en la presente investigación, con lo estudiado por otros autores.

Así pues, en lo que concierne al trabajo teórico, se desarrollaron tres capítulos: 1. Sustancias psicoactivas, 2. Toxicomanías y 3. Rehabilitación. En el primer capítulo (Sustancias Psicoactivas) se da cuenta del significado de dicha sustancia; vías de administración; tipos de droga y el contexto histórico-cultural de las mismas, con la finalidad de dar a conocer la dimensión del “problema”.

Mientras que en el capítulo 2 (toxicomanías) se hace referencia a los “criterios” que conciben a una persona como adicto; (por ejemplo, presentar dependencia física y psicológica de la sustancia, o bien, síndrome de abstinencia al suprimir la ingesta de la droga); los posibles factores que determinan a un adicto a sustancias psicoactivas y algunos efectos colaterales de la toxicomanía. Así pues, el capítulo 3 describe el proceso de rehabilitación, y algunas instituciones que facilitan el mismo, por ejemplo, AA y las comunidades de práctica.

4. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Cuadevilla (2007) propone que como sustancia adictiva debe entenderse: toda “sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas”. Así, la diferencia entre una droga y un fármaco no viene dada por criterios farmacológicos, químicos o médicos, sino por dos pequeños matices de tipo instrumental y social, los cuales son los siguientes: 1. Que sea el propio individuo quien se administra la sustancia sin prescripción médica y 2. Que el objetivo sea distinto al de la curación de una patología. Sin embargo, se debe tener en cuenta que algunas sustancias pueden ser consideradas drogas o fármacos según el contexto. Por ejemplo: los esteroides, los cuales podrían ser en un principio fármacos de prescripción médica, pero si son utilizadas en gimnasios para mejorar el rendimiento físico podrían ser considerados como drogas. Lo cual, nos lleva a cuestionarnos que podrían también ser consideradas como “drogas” la comida, el sexo, o bien, las situaciones en las que el ser humano se inmiscuye aun conociendo su nocividad; pudiendo ser el caso de las relaciones interpersonales destructivas, pues estas suelen convertirse en la mayoría de las ocasiones en un círculo vicioso; es por esto que consideramos que las definiciones deben ser ampliadas tomando en cuenta dichas situaciones, evitando así sesgarse y referirse a un solo escenario.

Ahora bien, este autor menciona que, el uso de psicoactivos con fines terapéuticos, recreativos y sacramentales es tan antiguo como la propia Humanidad; refiriendo Becoña y Cols. (2010) dentro de estos usos, fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc. No obstante, actualmente destacan las nuevas adicciones; de las cuales, algunas están derivadas de sustancias, como es el caso de la heroína, la cocaína, las drogas de diseño, el LSD, etc., y otras que son las adicciones comportamentales, es decir, sin sustancia, como la adicción a Internet, al juego de azar, al teléfono móvil, a los

teléfonos eróticos, al sexo, a las compras, y a un amplio etcétera de conductas que pueden llegar a ser adictivas.

Resultando importantes estas últimas, ya que en la actualidad cada día cobran más relevancia, pues, cada vez resulta más frecuente encontrar a personas con el celular en las manos, sufriendo crisis de ansiedad por no tener acceso a internet y no poder actualizar el estado de Facebook y/o Twitter; y es que, consumiendo sustancias psicoactivas o no, la dependencia que ambas situaciones generan son equiparables, por lo cual creemos que en relación a las adicciones se habla de un problema social como ya lo habremos escuchado en otros lados; sin embargo, su origen es individual, e individualizado, pues cada caso de adicción presenta diferentes características; creyendo conveniente no rotular diferentes grupos de la sociedad como vulnerables, pudiendo ser el caso de los más necesitados económicamente; ya que, hay que tener en cuenta que cuando de una adicción se trata, se desliga al sujeto de su realidad, llevándolos finalmente al estado de vulnerabilidad y dependencia ante la sustancia nociva, situaciones que aplican para todos los sectores.

Así pues, asociado a lo anterior la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2012) argumenta que, en la actualidad el mundo está siendo testigo de un nuevo y alarmante problema de drogas, siendo muchas de esas drogas legales. Coexistiendo comercializadas como “euforizantes legales”, “productos químicos de investigación”, “abono para plantas” y “sales de baño”; dando origen a lo que se conoce como “las nuevas sustancias psicoactivas” (NSP), mismas que están proliferando a un ritmo sin precedentes y planteando importantes problemas de salud pública. Estando actualmente estimado el número total de estas sustancias en cientos, creciendo constantemente. Dato alarmante, ya que, las mezclas de NSP están siendo compradas por los usuarios sin saberlo, dando lugar a imprevisibles y, a veces, desastrosos efectos. Permittiéndonos cuestionarnos referente a la omisión de la información, pues, ¿en verdad será un descuido el no informar a la sociedad sobre los efectos que producen ciertos

productos a la humanidad, o más bien será que prefieren mantenerlo oculto y así poder controlar a las mayorías? Ya que si tomamos en cuenta estas interrogante, podríamos decir también que, las personas serían adictas al consumismo de “x” o “y” producto, generado así retribuciones monetarias a las empresas.

De esta manera, la Dirección de Bienestar Estudiantil alude que, las sustancias psicoactivas (SPA) se clasifican en 2 rublos: el primero, en sustancias lícitas como el alcohol y el tabaco, y el segundo en sustancias ilícitas como la marihuana y la cocaína, entre otras. Mencionando a este respecto Fernández y Cols. (2007) que, la drogodependencia o el consumo adictivo de drogas, sean legales o no, tiene una naturaleza controvertida. Pudiéndolo relacionar con lo mencionado por Jáuregui (2007), quien manifiesta que, estas dos categorías (lícita e ilícita) son portadoras de un estigma diferente, pues, por un lado, en lo que concierna a las drogas lícitas, los progresos de la psicofarmacología y de la neurobiología han conducido a poner en el mercado productos que procuran un equilibrio psicológico con efectos secundarios “reducidos”; dando como consecuencia que la humanidad se “mejore” artificialmente gracias a los medicamentos psicotrópicos, fármacos o drogas, permitiendo así apaciguar la angustia, estimular el humor, estabilizar los cambios bruscos de humor, reforzar la memoria o la imaginación, calmar las conductas agresivas, entre otras posibilidades. Pudiendo modificar también las percepciones mentales sin peligro para sí mismo/a y los demás. Situación que nos lleva a pensar que la sociedad busca conformarse de individuos “normales” asistidos en permanencia por drogas cada vez más perfectas, tratando de formar así un mundo feliz, en el cual no existan cuestionamientos y dolencias.

Mientras que por otro lado, tenemos todo un abanico de sustancias igualmente psicotrópicas, cuya finalidad es también la modificación de percepciones mentales, buscando así acrecentar nuestras facultades más humanas, sin embargo, encarnan al contrario que las otras, el mito del “diablo” llamado droga. Siendo este grupo acusado de destruir tanto al sujeto como a la sociedad; pues, su utilización conduce a la adicción y repliegue hacia el interior del ser humano. Lo

cual, se ha conocido hasta ahora con el término “toxicomanía”; mismo que trata de una dinámica de desestructuración individual que tiene consecuencias sobre lo social. Por lo que creemos que este problema debe tratarse uno a uno, pues las circunstancias que llevaron a la persona a “reconocerse” como dicto son distintas.

Así pues, cómo lo menciona Serrani (2009), en el mundo occidental el consumo de sustancias adictivas por jóvenes y adultos es uno de los temas prioritarios de Salud Pública. Encontrando en las encuestas nacionales que el uso de Sustancias Psicoactivas tiene una prevalencia aproximadamente 4 veces mayor en hombres que en mujeres, y la proporción de consumidores está entre los 12 y 60 años, en donde se observa que dos de las drogas más utilizadas, solas o en combinación, son el alcohol y la cocaína. Esto a pesar del sin fin de efectos físicos y psicológicos que conllevan, mismos que están basados en el tipo de sustancias que se consuma. Y es que, si bien es un tema prioritario, quizá la información no está siendo llevada de la forma correcta pues al parecer mientras más información existe son más los jóvenes que experimentan y viven una adicción. Pensándose que quizá existen medios que orillan a las personas al consumo de dichas sustancias, pues, es bien sabido que representa un problema para la sociedad, consintiendo que existan personas que se benefician lucrando con las mismas. Creciendo en los últimos tiempos el consumo de dichas sustancias; no obstante, se debe tener presente que estas han estado presentes desde siempre en la vida humana; sin embargo, resulta contradictorio que sea ahora cuando supuestamente somos seres más “civilizados” que esta conducta está en su auge.

Ahora bien, según lo arguye Serrani (2009), estas sustancias producen efectos inmediatos y alejados. Algunos de los efectos inmediatos incluyen alteraciones de la conciencia, junto con diversos grados de incoordinación psico- motriz. En la esfera psíquica producen sensación de omnipotencia y de invulnerabilidad, además de una disminución de las sensaciones displacenteras o disfóricas, lo cual tiene por consecuencia que los usuarios no valoren adecuadamente el riesgo implícito en la toma de decisiones, además de un fuerte efecto de craving (deseo

irresistible de consumir una determinada sustancia), cuando la sustancia se desvanece del organismo. En efecto, no pueden controlarse a sí mismos, lo cual abre el camino a los accidentes o a los fenómenos de violencia, sumado a la adopción de conductas de riesgo o anti- sociales, todo lo cual forma el germen de situaciones conflictivas. Así, el consumo de sustancias tóxicas a largo plazo se asocia a un deterioro físico (neuronal, de los órganos de los sentidos, aparato digestivo, cardíaco, respiratorio y endocrinológico) y psíquico (síndrome depresivo y falta de motivaciones, dependencia psíquica y física a la sustancia neuro-toxica, actitudes psicopáticas y/o mitómanas, anhedonia, aislamiento), lo cual conlleva a una disminución en los rendimientos escolares y laborales, empobrecimiento afectivo e intelectual y, numerosas incapacidades permanentes; en la esfera neuropsicológica las drogas se asocian a un deterioro de dichas funciones, particularmente las funciones ejecutivas, además de las funciones perceptivo-motoras, visuo-espaciales, de memoria y ejecutivas.

Así, en relación a lo anterior es probable que haya personas que desconozcan los daños o perjuicios de una droga, no obstante, esta información es conocida por muchos, sin embargo, a pesar de ello, caen en el abuso y consumo de dichas sustancias ¿son sus vivencias, su contexto, o simplemente su naturaleza lo que los orilla a esto?

4.1 Definición de droga

Como ya se había mencionado con anterioridad existen diversas definiciones para precisar lo que conocemos como droga; sin embargo, para la construcción de esta investigación la entenderemos como "toda sustancia natural o sintética, médica o no médica, legal o ilegal, de efecto psicoactivo y cuyo consumo excesivo y prolongado determina tolerancia y dependencia, así como diversas afectaciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales" (Alpizar y Cols., 2008, p. 4), pudiendo agregar también daños físicos. Añadiendo Becoña y Cols. (2010) que, el abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo; surgiendo la dependencia con el uso excesivo de

la sustancia, lo cual, genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. Estando la posibilidad de que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana.

4.2 Tipos de droga

En relación a los tipos de drogas, podemos argumentar que al igual que con su definición existe una amplia gama de clasificaciones, pues, estas pueden dividirse como legal e ilegal, o bien, como naturales o de diseño, que de acuerdo a la sustancia, pueden tener efectos depresores, estimulantes, alucinógenos o una combinación de éstos (en red: PDF, clasificación de sustancias psicoactivas).

Así pues, en lo que concierna a la división de legal e ilegal, podemos decir que esta parte y se divide en relación a la permisividad que le puede otorgar o no la sociedad y/o el contexto en el que se desarrolle; siendo un ejemplo de lo anterior el alcohol, la cafeína y el tabaco, drogas permitidas por la mayoría de los países occidentales. Mencionando Caudevilla (S/F) que, por drogas naturales deben concebirse aquellas que aparecen espontáneamente en la naturaleza, en general hongos y vegetales, mientras que por sintéticas o de diseño debe entenderse aquellas sustancias que requieren de procesos físicos o químicos para su preparación.

De esta manera, siguiendo a este autor, podemos aludir que otros autores distinguen entre drogas duras y drogas blandas; de las cuales, las primeras son aquellas que producen graves riesgos para la salud, considerando a las segundas “supuestamente” menos peligrosas, entrando en esta última clasificación el alcohol, el tabaco y el cannabis. Sin embargo, se conoce que en relación a la morbilidad, mortalidad y al gasto sanitario asociado al alcohol y al tabaco es mucho mayor que el de todas las demás drogas ilegales juntas. Resultando importante mencionar que la distinción entre drogas blandas y duras expresa en realidad diferencias de tolerancia social, lo cual no resulta útil desde un punto de vista práctico.

Arguyendo a este respecto Aguilar (2012) que, hablando específicamente de adicciones, se han determinado múltiples factores que favorecen la aparición de las mismas; ya que, se han identificado diferentes factores de riesgo que pueden agruparse al menos en cuatro categorías: 1. los que pertenecen al plano individual, 2. los relativos al ambiente familiar, 3. los que están en relación con el entorno social y 4. los concernientes al ámbito educativo. No obstante, el hecho de que existan personas que consuman sustancias o que se tolere o incluso incentive esta práctica dentro de la familia induce la aparición de adicciones, pues, cuando un individuo tiene amigos que consumen drogas o se encuentra inmerso en un medio en el que existe el consumo de estas sustancias, la probabilidad de que tenga adicciones aumenta. Mencionado Becoña y Cols. (2010), que ningún país desarrollado ha quedado atrás en el surgimiento de estos problemas, tal como lo reflejan distintos estudios, encuestas y la propia realidad clínica de las personas que acuden en busca de ayuda cuando el problema les ha desbordado o les está produciendo graves consecuencias en su salud física, en su salud mental, en su trabajo, en la vida familiar, en su economía, etc.

4.3 Contexto histórico-cultural

Como lo argumenta Becoña y Cols. (2010), la forma en que las sociedades emplean las distintas drogas, las finalidades con las que lo hacen (por ejemplo, lúdica, médico-curativa o mágico-religiosa) y las actitudes de sus miembros hacia ellas, constituyen indicadores de su evolución, ayudándonos a comprender su dinámica interna, tanto diacrónica como sincrónicamente. Por tanto, posiblemente no se pueda comprender adecuadamente la historia y la cosmovisión de una civilización si no se realiza también un abordaje a sus sustancias y a la idiosincrasia de su uso y abuso.

Así mismo estos autores mencionan que existe una relación importante entre la comprensión del hombre y del mundo que una sociedad tiene, y el empleo que la misma hace de las distintas sustancias psicoactivas. Los valores predominantes,

los estilos de vida y las creencias que el conjunto de la comunidad tenga acerca de las drogas influirán, por tanto, en la elección de las sustancias y en los patrones de consumo de las mismas, constituyéndose como factores de riesgo y protección para el uso, abuso y dependencia por parte de sus individuos. Pues la depravación social y la desorganización comunitaria, que pueden estar especialmente presentes en los barrios marginales de las grandes ciudades, son variables que, aun siendo insuficientes para explicar el consumo de sustancias, se constituyen en facilitadores del mismo en presencia de otros factores de riesgo. Tanto una como otra suelen llevar asociadas una mayor probabilidad de que la persona se vea implicada en conductas delictivas y en el consumo de sustancias, que debido al entorno pueden llegar a cronificarse y convertirse en un estilo de vida, ligado en algunas ocasiones al desarrollo de una personalidad antisocial. Influyendo también de manera importante las creencias que la propia sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas también es un factor importante en el riesgo asociado al uso, abuso y dependencia.

En este sentido está ampliamente demostrada la existencia de una relación inversa entre el riesgo percibido de una droga en particular y el consumo de la misma. Así, a mayor riesgo percibido, menor consumo, y viceversa. Por otra parte, la percepción social de una sustancia y el riesgo asociado, se plasmara en las normas legales, que contribuirán a reforzar dicha imagen o a promover la transformación social. La despenalización del consumo privado o el hecho de que las leyes sean más duras con los delitos asociados a la heroína o a la cocaína respecto al cannabis, son sólo dos ejemplos de esta relación.

No obstante, no todos los autores comparten esta opinión, pudiendo poner como ejemplo a Jáuregui (2007) quien menciona que, encapsular el problema de la droga a los problemas sociales o a capas determinadas de una sociedad, como los pobres o los jóvenes, no permite explicar y dar cuenta de una presencia no sólo masiva sino además muy diversificada de la problemática de la adicción a

sustancias psicoactivas (legales o ilegales) en nuestras sociedades occidentales. Sin embargo, si ello ocurre, es de alguna manera porque la cuestión de la “droga” es un asunto fundamentalmente de orden político, económico y moral, en donde el tema del control social adquiere un enorme protagonismo y, por lo tanto, podemos decir que dicho “debate” está profundamente sesgado, desviado de su verdadero foco de atención que sería el “nuevo orden social” y la desestructuración que ello conlleva.

Agregando Szasz (1974, en Jáuregui, 2007) que en realidad quien determina que una sustancia sea droga o no, no es la toxicología o química, sino la cultura o las normas. Mencionando Jáuregui (2007) al respecto que, las adicciones socialmente aceptadas no hacen sino paliar y crear “comunidades” ficticias pues son la unión de individuos aislados, unidos justamente por aquello que los separa: la adicción.

5. TOXICOMANÍAS.

Según se menciona en el Nuevo Diccionario Enciclopédico (2010), las Toxicomanías son el “hábito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor”, respecto a esta definición consideramos que más allá de un hábito patológico la toxicomanía debe ser considerada como una alteración del comportamiento humano, tomando en cuenta diversos aspectos que llevan a esta alteración, como son aspectos ambientales, psicológicos o incluso hereditarios; asimismo es importante considerar que este tipo de comportamiento o hábito data desde el origen de la historia de la humanidad hasta nuestros tiempos, albergándose así detrás de ellos una historia y una cultura que sin duda influye en el concepto de droga, drogodependencia, adicción o toxicomanía que se tenga o que se adquiera por parte del toxicómano.

Así pues, “El diario electrónico de la sanidad”, menciona que la toxicomanía lleva implícita la utilización de un tóxico con propiedades adictivas, que generan una dependencia en los pacientes; por lo cual, es importante señalar que los términos Drogadicción y Fármaco-dependencia son meros sinónimos del término toxicomanía. Estableciendo el departamento de Psiquiatría y Medicina de España los siguientes puntos respecto a las Toxicomanías:

1. La cantidad de sustancia usada no define la Toxicomanía, sino el efecto de ésta en el sujeto.
2. La tolerancia, dependencia física o uso ocasional de alguna sustancia no definen a la Toxicomanía, sino el uso obsesivo y compulsivo.
3. La Toxicomanía implica dependencia física y psicológica y un Síndrome de abstinencia al suprimir la administración de esta sustancia.
4. La tolerancia adquirida significa una respuesta baja a los efectos de la Droga.

Considerando respecto al primer punto que es importante tomar en cuenta aspectos como la resistencia del individuo hacia la sustancia o bien, la valoración que se le atribuye a los efectos causados para que una conducta sea considerada como toxicomanía. Así mismo, respecto al punto dos y tres discurremos deben de estar planteados de forma diferente pues podrían surgir confusiones al respecto, siendo importante aclarar que aunque la toxicomanía implica dependencia física y psicológica al suprimir estos aspectos no la definen.

Mencionando Aguilar (2012) que el hecho de que existan personas que consuman sustancias o que se tolere o incluso incentive esta práctica dentro de la familia induce la aparición de adicciones; pues, cuando un individuo tiene amigos que consumen drogas o se encuentra inmerso en un medio en el que existe el consumo de estas sustancias, la probabilidad de que tenga adicciones aumenta; ya que, podría ser considerado como una práctica normal y cotidiana, puesto que se podría pensar que el consumo de sustancias psicoactivas es lo “normal”, debido a que la mayoría de las veces la población en general se mantiene al margen de esta problemática, permitiendo de esta manera interpretar su malestar y pasividad en la aceptación de dicha toxicomanía.

Ahora bien, como lo arguye Sanín (1984), son diversos los aspectos que influyen en que una persona sea toxicómana o no, tales como la disposición hereditaria, la tendencia al suicidio, el tipo de personalidad y la expresión clínica de los síntomas de intoxicación aguda o privación. Por lo cual, creemos no debe ser una problemática generalizada, sino individualizada, pues aunque la problemática sea “la misma”, la persona, el contexto y los factores que la influyen son distintos.

Según se menciona en “El diario electrónico de la sanidad” el toxicómano se manifiesta como alguien pendiente (“colgado”) de la droga, de tal manera que no puede impedir la consumición, es decir, la necesidad de consumir se impone al sujeto bajo una urgencia imperativa, manifestándose dicha necesidad como una “voluntad” que no tiene otra razón que la de satisfacer el impulso de consumir; de

esta manera para el toxicómano, la consumición representa el imperativo sobre el que gira toda su existencia, imperativo que puede conducir a transgredir toda ley, toda prohibición.

Considerando importante mencionar que el adquirir la identidad de toxicómano es un proceso, pues el ingerir algún tipo de sustancia toxica eventualmente no quiere decir que la persona sea toxicómana sino como se mencionó anteriormente, el uso obsesivo compulsivo de la sustancia es lo que lo lleva a conformarse como tal. Así pues, hay que recalcar que dicha “voluntad” por obtener la droga es involuntaria, pues, en la mayoría de los casos la necesidad de consumo rebasa los deseos de parar dicha adicción, situación que lleva al adicto a quebrantar “las reglas”. Siendo un ejemplo de ello los accidentes automovilísticos, pues la mayoría de las veces está involucrado un individuo que conducía bajo el efecto de sustancias. Resultando importante mencionar que, el abuso de drogas también conlleva grandes costos en términos de servicios de salud, ya que las adicciones inducen altas tasas de morbilidad, discapacidad y mortalidad.

Mencionando al respecto “El diario electrónico de la sanidad” que Las adicciones al alcohol y al tabaco afectan a millones de personas, siendo la causa directa de muerte de cerca del 65 por ciento de las enfermedades neoplásicas y de más del 50 por ciento de la mortalidad por accidentes. Si tenemos en cuenta que los accidentes y las enfermedades tumorales son algunas de las principales causas de mortalidad global, podemos afirmar que un elevado número de muertes está causado directamente por el alcohol y el tabaco.

Bandera (1999) argumenta al respecto que las toxicomanías constituyen un problema de salud alarmante, el cual crece “viento en popa”; refiriendo que incluso en algunos países desarrollados superan en morbilidad a las enfermedades cardiovasculares y oncológicas. Colocándola junto con las guerras y la hambruna, entre los tres grandes flagelos de la humanidad al concluir el presente milenio y como el principal problema de salud en muchos países desarrollados.

Por otro lado, Sanín (1984) menciona que, la personalidad del toxicómano se puede caracterizar por la incapacidad de soportar tensiones así como la necesidad de suprimir instantáneamente cualquier molestia; mencionando también que los toxicómanos suelen caracterizarse por ser personas inmaduras o inseguras manifestando esta inseguridad en diversos aspectos de su vida diaria, inclinándose a entablar contactos superficiales con las demás personas. De esta manera, cabe recalcar que la personalidad del drogodependiente se ve influida por la sustancia, transformándolos radicalmente, ya que se podría encontrar a “dos personas distintas” en un mismo cuerpo, es decir, una se mueve y relaciona bajo el dominio de la droga y la otra, cuando se carece de dicha sustancia. Así, el dicto adquiere nuevas “habilidades” para alcanzar la anhelada droga, pues, se vuelve más hábil para mentir y utiliza el chantaje a su favor.

Al respecto el Departamento de Psiquiatría y Medicina de España menciona que algunos toxicómanos se caracterizan por una personalidad inmadura, fijo en la etapa de adolescente o pre-Adolescente, sin conciencia de la enfermedad y manifestación de cuadros tóxicos, psiquiátricos y orgánicos. Siendo probable que el toxicómano típico sea una persona perdida en el tiempo, social e intelectualmente más joven en relación con su edad cronológica.

A lo que creemos que no en todos los casos es así, pues algunas personas pueden recurrir al uso de drogas por algún evento fuerte en sus vidas, o bien, por no tener las herramientas adecuadas para manejar ciertas situaciones. Pudiendo presentarse el caso del uso de sustancias psicoactivas para pertenecer a algún grupo social y así concebirse “aceptado” por la sociedad.

De esta manera, es importante tomar en cuenta lo mencionado por el Departamento de Psiquiatría y Medicina de España respecto al hecho de que todas las toxicomanías surgen por diversas causas pudiendo ser factores del agente o droga, es decir la disponibilidad de la misma, el costo, pureza, modo de

administración, rapidez de inicio y terminación de los efectos, farmacocinética (combinación de agente y huésped) y refuerzo (se refiere a la capacidad de las sustancias de producir efectos que despiertan en el consumidor el deseo de volver a consumirlas).

Así pues, las toxicomanías también pueden surgir por la influencia del ambiente, es decir el entorno social, actividades comunitarias, influencia de los compañeros, modelos de rol social o bien empleo u oportunidades educativas; por factores farmacológicos, es decir, si hay por parte del toxicómano una tolerancia parcial o total; por factores del consumidor como herencia (tolerancia innata, rapidez para que ocurra la tolerancia adquirida, probabilidad de interpretar la intoxicación como placer), síntomas psiquiátricos, experiencias o expectativas (inclinación a la conducta peligrosa); por factores psicológicos como el tipo de personalidad, el reforzamiento del mecanismo de defensa contra la angustia dado que los mecanismos de defensa se forman a los seis años cuando el niño necesita el afecto de la madre y la seguridad del padre, por lo que es muy frecuente que el toxicómano empiece con dichas conductas desde la adolescencia utilizando los estupefacientes como reforzadores de sus mecanismos de defensa.

Considerando que todos estos factores sin duda son de suma importancia y que no es solo uno el que influye en que una persona sea toxicómana o no, sino la mezcla de todos estos. No obstante dicha mezcla es única y diferente para cada adicto, ya que aunque podría combinarse los mismos factores y situaciones, la forma en que se vive y se vivió en cada uno de ellos es distinta. Agregando también la construcción y concepción de vida que se tenga, pues, dependerá de las herramientas que tenga la persona al alcance para enfrentar diversas situaciones.

Aunado a lo anterior, Bandera (1999) alude que tanto la toxicomanía, el embarazo precoz, las conductas infractoras, los trastornos de conducta y la deserción escolar están estrechamente interrelacionados y se considera que pueden ser

expresiones diferentes de una problemática común, en la cual intervienen de manera compleja, los cambios que está experimentando la sociedad moderna:

- Tráfico de drogas
- Las diversas formas de desintegración familiar
- La violencia social
- La crisis económica
- El cambio en los valores
- La disponibilidad y promoción de las drogas lícitas.

Reflexionando que dicho agravio en común podría ser el individualismo al cual nos enfrentamos, pues pareciera que el otro sólo nos importa a medida que nos ayuda a cumplir los objetivos propios, pareciendo desecharlo cuando ya no nos sirve. Siendo un ejemplo de lo anterior el vendedor de bebidas alcohólicas, ya que este puede vender o considerar vender alcohol a menores de edad pese a que está prohibido por la ley; sin embargo lo hace o lo considera debido a que si le vende él se verá beneficiado monetariamente.

Por otro lado, según lo arguye “El diario electrónico de sanidad”, algunos refuerzos del mecanismo de defensa del toxicómano son embotar la percepción, es decir, la percepción de la situación que origina los problemas disminuye, al sujeto se le olvida; el reforzamiento de la autoestima, donde la percepción del medio externo no se modifica, distorsionándose la percepción del individuo, atribuyéndose capacidades mayores a las que posee; y evasión de la realidad, es decir, huida o negación, donde el sujeto crea su propia realidad, alterándose la percepción de las situaciones externas e internas. No obstante, aunque sabemos que las sustancias psicoactivas transforman la percepción y realidad del individuo, creemos que este sabe del problema y las consecuencias que conlleva; sin embargo para él resulta más factible “olvidar” lo que acontece, o bien, culpar a otros, poniéndolos como desencadenados y motivo de su enfermedad; ya que les resulta más cómodo que otros se hagan responsables de lo que en verdad les compete a ellos como adictos; pues si bien, es verdad que influyen factores sociales como el entorno y

las relaciones familiares en el transitar de un adicto, también es cierto que el único responsable de su persona es el.

Es importante conocer los riesgos de las toxicomanías, los cuales son diversos, existiendo según lo menciona el Departamento de Psiquiatría y Medicina de España los riesgos farmacológicos, es decir, la capacidad de crear tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia y cronicidad; los riesgos toxicológicos, donde el sujeto toma estupefacientes de manera obsesivo compulsiva y crónica con lo cual aumenta el riesgo, favoreciendo la cirrosis hepática y el daño cerebral; los riesgos psicológicos que se caracterizan por evadir sus problemas mediante el uso de sustancias; riesgos laborales ya que se produce una disminución en la capacidad de atención y trabajo fino; los riesgos sociales económicos pues el individuo deja de ser productivo. Transformando finalmente su vida y las relaciones interpersonales establecidas en ella.

Por otro lado, se puede mencionar que algunos de los efectos colaterales de la toxicomanía son los Síndromes de abstinencia el delirium tremens, estado compulsivo y convulsivo, hipoxia en fase tónica de musculo y finalmente la muerte. Los toxicómanos en ocasiones se pueden reintegrar a la vida social (50%), pero tienden a recaer (en un periodo de 10 años el 98% recae y el otro 2% se “pierde” de vista). Estadísticas que nos hacen pensar que cuando una persona recae en dichas conductas no es por el simple hecho de volver a consumir la sustancia, sino por regresar al círculo de conductas, personas o pensamientos que orillan nuevamente a la persona a dicha acción.

6. REHABILITACIÓN

Como se ha revisado en los capítulos anteriores la drogodependencia es una enfermedad que no sólo padece el adicto, sino las personas que lo rodean, afecta diferentes esferas en el plano de lo individual y de lo social; ya que como lo menciona Aguilar y Cols. (2012) es una enfermedad que altera el funcionamiento cerebral, impide la correcta toma de decisiones, debilita el control de impulsos y potencia las respuestas automáticas, especialmente las relacionadas con el consumo de sustancias u otras conductas adictivas.

Situaciones que resultan alarmantes; por lo cual es necesario impulsar el incremento de programas de apoyo para la prevención y tratamiento de adicciones. Pues, como alude Desacatos (2009), el adicto se autodestruye y hay que frenarlo.

Por lo que la rehabilitación del adicto es de suma importancia debido a que es un problema individual que cae en lo social. Convirtiéndose en una problemática global y es por ello que nos compete a todos como sociedad; pues podría derivar en un problema de salud pública ya que se presenta ahora con mayor regularidad.

Argumentado Jáuregui (2007) al respecto que, encapsular el problema de la droga a los problemas sociales o a capas determinadas de una sociedad, como los pobres o los jóvenes, no permite explicar y dar cuenta de una presencia no sólo masiva sino además muy diversificada de la problemática de la adicción a sustancias psicoactivas (legales o ilegales) en nuestras sociedades.

Creemos que como se dice por ahí “el problema hay que verlo tal cual es, cruel y sin anestesia” ya que dicho conflicto no sólo recae en unos cuantos como se ha estigmatizado; aunque suene trillado mencionarlo, la toxicomanía es una enfermedad que no respeta edad, nivel socioeconómico, cultural, sexo o raza.

La ONUDC (2003), mencionan que la adicción a las drogas representa para la sociedad actual un importante problema de salud pública. Para optimizar su tratamiento se requiere mayor comprensión, y por esta vía mayor aceptación del origen multicausal de sus efectos y de la necesidad de una intervención integral, la cual encubra realidades heterogéneas, no solamente sociales sino personales, pues la cantidad de prejuicios que se imponen socialmente imposibilitan una ayuda real hacia el adicto.

Así mismo, es importante tomar en cuenta lo mencionado por Hundeide (2005), respecto a que el desarrollo y el cambio personal es más que dominar algunas habilidades meta-cognitivas de acceso relacionadas a la situación, pues no es suficiente con obtener algunas nuevas habilidades de acceso y aprender 'el currículo oculto' y un nuevo estilo de presentación, hace falta también una redefinición del pasado y una definición de un futuro nuevo como una 'nueva persona', con una carrera de vida nueva donde se vuelven relevantes nuevas competencias.

Por otro lado, podemos argumentar que la rehabilitación tiene origen cuando el drogodependiente en cuestión se ha concebido como adicto y ha buscado para ello una solución a su problemática o malestar. Pudiéndose apoyar en grupos de autoayuda como lo es Alcohólicos Anónimos, la psicoterapia o bien, la recuperación natural¹.

Pérez y Sierra (2007), atañen al respecto que la recuperación debe entenderse como un periodo de abstinencia total mínimo de un año (criterio aplicable a todas las sustancias).

Mencionando la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, para evitar adicciones y así tener que recurrir a la recuperación, la población "deberá o

¹ La recuperación natural debe entenderse como un proceso 'espontáneo' de recuperación al consumo de sustancias psicoactivas, es decir, es la recuperación sin intervención de una causa exterior, que se da de forma automática o involuntaria.

debería” tener un consumo considerado de bajo riesgo en relación a sustancias adictivas. Dicho consumo no deberá causar problemas laborales, médicos, sociales y/o familiares. Refiriendo como “Bajo riesgo” la ingesta mínima en hombres 3 bebidas estándar o menos por día y en mujeres 2 bebidas estándar o menos por día, entendiéndose por bebidas estándar una botella de cerveza (285 ml), copa de vino (120ml), copa de bebida destilada (30ml), bebida aperitivo como el Bermouth (60ml), 3 vasos de sidra (285ml), marihuana y hachís (2 consumos o menos al año), cocaína, heroína y otras drogas (1 consumo al año como máximo, no inyectado).

Estos criterios son importantes debido a que los especialistas mencionados sugieren que esta medida de consumo no perjudica o daña en gran medida la salud física y mental, así como el desarrollo social y laboral del consumidor.

No obstante, pese a que se dan a conocer recomendaciones de salud como las anteriores para evitar dañar la misma en menor medida, el ser humano es necio por naturaleza, haciendo caso omiso a ello. Teniendo que recurrir posteriormente al uso e implementación de métodos o tratamientos que ayuden a combatir el no consumo de sustancias tóxicas.

Así pues, como lo menciona Zapata (2009), el primer paso para la implementación de métodos y modelos de atención eficaces, es el reconocimiento de la multicausalidad del fenómeno de las drogas no sólo en la instalación de trastornos de abuso y adicción, sino también, en todas las intervenciones que se realicen en cada una de las fases de esta enfermedad, de la que se reconoce hoy su calidad de enfermedad crónica.

Grandfield y Cloud (1999), introdujeron el concepto de capital de recuperación para describir el proceso de la enfermedad resultante de la adicción a las drogas. Este concepto se refiere a la cantidad y calidad de recursos internos y del

ambiente del individuo, en los cuales se apoya para mantener la recuperación del problema de abuso y adicción a las drogas.

De esta manera, un evento o proceso que facilita la recuperación es la reinserción social, entendiendo esta como el proceso mediante el cual se trata de re-insertar a la vida social a una persona que ha vivido marginada y excluida, durante un cierto tiempo del medio social al que pertenece (Brizuela, Fernández y Murillo, 2009)

El tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. (ONUDD, 2003)

El “tratamiento” comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible (OP. CIT).

Una de las técnicas de tratamiento es el manejo de situaciones imprevistas, un sistema de recompensas y castigos que hacen atractiva la abstinencia y poco atractivo el uso de la droga.

De esta manera, creemos que la modalidad institucional más adecuada para el tratamiento de adicciones son los Centro asistenciales que cuentan con un equipo de psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, coordinadores grupales, etc. En los cuales se implementan tratamientos con permanencia en instituciones o ambulatorios con actividades de centro de día, o ambos combinados. Así mismo, existen instituciones especializadas en el tratamiento de las toxicomanías y son las llamadas comunidades terapéuticas² o granjas comunitarias³.

² Una Comunidad Terapéutica (CT) es un recurso residencial urbano atendido las veinticuatro horas del día, durante todo el año, por un equipo multidisciplinar formado por profesionales de la psicología, medicina,

Zapata (2009) menciona que, el proceso de rehabilitación que hace un adicto no solo es eficaz si este se interna, pues el tratamiento a llevar a cabo puede estar determinado desde otras formas de rehabilitación; sin necesidad de que el adicto en recuperación permanezca dentro del centro durante todo su proceso de tratamiento. Cabe resaltar que cada paciente tiene diferentes situaciones de vida y distintas necesidades, por lo tanto, cada uno requiere diferente tipo de tratamiento.

Los servicios y posibilidades de tratamiento pueden comprender la desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o terapias y asesoramiento psicosociales. El tratamiento también tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con este.

Así pues, como lo mencionan Brizuela, Fernández y Murillo (2009), el objetivo de la rehabilitación consiste en fomentar que los pacientes adquieran y utilicen aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, aprender, relacionarse con otros y trabajar en su medio social particular, permitiendo lograr así el máximo nivel de autonomía, el crecimiento personal e integración social de cada caso concreto.

De esta manera, muchos de los centros de recuperación implementan una participación periférica legítima en el adicto, pues al participar en comunidades de integrantes veteranos, estos dominan hábilmente las técnicas utilizadas, lo cual requiere por parte de los recién llegados, moverse hacia una participación plena en las prácticas socioculturales de dichas comunidades.

pedagogía, ciencias sociales, etc. La disponibilidad en el servicio y la profesionalidad en la intervención, caracterizan su trabajo diario. El programa cuenta con el apoyo del voluntariado, que enriquece la calidad humana del programa y colabora en el proceso de rehabilitación y cambio de los usuarios.

³ Por granja comunitaria debe entenderse un sistema de autoayuda en donde los adictos dan “un vivo testimonio de curación” a través de una total entrega a una nueva vida (sin adicciones); buscando de esta manera apoyar a los nuevos miembros del grupo. La disponibilidad en el servicio es de 24 horas al día, todo el año.

Así pues, esta participación periférica legítima proporciona una manera de hablar acerca de las relaciones entre los recién llegados y los veteranos, además de las actividades, identidades, artefactos y comunidades de conocimiento y práctica. Siendo interesante el proceso mediante el cual los recién llegados se vuelven parte de una comunidad de práctica.

Lave y Wenger (2003), mencionan al respecto que en AA los miembros veteranos, que actúan como “promotores”, según reportan, contienen el consejo y la instrucción apropiada para los estadios posteriores; se restringen y esperan hasta que los recién llegados “están listos” para el siguiente paso mediante un incremento de la participación en la comunidad. Lo cual puede imponer fuertes metas para los integrantes del grupo, pues estos como principiantes, siendo participadores legítimos, pueden desarrollar una visión respecto de la institución en su conjunto y lo que ha de ser aprendido.

De este modo, la instrucción verbal que es una herramienta utilizada mayoritariamente en los centros de rehabilitación, ha sido asumida y tomada como especial, con propiedades especialmente efectivas respecto a la generalidad y perspectiva de la comprensión que los principiantes derivan, mientras que la instrucción mediante demostración produce, se supone, lo opuesto, es decir, un efecto literal y limitado.

En estos grupos contar la historia de vida de los alcohólicos no bebedores es el mejor vehículo, de manera clara, para la demostración de la membresía. Los modelos para la construcción de las historias de vida de los integrantes de estos grupos están disponibles, de manera amplia en las narraciones publicadas de la vida de los alcohólicos y en las ejecuciones de los veteranos al contar sus historias. Al inicio, los recién llegados aprenden a presentar sus contribuciones en las reuniones o juntas con la simple declaración “soy un alcohólico en recuperación”, e introducir brevemente y bosquejar los problemas que los llevaron hasta ese sitio.

Comienzan la descripción de estos eventos con términos que no usan los integrantes veteranos. Sus relatos enfrentan con contraejemplos en las historias de los miembros más experimentados, quienes directamente no critican o corrigen las exposiciones de los recién llegados. Gradualmente generan una perspectiva que se iguala al modelo en el que quieren emerger, produciendo, eventualmente, testimonios más hábiles en las juntas públicas y ganando validez ante los otros en tanto demuestran una comprensión adecuada.

De esta manera, en los grupos de adicciones, las discusiones tienen un propósito doble. Los participantes se involucran en el trabajo de permanecer sobrios y lo hacen a través de una gradual construcción de identidad. Contar la historia personal es una herramienta de diagnóstico y reinterpretación. Su uso común es esencial para el modelamiento de una identidad como un alcohólico en recuperación, y por ende permanecer sobrio se vuelve una muestra de membresía por su virtud de completar una función crucial en la práctica compartida. Así los recién llegados a los grupos de ayuda a adictos, mientras reinterpretan su vida, producen un nuevo material que contribuye a la construcción comunitaria de una comprensión del alcoholismo.

Por otro lado, un escenario donde se aplican los tratamientos para la rehabilitación de adictos son las comunidades terapéuticas las cuales son un recurso en el que un grupo de personas comparten sus experiencias en un clima de tratamiento familiar donde el paciente no tiene acceso a ningún tipo de sustancias psicoactivas, siendo una característica esencial de la comunidad terapéutica el establecimiento de una intensa experiencia grupal, convirtiendo al paciente en sujeto activo y protagonista de la dinámica comunitaria, compartiendo las normas y roles impartidas por los terapeutas, involucrándose en el buen funcionamiento del grupo.

En dichas comunidades la principal regla para un tratamiento es la de abstinencia (no drogas).

Un ejemplo de comunidad terapéutica alto exitoso en tratamientos a adictos es el programa 12 pasos, Desacatos (2009) menciona al respecto que dicho programa resulta favorecedor para el adicto en recuperación.

Llevándose a cabo la “intervención” cuando existe negación absoluta del adicto. El programa inicia con una reunión cuidadosamente planeada con personas allegadas al enfermo, buscando de esta manera convencerlo con información y emoción de la imperiosa necesidad de que reciba ayuda y tratamiento.

Los pasos de AA⁴, se resumen en asumir que el problema de la adicción se salió de sus manos y que mediante un poder superior podrán recobrar la cordura en sus vidas, tomando la decisión de entregar su voluntad y vida a ese poder superior, admitiendo sus errores y estando dispuestos a librarse de sus defectos de carácter, tratando de eliminar sus deficiencias para posteriormente hacer una lista de las personas a las que han perjudicado y disculparse con las mismas cuando esto es posible. En caso de tener algún error, tendrá que ser admitido, tratando de mejorar día a día con ayuda del poder superior al que se encomendaron, llevando finalmente el mensaje de AA a personas con dichas problemáticas.

De esta manera, creemos que si bien los 12 pasos de AA hacen hincapié en creer y tomar a Dios como poder superior en base a “una solución y esperanza a su problema”, esto no debiera ser quizá “materializado” así, ya que no toda la gente comparte creencias religiosas, por lo cual resultaría recomendable usar solo el término “poder superior”, pues así, la gente que haga uso de estos principios podría nombrar a su poder superior, sea religioso o no. Pues nos parece que al final de cuentas lo importante es creer en algo o en alguien, lo cual nos dote de confianza y esperanza para alcanzar el objetivo anhelado, que en este caso sería la recuperación a sustancias tóxicas.

Respecto a esto Lave y Wenger (2003), arguye que contar la historia de vida o hacer el llamado doceavo paso, confiere un sentido de pertenencia. Moverse hacia

⁴ Alcohólicos Anónimos: Recordemos que el origen de Alcohólicos Anónimos es cristiano, lo que conlleva una adherencia a la existencia de Dios en la fe cristiana, motivo por lo cual se alude a un poder superior.

una participación más completa en la práctica, involucra no sólo un compromiso de tiempo, además de un esfuerzo intensificado, más y mayores responsabilidades dentro de la comunidad, tareas más difíciles y riesgosas, sino de manera más significativa, un incremento del sentido de identidad como un profesional hábil.

Pérez y Sierra (2007), aluden que la recuperación a sustancias psicotrópicas en muchos casos se logra como producto de un proceso espontáneo, una recuperación natural, es decir, por voluntad propia o sin necesidad de acudir a centros de recuperación, proceso de recuperación que se ha estudiado en menor porción. Contraviniendo la opinión o creencias por reconocidas autoridades en el tema del tratamiento de alcohólicos y consumidores de sustancias ilegales, quienes afirman que nadie se cura sin algún tipo de tratamiento estructurado para problemas de adicción.

No obstante, Pedrero y Cols. (2011), concuerdan con lo mencionado por Pérez y Sierra, pues ellos plantean que conviene considerar el abandono espontáneo de la adicción sin tratamiento profesional, ya que muestran cómo la mayor parte de los adictos no alcanzan una adaptación debido a los cambios neurológicos asociados a la adicción.

La ONUDC (2003), menciona que fundamentalmente, al brindar a las personas que sufren problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas una variedad de servicios y posibilidades de tratamiento para optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación total plena. A lo que se suma la importancia del ambiente físico social para la rehabilitación, ya que o bien facilita la recuperación o bien resulta un importante obstáculo para que se desarrolle adecuadamente (Rojo y cols., 2011).

Pues como lo menciona Lave y Wenger (2003), “el pensamiento y el conocimiento son relaciones entre las personas en actividad en, con y generándose a partir de un mundo estructurado social y culturalmente. Este mundo está socialmente

constituido; las formas objetivas y los sistemas de actividad, por un lado, y las comprensiones subjetivas e intersubjetivas de ellas por los agente, por otro lado. Constituyen mutuamente el mundo y sus formas experimentadas. El conocimiento del mundo socialmente constituido está socialmente mediado, es abierto y cerrado al mismo tiempo. Su significado para actores dados, sus útiles y las relaciones de los humanos con y dentro de él, son producidas, reproducidas y cambiadas en el curso de la actividad.” (pp. 24).

De esta manera es fundamental aclarar que la sociedad que recibe al adicto debe estar preparada, ya que si este vuelve al mismo entorno social que lo llevó a la adicción tiene altas probabilidades de volver a caer, por lo que necesita una sociedad que lo ayude tanto a ser escuchado como a encontrar respuestas.

Ahora bien, se puede mencionar que la familia es fundamental en el ambiente en el cual se desarrolla un adicto; ya que como lo argumenta Torres (2007), la familia es un modelo interactivo que representa un factor importante en la tendencia de consumo de las sustancias psicoactivas.

La familia se convierte no solo en un factor que motiva o presiona para la recuperación, sino también es motivador y apoyo en el mantenimiento de la misma; agregando que las personas que poseen una red de apoyo (familiares, amigos, trabajo) parecen salir más fácilmente y con menos ayuda profesional del consumo (Waldorf, Reinerman y Murphy 1991, en Pérez y Sierra, 2007).

Sin embargo, en numerosas ocasiones el micro contexto en el que se desarrolla el adicto proporciona al toxicómano conductas facilitadoras a raíz que ella (familia) también está enferma. Manifestándose por ejemplo en la familia sentimientos de enojo, frustración, culpa y venganza (Desacatos, 2009); poniendo así al adicto en prácticas de riesgo disfrazadas, como pueden ser la sobreprotección, la complicidad, la indiferencia, el regaño, la agresión, la evasión, el control, la recompensa y la victimización.

En el proceso de recuperación la familia debe convertirse en soporte importante para la atención del problema del consumo y adicción a las drogas, integrándose de manera decidida desde el inicio del tratamiento y participando de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen.

Cuando la familia conoce del proceso de la adicción a las drogas y se involucra en el tratamiento, el individuo con problemas de abuso de drogas tiene un mejor pronóstico de recuperación. Por ello, las intervenciones terapéuticas que se realicen deben estar orientadas al restablecimiento de la armonía en las relaciones de la familia. (Zapata, 2009).

La familia deberá desarrollar las capacidades y herramientas adecuadas para enfrentar las dificultades, tratando de superar los sentimientos de culpa y recuperando el optimismo, así mismo la familia deberá favorecer la restauración de jerarquías, incrementando la autoridad positiva de las figuras paternas, identificando en la familia formas adecuadas de comunicación que fomenten la recuperación de la confianza entre sus miembros. Esto debido a que cuando se producen intervenciones terapéuticas y el paciente regresa a su hogar, la familia debe estar en capacidad y disposición de hacer uso de las herramientas adquiridas durante el tratamiento, asumiendo actitudes y comportamientos que ayuden al mantenimiento de los logros alcanzados.

De esta manera, las herramientas adquiridas por la familia durante el tratamiento deben posibilitar la implementación de cambios en el modo como se relacionan sus integrantes con el sujeto en tratamiento.

Así mismo como lo menciona la ONUDC (2003), los motivos para someterse a un tratamiento pueden obedecer a diversos tipos de presiones de índole oficial. Algunas personas deciden iniciar un tratamiento para proteger sus relaciones familiares y su situación financiera, otras tal vez temen perder el empleo.

Respecto al tratamiento es importante mencionar que la desintoxicación clínica es la etapa inicial del tratamiento, donde en la mayoría de los tratamientos de recuperación o al menos así debería de ser, se administra a los drogodependientes un tratamiento de desintoxicación bajo supervisión médica; pues los consumidores empedernidos de ciertas drogas (opioides y drogas sedantes e hipnóticas), que muy probablemente sufrirán complicaciones relacionadas con la abstinencia, requieren un proceso de privación (desintoxicación) con supervisión médica. El síndrome de abstinencia que se puede desarrollar al suspender el uso de una droga variará según la droga de la que se trate, siendo los síntomas generales comunes la necesidad imperiosa de consumir la sustancia, ansiedad, inquietud, irritabilidad, insomnio y falta de concentración.

Así pues, los adictos a psicoestimulantes, en particular anfetaminas y cocaína, también pueden necesitar supervisión médica durante la fase aguda de abstinencia que se presenta después de la cesación del consumo de droga; por lo que el objetivo principal de los programas de desintoxicación es lograr la abstinencia en la forma más segura y cómoda posible.

Es importante mencionar que la desintoxicación no constituye, por sí misma, un tratamiento de rehabilitación y muy rara vez se logra ayudar a los pacientes a lograr una abstinencia duradera. La desintoxicación es, más bien, la primera etapa de los programas de tratamiento encaminados a posibilitar la abstinencia y recuperación.

Como lo mencionan Brizuela, Fernández y Murillo (2009), después del periodo de desintoxicación, y en marcha la recuperación es muy importante el seguimiento terapéutico. Pudiendo someter al paciente a diversos métodos de terapia de grupo o psicoterapia para tratar problemas psicológicos de fondo que hayan podido llevar al paciente a la dependencia.

La ONUDC (2003), también arguye que dentro del programa de recuperación el entorno en el que se encuentra sumergido el adicto juega un papel de suma importancia por lo que las personas con trastornos inducidos por sustancias y vinculados a un síndrome o a síntomas de abstinencia, muy probablemente no podrá abstenerse de las drogas si permanece en la comunidad, por lo que necesitara un entorno supervisado y controlado, pudiendo ingresar en un programa de internación o residencial a corto plazo. En la mayoría de estos programas se pasa de una etapa de desintoxicación a una etapa bastante breve de prevención estructurada de recaídas, asesoramiento y educación con la perspectiva de remitir a la persona a otro servicio.

Cabe observar que algunas de las personas que se están absteniendo de consumir drogas sufren otros problemas físicos y psicológicos, los cuales pueden influir en la administración del tratamiento del estado de abstinencia de drogas o de alcohol, de modo que los programas de internación a corto plazo pueden constituir una oportunidad propicia de descubrir o tratar esos problemas.

Así pues Zapata (2009), menciona que dentro de la etapa de rehabilitación de recaídas se atiende a las necesidades de las personas que han concluido un programa de desintoxicación, o que habiendo desarrollado dependencia, no presentan síntomas de privación que exijan que se sometan a la etapa anterior de tratamiento. Los programas de prevención de recaídas o de rehabilitación tienen por objeto cambiar el comportamiento de los pacientes para que puedan poner freno al deseo de consumir sustancias. En esa etapa se aplican intervenciones psicosociales y farmacológicas.

Este mismo autor sostiene que dentro de la etapa de prevención de recaídas se brinda tratamiento individual, en donde el paciente permanece temporalmente en las unidades de tratamiento. Dentro de esta etapa el paciente tiene la posibilidad de dedicarse el resto del tiempo a actividades en sus trabajos o en sus casas. Los

pacientes por tanto no se ven obligados a internaciones prolongadas ni a interrumpir sus trabajos o estudios, y puede estar en permanente interacción con el medio y su familia, constituyendo esto una intervención ambulatoria.

Las intervenciones ambulatorias son un espacio que incluye no solo las estrategias de tratamiento propiamente tal, sino también debe dar respuesta a las contingencias que se originan en las relaciones que el paciente establece con su medio y su familia, el tratamiento ambulatorio facilita que el individuo aprenda habilidades para desempeñarse en el mundo exterior, de esta manera un programa ambulatorio permite que el paciente y su familia superen los problemas asociados con el consumo de drogas, con estrategias de control y de trabajo grupal, así mismo este tipo de tratamientos tienen como ventaja el manejo del problema adictivo en el contexto donde este se origina y mantiene. Esto facilita que el paciente conserve sus relaciones familiares y sociales, permite que la labor de inserción social sea hecha durante todo el proceso terapéutico y no solamente al final de este y además, interviene en las diferentes áreas problemáticas de la persona.

Otro tipo de comunidad terapéutica es el centro de día, con tratamiento individual y grupal, con permanencia en el predio de media jornada, para pacientes con expectativas de estudio o trabajo, donde se llevan a cabo actividades terapéuticas con modalidad de talleres. (ONU DC, 2003).

En estos centros de rehabilitación, en cada ingreso se realiza la entrevista de admisión en la cual se abre la historia clínica correspondiente, los profesionales realizan un estudio de la situación en diferentes aspectos con sesiones psicológicas, psiquiátricas, formativas y laborales. Y en reuniones en equipo se determinan las estrategias terapéuticas a seguir las cuales varían por tratamiento.

Dentro de este tipo de comunidad terapéutica se toma parte de la terapia individual, siendo básicamente para los abusadores leves, pues si no se le da

ninguna importancia a la sustancia en el espacio individual el consumo podría ser creciente, pudiendo continuar la escala tóxica. Aquí cada terapeuta tiene la libertad de trabajar desde su marco teórico y ser coherente con la filosofía que implica.

Otro tipo de terapia fundamental tomada en cuenta por la ONUDC (2003), dentro de esta comunidad terapéutica es la terapia grupal, la cual es un tratamiento que se proporciona a los pacientes que lo necesiten de manera grupal, para mejorar su salud mental y calidad de vida. Para lo cual un profesional terapéutico forma distintos grupos de trabajo con distintas temáticas acorde con la problemática de las adicciones. Dicho grupo dota a sus miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio y aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual, de esta manera, el sujeto con un determinado estigma confronta, habla, analiza y comenta a otro igual.

Teniendo como objetivo fundamental incrementar la autoestima del paciente, su sistema de límites, aceptar su realidad, su imperfección, lograr entender sus asuntos como ser humano adulto, identificar sus conductas psicopáticas para controlar y manipular a los otros, eliminar resentimientos y venganzas, lograr descubrir su espiritualidad y encontrar un poder superior a sí mismos, identificar las cualidades, habilidades e intereses personales, comunicar corporal y verbalmente los sentimientos y pensamientos de manera abierta y certera, con honestidad correr riesgos que promuevan el comportamiento saludable y reducir el comportamiento destructivo, reconocer el impacto que su compartimiento tiene en los demás, evitando la codificación y la disminución sintomatológica en las áreas afectadas por el trastorno.

Un referente importante del éxito de la comunidad terapéutica son las asambleas multifamiliares, porque este es un espacio para que las familias puedan hablar,

opinar e intercambiar experiencias y sentimientos en relación a la problemática de adicción de sus hijos, lo cual permitirá reducir sus angustias y culpabilidad.

Existen acciones terapéuticas dirigidas a la rehabilitación de adictos tales como los talleres creativos los cuales se refieren al arte terapia con los pacientes, talleres terapéuticos, pedagógicos, laborales, con temas ajenos a la adicción en si misma que los conecte nuevamente con la vida. Así el paciente a través de la pintura y el dibujo expresa frustraciones, emociones y sentimientos.

Los talleres laborales por su parte tienen como objetivo desarrollar en los pacientes las habilidades laborales necesarias para su desempeño en sociedad como sujetos productivos, adquiriendo los conocimientos básicos de cada oficio a través de clases teóricas y prácticas, siendo estos talleres opcionales, según los deseos vocacionales de cada paciente en particular.

Así pues, los grupos terapéuticos también conocidos como grupos de autoayuda, como lo menciona Zapata (2009), buscan mejores formas de manejar su situación, con reglas claras que lo convierte en un lugar especialmente apropiado para escuchar con toda atención y para expresarse con la confianza del respeto y resguardo de todo asunto personal que se comenta, el grupo de autoayuda se hace un medio poderoso y constructivo para que las personas se ayuden al participar. Se construye así un medio social especializado, para que cada uno pueda aprender y compartir libremente todo lo relacionado con una misma situación de vida. En el grupo de autoayuda, los participantes narran sus vivencias y describen lo que les ha sido útil.

Es importante tomar en cuenta lo mencionado por Lave y Wenger (2003), el cual arguye que el término comunidad no implica necesariamente copresencia, un grupo bien identificado, o límites socialmente visibles. Implica la participación en un sistema de actividad respecto del cual los participantes comparten comprensiones concernientes a lo que están haciendo y lo que eso significa en

sus vidas y para sus comunidades. Pues una comunidad de práctica es una serie de relaciones entre las personas, la actividad y el mundo a través del tiempo y en relación con otras comunidades de práctica, tangenciales y superpuestas, de esta manera, la estructura social de esta práctica, sus relaciones de poder, y sus condiciones de legitimidad definen las posibilidades para el aprendizaje.

La intención de la presente investigación y de los capítulos antes mencionados es denotar las repercusiones del consumo de sustancias adictivas y las esferas que resultan o pudieran resultar afectadas en el uso de las mismas; pues la persona adicta al encontrarse inmiscuido en una situación de adicción se encuentra excluido dentro de ciertos contextos pero incluido en otros; tomando en cuenta para esto, aspectos como el momento de la adicción, la cultura, contexto y las alternativas de tratamiento en el que se desenvuelve el adicto. Considerando que el problema de las drogodependencias requiere hoy de un acercamiento que pueda comprender los distintos factores que se encuentran implicados en el fenómeno toxicómano, por lo cual resulta importante hacer mención de la influencia de las prácticas sociales, ya que una droga muchas veces es consumida con el fin de restablecer los lazos mediante ritos de iniciación, de celebración o bien de duelo.

Por otro lado, las esferas en la vida de un adicto sufren como se explicó anteriormente diversas modificaciones y daños, debido a que cuando un individuo hace de la categoría de drogodependiente su identidad, asume las características que le son asignadas, encarna los roles que le son dejados, ocupa los lugares desechados, creyendo que solo la droga alivia el sufrimiento.

Buscando de esta manera, que personas en estado vulnerable como lo son niños y jóvenes adquieran información preventiva respecto al tema, pues sabemos que el problema de la adicción existe y que es probable que surja en ciertas personas siendo esta una medida para evitarlo, dependiendo de esto quizá que una persona

muera a corto, medio o largo plazo a causa del uso de sustancias psicoactivas, siendo este el objetivo principal del término prevenir.

Así pues, consideramos que la prevención de drogas no debe de ser vista aisladamente, sino junto a una serie de conductas problema que ocurren simultáneamente como son la violencia en la escuela, la discriminación por género o por lugar de procedencia, etc., por lo que dicha prevención debería estar acompañada de otros programas de prevención de la delincuencia, salud mental y suicidio, ya que todos ellos son problemas importantes que existen en nuestra sociedad.

7. METODOLOGÍA:

7.1 Participantes

Para la realización de la presente investigación se necesitó de la colaboración de dos adictos en recuperación, entendiéndose por recuperación, aquellas personas que han suspendido el consumo a sustancias adictivas por 6 meses o más. Así pues, para dicha participación no se tomó en cuenta el sexo de los mimos; no obstante, los participantes forman parte del grupo “Alcohólicos Anónimos Xocoyohualco”. Recalcando que la colaboración de los copartícipes fue anónima, por lo cual no se darán a conocer los nombres “reales” de los involucrados.

Participante 1.

Edad: 38 años

Ocupación: técnico en refrigeración o línea blanca

Tiempo en recuperación: 1 año, 6 meses

Tiempo que lleva inmerso en “AA Xocoyohualco”: 1 año, 6 meses.

Participante 2.

Edad: 47

Ocupación: taxista

Tiempo en recuperación: 13 años

Tiempo que lleva inmerso en “AA Xocoyohualco”: 13 años

7.2 Procedimiento:

7.2.1. Escenario: la realización fue llevada a cabo en el grupo de “AA Xocoyohualco”, ubicado en calle 18 de marzo, No. 228, Col. El mirador, Tlalnepantla, Edo. de México.

Dicho espacio es de 5x7m. aprox.; 2 niveles, el cual cuenta con 4 recámaras, 2 baños y una cocina, compartiendo dichos espacios todos los miembros del grupo. El cual está conformado aproximadamente por 10 adictos, con un rango de edad entre 18 y 50 años de edad; los cuales se encuentran en un servicio de “media

luz”, entendiéndose por media luz, que el adicto llega al grupo de AA a dormir, pues durante la tarde sale a trabajar.

7.2.2. Aparatos: Se requirió de una cámara videgrabadora digital Sony handycam, DCR-DVD108, con zoom óptico de 40 mpx, con la finalidad de captar las conductas verbales y no verbales de nuestros participantes, esto con el propósito de facilitar la transcripción de las entrevistas y el análisis de resultados.

8. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

El análisis de las entrevistas a dos adictos a sustancias tóxicas, se presenta en 11 ejes temáticos; su desglose y desarrollo se realizó con base a la sistematización de eventos cronológicos, es decir, se abordará desde los primeros acercamientos al alcohol y otras drogas, su ambiente social facilitador, el inicio del consumo de sustancias, el proceso de rehabilitación, las recaídas y la red de apoyo social facilitadora para la recuperación, entre otros.

Los ejes temáticos se construyeron considerando los puntos de coincidencia y asociación de eventos entre los participantes; en primera instancia, de manera individual y posteriormente estableciendo similitudes entre la vida de los entrevistados.

8.1 Datos sociodemográficos

Antes de presentar los ejes temáticos y su abordaje, nos limitaremos a presentar datos generales de los participantes para entender su proceso dentro del uso de las drogas y su recuperación.

Se trabajó con dos participantes, Carlos y Manuel⁵.

Carlos un adulto de 38 años de edad, procedente del Estado de México, separado, con un hijo de 21 años, técnico en línea blanca. Dentro de su familia de origen es el segundo hijo de tres hermanos. Actualmente tiene año y siete meses sobrio, sin embargo, inicio su carrera de uso de drogas a los 13 años.

Por otra parte Manuel, tiene 47 años, casado por segunda vez, tiene una hija de 20 años en su primer matrimonio, con quien mantiene poco contacto. Con su esposa actual tiene otra hija de 10 años de edad. Manuel hoy por hoy es taxista.

⁵El nombre de Carlos y Manuel son nombres ficticios con los que en el presente se identificará a los participantes, este uso de nombres responde a la intención de proteger la identidad de los mismos.

Es el 8vo hijo de 11 hermanos, de los cuales 9 son alcohólicos. Así pues, su historia de uso de alcohol y drogas data de los 13 años, haciéndose usuario de múltiples sustancias a los 16 años. Cabe señalar que este participante tiene 13 años sobrio.

8.2 Ejes temáticos:

8.2.1. Eje 1: Conociendo al monstrro

Dentro de este eje se abordará el primer contacto con las drogas, así como el inicio de la historia del consumo de las mismas; resaltando la primera vez que los participantes utilizaron una sustancia psicoactiva y el tipo de droga utilizada.

De esta manera, creemos que las personas tienden a consumir en primera instancia sustancias accesibles como el alcohol, el cual la mayoría de las veces resulta un agente facilitador para variar e intensificar el uso de narcotizadores; ya que dicha sustancia es económica y accesible, pues es consumida en nuestra cultura con gran cotidianidad.

Becoña y Cols. (2010), atañen al respecto que el consumo de drogas no es actual, pues este remota desde la antigüedad, ya que el consumo de narcóticos como el alcohol, marihuana, masticar hojas de coca, etc. eran utilizados por nuestros antepasados con fines recreativos e inclusive sacramentales por ser la mayoría drogas naturales, entendiéndose por naturales aquellas que aparecen espontáneamente en la naturaleza (Caudevilla, s/f). Situaciones que nos llevan a pensar que pudiesen entrar bajo algunos parámetros dentro de las drogas legales; pues con regularidad es consumida en fiestas, bares y reuniones familiares. Escenarios en el que destacara el último, ya que resulta alarmante que sea la familia la que da iniciación en el consumo.

Es la familia en la mayoría de los casos la que incentiva y ve a bien que los hijos tengan sus primeras experiencias en relación a sustancias psicoactivas dentro del núcleo familiar. Convirtiéndose en un “agente facilitador” para el uso de narcóticos; generando también alta tolerancia a dichas drogas, principalmente al tabaco y alcohol, ya que estos están presentes en reuniones y fiestas familiares.

Lo anterior resulta alarmante debido a que lo que en un principio comenzó como “un juego” y algo “sin importancia”, como es el prender el cigarrillo o tomarse el último jaloncito de la copa, hoy en día es un problema cotidiano a nivel mundial. Mismo que comenzó con TOLERANCIA en los hogares para posteriormente dar paso a la ADICCIÓN, dependencia que no resultara tan fácil de tratar como se cree y espera.

Así, con el alcohol la mayoría de las personas estamos familiarizados; debido a que las drogas que más se consumen son el alcohol, el cigarro y la marihuana por ser drogas económicas.

El uso que se les da puede ser solas o en combinación; es decir, cigarro y alcohol; alcohol y marihuana, entre muchas otras.

Serrani (2009), menciona en un estudio realizado que la toxicomanía en jóvenes y adultos es un tema prioritario de salud, oscilando la edad de los consumidores entre los 12 y 60 años de edad, en donde se observa que dos de las drogas más utilizadas, solas o en combinación, son el alcohol y la cocaína.

No obstante, otros estudios como el realizado por Becoña y Cols. (2010), mencionan que el consumo de sustancias en jóvenes y adultos más que “depender” de la facilidad de obtención de drogas como el alcohol y el tabaco depende de los estilos de vida de los consumidores, así como de los valores que posean, agregando también factores como las creencias de la comunidad, pues

en dicho estudio se encontró que componentes como los anteriores determinarían la elección de las sustancias y el patrón de consumo de las mismas.

Hay que tener presente que el uso de sustancias psicoactivas genera adicción y dependencia, lo cual lleva al adicto a buscar “algo más fuerte”, si en un principio se consumía alcohol y marihuana, lo más probable es que después consuma cocaína, heroína, y otro tipo de drogas sintéticas las cuales debido a su costo y poca familiaridad en el mercado son difíciles de consumir, creándose una dependencia de estas hasta llegar finalmente a otro tipo de droga que pueda resultar más económica como es el caso de los solventes; originando así un “círculo vicioso” que da cuenta de la evolución respecto a la adicción.

“Yo mi primera copa de alcohol me la he de haber tomado a la edad de 8 o 9 años...” (Manuel, 47).

“...cuando empecé con las drogas fue como a la edad de [...0,4] como a la de edad de trece catorce años, empecé con los, empecé con los solventes...” (Carlos, 38).

Las viñetas presentadas con anterioridad dan cuenta de que los entrevistados reportan haberse iniciado en el consumo de sustancias psicoactivas a una temprana edad, recurriendo a drogas económicas quizá por lo fáciles de adquirir, pues en su caso en particular, este tipo de sustancias estuvieron presentes en el entorno en el que se desarrollaron, casa, escuela y barrio; en un principio a lo mejor por curiosidad o bien, como fuga a todos sus problemas; dando paso a un consumo paulatino a medida que el participante le dio un significado, aún cuando en esta primera vez la experiencia no haya sido buena o placentera.

Así mismo, dentro de esta categoría se abordan los contextos y circunstancias en las que se empezó a consumir dichas sustancias adictivas. Por lo cual, dentro de esta categoría ubicaremos cinco subcategorías más: “espejo”, “edificio”, “refugio”, “bienestar” y “cincel y martillo”; las cuales se explican a continuación:

8.2.1.1 Espejo (personal / esfera afectada): en esta primera subcategoría se pretende dar cuenta del sentir de los entrevistados, es decir, englobará la percepción propia y la que deseamos dar o reflejamos a los demás.

Hay que tener en cuenta que en dicho espejo puede haber distorsión de la realidad. Presentándose la mayoría de las veces sentimientos negativos como el de vacío, tristeza, soledad, rechazo, enojo, coraje e impotencia. Sin embargo, también se hacen presentes sentimientos de superioridad en relación a contrarrestar los sentimientos ya mencionados (sentimientos negativos), pues, por lo general el adicto busca mostrarse, fuerte, seguro, “vale todo”, déspota, egoísta, etc., aunque en realidad esté sintiendo lo contrario, ya que la mayoría de los enfermos reportan sentirse desprotegidos y solos. Me muestro “negro”, cuando en realidad soy “blanco”.

Al respecto, “El diario electrónico de sanidad” (2009)⁶ alude que algunos refuerzos del mecanismo de defensa del toxicómano son disfrazar la percepción, es decir, la percepción de la situación que origina los problemas disminuye (al adicto parecieran olvidársele) y su autoestima se incrementa; no obstante, la percepción del medio externo no se modifica, distorsionándose sólo la percepción del individuo, atribuyéndose capacidades mayores a las que posee; acompañado también de la evasión de realidad, es decir, huida o negación, donde el sujeto crea su propia realidad, alterándose la percepción de las situaciones externas e internas.

Serrani (2009) señala que en la esfera psíquica se produce sensación de omnipotencia y de invulnerabilidad, además de una disminución de las sensaciones displacenteras, lo cual ocasiona en los taxicomaniacos un deseo *irresistible de consumir una determinada sustancia* cuando la sustancia se

⁶ El diario electrónico de la sanidad, conocido también como el Médico Interactivo es una publicación electrónica dirigida exclusivamente al profesional sanitario destinado a prescribir o dispensar medicamentos, por lo que se requiere una formación especializada para su correcta interpretación.

desvanece del organismo. No obstante, hay que tener en cuenta que ésta no es una regla, debido a que cada individuo es único y diferente.

Por su parte Sanín (1984), arguye que la personalidad del adicto se puede caracterizar por la incapacidad de soportar tensiones así como la necesidad de suprimir instantáneamente cualquier molestia; la personalidad del drogodependiente se ve influida por la sustancia, transformándolos radicalmente, ya que se podría encontrar a “dos personas distintas” en un mismo cuerpo.

Cabe resaltar que debido a la drogodependencia que ha generado el dicto su percepción y realidad se han visto afectadas, pues, el consumo de sustancias psicoactivas generan cambios físicos, individuales y sociales. Pudiendo ser un ejemplo de lo anterior el “ponerse el saco” frente algún comentario y circunstancia aun cuando no fuese destinado para él, mostrándose el adicto a la defensiva.

El drogodependiente no se controla a sí mismo, situación que abre camino a los accidentes y al uso de violencia, añadiendo la adopción de conductas de riesgo o anti- sociales, todo lo cual forma un germen de situaciones conflictivas (Serrani, 2009).

“...estar en una soledad interna que te sientes vacío, que no vales nada que no eres nada ¿no? Ya no tienes ni voz ni voto para, para vivir ni nada, o sea, piensas que todo ya que eres rechazado de la sociedad, de tu familia y todo...” (Carlos, 38).

“...siempre, siempre me sentí solo...” (Manuel, 47).

Aquí, vale la pena resaltar la soledad y vacío que dicen tener los participantes y todo lo que esto implica.

Si bien, en la mayoría de los casos la familia apoya física, moral y económicamente; la percepción del adicto es distinta, debido a que mencionan

percibir rechazo familiar y social, pues como lo menciona Manuel en la entrevista “*no podía merecer otra cosa que no fueran desprecios, que otra cosa merecía una persona como yo*”; no obstante, tiempo después, él mismo da cuenta de poder comprender que el alcohólico y drogadicto no tiene por qué ser denigrado, ya que bastante tiene con las culpas que carga.

La única realidad es que los errores pesan y aunque los entrevistados aluden haber “recuperado” el amor perdido de sus seres queridos, ese que una vez junto con la confianza y apoyo quebrantaron, el amor, confianza, respeto, etc. más afectado fue el propio, mismo que es el más importante, ya que el amor más grande que hay que cultivar es el amor a uno mismo.

8.2.1.2. Edificio (familia / esfera afectada): en lo que respecta a esta subcategoría se espera que la familia sea ese “edificio” inquebrantable en el cual, nos podamos refugiar y proteger. Que sea un lugar seguro. Así pues, los cimientos de dicha construcción deben de ser sólidos (o eso es lo que se cree y espera) para que no existan problemas a futuro.

En base a lo anterior, consideramos que el contexto más influyente para que se generen adicciones es el hogar.

Creando que si se vive en un hogar con violencia, alcoholismo, o algún tipo de adicción, es decir, con cimientos frágiles, la persona crecerá con cierto vínculo o tendencia a repetir patrones.

Argumentando Torres (2007), que la familia juega un papel importante en el consumo de sustancias psicoactivas, pues esta, funge un rol importante en la vida del individuo, ya que influye en él a gran escala debido a que es la primera institución con la que el individuo tiene contacto, pensando que esta será la que lo permeara e influirá para lo que será el adulto del futuro.

Sin embargo, esto no quiere decir necesariamente que todas las personas que provienen de un hogar con ciertas características tengan que consumir algún tipo de sustancia adictiva pues infancia no es destino; ni tampoco quiere decir que todas las personas que consumen sustancias adictivas provengan de un contexto familiar así; debido a que otro de los contextos influyentes es el de las amistades.

Aguilar (2012), menciona que hablando de adicciones, se han determinado múltiples factores que favorecen la aparición de las mismas; dentro de los cuales destacan los que pertenecen al plano individual; los relativos al ambiente familiar; los relacionados con el entorno social y los concernientes al ámbito educativo. Resaltando el hecho de la permisividad, debido a que se tolera o incluso estimula la práctica de consumo a sustancias adictivas dentro de la familia, induciendo así la aparición de adicciones; por tanto, cuando un individuo tiene amigos que consumen drogas o se encuentra inmerso en un medio en el que existe el consumo de estas sustancias, la probabilidad de que tenga adicciones aumenta.

Mencionando Becoña y Cols. (2010), que ningún país desarrollado ha quedado atrás en el surgimiento de estos problemas, tal como lo reflejan distintos estudios, encuestas, etc., arrojando datos alarmantes, ya que mencionan los problemas con las adicciones se han desbordado, produciendo graves consecuencias en su salud física, mental, laboral, familiar y económica.

Así, en dichos contextos se puede dar cuenta de la existencia de prácticas de riesgo “disfrazadas”. El consumo de ciertas sustancias como el alcohol resulta permisivo, situación que directa o indirectamente causa conflicto a medida que se empiezan a seguir modelos en un espacio de permisividad inmenso, y es que entre más permisivo sea creemos que esto hace pensar a las persona “que no sucede nada si se consume”, al final de cuentas es lo normal, lo que se vive “día a día”, en las familias, con los amigos e inclusive es lo que nos muestran e incentivan en los medios de comunicación.

En lo que atañe a la metáfora del edificio en relación a la familia debe entenderse de la siguiente manera: como ya se mencionaba una familia o edificio con cimientos frágiles tendera a estar en desequilibrio, es decir, correrá el riesgo de que un temblor (violencia intrafamiliar, situaciones personales, sociales, etc.) pueda causar estragos en él, inclusive llegándolo a derrumbar; pues dicho edificio no podrá contrarrestar el caos debido a la falta de pilares y deficiencias en su construcción. Esperando dar a entender que aquel individuo que carezca de armonía y comunicación en el hogar, será más propenso a que busque problemas y que en vez de generar soluciones origine lo contrario, como refugiarse en las drogas, siendo posible también matarse o el intento de suicidio.

“...Yo tuve un padre alcohólico... un padre alcohólico que le pegaba a una mujer hasta bañarla en sangre...” (Manuel, 47).

“...tuve que perder todo prácticamente familia, mi esposa me dejó, perdí empleos muy buenos que tenía, este, tuve que tocar fondo...”(Carlos, 38).

Las viñetas anteriores dan cuenta de que efectivamente la familia funge como contexto facilitador, ya que resulta permisivo para las personas que habitan en él; quien no ha escuchado la frase “prefiero que tome o se drogue aquí en la casa y no se exponga allá afuera”. Visto dicho edificio como un modelo a seguir o en el caso de nuestros participantes como un esquema a romper.

No obstante, el no querer repetir los errores de los padres los llevaron a cometer los mismos, debido a que a medida que las sustancias psicotrópicas servían de distracción y freno a sus problemas por determinado tiempo, esta situación creció como una “bola de nieve” la cual con el tiempo resulto difícil de frenar.

8.2.1.3. Refugio (amigos / esfera afectada): los refugios o amigos pueden funcionar como una dialéctica a medida que nos podemos refugiar en ellos “para bien o para mal”. Los amigos pueden ser quizá los que nos acerquen a una

adicción o también los que nos ayuden a salir de ellas. En el caso de los participantes, es claro que es con los amigos con quienes por curiosidad empiezan a consumir alcohol, tabaco, activo, marihuana, entre otras; mencionando ser los compañeros de secundaria y amigos del barrio, que por lo general son los mismos, con los que se dan las pintas para consumir.

Así pues, en el ambiente masculino juvenil el consumo de sustancias es parte de la diversión, pero también de la prueba de valentía y hombría.

Mientras que de manera individual en ese contexto el uso del alcohol y activo se puede entender como la búsqueda de fuga de problemas familiares del momento. O bien, como lo menciona el Departamento de Psiquiatría y Medicina de España, el consumo de sustancias psicotrópicas podría funcionar como mecanismo de defensa, por lo que es muy frecuente que el toxicómano empiece con dichas conductas desde la adolescencia.

Por otro lado, podemos aludir que los amigos fungen como refugio ya que como se mencionaba son el escaparate a nuestros problemas, son los que nos “entienden” y con los cuales nos sentimos identificados y es por eso que como ellos piensen y actúen resulta importante para nosotros; pudiendo tomar lo anterior como influencia para nuestro actuar; ya sea positiva o negativamente.

Como lo menciona Jáuregui (2007), las adicciones “crean” comunidades ficticias debido a que unen a individuos aislados, convirtiéndolos en “amigos”, amigos unidos justamente por aquello que los separa de los “otros” (sociedad), la adicción a “x” o “y” sustancias.

“...un amigo que me lleva... el tenía unos 6 años, 7 años mayor que yo... él estaba fumando marihuana, a la edad de que, yo tenía 13 años y me invita ¡¡¡no!!!...”

(Manuel, 47).

“...cuando tuve mi primer contacto con la droga fue con un amigo, Pepe” El chino”...” (Carlos, 38).

Aguilar (2012), atañe al respecto que cuando un individuo tiene amigos que consumen drogas o se encuentra inmerso en un medio en el que existe el consumo de estas sustancias, la probabilidad de que tenga adicciones aumenta; ya que podría ser considerado como una práctica normal y cotidiana.

Así pues, Lave y Wenger (2003) atañen que los sistemas de relaciones se generan a partir de las comunidades de práctica; es decir, la persona es definida conforme se definen estas relaciones.

Así, dichas viñetas dan cuenta que es con los amigos con quien regularmente se inicia el consumo de sustancias psicotrópicas, pues en el caso de nuestros entrevistados iniciaron su consumo con ellos. Su principal motivo “la pertenencia”.

No obstante, a lo largo de la entrevista se puede evidenciar que la pertenencia fue un motivo secundario, ya que el primordial aliciente siempre fue el escaparate a lo que vivían en casa (la fuga a sus problemas), o bien, el igualarse a sus “semejantes”, ponerse en la misma posición del padre en estos casos, sentirse igual de poderosos que aquel tirano que tanto los molestaba.

8.2.1.4. Cincel y martillo (trabajo / esfera afectada): simbolizan el trabajo. Los golpes del martillo al cincel podrían representar lo “duro” y difícil que resulta para el adicto mantenerse en un trabajo, por lo general, los adictos descuidan sus labores enfocándose únicamente en su enfermedad, la cual los absorbe y consume de tiempo completo. “El diario de la sanidad”, menciona que el adicto depende completamente de las sustancias que consume, manifestándose la necesidad de consumir como una “voluntad”, lo cual da cabida para que el adicto gire y torne su existencia en la consumición, dejando de lado familia, trabajo y amigos, induciéndolo la mayoría de las veces a transgredir la ley y prohibición.

De este modo, para persistir en el trabajo tendrá que luchar con voluntad y golpear con fuerza, pues sólo así podrán ver los resultados de su esfuerzo, viendo culminada la obra final.

Con estas herramientas (cincel y martillo) el adicto podrá moldear su “escultura”, dándole así la forma que el desee, dependiendo de él, el resultado final. No obstante, para llegar a un resultado satisfactorio, el “escultor” tendrá que experimentar varios golpes; siendo estos últimos las recaídas, abandonos de trabajo, robos a los mismos, ser desempleado y no poder ser empleado por la enfermedad, pues en algunos casos puede presentarse que el adicto tenga antecedentes penales como “fruto” de la enfermedad.

“...yo no faltaba a los trabajos, empecé a faltar los lunes, después ya los martes y así hasta que me empecé a, aventar por días tomando y drogándome y empecé a caer... empecé a perder trabajos...” (Carlos, 38).

“...haber tenido muchos trabajos de buenos niveles y a lo mejor no está en jactarme de decir yo fui gerente en..., en Danone, tener puestos de buen nivel y traer mucho dinero en la bolsa, pero siempre solo...” (Manuel, 47).

Lo anterior resulta alarmante debido a que, se deja de lado la persona y su integridad, por satisfacer las necesidades momentáneas que el cuerpo requiere al ser ya un adicto; en otras situaciones se “velaría” por el trabajo tratando de mantenerlo, pues este es el que da “seguridad” y sustento al individuo y/o a su familia; gracias a él se pueden cubrir gastos y necesidades básicas como comida y vestido.

De este modo, creemos que es el descuido del trabajo el que lleva a los adictos a actos delictivos. Una vez que ya no se tiene empleo el cual genere ingresos para cubrir con las responsabilidades que se tenga y permita de igual manera adquirir

la droga, el adicto se ve “orillado” a buscar dinero hasta por debajo de las piedras, robando en primera instancia a la familia, directa o indirectamente, entendiéndose por directa el tomar pertenencias que no son suyas e indirectamente el obtenerlas por medio del chantaje emocional. Recurriendo también como lo mencionaban los entrevistados al robo a transeúntes y a transporte público.

8.2.1.5. Bienestar (salud / esfera afectada): comprende el estado que se pretende alcanzar, lo ideal es que exista un equilibrio entre los estados emocionales, y la salud física y mental. Dentro de esta esfera los participantes pueden dar cuenta de las diferentes problemáticas que les ha causado su adicción, por ejemplo, orinar y defecar sangre.

Dicho equilibrio sólo puede darse si las tres “esferas” mencionadas con anterioridad están en una sola línea, debido a que si una es deficiente es muy probable que como la manzana podrida eche a perder a las otras.

Serrani (2009), menciona al respecto que el consumo de sustancias tóxicas a largo plazo conlleva un deterioro físico y psíquico. En cuanto al primero, alude que el adicto sufrirá de daño neuronal, de los órganos de los sentidos, aparato digestivo, cardíaco, respiratorio y endocrinológico; mientras que a lo que al daño psíquico se refiere, argumenta es probable sufra de síndrome depresivo, falta de motivaciones, dependencia psíquica y física a la sustancia neuro-toxica, actitudes psicopáticas y/o mitómanas, anhedonia, y aislamiento; lo cual conlleva a una disminución en los rendimientos escolares y laborales, empobrecimiento afectivo e intelectual y, numerosas incapacidades permanentes.

Desplazando de esta manera “su vida” (familia, trabajo, amigos, etc.) por la adicción; aun cuando el adicto sepa el daño que las sustancias psicotrópicas le origina.

“...un accidente que tuve me tuvieron que atropellar y pues me vi muy mal, casi un mes en cama donde pues ya no pude caminar, tuve fractura de columna, me atropellaron, me aplasto todo lo que es la parte torácica que era costillas, corazón, lo llevaba comprimido...” (Carlos, 38).

“...ya yo lo que quería la verdad era pues morirme, ya obraba sangre...” (Manuel, 47).

Resulta alarmante el daño que las drogas ocasionan al individuo y por consiguiente a la sociedad en general, pues como menciona “El diario electrónico de la sanidad” las adicciones como el alcohol y el tabaco afectan a millones de personas, siendo causa directa de muerte, ya que es causa del 65 por ciento de las enfermedades neoplásicas y de más del 50 por ciento de la mortalidad por accidentes. Si tenemos en cuenta que los accidentes y las enfermedades tumorales son algunas de las principales causas de mortalidad global, podemos afirmar que un elevado número de muertes está causado directamente por el alcohol y el tabaco.

Al respecto, Bandera (1999) alude que el problema de adicciones va creciendo “viento en popa”, pues, refiere que en algunos países supera en morbilidad a enfermedades oncológicas y cardiovasculares.

Sin embargo, pese a estos datos y a la información que se brinda en escuela y medios de comunicación masiva, los adictos siguen creyendo encontrar dicho bienestar al consumir los tóxicos, no obstante, la realidad es todo lo contrario, pues una vez que ha pasado el efecto de la droga su estado de salud se ve agravado, llevándolo así a realizar otro tipo de prácticas como lo es la cura de crudas, situaciones y practica que dan lugar al “deterioro” físico, mental y emocional.

8.3. Eje 2: **Lo que no te mata te hace más fuerte** (evolución de la adicción y métodos de resistencia)

Dicha categoría engloba el proceso de “aguante”, frecuencia y otros tipos de drogas (por lo general más nocivas a comparación de las de inicio) utilizadas por el adicto para resistir más en relación a la fiesta, alucine, viaje y/o pasón.

Una vez que el enfermo se ha hecho adicto a alguna sustancia psicoactiva buscara la forma de mantener el efecto producido, o bien, aumentar el mismo; se dejará de lado lo que tenga que pasar, hacer y/o ocurrir para obtener la droga, ya que al final de cuentas lo que busca es su “bienestar”, aliviar esa necesidad momentánea aunque está a largo plazo deje estragos en él y le haga daño; pues al final de cuentas “lo que no te mata te hace más fuerte”, y es que como lo mencionan, la adicción se incrementa, ya no poniéndose borracho con una copa o dos como al principio, ahora lograra ese efecto con una botella completa, sin querer caer en la exageración.

Combinando drogas entre sí, haciendo cada vez más adictiva y nociva la sustancia; en un principio argumentaban combinar alcohol y marihuana, sustituyéndolo después, quizá por cocaína, marihuana y alcohol.

Aludiendo al respecto Becoña y Cols. (2010) que el abuso a sustancias psicotrópicas se genera cuando el ya adicto lleva a cabo prácticas de consumo continuo, aun cuando estas ya han hecho estragos en él, derivados de su mismo consumo, dando cabida a la dependencia debido a su uso excesivo, lo cual generara consecuencias negativas conforme vaya pasando el tiempo.

Presentándose también las recaídas debido a que, aunque el adicto refiera querer dejar de adentrarse en el mundo de las drogas, existe “eso” que los “jala” y aun teniendo ya tiempo de sobriedad una vez consumida “x” sustancia psicoactiva, su cuerpo pide más, no pudiendo controlar así el consumo de la misma.

“...empecé a beber primero verdad, primero era viernes luego ya era viernes, sábado y domingo y así empecé ya empecé a agarrarle la forma de cómo curármela con el alcohol y entonces pues este empecé a tener ya más resistencia... por ahí de los dieciocho años choco con la cocaína, con el polvo y, y pues se me hace mi aliado porque háganle cuenta que con la coca pues si me emborrachaba pues rápido me este, pues me daba unos pericasos y rápido se me bajaba la borrachera, me mantenía bien...” (Carlos, 38).

“Fueron 25, veintitantos años de alcoholismos y drogadicción, entonces a la edad de “x” años empiezo a drogarme y no le pare y a la edad de 16 años empiezo a alcoholizarme bien y no le paro hasta la edad de 35 años que llego a Alcohólicos Anónimos la sexta ocasión...” (Manuel, 47).

Creemos que el proceso de “lo que no te mata te hace más fuerte” es muy interesante debido a que el adicto tiene dependencia a las sustancias; física, mental y emocionalmente; su cuerpo le pide ingerir tóxicos para evitar otro tipo de malestares como lo son los delirios, mientras su mente le requiere ingerir o no las drogas a manera de “pruebas” de hombría, visto como macho o más hombre aquel que se haya o atreva a probar y combinar más sustancias, figurando más varonil aquel que comete más locuras como conducir en estado de ebriedad, golpear a su pareja y/o familia en general, entre otras. *Manuel (47): “me gustaba que me dijeran loco, hasta ese apodo me gusto”.*

En dicho ejemplo, la situación lo llevó a sentirse bien en el momento; Manuel era concebido como superior y todo poderoso, no obstante, posteriormente los sentimientos fueron de culpa, soledad y vacío.

De este modo, derivamos una subcategoría denominada “Presunción de la juventud”.

8.3.1. Presunción de la juventud (negación del problema): el adicto da cuenta de que existe un problema, pues empieza a experimentar cambios; negándose a aceptarlo o bien, cree poder controlarlo, pensando que es él quien controla a las drogas y no las mismas a él.

Sin embargo, cuando una persona comienza a consumir algún tipo de sustancia adictiva llámese alcohol, cigarro, marihuana o droga sintética, no se da cuenta inmediatamente de su problema, pues los efectos del abuso de sustancias no se dan alejadamente teniendo consecuencias inmediatas, por lo cual el problema no es aceptado fácilmente.

En muchas ocasiones es el entorno social en el que se encuentra inmerso un adicto el que le dice que no existe tal problemática o que es algo “normal”, sin embargo, es curioso que muchas veces sea parte de estos mismos contextos los que señalan al individuo como adicto.

Siendo como lo menciona Roth (2002), un cambio en una o más de las entidades básicas lo que produce un cambio en las relaciones existentes y, por lo tanto, en el conocimiento y el aprendizaje.

Considerando que la edad en la que se encuentran más propensos o con mayor riesgo a consumir algún tipo de sustancia adictiva es la adolescencia, quizá porque es una edad en la cual el ser humano se encuentra en crisis. Es una etapa de cambio, en la que la persona se convierte en un ser susceptible, vulnerable y por qué no voluble, lo cual contribuye a la falta de aceptación y madurez para enfrentar la problemática. Y es por esta negación que tienden a creer que la sustancia no les afecta y los mantiene en un estado de estabilidad.

“...pues yo no quería dejar de drogarme a pesar de que pues la había regado y todo pues yo me sentía joven...” (C, 38).

“...de chavos creemos que conocemos todo y no es cierto ¿verdad?...” (M, 47).

Lave y Wenger (2003), mencionan al respecto que el pensamiento y el conocimiento son relaciones entre las personas en actividad en, con y generándose a partir de un mundo estructurado social y culturalmente.

8.4. Eje 3: **“El viacrucis y las recaídas”** (Inicio de rehabilitación)

Dentro de este eje se abordarán aquellos aspectos referentes al intento de rehabilitación y todo aquello que los adictos tuvieron que pasar para finalmente llegar a ella.

La persona adicta busca alternativas que le permitan abandonar su adicción, sin embargo, consideramos que el fracaso en la búsqueda de estas alternativas se debe a la falta de aceptación de la problemática, pues visualizan el problema como algo que aún pueden controlar o bien algo pasajero.

Una vez que concluyen los “rituales” de las alternativas buscadas para dicha enfermedad, el adicto recurre nuevamente a la ingesta de sustancias adictivas. No obstante, son estos rituales los que en ocasiones llevan a una recuperación al adicto.

Resulta probable que la persona adicta tenga que comparar entre anexo y anexo, religión y religión, etc., con la finalidad de dar cuenta de qué es lo que mejor se adapta a ellos como individuo, pues como lo mencionaba Manuel en la entrevista “el mejor centro es donde uno se siente bien”.

De la misma manera es importante que el adicto tenga acceso a un amplio rango de actividades, a los veteranos y a otros miembros de la comunidad; a la

información, recursos y oportunidades de participación, pues es en estos puntos donde muchas veces el adicto encuentra “el sentirse bien.

La importancia de la participación de los novatos en la práctica final tiene una consecuencia: la identidad de los principiantes se vuelve en un objeto de cambio y puesto que el aprendizaje y el sentido de identidad son inseparables; son aspectos el mismo fenómeno.

Es importante mencionar que las personas que por lo regular acercan al adicto a estas alternativas son las personas cercanas a ellos (familia, pareja y amigos), ya que estas también se ven afectadas por el problema. A continuación se presentan las siguientes viñetas a manera de clarificar lo antes mencionado.

“...tuve que hacer un trabajo de regresión en una experiencia que se llama cuarto paso y ahí es donde te das cuenta ¿no? Porque uno las pasa por alto, dice y como le voy a platicar eso ¿no?... son situaciones que te van librando que vas entendiendo...” (M, 47).

“Se les ha sugerido a los compañeros cuando llegan no que pues este el cumpleaños de la abuelita que del tío que de la vecina, se les sugiere y a veces van y al otro día regresan hígole es que se me antojo se me paso y le di un trago y ya de ahí vienen las recaídas...” (C, 38).

Así pues, se abordaron dos subejos: “varita mágica” y “capillitas” las cuales se explican a continuación.

8.4.1 Varita mágica (cura de crudas): refiere al tipo de “rituales” que el adicto suele recurrir en busca de su bienestar, debido a que la ingesta de sustancias psicoactivas le producen malestares en su mayoría físicos.

El adicto suele aumentar las cantidades de drogas ingeridas o bien, cambiar su consumo por sustancias más nocivas. La persona que consume sustancias

adictivas comienza a crear la mayoría de las veces resistencia hacia la sustancia, pero, a la vez comienza a sintomatizar cada vez más las llamadas “crudas”, las cuales no únicamente son físicas sino morales, recurriendo a querer evadir estos síntomas por medio de rituales como tomar una cerveza al día siguiente para no sentir dichos malestares, pues lo único importante es ese estado de satisfacción y escaparate de la realidad.

“...me voy a curármela y a drogarme; eran como las 9 o 10 de la mañana cuando dejo a mi madre...me intereso más curármela, pues mi situación de poder estar bien o sentirme bien...” (M, 47).

“...me la empecé a curar para poder llegar a sentirme otra vez bien pues, empecé a tomarme otra cerveza o unas copas de vino para empezar a sentirme mejor...” (C, 38).

8.4.2. Capillitas (anexos): da cuenta de los anexos que el adicto “vivió” antes de llegar en el cual se encuentra rehabilitado.

En dichas capillitas el enfermo aún no estaba convencido del todo de rehabilitarse, por lo cual experimenta recaídas.

En la mayoría de los casos el adicto tuvo que pasar por diversas capillitas intentando poner su “fe” a prueba para poder llegar más tarde a la catedral, la cual es el santuario final.

Dichas capillitas no cumplieron su función quizá por el trato brindado al adicto. Los entrevistados refieren que en ellas su persona era aún más denigrada, dándoles golpizas, mala comida, malos tratos, etc., no obstante, agregan haberlo aceptado ya que no se creían merecedores de otra cosa, puesto que no se encontraban en posición de exigir algo que ellos no habían retribuido.

“...me llevaron que a juramentos, con brujos, con personas que me hacían limpias y a ellos les hicieron limpias pero de bolsillos nada más porque “M” no quería; juramentos tuve miles, miles de juramentos...” (M, 47).

“empezar a tocar anexos, uno tras otro, en varios tuve que vivir por algún tiempo y por lapsos, pues que me iba a jurar y que hacia promesas trataba de, busque religiones, busque por el lado, estuve en la iglesia mormona, este cristiana, este católica...” (C, 38).

8.5. Eje 4: **Esta es la buena** (Rehabilitación)

Dentro de este eje se abordara el proceso de rehabilitación del adicto así como las herramientas en las que este se apoyó para llegar a la misma.

Para poder llegar a la rehabilitación el adicto tuvo que dañar diversas esferas de su vida y más que eso, dar cuenta de lo que en su vida ya no estaba funcionando.

“...le hice mucho daño a mi familia y todo eso, todo eso que tuve que vivir fue lo que me ayudo para decir: “no, ya no” y empecé a echarle ganas a través de haber perdido todo...” (M, 47).

Se crearon tres subejos: “cicatrices que ha dejado el monstruo”, “catedral” y “pata de conejo”; los cuales se explican a continuación:

8.5.1. Cicatrices que ha dejado el monstruo (abstinencia y sus síntomas): se refiere al periodo de abstinencia por el cual ha tenido que pasar el adicto.

Una adicción va más allá del simple nombre, pues conlleva enfermedades físicas y mentales; por ejemplo, los accidentes y los delirios.

Una adicción es como una cicatriz, una marca de por vida que por más que se trabaje en ella nunca se podrá borrar; cuenta una historia. Sin embargo, consideramos puede dejar de lastimar o doler.

Así, el consumismo de sustancias tóxicas deja cicatrices grandes y profundas en el cuerpo y vida de nuestros participantes. Mismas que pudiesen ser o han sido transferidas a los “seres queridos” del o los adictos.

“...yo tuve que llegar a hospitales por lo mismo de mi alcoholismo, a la Cruz Roja que me llevaban cuando me daban esos delirios que ya no, que ya no, me ponía muy mal...” (M, 47).

“...un tiempo de desintoxicación, este, para que quince días de ansiedad, este, las cosas que te quedan los miedos...” (C, 38).

8.5.2. Catedral (inicio de rehabilitación / aceptación del problema / atribuciones al centro donde se encuentra rehabilitado): refiere el “sentirse convencido” de que se puede salir adelante y como lo refiere Manuel “vivir sin drogas y alcohol”.

El adicto ya se concibe como ADICTO. Ha llegado por fin a la catedral después de haber visitado “x” número de capillitas; en esta catedral ha encontrado específicas “atribuciones y cualidades” que en la capillas no, por ejemplo, como lo menciona Carlos, “amor, confianza y hermandad”.

Dentro de la aceptación y rehabilitación del problema influye mucho el tipo de ayuda que se le brinde al enfermo, pues el adicto tendrá que recuperar no solo la confianza de los demás sino la confianza de sí mismo. Es necesario que el adicto quiera recuperarse realmente así como saber canalizar sus emociones y las cosas del día a día.

“...lo logre y aquí fue donde le puse ganas y no es fácil, la verdad no es fácil...” (M, 47).

“...nos apoyan en todo, nos apoyamos todos, todos unidos y que es un grupo de amor, puedes tener la religión que quieras, eres libre de tu decisión espiritual...” (C, 38).

Sin embargo nos cuestionamos lo mencionado por Lave y Wenger (2003), quienes argumentan que “el aprendizaje es un aspecto central e inseparable de la práctica social” (pp. 4 y 5), pues de ser así ¿porque muchos de los integrantes de grupos de recuperación no lleva a la práctica social lo visto dentro del grupo? ¿Qué influye en esto, no está preparado para aprender, o el sistema no está estructurado para ciertas personas? Pudiendo aludir esto a lo mencionado a los autores antes señalados; quienes mencionan que el aprender no está meramente situado dentro de la práctica, como si fuera algún proceso independientemente objetivado, que sólo requiera ser localizado en algún lado; aprender es una parte integral de la práctica social generativa de la vivencia del mundo.

8.5.3. Pata de conejo (herramientas de recuperación): refiere las herramientas de las cuales se vale el adicto para evitar las recaídas, por ejemplo, asistir a sus juntas en AA, platicar con su padrino referente a sus “malestares”, practicar el habla y escucha mediante experiencias compartidas.

Estas herramientas son de suma importancia pues como lo menciona Roth (2002), “el resultado de sus acciones dependerá de las herramientas que tienen a su disposición”

Así, la ayuda que el adicto recibe de sus semejantes y compañeros AA y drogadictos, es de vital importancia, pues ellos han tenido también que pasar por el “viacrucis”.

De esta manera, como lo argumenta Lave y Wenger (2003), las relaciones sociales de los aprendices (en este caso el adicto en recuperación recién integrado al grupo), dentro de una comunidad cambian a través de su involucración directa en actividades; en el proceso, se desarrollan el entendimiento y las destrezas conocibles de los aprendices.

Transformarse en un participante completo incluye, ciertamente, comprometerse con las tecnologías de la práctica cotidiana así como participar en las relaciones sociales, los procesos de producción y otras actividades de las comunidades de práctica (Lave y Wenger, 2003).

Los consejos de quienes como él han pasado el infierno de las drogas, toman un papel relevante en la recuperación del adicto, debido a que son tomados como ejemplos a seguir, poniéndolos en posición de amuletos de la suerte, como “patas de conejo”. Buscando la manera de mantenerse en sobriedad, siguiendo el lineamiento de “solo por hoy”, con la finalidad de permanecer “limpio” de por vida.

Además de que como lo menciona Lave y Wenger (2003), la participación compartida es el escenario sobre el que lo viejo y lo nuevo, lo conocido y lo desconocido, lo establecido y lo que se espera, expresan sus diferencias y descubren sus coincidencias, manifestando el miedo de uno a otro, y acordar los términos de sus propias necesidades.

“...me ha ayudado eso mucho con las experiencias de todos los compañeros que de cada uno de ellos me han enseñado, que pues he aprendido mucho de ellos y me enseñan a cómo salir adelante...” (C, 38).

“...la cuestión de los sentimientos es sacar todo...” (M, 47).

CONCLUSIONES:

En base a la presente investigación podemos concluir que la drogodependencia es una enfermedad “individual” que cae en lo social, teniendo origen la mayoría de los casos en el medio en el que se desarrolla el toxicomaniáco en cuestión; pues el medio ambiente resulta para el enfermo una dualidad en lo que se refiere al inicio de consumo y a la recuperación de la misma.

Así pues, dentro de los “factores” que influyen en el ambiente para que el adicto se inicie o rehabilite de la drogodependencia se encuentran familiares y amigos; ya que la mayoría de los casos el adicto se inicia en casa bebiendo una o dos copas de alcohol, para posteriormente ser con los amigos con los que probara por vez primera una droga más fuerte como lo es la marihuana o el activo.

Es importante no estigmatizar el contexto de familia y amigos, pues consideramos que si bien influyen no son determinantes para que una persona caiga en la adicción, de ser así todas las personas con problemas familiares o amistades “influyentes” serían adictos.

Siendo para nosotras importante la rehabilitación no únicamente del adicto sino del contexto familiar en el cual se desenvuelve, pues si este regresa a un ambiente tóxico, no únicamente hablando de drogodependencia sino de factores emocionales, es probable que busque una salida fácil a sus problemas, recayendo nuevamente en el consumo de narcóticos.

De este modo, nos resulta alarmante que el enfermo tenga iniciación en casa, con su familia, que son, como ya se había mencionado, aquellos con quien él debería de sentirse seguro, “feliz”; no obstante, ocurre lo contrario, pues, en gran medida consume sustancias psicoactivas buscando escapar de sus problemas, problemas que tienen en el hogar y que seguidamente derivan en otros sitios, lo cual, la

mayoría de los casos los llevara a quebrantar la ley, o, a buscar situaciones de riesgo con el fin de mitigar el dolor y la realidad en la que se encuentran hundidos.

Así mismo, es importante resaltar la importancia que tiene la familia para la conformación del individuo, pues, esta, es la primera con quien el ser humano tiene contacto. Aludiendo que la infancia no tiene que permear y envolver el futuro del individuo (aunque la mayoría de las veces así sea, ya que el humano tiende a repetir patrones y seguir modelos), pues si bien, la familia es la que dota al “niño” de herramientas y valores para desenvolverse en el futuro, este con el paso del tiempo será el que escogerá que “herramientas” sí utilizar y cuáles no.

No obstante, se considera en gran instancia al “niño” que se desarrolló en un medio familiar hostil propenso a consumir drogas en la adolescencia.

Por otro lado, no queremos que se entienda que la familia es “la mala” de la historia; ya que también es conocido que adictos a sustancias no presentaron problemas familiares y se encuentran sumergidos en el mundo de las drogas; iniciando su consumo por curiosidad, quedándose enganchados por la tolerancia que presentaron a las sustancias que probaron.

Resultando en cualquiera de los casos, familia e individuo afectados, ya que la familia de origen también se ve aquejada, llamándosele codependiente; debido a que su estado emocional gira en relación al del adicto. Dicen encontrarse bien si él lo está; cayendo muchas veces en el error de “solaparle” acciones y actitudes con los demás miembros de la familia, tornándose complicada la situación, pues, para que el adicto comience su rehabilitación la familia deberá jugar un papel importante dentro de esta; en donde las actitudes, acciones e incluso comentarios vagos que hacen los miembros de la familia al adicto pueden resultar cruciales para la recuperación.

Así, en dicha recuperación, todos los integrantes de la familia deberán estar en común acuerdo. Apoyándolo cuando él se los pida, teniendo en cuenta que no depende más que del adicto que la recuperación sea exitosa.

No obstante, es importante no confundir este apoyo y caer nuevamente en la relación de codependencia estando a expensas de lo que la persona en recuperación quiere, siendo importante los límites, ya que de estos dependerá también en gran medida el éxito de la recuperación del adicto.

Resulta preocupante que el consumo a sustancias tóxicas se inicie con personas cada vez más jóvenes, llevándonos a plantear la interrogante de ¿Qué está pasando en nuestra sociedad?, ya que se está haciendo cotidiano caminar por las calles y ver a “niños” en las esquinas drogándose, robando o como ellos lo llaman “taloneando” al transeúnte. Una ola de violencia nos asecha, y no hacemos “nada” para contrarrestarla, nos limitamos a criticar y opinar, viéndola pasar de frente.

BIBLIOGRAFIA:

- Aguilar Bustos Octavio Enrique (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Vol. 17, No. 2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de México. Pp. 69-70
- Alpízar L., M.; Pérez Hoz, G. y García Hernández, I. (2008). Previniendo el alcoholismo. Revista Cubana de Salud Pública, vol. 34, no. 3, julio-septiembre. Sociedad Cubana de Administración de Salud. La Habana, Cuba. pp. 4-9.
- Arana X. y Márquez I. (1998). Los agentes sociales ante las drogas. Dykinson. Madrid.
- Bandera, R., A. (1999) Toxicomanías y Adolescencia: Realidades y Consecuencias. Cap. 2: Toxicomanía. Conceptualización. Clínica del adolescente. La Habana, p. 9-21.
- Becoña y cols. (2010) Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Socidrogalcohol. Barcelona. Pp. 8-318.
- Brizuela M., Fernández D. y Murillo J. (2009). Adicciones. Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria. Argentina.
- Caudevilla, G., F. (2007) Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. Grupo de Intervención en Drogas semFYC.
- Casella, M (2011). ¿La Droga es el Tóxico?. Editorial Lugar, Buenos Aires.

Colín y cols. (2008). Tu futuro en libertad. Gobierno del Distrito Federal. Mexico D.F. pp. 110-117.

Diario Electrónico de la Sanidad (2009).

Departamento de Psiquiatría y Medicina de España.

Desacatos (2009). Centro de investigación y estudios superiores en Antropología Social. Mexico, No. 29, pp. 153-156.

En red: PDF. Clasificación de sustancias psicoactivas.

Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011)

Feldman, F. F (2009). Escuela y prevención de las adicciones. Trillas, México.

Fernandez H., J., R.; Carballo J., L.; Sacades V., y R.; García R., O (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. Papeles del Psicólogo. Vol. 28, No. 1, pp. 2-10. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España.

Franco F. y Griner U. (2008). Síndrome de dependencia del alcohol. Sevilla. España. Jano (1).

Gomez, M (2005). El alcoholismo femenino. Ediciones OCTAEDRO-RIALLA, España.

Grandfield R. y Cloud W. (1999). Coming Clean: Overcoming addiction without treatment. New York: University Press.

Grandfield R. y Cloud W. (2001). Social Context and “Natural Recovery”: The Role of Social Capital in the Resolution of Drug-Associated Problems. *Subst Use Misuse* 2001, 36(11), 1543-1570.

Grupos de familia AL-ANON (1994). “De la supervivencia a la recuperación”. AL-ANON. Pp. 7-297.

Grimson, W, R (2007). *Drogas hoy: Problemas y perversiones*. Editorial Eudeba, Buenos Aires.

Hundeide, K. (2005). “Socio-cultural Tracks of Development, Opportunity Situations and Access Skills”. *Culture & Psychology*. 11 (2): 241–261.

Jáuregui, I. (2007). *Droga y sociedad: la personalidad adictiva en nuestro tiempo*. Nómadas, No. 16. Universidad Complutense de Madrid. España. Pp. 121-130.

Lave, J. y Wenger, E. (2003). *Aprendizaje situado. Participación periférica legítima*. México: FES Iztacala-UNAM. Pp. 2-64.

Lloret I., D. (2001). Alcoholismo: una visión familiar. *Salud y drogas*, año/vol. 1; no. 001. Instituto de Investigación de Drogodependencias. Alicante, España. pp. 113-128.

Martín L. J. (2002). Tratamientos psicológicos. *Adicciones*. Vol. 14 (1). Pp. 1 y 2.

Moradillo, F (2002). *Adolescentes, drogas y valores*. Editorial CCS, Madrid.

Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación*. New York.

Nuevo diccionario enciclopédico (2010).

- Organización Mundial de la Salud. (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. CIE 10. Madrid.
- Pedrero y Cols. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de neurología*. Madrid, España. Vol. 52, pág. 163-172.
- Pérez Gómez, A. y Sierra A, D, R (2007). Recuperación natural y recuperación con tratamiento del consumo de drogas y alcohol. *Adicciones*, Vol. 19, No. 4. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras Toxicomanías. España. Pp. 409-421.
- Rojo y Cols. (2011). Evaluación del desempeño ocupacional en la vida cotidiana en adictos. Creación de un instrumento de medida: el ADO. *Adicciones*. Madrid, España. Vol. 23, No. 1, pág. 27-35.
- Roth, W. (2002). *Aprender ciencias en y para la comunidad*. Department of Curriculum & Instruction. Faculty of Education. University of Victoria. 20 (2), pp. 195-208.
- Secades V. R, y Fernandez H. J (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Universidad de Oviedo *Psicothema*. Vol. 13 (3).
- Secretaría de Salud. (2009). Cuarta Encuesta Nacional de Adicciones. México: CONADIC.
- Serrani D. (2009). Evaluación neuropsicológica de drogodependientes duales al alcohol y cocaína en periodo avanzado de abstinencia. *Revista neuropsicológica, neuropsiquiatría y neurociencias*. Vol. 9 (1). Pp. 93-113.

Swartz P. (1970). Psicología. El estudio de la conducta. Editorial Continental. México. Pp. 86-88.

Toro García Mauricio; Gili Margalidia y Roca Miguel (2011). Nuevas técnicas de neuroestimulación en las adicciones. Adicciones, Vol. 23, No. 4, PP. 273-276.

Torres García Lenin (2007). Anudando. Edición especial... Familia y Adicciones.

Valdez G. (2005). El consumo de alcohol en estudiantes del Distrito Federal y su relación con la autoestima y la percepción de riesgo. Tesis, Universidad Nacional Autónoma de México.

Zapata V. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. Revista CES Psicología Núm. 2 (2).