



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



"LA IMPORTANCIA DEL COMBATE A LA FARMACODEPENDENCIA EN LOS ADOLESCENTES"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:
RODOLFO CHÁVEZ MARTÍNEZ

DIRECTORA DE TESIS:
LIC. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ



Facultad de Psicología

CIUDAD UNIVERSITARIA

2006



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.



Z5053.08  
UNAM.64  
2006

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A LA UNAM**

Por ser el inmenso pilar  
en el cual pude apoyarme.

### **A MIS PROFESORES**

Por su profesionalismo y excelente pedagogía,  
que sembraron las semillas necesarias  
para desarrollar un pensamiento analítico.

### **A MIS PADRES**

Por su apoyo y confianza.

### **A MI HERMANO**

Por su ejemplo de lucha en la vida.

### **A FRANCESCA**

Por su incondicional compañía, la cual,  
me ayudo en todo momento.

LB 12379

B. 12379

# INDICE

Introducción .....	5
Capítulo I Adicciones.....	13
1.1. Historia de las sustancias.....	13
1.1.1. Alucinógenos.....	16
1.1.2. Cocaína y crack.....	20
1.1.3. Marihuana.....	22
1.2. La droga .....	24
1.3. Dependencias.....	25
1.3.1. Dependencia física.....	25
1.3.2. Dependencia psicológica.....	25
1.4. Relación de los adolescentes y las drogas.....	26
Capítulo II Adolescencia.....	28
2.1. Definiciones de adolescencia.....	28
2.2. Características.....	29
2.2.1. Búsqueda de riesgos.....	29
2.2.2. Factores de riesgo en relación al consumo de drogas.....	34
2.2.3. Perfil de identidad.....	37
2.2.4. Factores que influyen en el adolescente para desarrollar una adicción .....	38
2.2.4.1. Factores constitucionales.....	39
2.2.4.2. Depresión post-parto .....	40
2.2.4.3. Relaciones objetales tempranas.....	41

2.2.4.4. Desarrollo del self.....	42
2.2.4.5. Relación con la figura paterna.....	43
2.2.4.6. Invasión de los límites del otro.....	44
2.2.4.7. Entonces ¿que se modifica en el psiquismo del joven que llega a la adolescencia?.....	45
• Impulsos instintivos.....	45
• El yo.....	46
• Nuevos objetos de amor.....	46
 Capítulo III Prevención.....	48
3.1. Prevención de las farmacodependencias.....	48
3.2. relevancia de los medios de comunicación en la prevención de adicciones.....	49
3.3. Apoyo en la escuela.....	50
3.4. Hábitos de salud.....	51
3.5. Apoyo y orientación a la familia .....	52
 Capítulo IV Tratamientos.....	53
4.1. Terapia individual.....	55
4.1.1. Principios básicos de la terapia cognitivo-conductual.....	55
4.1.1.1. Análisis funcional.....	55
4.1.1.2. Deficiencias y obstáculos.....	56
4.1.1.3. Habilidades y fortalezas.....	56
4.1.1.4. Determinantes del uso de drogas.....	57
4.1.1.5. Esferas de influencia relevantes.....	57
a) Social.....	57
b) Medioambiental.....	58

c) Emocional.....	58
d) Cognitivo.....	58
e) Físico.....	58
4.1.1.6. Capacitación de habilidades.....	58
4.1.1.6.1. Habilidades generalizadas.....	59
4.1.1.7. Ajustar el material a las necesidades del paciente.....	59
4.1.1.8. Practicar el dominio de las habilidades.....	60
4.1.2. La estructura y formato de las sesiones .....	60
4.1.2.1. Regla 20/20/20.....	61
4.1.2.2. Introducción al tratamiento y a la T.C.C.....	61
4.1.2.2.1. Tareas para la primera sesión.....	61
4.1.2.2.2. Objetivos de la sesión.....	62
4.1.3. Terapia cognitivo-conductual.....	65
4.1.3.1. Tareas críticas.....	66
4.1.3.2. Formato.....	67
4.1.3.3. Duración .....	67
4.1.3.4. Pacientes.....	69
4.1.3.5. Intervenciones recomendadas pero no exclusivas.....	69
4.2. Terapia familiar.....	70
4.2.1. Aspectos generales.....	70
4.2.1.1. Planteamiento de la primera entrevista.....	71
4.2.2. Aspectos psicoeducativos.....	72
4.2.3. Maniobras típicas a lo largo de la terapia.....	73
4.2.4. Tratamiento de familias de adolescentes farmacodependientes.....	75

4.3. Terapia de grupo para pacientes adictos a sustancias.....	76
4.3.1. Modelo psicodinámico.....	77
4.3.1.1. Teoría psicodinamica de la adicción .....	77
4.3.2. Reconceptuación de la teoría y práctica.....	78
4.3.3. Enfoque de la terapia dinámica de grupo modificada.....	79
4.4. Proyecto grupo de padres: Terapia familiar múltiple.....	83
4.4.1. Criterios clínicos para derivar al grupo de padres.....	84
4.4.2. Criterios de exclusión.....	84
4.4.3. Sobre la conformación de grupos.....	84
4.4.3.1. Fase inicial.....	84
4.4.3.2. Fase intermedia.....	85
4.4.3.3. Fase de terminación.....	85
4.4.4. Recontratación.....	86
4.5. Farmacoterapia.....	86
4.5.1. Aspectos farmacológicos de las desintoxicaciones.....	86
4.5.2. Principios básicos del tratamiento de desintoxicación.....	87
4.5.3. Desintoxicación ambulatoria o intrahospitalaria.....	89
4.5.4. Otras pautas de desintoxicación.....	90
4.5.5. Desintoxicaciones cortas y ultracortas.....	91
Conclusiones.....	92
Bibliografía.....	102

## Introducción

### **Las adicciones en la adolescencia, problemática creciente.**

El consumo de sustancias en México presenta tendencias crecientes y preocupantes; no obstante el hecho de que no acuse una aceleración tan alta como las que encontramos en otras naciones indica que estamos a tiempo, si se actúa con firmeza para fortalecer los factores de protección de la sociedad mexicana.

En los últimos 10 años, el consumo de sustancias ha crecido aceleradamente al redor de todo el mundo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 1998 por la Secretaría de Salud y otros organismos, en México, poco más de 5 de cada 100 personas entre 12 y 65 años de edad, residentes en localidades urbanas (cerca de 2.5 millones de mexicanos), han utilizado alguna droga alguna vez en la vida.

Los estudios coinciden en señalar que las drogas con mayores tasas de consumo son la marihuana, los inhalantes y la cocaína. Sin embargo, ha podido apreciarse un claro incremento del uso de cocaína entre los usuarios de drogas de la zona Metropolitana de la Ciudad de México, observándose un incremento de 9.5 veces al pasar de 7% del total de usuarios de sustancias en 1990 a 66.5% en 1998; de tal manera que la cocaína pasó a ser la droga de mayor prevalencia en esta ciudad, entre los usuarios de drogas (Secretaría De Salud, 1999 y Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las adicciones, 1997).

Los Centros de Integración Juvenil (1999), han hecho diferentes investigaciones en conjunto con otras instituciones en torno al consumo de drogas en nuestro país, y al respecto, han señalado que los más altos índices de drogadicción, se dan en jóvenes de entre 12 y 25 años de edad, siendo más alto el índice de consumidores varones que mujeres.

Los individuos en la adolescencia deben asimilar los cambios propios de su crecimiento corporal, social y psicológico. Los bajos recursos económicos, la desintegración y falta de comunicación familiar, los largos periodos de ocio sumados a la curiosidad del adolescente, la presión del grupo de amistades, la atracción de hacer algo prohibido, entre otras cosas, pueden convertirse en factores que propicien el uso de drogas durante esta etapa (Conger, 1979).

Debido al aumento del consumo de drogas entre los adolescentes y la generalización del uso de cocaína en grupos que tradicionalmente no la usaban como niños y jóvenes de pocos recursos, se han emprendido múltiples acciones para contrarrestar el fuerte avance del consumo de estas sustancias. En México se cuenta con diversas modalidades terapéuticas para la atención del problema de la drogadicción. Se han realizado un sin número de acciones y se han desarrollado diferentes técnicas y metodologías para el tratamiento del consumo de sustancias.

De hecho, existen procedimientos específicos para el tratamiento de la adicción a la cocaína dado el aumento en el número de usuarios de esta droga. Sin embargo, es realmente desalentador, el alto índice de reincidencia que existe entre las personas que han emprendido programas formales de tratamiento. No importa cuál sea la técnica

utilizada para la rehabilitación; la dificultad básica para cualquier consumidor de sustancias es evitar la reincidencia (Centros de Integración Juvenil, 1999)

Los Centros de Integración Juvenil, señalan que los adolescentes y jóvenes que acuden a recibir tratamiento en los diferentes centros, frecuentemente dejan de asistir a las terapias, o bien, terminan la rehabilitación pero no tienen mucho éxito a largo plazo (Centros de Integración Juvenil, 1999).

A pesar de las numerosas investigaciones realizadas, se han encontrado muy pocos datos en relación a las causas que intervienen en la reincidencia del uso de alguna droga, sobre todo en el caso de los adolescentes. Si bien se han explorado múltiples alternativas de tratamiento, no se ha realizado una investigación exhaustiva que pudiera salvar de alguna manera los obstáculos que tiene el adolescente consumidor para mantenerse en estado de abstinencia.

El problema de las diferentes sustancias con las que el adolescente tiene la posibilidad de encontrarse, debe ser abordado actualmente con una alta prioridad, no sólo por el hecho de que exista cada vez más cantidad de tráfico de drogas y éstas se encuentran al alcance de los jóvenes sino que además el adolescente comienza a hacer uso de éstas sustancias, cada vez, a más temprana edad y con un mayor uso en cantidad y diversidad. El problema de la drogadicción es universal, prácticamente no existe nación que no se vea afectada en alguna medida por el abuso de sustancias que causan dependencia, de las lícitas como el alcohol, la nicotina y los medicamentos psicotropicos, como de las ilegales que también afectan el psiquismo y la conducta, principalmente en los jóvenes. (Velasco 1997)

En el país de acuerdo con la encuesta Nacional de Adicciones, los usuarios de drogas se inician en el consumo entre los 12 y los 18 años de edad, dependiendo de la droga.

Comunitaria y socialmente los adolescentes se encuentran con una diversidad muy amplia, como para poder centrarse en la búsqueda de apoyo para resolver críticamente tantos cambios que están operando en ellos. Erik Erikson dice que el joven enfrentara una revolución fisiológica dentro de sí mismo, que amenaza a su imagen corporal y su autoconocimiento. (Velasco 1997)

La sociedad tiene una gran responsabilidad de formar mejores jóvenes, cosa en la que tiene que trabajar con mayor compromiso, para que así pueda ser atacado este cáncer que carcome las bases de la moral de la sociedad, las adicciones fomentan el desmembramiento familiar y el consumismo desenfrenado, generando una crisis de valores y/o viceversa, lo que propicia distintos problemas.

La adolescencia representa una posibilidad enorme; es la última oportunidad de superar las actitudes infantiles, de adquirir conciencia de los verdaderos valores humanísticos y de conducirse de manera ya definida hacia la individuación total. (Velasco 1997)

Para lograr una vida sin adicciones, la prevención es una labor primordial y en este sentido nuestra disciplina tiene mucho que aportar.

Debemos estar preparados, informados y tener convicciones claras sobre nuestra conducta frente a los adolescentes, debemos fomentar y fortalecer la autoestima, la identidad y el autoconcepto para un desarrollo armónico en el ser humano.

El adolescente busca emoción y riesgo en un intento de expandir y consolidar su personalidad, mientras mantiene estas experiencias bajo su control, con cierto grado de autorregulación. Quiere ser él mismo quien elija cuál riesgo asumirá y cuál no. Quiere él decidir cuáles serán sus modelos y cuáles sus rivales en estos desafíos.

Los comportamientos de riesgo en adolescentes entonces estarían relacionados con aquellas conductas que los exponen a interferir en el logro de las tareas normales del desarrollo, la asunción plena de nuevos roles sociales, la adquisición de habilidades sociales, el despliegue de sentimientos de adecuación y competencia social, se conoce que durante la adolescencia, la exploración, los desórdenes emocionales y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros, sin embargo, estos comportamientos también pueden formar en algún sentido, parte de un proceso normal de adaptación social, a través de los cuales los individuos se ubican en un medio social.

El abuso de drogas en los años noventa continuó extendiéndose, particularmente en los países localizados en las principales vías de tráfico de drogas (ONU, 2000). Esta tendencia internacional se observa también en México que ha dejado de ser un país de tránsito de drogas para convertirse en un país consumidor.

Actualmente, el consumo de marihuana continúa en crecimiento, de acuerdo con las Encuestas Nacionales de Adicciones; su uso alguna vez en la vida pasó de 2.99% en 1988, a 3.32% en 1993, a 4.70% en 1998 y a 7.60% en 2001.

El consumo de inhalables presenta también un acelerado crecimiento en la década de los 70, con base en los registros de pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil, se

documenta un rápido incremento de casos que recurren a sustancias inhalables para alterar la conciencia, a partir de 1968, fecha que coincide con una rápida expansión de la industria de los petroquímicos.

Según se desprende de encuestas entre escolares, el abuso de inhalables era propio de las clases más desfavorecidas de la población, sin embargo, para 1984, el índice de usuarios mostraba ya ser similar en escuelas ubicadas en zonas con diferentes niveles de servicios y características de ingreso y empleo de sus habitantes (Castro y cols., 1991). No es sino hasta los años más recientes que el uso de esta sustancia parece estar disminuyendo ante el cambio de preferencias de la población usuaria, por la cocaína, según se observa en las encuestas de escuelas que señalan que el uso entre varones descendió de 4% en 1991, a 3% en 1997 (Medina-Mora y cols., 1993; Villatoro y cols., 1999). Esta tendencia también se registra en el Sistema de Registro de Casos Detectados en Instituciones de Salud y Procuración de Justicia y de los pacientes atendidos en Centros de Integración Juvenil (CIJ, 1999). No obstante, entre menores trabajadores y en particular entre aquellos que viven en las calles, predomina el abuso de este tipo de drogas.

En el ámbito nacional, el consumo de cocaína ha sido el responsable del incremento del abuso de sustancias, fenómeno que se refleja en todos los sistemas de información disponibles. Las Encuestas Nacionales de Adicciones muestran incrementos de 0.33, 0.56, 1.45% (ENA, 1988, 1993 y 1998). El Sistema de Reporte de Información en Drogas de la Ciudad de México (SRID), refleja un incremento del número de usuarios de drogas que prefieren ahora consumir esta sustancia, que aumentó del 4% de los casos, en 1986, al 39%, en 1997. La proporción de casos atendidos en CIJ que utilizan esta droga aumentó 3.8 veces de 1990 a 1997, de 12 a 46% de los pacientes atendidos.

Los estudios llevados a cabo en población estudiantil reflejan también un incremento en el índice de menores que han experimentado con la cocaína, en la ciudad de México aumentó de 0.5%, en 1976, a 4% en 1997, con dos brotes importantes en 1989 y en 1997, en este último año se encontró que el 4% había experimentado con esta sustancia y el 1% la usó en el último mes. Aparecen en el mercado nuevas formas de cocaína como el crack, forma más adictiva y dirigida al mercado de menores recursos (Castro y cols., 1986, Medina-Mora y cols., 1991, 1993, Villatoro y cols., 1999).

Puede preverse que el problema seguirá en aumento porque se incrementa, en números absolutos, la población joven está presente, con tendencia hacia el incremento, una serie de factores de riesgo derivados de las transiciones sociales y aumenta la disponibilidad. La demanda de tratamiento se ampliará con el eventual desarrollo de dependencia y otros problemas de salud por parte de la creciente población que se inicia en el consumo a edades cada vez más tempranas.

Para cubrir el objetivo se revisará, en el capítulo uno la temática relacionada con las adicciones, como es la historia de las sustancias, algunas drogas en particular, los diferentes tipos de dependencias y la relación que existe entre el adolescente y las drogas.

En el segundo capítulo tocaremos el tema de la adolescencia, la búsqueda de riesgos, el perfil de identidad, los factores que influyen en el adolescente para desarrollar una adicción, las relaciones objetales tempranas, el desarrollo del self, la relación con la figura paterna, la invasión de límites y la modificación del psiquismo del adolescente.

El tercer capítulo está dedicado a la prevención de las farmacodependencias, la relevancia de los medios de comunicación en la prevención de adicciones, el apoyo que se puede dar en la escuela a los jóvenes, los hábitos de salud y el apoyo a la familia.

El capítulo cuarto lo dedicaré a los tratamientos que me parecen los más concretos para el tratamiento de las adicciones y la ayuda a las familias de los adictos. Tomaremos como base la terapia cognitivo conductual, observaremos la manera en que se trabaja tanto en intervenciones individuales como en grupales al entrar en el tema de la de la terapia familiar y de grupos y por último daremos un vistazo a la parte de la farmacoterapia, desde los aspectos farmacológicos de las desintoxicaciones, hasta las desintoxicaciones rápidas, pasando por las fases ambulatoria o intrahospitalaria según sea lo más recomendable para el paciente.

# I. Adicciones

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

Kofi Annan

Secretario General de la ONU  
(1997)

Las sustancias han acompañado a el hombre desde tiempos muy remotos, pero siempre se ha tenido que separar el concepto de medicamento o de droga. Esto es cuando la sustancia se necesita o no.

A continuación veremos el inicio y desarrollo de algunas sustancias, así como también sus efectos.

## 1.1 Historia de las sustancias

La penetración del opio en el círculo cultural de Occidente tuvo lugar decorosamente, por medio de las más altas esferas literarias, con el canto cuarto de la Odisea, de Homero, donde en sus versos 219 a 233, nos describe entre líneas, al opio no sólo como narcótico sino también como un sicofármaco. El dolor que según el poema está llamado a mitigar, es de tipo espiritual, psíquico podríamos decir.

Que el opio y otras drogas sean mencionadas por Shakespeare más de doscientas veces no tiene nada que ver con una pasión personal del escritor.

Los sabios del Renacimiento, en todos los países, siempre estuvieron decididos a investigar de nuevo el mundo, y las drogas tenían para ellos un especial interés.

García de Horta, informa, en su Historia de las drogas, de ciertas contradicciones: el opio es un "veneno estimulante que los turcos toman para vencer el cansancio, pero no como afrodisíaco, como algunos creen, pues el opio no sólo no aumenta el apetito carnal, sino que apacigua la llamada de la carne".

En ningún libro, hasta entonces, se mencionó el peligro del hábito que implica el consumo del opio. El primero en mencionarlo fue el sacerdote Samuel Purchas, contemporáneo de Shakespeare.

La droga más extendida en el mundo libre occidental es, actualmente, el Valium. En el caso de abuso, si se toma una sobredosis, se puede sufrir de mareos y pérdida de conciencia, el producto es una causa de adicción.

Los tranquilizantes son una droga legal, y aunque pueden producir algunos accidentes profesionales, han sustituido a otros productos preocupantes derivados del opio.

En el caso de las drogas alucinógenas como el hachís, repetidas veces se ha tratado de descubrir si existen "modelos de fantasía" que sean fruto específico de la droga. La mayoría de los científicos han llegado a la conclusión que las drogas alucinógenas lo único que hacen es acentuar la capacidad de fantasía ya existente en la mente pero no son capaces de crear nada por sí mismas.

Del alcohol se puede esperar más o menos lo mismo que de los narcóticos y, por lo tanto, no debe sorprender a nadie que en algunas épocas un número sorprendente de escritores y otros artistas se den al alcohol y acaben por pasarse al opio y sus derivados.

En 1898 la firma Bayer saca a la venta un producto, (probado por un período de apenas dos meses) con el nombre de Heroína que según los científicos los resultados fueron:

- Contrariamente a la morfina, esta nueva sustancia produce un aumento de la actividad.
- Adormece todo sentimiento de temor. Incluso las dosis más pequeñas hacen desaparecer todo tipo de tos, hasta en los enfermos de tuberculosis.
- Los morfinómanos tratados con esta sustancia perdieron de inmediato todo interés por la morfina.

Ese mismo año, logran otro importante descubrimiento "Aspirinas", el sustituto de los silicatos, y Heroína el medicamento ideal para eliminar la tos. Años después se descubrió que la Heroína de Bayer producía adicción y la empresa decidió dejar de vender este producto.

El camino que condujo a las drogas a la clandestinidad recorre en todos los países civilizados el mismo camino oscuro: establecimiento de una rigurosa obligatoriedad de recetas especiales para conseguir todo tipo de derivados del opio; leyes penales muy

severas contra la falsificación de recetas, así como contra los médicos que las prescriben a la ligera. Con ello, desde luego, no podía hacerse desaparecer el problema sino, simplemente, sacarlo de la superficie para pasarlo a la clandestinidad.

Algunos compuestos son sustancias naturales, algunas extraídas de otras sustancias y algunas son sintéticas. Los efectos de este tipo de drogas varían significativamente en cada persona. Estas variaciones son en parte debidas a las expectativas y el ambiente de cada uno y a otros factores no farmacológicos.

### 1.1.1. Alucinógenos

Estas drogas generalmente se toman por vía oral. La tolerancia a ellas se crea rápida y significativamente. Sus efectos varían desde algunos minutos hasta varias horas. Los efectos, favorables y desfavorables, son principalmente psicológicos. El LSD no se descubrió hasta 1938. Sus efectos en el cerebro no fueron totalmente conocidos hasta 1943. Numerosas drogas con efectos parecidos han circulado desde tiempos prehistóricos y las plantas que las producen pueden crecer en casi todos los sitios. Se han utilizado estas drogas por todo el mundo. Con frecuencia, su utilización se consideraba un fenómeno místico o religioso que acercaba a las personas a los dioses y a la naturaleza.

Alucinógenos naturales. Las setas crecen por todo el mundo. Existen miles de tipos distintos, algunas son comestibles, algunas son venenosas y algunas contienen

sustancias alucinógenas. El alucinógeno natural que contienen es una sustancia química llamada psilocibina.

Estas setas se pueden comer, cocinar, secar o machacar. Generalmente se consumen por vía oral. La psilocibina provoca la sensación de percibir cosas que no son normales. Con frecuencia se ven alucinaciones muy coloridas, se tiene la sensación de ligereza y mucha relajación. También causa diarrea y retortijones, así como escenas retrospectivas. El efecto comienza aproximadamente a los quince minutos después de su ingestión y puede continuar hasta nueve horas.

El peyote es un cactus pequeño sin espinas con una parte central o botón y una raíz en forma de zanahoria. Crece en los desiertos de México y en el sudoeste de los Estados Unidos. La parte central contiene una sustancia química llamada mezcalina. Esa parte central se corta en rodajas y se seca para formar un botón que se mantiene en la boca hasta que se ablanda y luego se traga o se utiliza para hacer té. La mezcalina también se puede obtener sintéticamente y se encuentra en forma de cápsulas o tabletas.

Los efectos que produce son, cambios o interrupciones en las funciones normales del cerebro y alucinaciones. Alrededor de una hora después de su ingestión son frecuentes las náuseas y los vómitos así como respiración entrecortada, aumento del ritmo cardíaco y temblores. Estos efectos pueden durar hasta 12 horas y sus reacciones pueden ser variables. Efectos tipo caleidoscopio, "ver" la música en colores u "oír" la pintura como si recorriese el cuerpo, representan algunas de las experiencias sensoriales de las que se tiene conocimiento.

Los Aztecas utilizaban el peyote en sus ceremonias religiosas como hacían los americanos nativos.

Alucinógenos sintéticos. El LSD o dietilamida del ácido lisérgico, se conoce como ácido. En 1943, cinco años después de su descubrimiento, el Dr. Hoffman estaba trabajando en su laboratorio farmacéutico cuando empezó a sentirse enfermo. En el intento de repasar su trabajo sobre hongos, descubrió que había fabricado uno conocido como el LSD-25. Esta fue la única variable diferente que encontró. Para comprobar su teoría, se administró a sí mismo una pequeña cantidad y se sentó a tomar notas. Después de casi una hora, se sintió mareado, impaciente, con trastornos visuales y con una risa incontrolable. Estas notas fueron las últimas que escribió en su cuaderno y tuvo gran dificultad en escribirlas. El Dr. Hoffman continuó experimentando en un "viaje" de seis horas de LSD. Al día siguiente se sentía bien, pero muy cansado. Este es el primer caso de un informe documentado de los efectos del LSD.

Desde entonces el LSD ha sido utilizado por los militares para "lavados de cerebro" e incluso para incapacitar a las fuerzas enemigas. Se reemplazó rápidamente por otros compuestos más específicos y efectivos. Los médicos lo utilizaron en psicoterapia pero su utilización ha decaído desde mediados de los 60. En 1962 el LSD llegó a ser una droga muy popular en el mercado negro. Debido al estricto control de abastecimiento por los fabricantes y las regulaciones de las administraciones, se vio envuelto en el mercado negro muy deprisa. Este mercado aumentó el abastecimiento de esta droga hasta tal punto que se exportó fuera de los Estados Unidos. Desde 1966 no es legal la fabricación y distribución del LSD en Estados Unidos.

El LSD es una de las drogas sintéticas más poderosas. Una tableta (el tamaño de una aspirina), contiene suficiente LSD para producir efectos a 300 personas. Es cien veces más fuerte que la psilocibina y más de cuatrocientas veces más fuerte que la mezcalina. El LSD es un polvo blanco insípido, incoloro e inodoro. Pueden hacerse tabletas, cápsulas o líquidos pero generalmente se traga.

El LSD afecta a las funciones del cerebro, principalmente a los receptores de serotonina. El efecto empieza de treinta a noventa minutos después de su ingestión y puede durar hasta doce horas. Este efecto se denomina comúnmente como "viaje". Los efectos del LSD son muy similares a los que producen los alucinógenos naturales descritos anteriormente pero más intensos. Son comunes los cambios emocionales, estos pueden ser espantosos para el consumidor. También puede causarles la pérdida del sentido de "acciones normales" o sus consecuencias. El consumidor puede tender a realizar acciones sobrehumanas y sentirse sin control alguno. Las escenas retrospectivas pueden durar muchos años, aunque no se vuelva a consumir esta droga.

Los efectos físicos en el consumidor de LSD son sudores, pérdida de apetito, insomnio, boca seca y temblores. También puede aumentar el latido cardiaco, la temperatura y la presión sanguínea.

La fenclidina se conoce a menudo como "polvo de ángel", es uno de los alucinógenos más peligrosos y también muy extendido. A diferencia de otros alucinógenos, la fenclidina provoca dependencia. La fenclidina originariamente se desarrolló para su utilización como producto adjunto a la anestesia. Pronto se descubrió que causaba confusión, alucinaciones, ansiedad, ataques e incluso daños en el cerebro. Es un polvo cristalino

puro y blanco. Con frecuencia se traga en forma de cápsulas o tabletas, se inhala o se inyecta. Generalmente se espolvorea o rocía sobre la marihuana o el tabaco y se fuma.

Los efectos de la fenclidina comienzan de dos a cinco minutos después de ser ingerida, llegan al máximo en dos horas aproximadamente y pueden durar hasta seis horas. Los efectos residuales necesitan dos días para desaparecer. Las escenas retrospectivas son corrientes con la fenclidina y pueden ocurrir meses después de su ingestión. Bajo los efectos de esta droga las cosas se ven y se oyen de manera muy diferente. La fenclidina afecta a las funciones motrices normales como el andar o el hablar, aumenta los latidos cardiacos y la presión sanguínea. Los efectos secundarios más frecuentes son sudoración, vista borrosa, mareos, entumecimiento, nerviosismo, irritación, dificultad para concentrarse e impaciencia. Los efectos secundarios más graves van desde el estado de coma y convulsiones, hasta un fallo cardiaco o apoplejía. La fenclidina puede provocar cambios de comportamiento raros e impredecibles. Los adictos pueden intentar hazañas sobrehumanas o cometer violentos crímenes. A menudo padecen graves problemas mentales.

### 1.1.2. Cocaína y Crack

La cocaína es una droga alcaloide extraída de las hojas del árbol de la coca. Es un estimulante del sistema nervioso central que provoca euforia.

El crack es una droga poderosa. Es una forma de cocaína más barata y muy disponible que se presenta en pequeños trozos con apariencia de jabón.

Cuando se produce la tolerancia a los efectos de la cocaína muchos consumidores tienden a aumentar la dosis. La cocaína se puede aspirar, inyectar o fumar.

El crack es el resultado de calentar la cocaína con levadura en polvo. Generalmente se fuma en una pipa de agua y es la forma de cocaína que causa más adicción.

En 1883 un físico militar alemán, el Dr. Theodor Aschenbrandt, consiguió un suministro de cocaína pura y lo distribuyó entre los soldados bávaros durante las maniobras de otoño. Informó del aumento de la capacidad de los soldados para soportar el cansancio.

Un lector que quedó fascinado con los informes del Dr. Aschenbrandt, fue un joven neurólogo vienés, de veintiocho años, el Dr. Sigmund Freud. Algunos de los descubrimientos iniciales de Freud sobre la cocaína, como el de ser una droga psicoactiva, quedaron ampliamente confirmados en investigaciones posteriores.

Otras investigaciones revelaron que el uso repetitivo de grandes dosis de cocaína produce una psicosis paranoide característica en casi todos los que la utilizan y que aumenta la tendencia a su abuso. Una característica peculiar de esta psicosis son las alucinaciones como que hormigas, insectos o serpientes corren por encima de la piel.

En 1890 la naturaleza de la cocaína a crear adicción y psicosis era bien conocida. Se utilizaba frecuentemente como anestesia local. En los Estados Unidos, fue muy utilizada en la Coca-Cola, en tónicos y en otros medicamentos patentados. Se prohibió en 1914. La cocaína destruye las membranas mucosas, inflamando y agrandando las vías

respiratorias. Estos efectos se dan más en las personas que inhalan cocaína. También es un estimulante que acelera el sistema nervioso, el latido cardíaco y la respiración.

Grandes dosis de cocaína pura, producen sensación de gran tensión y un exceso de agitación. Los cocainómanos descubrieron que mezclando la cocaína con la morfina o la heroína se reducían estas sensaciones. Los que utilizan morfina o heroína descubrieron que la combinación aumenta los efectos y el buen humor producido por esas drogas. Esta mezcla se conoce como "speed".

### 1.1.3. Marihuana

La marihuana es el nombre común con el que se conoce a la planta *Cannabis sativa*. También es el nombre que se le da a la droga que se prepara con las hojas secas y la parte superior de las flores de esta planta. Estas hojas y flores contienen varios componentes químicos conocidos como canabinoicos. Una de estas sustancias químicas, la llamada TCH o delta-9-tetrahidrocanibinol.

La planta de marihuana ha existido desde hace más de 5.000 años y se ha utilizado de muchas maneras. En la antigua China se utilizaban las fibras de esta planta para tejer cuerdas y ropa. Los griegos y los romanos hacían medicinas con ellas.

En los años 60, la marihuana llegó a ser más popular que nunca. Los estudiantes universitarios y de las escuelas superiores comenzaron a utilizar la droga como una forma de demostrar lo maduros e independientes que eran. Los "hippies" y los "hijos de la flor" hicieron de la marihuana parte de su manera de vivir.

En los años 70 y 80, los estudios sobre el uso de la marihuana han demostrado a los científicos que es, de hecho, una droga muy perjudicial. Hoy día, cada vez menos gente consume marihuana e incluso menos que la prueban aunque sea sólo una vez. Sin embargo, la marihuana es todavía la droga ilegal más extendida.

El extracto de cannabis, marihuana, fue en su tiempo utilizado médicamente de forma extensiva y todavía tiene mínimas aplicaciones médicas en algunos países. La marihuana es única en cuanto a los efectos químicos y psicológicos que produce. El desarrollo de la tolerancia a la marihuana requiere "sentirse bien" o "llegar más alto". Se puede desarrollar una dependencia psicológica tan fuerte como la que provoca la cocaína. Las alucinaciones no son efectos secundarios de esta droga, pero con frecuencia es un síntoma de sobredosis.

Generalmente la marihuana se fuma, pero también se puede tomar por vía oral en las comidas o en las bebidas. Se ha demostrado que provoca enfermedades en los pulmones y en el corazón. El humo contiene gases químicos y venenosos que provocan cáncer. También puede destruir los tejidos pulmonares y disminuir el sistema inmunológico del organismo destruyendo los glóbulos blancos.

## 1.2. La Droga

Las drogas son sustancias que se convierten en el objeto de una relación cuando ésta llega a hacerse activa. El sujeto drogadicto convierte ciertas sustancias en drogas, al establecer con ellas un tipo de relación y unas formas o patrones de uso.

Entendemos, pues, que la existencia de las drogas no es la causa de esta dependencia.

En la dependencia, existe una relación de causalidad entre el consumo de drogas, los factores dependientes de la persona consumidora y su ambiente social.

La organización mundial de la salud (O.M.S.) define las drogas como una sustancia (natural o química) que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular), es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en las conductas de las personas debido a que modifica el estado psíquico y tiene capacidad para generar dependencia.

Un consumidor es la persona que ingiere alguna droga. Se puede diferenciar entre dos tipos de consumidores: el consumidor ocasional, o persona que alguna vez puede utilizar una o varias drogas, y el consumidor habitual, o persona que consume una o varias drogas con una periodicidad importante (incluso diariamente).

## **1.3. Dependencia**

La mayoría de las drogas pueden generar una de las dos clases de dependencia, aunque en algunos casos se producen ambas.

### **1.3.1. Dependencia Física**

La dependencia física es el estado de adaptación fisiológica de un organismo que requiere la presencia de una droga para continuar su funcionamiento normal, y que se manifiesta por la aparición de intenso malestar físico si se suspende su administración (síndrome de supresión o de abstinencia).

Esta dependencia es causada predominantemente por los depresores del Sistema Nervioso Central (SNC).

### **1.3.2. Dependencia Psicológica**

La dependencia psicológica es la necesidad emocional y compulsiva de un individuo por consumir una droga para sentirse bien, aunque fisiológicamente no le sea necesaria. Este tipo de dependencia es causada en forma predominantemente por los estimulantes del S.N.C. y los antidepresivos.

Está comprobado científicamente que las adicciones provocan trastornos físicos y del comportamiento, pues si bien durante mucho tiempo ha causado desconcierto el hecho de

que algunos individuos se intoxiquen de manera voluntaria y aparentemente irresponsable.

En la actualidad es de suma importancia reconocer a los fenómenos adictivos como trastornos que requieren atención profesional especializada y con un enfoque distinto a otros padecimientos, ya que el adicto presenta características peculiares que lo hacen diferente a otros enfermos.

#### 1.4. ¿Cuál es la relación de los adolescentes con las drogas?

Muchos son los factores que influyen en cuanto a la decisión de un adolescente sobre el ingerir o no una droga.

Existe una gama tan impresionante de motivos o excusas que usan los adolescentes en edad escolar de nivel medio superior que sería imposible determinar un sólo tratamiento para evitar que este mal siga creciendo.

Tal vez la mejor manera de prevenir la drogadicción en los adolescentes debido a esta gama de factores que influyen en su decisión sería el de representar escenas comunes a las que se enfrentan los adolescentes donde se les es ofrecido el consumir drogas o donde han sentido la curiosidad por probarlas.

Esta es tal vez la mejor opción que se le puede ofrecer a un adolescente, el que este se pueda situar a el mismo en una representación e interpretar de manera reflexiva el rol que desarrolla otro individuo y de esta manera identificarse, se lograría un mejor acercamiento a el objetivo de la mayoría de las campañas anti-drogas.

Actualmente las campañas que se emprenden en la televisión mexicana pretenden evitar la drogadicción en adolescentes. Esta nueva forma de representar las vivencias de la vida de los adolescentes pretenden reforzar y desarrollar una actitud crítica hacia las drogas informando y previniendo sobre los efectos o consecuencias del ingerir drogas.

## II. Adolescencia

"El camino del vicio  
no solamente se desliza,  
sino que se precipita  
hacia abajo"

Séneca.

La adolescencia es la etapa más susceptible para desarrollar una drogadicción, es una etapa de cambios físicos, psicológicos, familiares y sociales, es ideal para la incorporación de nuevos hábitos. Los adolescentes se sienten megalómanos, presentan dificultades en sus vínculos, les importa mucho ser aceptados por sus iguales, debido a esta pertenencia de grupo, si éste adopta la droga como insignia, lo más probable es que con tal de pertenecer a este grupo el joven termine adoptándola también.

### 2.1. DEFINICIONES DE ADOLESCENCIA

La Adolescencia es la cuarta etapa del desarrollo humano, con naturaleza propia, se inicia con el proceso de maduración física - sexual de la pubertad, distinta de las demás etapas y vista como un proceso complejo, algunos estudiosos de la psicología consideran a la adolescencia desde los 11 a 20 años, señalando dentro de ella dos fases: la Preadolescencia 11 a 15 años, fase de confusión y perplejidad, tiempo donde el individuo pierde sus patrones de conductas establecidos durante la niñez y la Adolescencia 15 a 20

años fase en la cual el joven empieza a recobrar la confianza en sí mismo y quiere demostrar sus habilidades a los demás.

Según la Organización mundial de la Salud (O.M.S.) el período adolescente es visto como un período de pasaje a otro momento del desarrollo, pero no por ello exenta de características propias, el cual está comprendido entre los 10 y 19 años.

Dentro de la etapa de la Adolescencia, se clasifica según algunos autores en Adolescencia Temprana, correspondiente al período entre los 10 y 13 años, en esta etapa prevalecen los cambios fisiológicos propios de la pubertad; Adolescencia media correspondiente al período entre los 14 y 16 años, en este período se intensifican los procesos de individuación y autonomía; Adolescencia tardía correspondiente al período entre los 17 y 19 años, en esta última etapa el proceso central es el logro de identidad, que implica una auto imagen estable a lo largo del tiempo".

## **2.2. Características**

### **2.2.1. La búsqueda de riesgos**

En la adolescencia, las emociones y riesgos son buscados porque consolidan el sentimiento del sí-mismo.

Lichtenberg, dice que por ello, es parte de este "desafío regulatorio" para los padres ver como sus hijos se exponen a emociones ante las cuales el sí-mismo del chico se refuerza, y el riesgo es controlado.

El adolescente busca emoción y riesgo en un intento de expandir y consolidar su sí-mismo, mientras mantiene estas experiencias bajo su control, con cierto grado de autorregulación. Quiere ser él mismo quien elija cual riesgo asumirá y cual no. Quiere él decidir cuales serán sus modelos.

Toda esta actividad del adolescente transita el terreno de la normalidad, y mas allá del éxito o fracaso de los intentos, usualmente es beneficiosa para su desarrollo. El joven aprende de los demás y de si mismo. Pero, he aquí uno de los problemas que nuestro tiempo produce en la juventud, esa demanda de emociones y riesgos puede hallar la oferta de la droga, provista muchas veces por el grupo, al que el adolescente necesita como marco de referencia.

Las distorsiones sensorperceptivas que producen las drogas adictivas suelen provocar una perturbación del sentido del sí-mismo mas que esa consolidación que el joven busca. Pero no es menos cierto que merced a las drogas se viven emociones hipertensas y las modificaciones del esquema corporal crean la ilusión de una expansión del self. Por otra parte, el hecho de consumir algo prohibido entraña un desafío personal que, para colmo, a veces es compartido por otros amigos o ídolos especialmente valorados por el adolescente.

En términos generales podemos decir que la perturbación del equilibrio ya mencionada acarrea sentimientos tanto placenteros como displacenteros.

También es necesario considerar la influencia que tiene la imagen que brindan los padres y la presión que ejerce el grupo social a través del uso de drogas "legales". El consumo

de alcohol y tabaco es parte integral y crucial de la secuencia adictiva. Su uso precede, prácticamente siempre, al de las drogas ilegales, independientemente de la edad en que se inicie el consumo de estas últimas. Es muy raro el comienzo directo con drogas ilícitas.

Las primeras sustancias que los jóvenes suelen experimentar son alcohol y tabaco (cerveza, vino y cigarrillos). Mas adelante pasan a las bebidas alcohólicas y/o a la marihuana. También es muy raro que se utilicen otras drogas ilegales como la cocaína o los opiáceos sin pasar previamente por la marihuana.

No podemos abandonar el tema de la presión social sin referirnos al contagio, al papel que cumplen adictos y traficantes en la difusión del consumo de drogas.

Es muy infrecuente que un adolescente haga un esfuerzo individual para buscar drogas por primera vez. En realidad no es necesario, porque las experiencias iniciales con drogas surgen del ofrecimiento de otros consumidores con los que se tiene un vínculo personal.

La familia es un factor de riesgo en el consumo de sustancias, y el riesgo de convertirse en adictos, es mucho mayor para los adolescentes cuyos padres no son afectuosos, sino negligentes, demasiado tolerantes o, por el contrario, autoritarios y hostiles (Conger, 1980); lo mismo ocurre con los adolescentes que viven inmersos en la desintegración familiar, el distanciamiento afectivo de los padres, la crisis de valores familiares, altos niveles de tensión dentro de la familia y el aislamiento social de la familia (Belsasso, 1992)

En nuestro medio podemos apreciar que el escenario donde se mueve el adolescente es un proceso de transculturización muy confuso para él, el adolescente tiene que luchar con las diversas situaciones o antecedentes del consumo de drogas que acontecen en la sociedad desde tiempos inmemorables como parte integrante de culturas muy antiguas, extraídas y arraigadas en costumbres sociales, las cuales de alguna manera son aceptadas y permisibles en nuestros hábitos de relación social formando parte casi inseparable de nuestras vidas, consecuentemente las drogas están conectadas al consumo de manera que cuando se habla del consumo de drogas la percepción social de la mayoría de personas relacionan con drogas ilegales, consumidas en nuestro país especialmente por los adolescentes, y muy pocas personas consideran el consumo de alcohol, el tabaco y drogas llamadas por algunos "Drogas Sociales"

Existe en nuestros días una preocupación en el ámbito mundial por la extensión e intensidad con que se presenta el flagelo de la drogadicción.

Todos los países están involucrados y atentos a formar una conciencia que permita el control de este mal y por tal motivo buscan no solo prevenir sino tratar de conocer mas profundamente las causas que llevan al hombre a sumarse a las huestes de los adictos.

El hombre siempre se ha visto tentado a seguir el camino del placer enfermizo buscando el paraíso a través de la intoxicación descontrolada. Este fenómeno estaba circunscripto a determinadas elites, atraídas por el esnobismo, tratando de despegar de la realidad para encontrar la satisfacción de placeres no posibles de lograr fuera de la intoxicación sofisticada. Por otro lado tenemos los que llegan a la droga por problemas psicoafectivos,

buscando llenar vacíos que sus afectos no logran compensar.

Pero hoy, y de allí la preocupación generalizada, se ha extendido de tal modo su utilización que podemos identificarla como una enfermedad social, que dañando el organismo y la mente del enfermo, trasciende sus límites, para invadir y propagarse a los otros individuos de su medio, mediante la interacción social; atacando y destruyendo la trama de la sociedad y desencadenando secundariamente vicios sociales tales como la desocupación, la delincuencia, la violencia, la promiscuidad y el deterioro de los vínculos familiares.

Analizando la drogadicción podemos identificar factores básicos que concurren para su presencia.

1. un agente exterior: la droga
2. un medio facilitador: el medio sociocultural
3. un ser humano cuyas carencias lo transformen en terreno fértil para que momentáneamente o permanentemente caiga en el uso de drogas.

Accionar sobre estos factores conducentes resulta la preocupación que ya hemos mencionado, si desmenuzamos cada uno de ellos nos daremos cuenta que tratar de eliminar o minimizar la presencia de la droga es por demás difícil por no decir imposible, ya que sus componentes podrán ser elegidos entre muchas opciones y que se encuentran en casi todas partes. Un elemento activador es el gran desarrollo de las comunicaciones,

las sofisticación de los medios utilizados para su transporte y el crecimiento de las organizaciones destinadas a la comercialización, promoción y distribución de la droga.

Existen varios modelos de prevención que han sido creados y modelados para crear en la sociedad un crecimiento cultural que permita neutralizar las condiciones de superioridad con que nos enfrentamos. Esto no solo represente una tarea difícil por la desigualdad de las "armas" empleadas, sino una falta de unidad mundial para tratar de encontrar modelos válidos de lucha.

Por tal motivo resulta que lo más adecuado y con reales posibilidades de éxito es el conocimiento y tratamiento del individuo y su medio ambiente inmediato, para que a través de una acción preventiva, activa e intensa se logre proteger al ser humano y por extensión a la sociedad, de ser alcanzada por la enfermedad.

### **2.2.2. FACTORES DE RIESGO CON RELACIÓN AL CONSUMO DE DROGAS**

Según la OMS (1992) reconoce que los problemas más importantes de salud en la etapa de la adolescencia son los que surgen de situaciones generadoras de riesgo.

Indudablemente que los comportamientos de riesgo tienen consecuencias biomédicas pero también sociales, personales o psicológicas en tal sentido el estudio de las conductas de riesgo en adolescentes ha adquirido relevancia en la actualidad debido al incremento de jóvenes involucrados en dichos comportamientos como son los actos delincuenciales, la experimentación con drogas, la deserción escolar, los embarazos no deseados, las manifestaciones de violencia, las pandillas, entre otros.

Los comportamientos de riesgo en adolescentes entonces estarían pues relacionados con aquellas conductas que los exponen a interferir el logro de las tareas normales del desarrollo, la asunción plena de nuevos roles sociales, la adquisición de habilidades sociales, el despliegue de sentimientos de adecuación y competencia social, se conoce que durante la adolescencia, la exploración, los desórdenes emocionales y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros, sin embargo, estos comportamientos también pueden formar en algún sentido, parte de un proceso normal de adaptación social, a través de los cuales los individuos se ubican en un medio social determinado, por lo general el adolescente se encuentra involucrado en más de un comportamiento de riesgo.

El carácter educativo de un tratamiento integral, individualizado, adquiere suma trascendencia ya que los jóvenes por su condición de seres humanos en desarrollo se encuentran en una situación jurídica y social diferente respecto a los adultos, en relación con la insuficiente madurez para comprender la criminalidad del acto o para conducirse conforme a esa comprensión, por lo cual requiere una atención específica acorde a sus necesidades personales, familiares y sociales.

Actualmente las adicciones constituyen un problema de salud pública a nivel mundial que requiere la atención inmediata por parte de los gobiernos de los diferentes países, ya que actualmente hay un incremento importante en el consumo de sustancias adictivas tanto legales como ilegales, las cuales aumentan el número de actos violentos, delincuencia y accidentes, alterando de esta manera la convivencia social y el desarrollo de los países. En nuestro país la preocupación por el problema de las adicciones data de los años sesenta surgiendo así en 1969 los Centros de Integración Juvenil (CIJ), que tienen como

misión dar apoyo a los adictos, posteriormente en el año de 1972 se crea el Centro de Estudios en Fármaco dependencia cuyas funciones fueron absorbidas posteriormente por el Instituto Mexicano de Psiquiatría creado en 1979 y que actualmente lleva por nombre Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". Posteriormente en el año de 1985 se crea el Consejo Nacional contra la Fármacodependencia y el Consejo Nacional contra el alcoholismo. Finalmente en el año de 1986 se crea por parte de la Secretaría de Salud el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) que es hoy en día el encargado de promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como para proponer y evaluar los programas nacionales contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, el tabaquismo y la fármacodependencia. Este nuevo consejo sustituyó a los dos anteriores.

Se desprende que el eje del problema no son las sustancias, sino que pasa con ese chico que no puede con lo que le pasa , y le resulta intolerable, o encuentra caminos más fáciles de alivio y placer que el que implica resolver ,pensar, acerca del conflicto . Hay que descifrar " para que le sirve" la droga, y por que no puede encontrar otra manera de resolver sus obstáculos. Se debe hacer una buena evaluación terapéutica por profesionales que tengan experiencia en el tema. ya que no todo chico que consume o pruebe se lo considera un adicto pero muchos lo pueden terminar siendo.

### 2.2.3. Perfil de Identidad

Es cierto que entre los adolescentes que hoy usan drogas, hay un porcentaje muy significativo de trastornos narcisistas de la personalidad, pero esto no es una condición excluyente, ya que también pueden existir trastornos neuróticos, sicóticos, depresiones graves, etc. Por otra parte hay personas que padecen algunos de estos cuadros y que jamás se drogan.

Un concepto importante es el de la disposición del individuo a usar drogas. Este fenómeno es inherente a la condición de fragilidad y finitud del ser humano. Debemos tener en cuenta que drogadicción no es un diagnóstico que se corresponde en forma lineal con una estructura de personalidad definida.

La drogadicción es una necesidad que se registra como una constante a lo largo de la historia de la humanidad, y cuyo fundamento está basado en la incapacidad humana para aceptar la condición de finitud inherente al fenómeno de la vida.

El hombre es el único animal que no acepta su destino biológico que es nacer, crecer, reproducirse y morir. Todos los demás desarrollan esta secuencia aceptándola como un mandato natural.

El cuerpo del hombre es igual al de cualquier animal, nace, crece, se reproduce ( o no ) y muere. Nuestra mente, en cambio, siempre ha querido escapar de este determinismo biológico, y sólo mentalmente podemos intentar trascender los límites que nos corresponden. Nuestra fantasía nos permite hacer cualquier cosa que deseemos, siempre que esta realización sea en el nivel mental. En cambio, en el nivel corporal, físico, la

finitud y la muerte como final inevitable de nuestra existencia es un hecho capital que duele intensamente y cuesta aceptar, y cuanto más débil es una persona más dificultad tiene para tolerar el conocimiento de la realidad que es la vida.

La fragilidad de los adolescentes, se encuentra en el sentido de aquellos que han sufrido grandes frustraciones, que han lesionado su YO, debilitando y distorsionando sus posibilidades de un normal funcionamiento.

Estos adolescentes tienen más problemas para aceptar sus limitaciones, su finitud, por eso cuando tienen que enfrentarse a situaciones que experimentan como terribles, horrorosas, un recurso defensivo es refugiarse en su interior y si esta interioridad está muy dañada, lesionada, carente de objetos buenos internalizados, producto de relaciones parentofiliales amorosas, que ayuden a encontrar sentido a la vida, es decir, desilusionante, su sensibilidad a la oferta externa de sustancias mágicas que les brinden ilusiones aumentan peligrosamente.

#### **2.2.4. Factores que influyen en el adolescente para desarrollar una adicción**

Se sabe como los diferentes comportamientos y actitudes están directamente relacionados con el uso de drogas, se habla de la existencia de 2 tipos de factores, familiares, que de una u otra manera pueden potenciar y en algunos casos, desencadenar el consumo de sustancias en los adolescentes; los factores específicos son los que tienen una influencia directa en el consumo de sustancias, en tal sentido los hijos tienen exposición a las drogas en una fase prenatal del desarrollo, consumo por parte de los

padres, aceptación de los padres del uso de drogas. Los factores no específicos son la desestructura familiar, la exposición a conflictos familiares (padres separados), exposición a altos niveles de estatus y psicopatologías familiares, negligencia, abuso físico emocional, exclusión social; los conflictos familiares se consideran con los de mayor riesgo en la salud del adolescente, relacionándolos con el consumo de drogas.

#### **2.2.4.1. Factores constitucionales**

Estudiosos de la psicología infantil, consideran que hay niños que nacen con características psicológicas diferentes, por ejemplo hay niños que nacen con una menor capacidad para tolerar la ansiedad, que son más impulsivos y que tienen características diferentes a otros niños.

Se está investigando las bases neuroquímicas de la conducta y ya se sabe por ejemplo, que el feto responde con alteraciones del ritmo cardiaco, succión del dedo y movimientos a situaciones de estrés de la madre.

Podemos suponer entonces que a través de mensajes neuroquímicos se va plasmando una pauta de respuestas conductuales, que después del nacimiento se expresarán en diferencias de respuestas psicológicas entre un niño y otro frente a la ansiedad, el miedo, la frustración, etc.

Tampoco podemos olvidar que la ingestión, por parte de la madre, de ciertas sustancias como alcohol, tabaco, psicofármacos y otros, también van a ejercer su efecto sobre la evolución y estructuración biopsicológica del feto.

### **2.2.4.2. Depresión Posparto**

Existe un micro o macroabandono del cuidado del niño en los casos de depresión materna. Normalmente, frente al nacimiento de un hijo las madres tienen reacciones depresivas.

El parto y el período de postparto es una etapa de cambios muy importantes para la mujer. Hay madres que presentan depresiones muy serias, y la persona depresiva es alguien siempre hambrienta de estima.

En esta situación, la madre atenderá posesivamente a su hijo, no porque éste la necesite, sino porque ella lo necesite a él, o sino directamente lo abandona.

Este es un proceso que se desarrolla y se extiende en el tiempo, y a través del cual la madre usa al niño para ella misma, venciendo los límites del niño para acomodarlo a sus necesidades.

Se produce una simbiosis que no se va a resolver en forma normal, a través de los procesos de separación - individuación.

Las técnicas de acción para llegar al otro, en vez de las verbalizaciones, las invasiones del territorio del otro y su manipulación permanente, los modelos tóxicos, los dobles mensajes inductores, las mentiras, etc. van configurando un cuadro particular.

### **2.2.4.3. Relaciones objetales tempranas**

Durante los primeros años el niño, necesita dedicación, amor y cuidados que le permitirán desarrollarse e ir fortaleciendo su YO.

En la medida en que ha recibido mejor calidad de amor, respeto por él mismo y un buen concepto de límites entre uno y otro, va desarrollándose dentro de él, la génesis de una conducta madura.

Todo esto se logrará si las primeras relaciones del niño con la madre son adecuadas y si el objeto primario, la madre, permanece constante y disponible, por lo menos durante los primeros meses de vida.

El alejamiento de la madre o la incapacidad de dar todo este sustento al niño, va a provocar alteraciones de las relaciones objetales tempranas, y por lo tanto dificultará el logro de un YO maduro posteriormente, lo que predispondrá a la aparición de una adicción, si se cumplen además otras circunstancias, porque este factor recién expuesto no es específico como base predisponente.

#### **2.2.4.4. Desarrollo del Self: (Si-Mismo)**

El niño nace dotado de un equipo psicológico (self) que le permite realizar su primera acomodación a la estructura de su ambiente. Su forma y su estilo de adaptación dependerán del interjuego que se da entre sus recursos constitucionales, psíquicos y biológicos, y los vínculos con los objetos que el medio externo aporta (la familia más próxima) y entre estos dos, los sucesos infantiles.

En este punto, es de fundamental importancia el vínculo que se mantenga entre la madre y el niño.

La capacidad de la madre para soportar la angustia, calmar y dar consuelo, hacen que el niño se sienta bueno, querido y aceptado tal cual es.

Esto estimula la relación afectiva y el contacto con la realidad. El sujeto (bebé) necesita encontrar un objeto (madre) que le aporte gratificaciones que dirija, modele y contenga sus impulsos, que alivie y regule sus tensiones y que lo haga sentir grande e importante.

Cuando la madre no puede responder a los deseos y necesidades del bebé, el self de este, se conforma desvitalizado, depresivo y con importantes sentimientos de vacío.

Esta situación es el germen que en el futuro generará las ansias de dependencia patológica (estructura adictiva).

De esta manera, la drogadicción pasa a ser el precio que se paga para no crecer.

Puede suceder que el padre, una figura ausente de afecto y preocupación por el hijo, que suele tener una apariencia de fortaleza, utiliza la prepotencia para desvalorizar a la madre, acentuando su predominancia, logrando de este modo el desamparo del hijo por ambos, ya que una madre no respaldada por el padre del niño no puede cumplir su rol con tranquilidad.

Es común también, que se trate de padres dedicados de manera exagerada al trabajo, con poco contacto familiar, desinteresados de la educación y aspectos afectivos de sus vidas.

Sobreviene entonces una alteración del sistema de valores y una incapacidad de asumir normas de autocrítica, capacidad de culpa y preocupaciones frente a si mismo y hacia los demás, que devienen en conductas delictivas.

Esta generación de estructuras vulnerables produce un daño más grave en estas primeras épocas, por ser las que encierran la base de la personalidad, extendiéndose a etapas posteriores de la educación, que no es otra cosa que la formación del carácter y del sistema de valores a los cuales la persona se ajustará y tomará como guía en la vida.

#### **2.2.4.5. Relación con la figura paterna**

La figura paterna es un factor clave para la aparición o no de una drogadicción. Aunque su papel en los primeros momentos de la vida no es tan capital como el de la madre, al

dar estabilidad al hogar y al vínculo entre la madre y el hijo, va generando las condiciones más adecuadas para que el buen desarrollo del niño se efectúe adecuadamente.

#### **2.2.4.6. Invasión de los límites del otro.**

El adicto vive una paradoja trágica, como todo ser humano necesita y busca un límite para poder integrarse al resto de la humanidad, pero cuando lo encuentra se desespera porque este mismo límite le marca su finitud. En consecuencia busca sobrepasarlo, atacándolo y buscando una grandiosidad que no puede ser satisfecha, y al encontrar un nuevo límite ante la intolerancia del cuerpo al tóxico, reaparece nuevamente la condición de finitud..

Su búsqueda incesante responde a su necesidad de corresponder un deseo. Así, esto se repite una y otra vez, hasta llegar a la sobredosis, que representa la posibilidad de marcar un límite que detenga el ciclo, el límite máximo que es la muerte.

Esta negación del cuerpo y su finitud se complementa con el sentimiento que tiene el adicto de tener un YO demasiado frágil, que ha sido invadido y explotado desde pequeño sin respeto a sus límites.

Cuando encara su vida no tiene fuerzas para enfrentar los límites de la realidad externa, y entonces recurre a las drogas que operan como una fuerza extra que le ofrecen la ilusión de poder vivir una existencia con una menor vulnerabilidad que la que realmente tiene.

El adicto está siempre pidiendo, es decir buscando la gratificación inmediata porque no aprendió a mediatizar el impulso con el pensamiento.

Es un ser crónicamente "hambriento". Por estas características es que Freud planteó la importancia de fijaciones orales en la dinámica de la adicción, y en esta fijación se fundamentó la clásica descripción de la existencia, en la personalidad del adicto, de un YO débil, incapaz de tolerar las frustraciones

Estos conceptos nos explican la falta de repertorio de recursos psicológicos que en un futuro presentarán los adictos para enfrentar las dificultades de la vida.

#### **2.2.4.7. Entonces, ¿qué se modifica en el psiquismo del joven que llega a la adolescencia?**

- Los impulsos instintivos.- La pubertad, con el desarrollo de la capacidad reproductiva y orgásmica, trae aparejada una eclosión de la sexualidad que muchas veces toma "por sorpresa" al adolescente aun no habituado a satisfacer sus deseos sexuales.

Ahora bien, en la mayoría de las concepciones psicológicas tradicionales, se ha tendido a centrar el proceso de transformación adolescente en el desarrollo de su sexualidad. Sin duda este es un aspecto fundamental, pero no el único.

- El YO, o sea el agente encargado del gobierno y distribución de los impulsos. Todo el sistema defensivo, los mecanismos que utiliza el YO para protegerse, están sometidos a una mayor presión y el YO tiene que modificarse para afrontarla. Pero los cambios del YO, no se reducen a sus funciones en relación con los impulsos instintivos; también se consolida, en el comienzo de la adolescencia, la transición del pensamiento concreto a otro de mayor nivel de abstracción, simbólico.

Meltzer menciona, como se suele creer y realmente así parece ser, en muchos casos, que el adolescente está fundamentalmente interesado en la sexualidad, pero en realidad él está preocupado por el conocimiento y el comprender.

- Surgen nuevos objetos de amor.- Se produce una desidealización de las figuras parentales que priva al joven de la protección omnipotente que le significaban sus padres cuando él era pequeño.

Asimismo, existen fuertes contradicciones entre la tendencia del joven a alejarse de sus objetos infantiles de amor, asimilando previamente en su personalidad características de sus figuras parentales, y el hecho de que estas identificaciones se vuelvan más y más prescindibles.

Esto se pone de manifiesto en la búsqueda de ídolos y líderes que satisfagan estas necesidades primitivas de idealización, al tiempo que le permitan tomar distancia de sus antiguos amores familiares.

Las vivencias de vacío, tal como los sentimientos de vergüenza, inferioridad y los procesos de idealización y desidealización son resultado de fenómenos de desequilibrio narcisista, perturbaciones en los sectores de la personalidad que regulan el estado del sí-mismo (self) y la valoración que el individuo hace de sí mismo, su autoestima.

Si el adolescente tiene un YO débil, entonces va a necesitar una fuerza extra para poder cumplir con este desafío, y si tanto la familia como la sociedad le muestran que las drogas son el combustible adecuado para afrontar las exigencias de la vida, él podrá poner en marcha la "experiencia tóxica".

Si nos colocamos ante las realidades que debe enfrentar el adolescente de nuestra época, y si le sumamos la estresante tarea de asimilar los cambios propios de su crecimiento, tanto corporales como psicosociales, se hace aún más claro comprender por qué los adolescentes son una población de alto riesgo.

### III. PREVENCIÓN

Quien tiene un porque para vivir,  
encontrara, casi siempre el como.

Nietzsche.

Para el desarrollo de estrategias de prevención en contra de las drogas se busca disminuir los factores de riesgo y promover un estilo de vida que disminuya o paralice estos factores y a su vez genere otros que protejan al individuo.

#### 3.1. PREVENCIÓN DE LAS FARMACODEPENDENCIAS.

Frente a esta situación observada se han venido ejecutando programas preventivos con la finalidad de contribuir a la disminución dichos comportamientos de riesgo en especial el consumo de drogas, no habiendo logrado un impacto efectivo en la población, debido a la carencia de políticas preventivas dirigidas a grupos específicos, falta de recursos financieros para investigar dichos factores comportamentales que inducen a algunos adolescentes al inicio y mantenimiento de tal comportamiento entre ellos el consumo de drogas y a otros no, falta de interés de las instituciones comprometidas de investigar y conocer la realidad de la población estudiantil (adolescentes) no existiendo investigaciones relacionadas a grupos estudiantiles adolescentes de zonas de alto riesgo que permitan identificar los principales factores asociados al consumo de drogas y que

caractericen por que algunos adolescentes que consumen y otros no consumen, aún sabiendo que cada factor de riesgo asociado al consumo puede ser tal en una situación concreta en la vida de una persona.

El contexto social hace más o menos vulnerables a las personas, dependiendo de la calidad de las relaciones, del tipo de relación que se establece entre la articulación de los significados que circulan entre el consumidor y su entorno, sin embargo los cambios en las sustancias y en los hábitos de consumo, han generado una importante alarma social por la gravedad de los efectos negativos, individuales, sociales que han producido el consumo de drogas por tratarse de un fenómeno con múltiples referencias sociales, que no sólo incluye a la presión hacia el consumo sino que también las oportunidades de desarrollo que el ambiente brinda a los individuos y las actitudes sociales que son incorporadas por éstos a lo largo del proceso de socialización.

### **3.2. Relevancia de los medios en la prevención de adicciones**

La prevención del consumo de drogas es tarea de todos, pero los medios de comunicación tienen un papel indiscutible en ella. La televisión mexicana ha elaborado programas para apoyar las distintas campañas de prevención de drogas apoyados por diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

El aumento en el índice de consumo de drogas entre adolescentes es cada vez mayor y el problema parece cada día más difícil de resolverse, por lo que nuevos programas de

prevención de drogadicción son importantes para poder seguir pretendiendo disminuir el consumo en adolescentes.

Estas nuevas campañas emprendidas por la televisión mexicana tienen como objetivo principal el de promover la reflexión sobre la importancia de la tarea de prevenir la drogadicción principalmente entre los jóvenes que son el grupo de mayor riesgo para consumir drogas, paradójicamente se encuentran cientos de miles de jóvenes, sin trabajo ni estudio, con un futuro incierto, y soportando día y noche la tremenda presión del consumo por los medios de comunicación. Cada minuto los mensajes les recuerdan cruelmente todo lo que no poseen y que socialmente se sienten presionados por estos motivos. La ecuación es preocupante y sólo termina dando resultados lamentables. Tanto como lo muestran las cifras de la delincuencia: el 33% de los que delinquen tiene entre 15 y 20 años.

### **3.3. APOYO EN LA ESCUELA**

En la adolescencia el hogar y la familia de modo alguno van perdiendo espacio y adquieren mayor significación e importancia el ambiente social más amplio y exterior al hogar, en tal sentido la escuela se convierte en otro espacio de socialización del adolescente, siendo ella una de las instituciones con mayor posibilidades de actuación e influencia; el cual favorece su desarrollo y conforma su carácter, es el lugar donde el niño y el adolescente pasa la mayor parte de su tiempo debido al incremento de sus actividades sociales, las que son más frecuentes y complejas, lugar donde el adolescente

accede a un grupo social mostrando la importancia y las repercusiones de ello, no obstante será el ámbito donde surgen las preocupaciones por algunos problemas escolares que se presenten.

### **3.4. HABITOS DE SALUD**

Se observa que los hábitos en consumidores de cocaína contribuye, en el decremento de la salud del adolescente. La importancia de esto, radica en que resalta el hecho de que el consumo de cocaína contribuye al deterioro de la salud de los individuos y muchas de las personas que consumen drogas, no están bien informados en relación a los estragos que ocasiona el usar cocaína o cualquier otra sustancia. Con estos resultados se hace evidente la necesidad de mostrar a la gente las consecuencias negativas por el abuso de drogas; el deterioro en la salud de los usuarios, y que esto ocurre desde edades muy tempranas.

En este sentido, es importante señalar que el consumo de sustancias no es el único hábito negativo que podrían tener los adolescentes; existe toda una gama de actividades que pueden afectar el desarrollo del adolescente: el ocio, la agresividad, la falta de higiene, la mala alimentación, entre otros.

Existe una correlación entre la vigilancia de salud y los valores de salud, lo cual indica que, el tener en menor o mayor grado ciertos valores y creencias con respecto a la salud, contribuye directamente en el cuidado de la misma.

Desde luego, el hecho de tener menos valores de salud, puede llevar a los adolescentes a dar poca importancia a los estragos y enfermedades que puede provocar el uso de alguna droga. Por supuesto, esta actitud, puede conducir a los adolescentes a realizar prácticas que afecten su salud, sin que les preocupe demasiado las consecuencias posteriores. Este sería el caso de los adolescentes consumidores de sustancias.

El aprendizaje de la conducta adolescente depende en mayor medida del aprendizaje cultural que de factores biológicos propios de la adolescencia, así pues el adolescente va aprendiendo que formas de conducta social son inaceptables para descartarlas o modificarlas, de tal forma que merezca menor desaprobación de la sociedad, en consecuencia surgen nuevas responsabilidades.

### **3.5. APOYO Y ORIENTACIÓN A LA FAMILIA**

Es fundamental que la familia se pueda informar lo mejor posible sobre el padecimiento que tenga alguno de sus miembros, que no subestime el problema y que lo traten de atacar con la mayor unión.

Al encontrar apoyo emocional entre los familiares, será más fácil buscar la orientación requerida y decidir que tipo de acción o tratamiento llevar a cabo para la recuperación y bienestar del paciente y por consiguiente de la familia en general.

Una familia unida siempre podrá tener mayores probabilidades de éxito al enfrentar cualquier problema que pudiera presentarse en la vida.

## IV TRATAMIENTOS

El deseo de beneficios imaginarios,  
con frecuencia implica la pérdida  
de bendiciones actuales.

**Esopo.**

El aumento en el consumo de drogas en México, en los últimos años indica que las campañas que se han realizado por diferentes instituciones no han dado los resultados esperados.

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

Estos tratamientos abarcan lo individual, grupal y familiar,

**Tratamiento del abuso de sustancias:** Para evaluar la presencia de estas sustancias además del análisis de sangre y orina, se puede emplear la entrega de autoinformes de los pacientes, de algunas personas importantes de su entorno, etc. Cuando se descubre un abuso se debe trazar un plan de recuperación que consta de cuatro etapas:

**a) *Compromiso:*** en esta fase no se persigue reducir la conducta de consumo, sino que únicamente se pretende que el paciente se implique en la relación terapéutica y, para ello, el profesional de la salud le ha de mostrar que su ayuda puede serle útil para controlar o evitar sus crisis.

**b) Persuasión:** en esta fase el profesional intentará persuadir al paciente de reducir su abuso, ya que constituye un peligro. Se evita el enfrentamiento, aunque es importante la persistencia y se le proporciona educación sobre los efectos que producen, ya que muchas veces desconocen sus efectos negativos.

**c) Tratamiento activo:** en esta fase el paciente acepta reducir su consumo o llegar a la abstinencia total de drogas y/o alcohol. Para ello será necesario identificar cuales son los factores motivantes que contribuyen a la vulnerabilidad de los pacientes hacia el consumo. Pueden ser de tres tipos:

- Automedicación para evitar los síntomas molestos: se tratará desarrollando estrategias de afrontamiento alternativas que le permitan controlar aquellos síntomas problemáticos que padece.

- Búsqueda de contacto y aceptación social: se tratará mediante un entrenamiento en habilidades sociales para que, de esta forma, aprendan las habilidades necesarias para interactuar y profundizar en sus relaciones con personas que no abusan de sustancias.

- Búsqueda cómoda de placer: se puede reducir enseñándole al paciente habilidades alternativas o buscando actividades que le sean gratificantes.

**d) Prevención de las recaídas:** en esta última fase el individuo ya ha logrado la abstinencia y, por ello, el esfuerzo se dirigirá hacia la reducción de la vulnerabilidad a las recaídas, enseñándole habilidades para prevenirlas. Entre estas habilidades están el que mantengan una elevada conciencia de su vulnerabilidad, información sobre las situaciones asociadas y los primeros indicios, así como enseñarle las habilidades que mejoren sus competencias y disminuyan su susceptibilidad al abuso de sustancias psicoactivas.

Las estrategias como el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia familiar conductual, el entrenamiento en el afrontamiento de los síntomas de abstinencia y el

tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, pueden tener un impacto beneficioso sobre el curso del problema y su calidad de vida.

**Tome los modelos de las terapias con cocaína como base, por ser esta una droga perniciosa, y debido a los resultados obtenidos, considero pueden ser aplicadas a otras sustancias.**

## **4.1. TERAPIA INDIVIDUAL**

### **4.1.1. Principios básicos de la terapia cognitivo-conductual**

#### **4.1.1.1. Análisis funcional**

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

#### **4.1.1.2. Deficiencias y obstáculos**

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

#### **4.1.1.3. Habilidades y fortalezas**

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

- ¿Qué los empujó al tratamiento actual?
- ¿Qué tan motivados están?

#### **4.1.1.4 Determinantes del uso de drogas**

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

#### **4.1.1.5. Esferas de influencia relevantes**

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

- a) social.** ¿Con quien pasa la mayoría de su tiempo? ¿En compañía de quien consume droga? ¿Sostiene algún tipo de relación con los individuos que no se involucran en el abuso de sustancias? ¿Cómo ha cambiado su red social desde que inició o se incrementó su uso de sustancias?

**b) Medioambiental.** ¿Cuáles son las señales ambientales específicas que provocan el abuso (dinero, alcohol, algunos vecindarios) ¿Cuál es su nivel de exposición diaria a estas señales o factores?

**c) Emocional:** La investigación ha demostrado que el abuso de sustancias casi siempre va precedido por ciertos estados de humor, estos pueden ser negativos (depresión, ansiedad, aburrimiento, ira) o positivos (excitación, alegría)

**d) Cognitivo:** el uso de cocaína con frecuencia se ve precedido por algunos pensamientos o ideas (necesito escapar, no puedo manejar esto a menos que esté drogado, con lo que estoy viviendo merezco drogarme). Estos pensamientos casi siempre son intensos y tienen un sentido de urgencia.

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

#### **4.1.1.6 Capacitación en habilidades**

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

también tienen la capacidad de aprender un nuevo conjunto de habilidades que les ayudaran a mantener y prolongar su abstinencia.

#### **4.1.1.6.1 Habilidades generalizadas**

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

#### **4.1.1.7. Ajustar el material a las necesidades del paciente**

La TCC es un enfoque sumamente personalizado. En lugar de considerar el tratamiento como un libro de recetas psicoeducativas, el terapeuta debe ajustar cuidadosamente los contenidos, la duración y la naturaleza de los materiales del caso. Los terapeutas deben ser muy cuidadosos en el uso del lenguaje, utilizando aquellas palabras que sean compatibles con el nivel de entendimiento del paciente. Asimismo, deben hacer revisiones periódicas con los pacientes para asegurarse que han entendido un concepto determinado y que el material les resulta relevante. El terapeuta también tiene que mantenerse alerta ante cualquier señal que indique que el paciente no está a gusto con el material utilizado.

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

#### **4.1.1.8. Practicar el dominio de las habilidades**

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

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

#### **4.1.2. La estructura y el formato de las sesiones**

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

#### **4.1.2.1. Regla 20/20/20**

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

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

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

#### **4.1.2.2. Introducción al tratamiento y a la TCC.**

##### **4.1.2.2.1. Tareas para la primera sesión**

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

#### **4.1.2.2.2. Objetivos de la sesión**

- Empezar a establecer una relación con el paciente
- Evaluar la naturaleza del uso de sustancias del paciente y otros problemas que puedan ser factores importantes para el tratamiento
- Proporcionar la razón fundamental del tratamiento
- Establecer la estructura del resto de las sesiones
- Iniciar la capacitación de habilidades

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

#### **Tópico 1: Cómo manejar la ansiedad**

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

Los objetivos de la sesión son:

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

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

Objetivos de la sesión:

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

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

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

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

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

### **Tópico 3: Habilidades de rechazo/asertividad**

#### Objetivos de la sesión

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

Los terapeutas deben hacer preguntas cuidadosas para descubrir indicadores ocultos de ambivalencia y resistencia al cambio, y para determinar las fuerzas sociales que trabajan contra ese cambio. Cuando los pacientes no logran dar los primeros pasos para eliminar los detonadores y evitar el contacto con la sustancia se deben analizar varios elementos clínicos importantes.

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

Las metas de esta sesión son:

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

### **4.1.3. Terapia Cognitivo-conductual**

La terapia cognitivo-conductual (TCC Centros de Integración Juvenil manuales de Terapia para la Adicción a las Drogas) es un enfoque a corto plazo que ayuda a los Individuos adictos a la cocaína a abstenerse del consumo de ésta y otras sustancias. Se supone implícitamente que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel de suma importancia en el desarrollo y la evolución del abuso y la dependencia de la sustancias.

Estos procesos pueden ayudar a los individuos a reducir su consumo de drogas.

La TCC ayuda a reconocer las situaciones en las que los sujetos son más propensos a utilizar la sustancia; a evitar dichas situaciones, y a controlar efectivamente los problemas y las conductas conflictivas asociadas al abuso de sustancias.

#### 4.1.3.1. Tareas críticas

La TCC se centra en tareas críticas que son esenciales para el tratamiento exitoso del abuso de sustancias

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

- Mejoría del funcionamiento interpersonal y de los apoyos sociales. La TCC incluye capacitación y preparación en numerosas habilidades y estrategias interpersonales para ayudar a los pacientes a extender sus redes de apoyo social y a establecer relaciones duraderas y libres de drogas.

#### **4.1.3.2. Formato**

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

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

#### **4.1.3.3. Duración**

La TCC se puede impartir en periodos de 12 semanas con un número de sesiones que varían entre 12 y 16. En muchos casos esto es suficiente para provocar una mejoría sostenida de hasta un año, una vez terminado el tratamiento. Los pacientes que son

capaces de alcanzar tres o más semanas, casi siempre son también capaces de mantener un buen resultado durante los 12 meses posteriores al tratamiento. Para muchos pacientes un tratamiento breve no es suficiente, en tales casos la TCC se considera como una preparación para un tratamiento más largo. El tratamiento adicional se recomienda directamente cuando el paciente lo solicita o si éste no ha sido capaz de mantenerse tres semanas o más de abstinencia continua durante el tratamiento inicial. La versión de mantenimiento de la TCC se concentra en los siguientes puntos:

- A) Identificación de situaciones, sentimientos y conocimientos que siguen constituyendo puntos problemáticos en los esfuerzos del paciente por mantener la abstinencia o que surgen después de haber cesado o reducido su consumo de cocaína.
  
- B) Mantenimiento de los resultados reforzando las habilidades y estrategias más efectivas que ha logrado desarrollar el sujeto.
  
- C) Promoción de la participación del paciente en actividades y relaciones incompatibles con el uso de drogas. En lugar de introducir nuevos materiales o habilidades, la versión de mantenimiento de la TCC se centra en la ampliación y dominio de las habilidades a las que fue expuesto el paciente durante la fase inicial del tratamiento.

#### **4.1.3.4. Pacientes**

La TCC ha sido evaluada en una gran variedad de usuarios de cocaína. Los siguientes casos casi nunca son adecuados para una TCC: los pacientes que tienen desórdenes psicóticos o bipolares y que no se estabilizan con medicamento. Los pacientes que no disponen de condiciones estables de vida. Los pacientes que no están médicamente estables (según un examen físico previo). Los pacientes que sufren otros desórdenes de dependencia de sustancias, a excepción del alcohol o la marihuana.

#### **4.1.3.5. Intervenciones recomendadas pero no exclusivas**

- discusión, revisión y reformulación de las metas del paciente
- monitoreo del abuso y el ansia de cocaína
- monitoreo del abuso de otras sustancias
- análisis de las consecuencias del abuso de cocaína
- análisis de la relación entre el afecto y el abuso de sustancias
- establecimiento de la agenda para la sesión
- comentarios del proceso según se indique
- discusión de las ventajas de un objetivo de abstinencia
- análisis de la ambivalencia del paciente en cuanto a la abstinencia
- apoyo a los esfuerzos del paciente
- evaluación del nivel de apoyo familiar
- participación de miembros de la familia u otros seres queridos en sólo dos sesiones

## 4.2. TERAPIA FAMILIAR

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

La adicción a las drogas es uno de los problemas más graves con que nos podemos encontrar hoy en día en salud mental. Se trata de un hábito de consumo que comporta importantes riesgos para la salud, problemas con la justicia, marginación social, abstencionismo laboral, accidentes y muertes.

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

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

### 4.2.1. Aspectos generales

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

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

Focalización. Es fundamental en la terapia familiar con adictos mantener el foco en la superación de la adicción, pero sin ignorar el resto de los problemas que la familia nos plantea. La familia debe encontrar motivos suficientes para acudir a la terapia aunque el adicto persista en su problema, de lo contrario la abandonarán tras la primera recaída.

#### **4.2.1.1. El planteamiento de la primera entrevista**

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

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

ellos (el hermano que no participa en la terapia muchas veces es el que más participa en el problema).

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

#### **4.2.2. Aspectos psicoeducativos.**

Los modelos psicoeducativos de familias con psicóticos pueden resultar muy útiles en el trabajo con toxicómanos. En una primera entrevista se puede explicar a la familia ampliamente, sobre el fenómeno de la adicción, el síndrome de abstinencia, el curso probable del tratamiento, etc.

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

Básicamente el mensaje se puede componer de:

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

- h. La disposición de la familia
- i. La voluntad

#### **4.2.3. Maniobras típicas a los largo de la terapia**

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

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

Cuando se detecta la problemática, el terapeuta familiar debe pasar a "situación de alerta".

Esto comprende:

- a) dar a entender que se ha captado el sufrimiento que la familia está atravesando y
- b) tratar de cortar esta manifestación y las sucesivas, la familia debe entender que el problema no se va a solucionar llorando y desesperándose, sino actuando de forma serena, práctica y decidida.

*"Queremos que él reconozca..."* Otro de los puntos que se han observado que paralizan a la familia son las discusiones que suelen hacer los padres al hijo toxicómano para que

confiese su adicción. A menudo los padres saben que su hijo consume drogas desde hace años, pero lo único que hacen por él es presionarlo para que lo reconozca.

*Suspicious con la suspicacia.* Existen muchas razones por las que la familia del adicto puede ser suspicaz. Algunas de ellas:

- a) la familia de un toxicómano tiene por lo general tras de sí una larga historia de fracasos frente a la adicción
- b) se han acostumbrado a desconfiar del adicto, porque les engaña, les roba, etc.
- c) los padres, generalmente se sienten responsables, culpables por el problema de su hijo y piensan que el terapeuta va a culparles también.

El adicto a su vez puede ser suspicaz, entre otras razones porque:

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

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

#### **4.2.4. Tratamiento de familias de adolescentes farmacodependientes**

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

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

Resistencia a la involucración familiar

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

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

Independientemente de si la explicación de la adicción se considera intrapsíquica y psicodinámica, biológica y hereditaria o social y ambiental, la respuesta ante el creciente número de personas que sufren de la devastación física, psicológica y social de las adicciones es significativamente diferente de los enfoques clínicos individuales, centrados en el cliente, que por costumbre se adoptan para los problemas médicos y psiquiátricos. Dados los puntos de vista cambiantes y polémicos que con frecuencia se sostienen de manera simultánea acerca de la adicción como un problema de moral, de enfermedad o de desarrollo psicosocial, no es sorprendente que los grupos de autoayuda como alcohólicos anónimos (AA) que pueden "unir las perspectivas de enfermedad y de moral" fueran los primeros en obtener la atención y disfrutar de amplia aceptación y popularidad. El cambio ocurre dentro del entorno grupal, en el que los últimos elementos de apoyo, renuncia, espiritualidad y altruismo resultan, en última instancia 'terapéuticos y transformacionales' el éxito de AA ha conducido a la aplicación del mismo modelo para otras adicciones y compulsiones que incluyen la cocaína, los estupefacientes y los excesos en comida, juego y sexualidad.

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

### **4.3.1. Modelo psicodinámico**

Aquí se recurre a una perspectiva psicoanalítica contemporánea acerca de la dependencia en las sustancias para proporcionar una base para la comprensión y tratamiento activo de las vulnerabilidades de los adictos en terapia de grupo. La terapia de grupo modificada (TDGM) se basa en el modelo interpersonal de terapia de grupo descrito por Yalom. (1974) y Brown y Yalom (1977). El enfoque de la TDGM se diseñó para evitar la ambigüedad de los grupos dinámicos desestructurados convencionales, para ir más allá del foco estrictamente interpersonal de los grupos interpersonales, y proporcionar comprensión y tratamiento de manera activa para las vulnerabilidades psicológicas y problemas caracterológicos relacionados, que precipitan y perpetúan la dependencia en sustancias.

#### **4.3.1.1. Teoría psicodinámica de la adicción**

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

La teoría psicoanalítica en los últimos veinte años se ha explayado en gran medida en cuanto a la naturaleza de los defectos del sí mismo, tanto intrapsíquicos como caracterológicos, que pueden conducir a la adicción. Krystal y Raskin (1970) adjudicaron estas vulnerabilidades al trauma psíquico infantil y señalaron que el desarrollo inadecuado del afecto del adicto, en particular su incapacidad para tolerar afecto, es la causa de la adicción. La teoría psicoanalítica contemporánea enfoca la naturaleza estructural y

narcisista de la vulnerabilidad. La droga abastece, aunque de manera efímera, de autoestima, sentimientos de aceptación y de la autoconfianza de la que carece a nivel interno. Meissner (1986) describió la depresión o crisis narcisista en la que los afectos dolorosos asociados con la herida narcisista del sí mismo frágil: ansiedad, enojo, depresión, vergüenza, vacío y duda, surgen de manera abrumadora. De nuevo la droga ofrece una resolución temporal, ilusoria, de la crisis mediante aliviar, restaurar y fortalecer. El trabajo de Khantzian versó aun más acerca de las vulnerabilidades psicológicas y narcisistas del adicto potencial; su hipótesis de la automedicación sostiene que las adicciones son el resultado del momento en que la persona busca aliviar los afectos dolorosos y el sufrimiento derivados de los defectos en las capacidades del yo, en el sentido del sí mismo y en las relaciones objetales. La droga se utiliza para medicar la autoestima deficiente, los afectos intolerables, los problemas interpersonales y la falta de autocuidado. Este modelo demuestra la manera en que las deficiencias narcisistas y del yo del individuo se presentan en varias dimensiones de la vida cotidiana, que en conjunto producen una experiencia de crisis narcisista continua.

#### **4.3.2. Reconceptuación de la teoría y práctica**

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

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

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

#### **4.3.3. Enfoque de la terapia dinámica de grupo modificada**

El tratamiento debe atender a las necesidades y dificultades de los adictos a medida que se les comprende en términos psicodinámicos de una manera segura que promueva la recuperación de la adicción. Estas se consideran como vulnerabilidades en cuatro dimensiones:

- 1) tolerancia y regulación del afecto
- 2) problemas con las relaciones
- 3) fracasos en el autocuidado
- 4) deficiencias en autoestima.



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

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

La primera modificación que ofrece este enfoque es que aun cuando se busca utilizar la terapia de grupo psicodinámica para atender al trastorno de carácter, se tiene una preocupación constante en la abstinencia de los adictos y en la prevención de recaídas.

Sin la abstinencia, las dificultades caracterológicas pueden oscurecerse y alimentarse con base en una crisis continuada. Con la abstinencia, estas dificultades se vuelven aparentes con facilidad en el entorno de grupo. La TDGM se diseñó para evocar los temas sobresalientes de vulnerabilidad psicológica y los estilos defensivos característicos, pero también para proporcionar un contexto en el que estos temas puedan comprenderse y sea posible comenzar el cambio.

Este contexto es de seguridad y apoyo, lo cual se establece de varias maneras. La seguridad y apoyo las proporciona un líder de grupo activo, directivo y amistoso que comienza explicando la naturaleza y expectativas de la terapia psicodinámica, distinguiéndola de otros tratamientos de la adicción (tales como los programas de 12 pasos) con los cuales pueden estar más familiarizados los miembros del grupo. También se reconocen de manera directa las ansiedades comunes a unirse a un grupo y se

atienden las cuestiones de abstinencia y prevención de recaídas a medida que es necesario.

Los principios de la terapia interpersonal de grupo se emplean en el modelo de TDGM para promover el rápido desarrollo de la cohesión, para mantener un centro de atención en el aquí y ahora y crear un medio interpersonal en el que los miembros del grupo puedan sobreponer los sentimientos de autodesprecio, soledad, enajenación y separación de la mejor manera. Sin embargo, el foco de atención de la TDGM se encuentra en el modo en que el estilo y la estructura de carácter de cada individuo se representa en el grupo, en lugar de sobre las interacciones interpersonales en sí. Se pide a los miembros del grupo que examinen la manera en que son dentro del grupo, en que se experimentan a sí mismos y a otros y en que su conducta interpersonal se relaciona con la experiencia y vulnerabilidades internas.

En este sentido, es necesario el medio interpersonal cómodo, pero no es suficiente para las metas de la TDGM. Si todo sale bien, el miembro grupal de la TDGM aprenderá acerca de sí mismo en cuatro dimensiones: regulación afecto, relaciones, autocuidado y autoestima. El centro, de atención del trabajo vira entre lo interpersonal y lo intrapersonal. El descubrimiento y comprensión del carácter están en mayor probabilidad de ocurrir una vez que los miembros del grupo se sienten en una especie de terreno común. La experiencia común revela que los miembros del grupo buscan primero vincularse alrededor de su adicción. Una importante primera transición que deben hacer dentro del grupo de TDGM consiste en darse cuenta de que este no es el único terreno común que comparten, sino que la vergüenza, los sentimientos de incapacidad y la naturaleza abrumadora de ciertos afectos también los sienten otros de manera común. Ven que no están solos en su deseo de encontrar amor, reconocimiento y seguridad, y que sus medios característicos para tratar de lograrlo pueden ser autoderrotantes.

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

#### **4.4. PROYECTO GRUPO DE PADRES: TERAPIA FAMILIAR MÚLTIPLE**

##### **Objetivo general**

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

##### Objetivos específicos

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

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

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

#### **4.4.2. Criterios de exclusión**

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

#### **4.4.3. Sobre la conformación de grupos**

Para hincar el tratamiento grupal se requiere por lo menos de 2 familias

(independientemente del número de integrantes con que cuente cada una de ellas),

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

##### **4.4.3.1. Fase inicial**

Encuadre de trabajo:

- Establecer de manera conjunta los objetivos clínicos a alcanzar. Es fundamental explicar a las familias sobre los objetivos que si son posibles de lograr durante la terapia, señalando de manera clara y directa que se trata de una labor integral y de conjunto, y no sólo una tarea del terapeuta.
- Explicar las técnicas que se utilizarán durante el tratamiento.
- Explicar las medidas de seguridad:
  - a) la contribución de la familia al trabajo terapéutico
  - b) lo que la familia puede esperar del terapeuta

- c) las condiciones óptimas para mantener la relación terapéutica.
- Especificar el número, frecuencia de duración de las sesiones terapéuticas.
  - Acordar el día y hora en que se realizarán las sesiones, el número mínimo de integrantes con los que se podrá iniciar la sesión, así como el tiempo de tolerancia que se permitirá.
  - Especificar el procedimiento a seguir en caso de ausencia.
  - Si el terapeuta considera que es necesario trabajar en coterapia se lo explicara al grupo, de tal forma que queden explícitas las funciones a realizar por ambos terapeutas.
  - Al inicio del tratamiento el terapeuta y coterapeuta acordará la forma de conducir las sesiones, una vez establecida deberán respetarlo y mantenerlo hasta finalizar el proceso terapéutico.
  - Realizarán una reunión al término de cada sesión, a fin de integrar las distintas visiones obtenidas y de esta manera construir las estrategias terapéuticas a implementar de acuerdo con los cambios que presente la familia.

#### **4.4.3.2. Fase intermedia**

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

#### **4.4.3.3. Fase de terminación**

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

- si decide otorgar el egreso, establecerá un plan de seguimiento.

#### **4.4.4. Recontratación**

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

Establecer de manera conjunta los objetivos clínicos a alcanzar durante este periodo.

- Especificar el número, frecuencia y duración de las sesiones terapéuticas.
- Acordar el día y hora en que se realizarán las sesiones, así como el tiempo de tolerancia que se permitirá para dar inicio a las sesiones.
- Posteriormente retomará los procedimientos señalados en la fase intermedia y en la fase de terminación. (Se sugiere recontratar sólo en dos ocasiones).

## **4.5. FARMACOTERAPIA**

### **4.5.1. Aspectos farmacológicos de las desintoxicaciones**

La desintoxicación es un proceso por el cual un individuo que presenta dependencia física a una sustancia abandona dicho consumo por medio de la administración a dosis crecientes, tanto de la misma sustancia de la cual es dependiente como de otra con la que exista dependencia cruzada. Su finalidad es prevenir la aparición de la sintomatología de abstinencia que podría aparecer si se interrumpiera de forma brusca la administración de las drogas a la cual el paciente ha desarrollado una dependencia física y la reducción del mínimo de las complicaciones médicas que pueden derivar.

En la desintoxicación se pretende algo más que alejar al individuo del consumo de una sustancia que le es perjudicial, se trata de un periodo de reajuste biopsicosocial que permita incorporarse a todo proceso terapéutico.

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

#### **4.5.2. Principios básicos del tratamiento de desintoxicación**

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

1.- Dado que es difícil cuantificar el grado de dependencia física, el paso inicial sería evaluar el nivel de tolerancia y grado de dependencia física que puede haber desarrollado hacia cada una de las drogas que consume el paciente. Apremiar si existen signos o síntomas de abstinencia o si pudieran existir manifestaciones de intoxicación. En algún caso puede ser necesario realizar una determinación de drogas en orina a fin de confirmar o descartar la información recibida, en este aspecto puede ser interesante tener información complementaria de los amigos o familiares del paciente.

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

3.- La historia clínica debe incluir:

- a. Historia toxicológica de todas las drogas consumidas (incluyendo tabaco y alcohol) especificando para cada una de ellas dosis media de consumo, vía de administración, frecuencia de consumo, dosis actuales, antigüedad del consumo y en caso de estar abstinerente tiempo transcurrido desde la última administración. También deben registrarse los tratamientos de desintoxicación realizados con anterioridad.
- b. Antecedentes médicos, quirúrgicos y los técnicos incluyendo hospitalizaciones previas.
- c. Exploración física detallada para descartar la presencia de patología orgánica.

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

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

5.- El examen físico debe tener particularmente en cuenta la posibilidad de enfermedades infecciosas, alteraciones pulmonares y cardiovasculares y complicaciones hepáticas, renales o dermatológicas secundarias a la adicción.

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

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

8.- Basándose en el diagnóstico realizado en el período de admisión el profesional que vaya dirigir el tratamiento debe plantear él mismo al paciente para que éste decida su aceptación o rechazo.

9.- La participación en un programa de desintoxicación siempre debe ser voluntaria, incluso es aconsejable que antes de iniciar el tratamiento, el paciente firme su consentimiento por escrito; lo que muchos casos se conoce como contrato terapéutico.

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

11.- En general, es mejor no informar al paciente sobre el tratamiento farmacológico que va seguir, aunque se le debe explicar que la finalidad de la desintoxicación es realizar una abstinencia confortable y segura.

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

#### **4.5.3. Desintoxicación ambulatoria o intrahospitalaria**

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

En general, la desintoxicación puede llevarse a término tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. No existen evidencias de que el tratamiento de desintoxicación en medio

hospitalario sea más efectivo que el ambulatorio o domiciliario para conseguir que el paciente se mantenga abstinentemente una vez finalizado el tratamiento de la dependencia física.

Es recomendable realizar la desintoxicación en medio hospitalario en pacientes con elevados consumos de heroína, con un mal estado físico o psicológico, en policonsumidores de varias sustancias. La desintoxicación de adictos a opioides también puede realizarse en forma ambulatoria en el propio centro o en el domicilio del paciente si no se dan las circunstancias anteriormente aludidas; es importante que la familia se responsabilice del tratamiento y colabore con el equipo terapéutico para conseguir este fin.

#### **4.5.4. Otras pautas de desintoxicación**

En el curso de la toxicomanía es raro que se realicen varios intentos de desintoxicación, ya sean como inicio de un plan de rehabilitación libre de drogas, ya como final de una etapa de mantenimiento con agonistas, frecuentemente con metadona. A este respecto, algunos estudios han demostrado que las desintoxicaciones lentas ( de varios meses) mediante metadona, eran más convenientes que las otras (hasta 21 días) . No obstante la tendencia actual, en los países donde prevalece la fórmula del mantenimiento con metadona, consiste en desintoxicar rápidamente a estos pacientes para derivarlos hacia programas de tratamiento de mantenimiento con antagonistas opiáceos como la naltrexona.

Otro de los agonistas opioides ensayado en tratamientos de desintoxicación ha sido el LAAM (levo-alfa-acetilmefadol); se trata de un fármaco similar a la metadona con una semivida más prolongada, así después de una dosis oral única mantiene su efecto durante 72 hrs. por lo que sólo precisa tornarse tres veces a la semana.

#### **4.5.5. Desintoxicaciones cortas y ultracortas**

Desde hace años se vienen ensayando pautas cortas de desintoxicación mediante distintas combinaciones de fármacos. Algunos autores han sugerido que mediante una desintoxicación lenta de varias semanas, las molestias globales que sufre el paciente son, en términos acumulativos, muy superiores a las que sufren pacientes sin tratar, y concretamente, en rápidas desintoxicaciones provocadas por antagonistas. Este es el fundamento de algunas pautas de desintoxicación cortas.

En conclusión para evaluar la eficacia de los tratamientos de desintoxicación hay que definir claramente los objetivos que se pretenden. Si la desintoxicación se contempla como tratamiento para conseguir la abstinencia definitiva o la reducción del consumo. Los programas de desintoxicación no reducen los síntomas de la dependencia de manera mágica, por lo que sería más apropiado considerados como procesos cuyo objetivo fundamental es conseguir el abandono del consumo de una sustancia de una forma segura, confortable y como paso inicial de un largo proceso terapéutico.

## CONCLUSIONES

Las adicciones constituyen un problema público muy importante en la actualidad, el uso de diversas sustancias en el adolescente tiene que ser tratado desde el punto de vista de la información y no de la represión.

Las sustancias adictivas son un mal hábito con consecuencias negativas en la salud del individuo, de la familia y de la sociedad.

Actualmente los jóvenes adolescentes están demasiado expuestos a la contradictoria información, al consumismo por lo tanto a la confusión, y ésta da mayor acceso a la posibilidad de que estos usen drogas. Lo que nos lleva a un pobre desarrollo tanto personal como social.

En tanto se puede afirmar que la adolescencia es la etapa donde se presentan con mayor frecuencia de comportamientos que entrañan alto riesgo de daño a la salud y de muerte. Estos comportamientos pueden tener origen en la niñez, debido a la existencia de factores predisponentes de tipo biológico, social y psicológico, que puede persistir durante la adolescencia y otras etapas posteriores lo cual influye en individuos vulnerables, determinando algunas conductas perniciosas, como lo es el consumir drogas, esto constituye uno de los problemas más comunes que los adolescentes manifiestan en la actualidad en su ambiente socio cultural, en tal sentido la etapa de la adolescencia es la

de mayor riesgo e importante en lo que respecta al inicio del consumo de drogas con mayor notoriedad en los varones.

Las drogas limitan la voluntad para realizar proyectos, reflejan inmadurez y son un mal hábito.

El joven que puede superar la adolescencia con la problemática de los abusos y usos de sustancias tienen la posibilidad de alcanzar un mejor desarrollo en su criterio y así superar con mayor facilidad los problemas que tendrá que solucionar cuando sea adulto.

Los jóvenes con problemas emocionales o de conducta tienen mayor probabilidad de incurrir en estas conductas dañinas.

La familia es el eslabón más fuerte de la cadena de la recuperación junto con la voluntad y el cambio de hábitos.

El adolescente tiene sentimientos de pertenencia cuando se encuentra en situaciones de grupo.

Los amigos son muy importantes para el adolescente, influyen en gran medida en su desarrollo. Ahí él crea normas de conducta y experimenta el modo de resolver sus problemas; como también adquiere hábitos que pueden ser desde estilos de música, gustos en la ropa, hasta manera de hablar o consumo de drogas

El adolescente que tiene problemas de adicción tiene una imagen devaluada, encuentra pocas satisfacciones y trata de obtener más satisfacción inmediata; no encuentra recursos suficientes para resolver sus problemas y generalmente tiene poca tolerancia a la frustración ante situaciones cotidianas.

Para hacer una buena labor en el adolescente tenemos que trabajar primordialmente la fortaleza en su yo, posteriormente nos ocupamos del control de su entorno y después podemos pasar al control y abstinencia del uso de las drogas y así poder hacer más eficaz la terapia para dar las herramientas que el individuo necesita para superar recaídas que son muy probables; pero con conocimiento de las cosas es más fácil enfrentar los problemas en general.

Se tiene que ser muy realista cuando de los jóvenes y sus problemas se habla, no esperar cosas como "la cura total" sino aprender a llevar los cambios que el joven atraviesa y tampoco creer que siempre tendrá problemas, que será un delincuente, etc.

Una buena propuesta es que se le eduque realistamente al joven, que se le estimule en cuanto a los valores morales, amor propio y se le apoye cuando lo necesite.

El enfoque cognitivo-conductual ha tenido buenos resultados en pacientes con problemas de cocaína, el proceso de aprendizaje ayuda a reconocer las situaciones más propensas a utilizar la sustancia; a evitar dichas situaciones en la medida de lo posible y sobrellevar

problemas asociados al abuso de sustancias. Esta terapia se puede emplear individual o grupalmente.

La familia juega un importantísimo papel por su cercanía, al establecer una buena comunicación podrá interrelacionarse mejor con los patrones de conducta, actitudes y hábitos del adolescente y entonces acercarse realmente al joven y comunicarle cosas tan personales como los consumos de sustancias y sus tratamientos.

Una estructura familiar sólida le dará al adolescente una arma poderosa para afrontar problemas sociales y personales y capacidad de controlar sus conductas destructivas, violentas, etc..

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

Las diversas terapias existentes para tratar las adicciones tienen la capacidad de aglutinar técnicas y recursos para emplearles en el trabajo terapéutico.

En los tratamientos al final se le inculca al adicto a ser responsable y responder a los eventos cotidianos de modo positivo y así poder funcionar en torno a otras actividades que no sean las de drogarse y entonces podrá afrontar los problemas que la vida pone cada día.

El consumo de drogas es un problema multifactorial que afecta a toda la sociedad en todos los estratos lo cual hace muy difícil catalogar al consumidor y sus motivaciones. Las

adicciones no están limitadas a ninguna minoría social, grado de educación, edad o sexo, el problema radica en saber que hay detrás del consumo de las drogas, en conocer cual es la causa que ha determinado a esta persona a utilizar drogas o si estas ya lo utilizan a él.

Se puede observar cómo los efectos de una sustancia no tendría que ver únicamente con sus características farmacológicas, sino también con las características del sujeto que la consume, el contexto en el que se produce esta relación entre el sujeto y el momento en el que acontece la interacción "Droga - Individuo".

Por tanto uno de los factores de riesgo relevante en el desarrollo personal de los niños y adolescentes, predisponente al consumo de drogas, es de carácter individual, el cual comprende aspectos de tipo físico relacionados al sexo, y edad; de tipo genético en donde influye la sensibilidad, tolerancia y dependencia; y de tipo evolutivo y personalidad, como experimentación temprana y consumo con drogas, la falta de identidad personal, inseguridad, impulsividad, rebeldía, insatisfacción personal, baja autoestima, sistema de valores poco claros, escasos o nulas habilidades sociales, la dificultad para hacer frente a los conflictos, este último puede facilitar el uso de drogas como amortiguar los mismos, en lugar de buscar respuestas y soluciones constructivas frente a los conflictos presentados, dificultades para tomar decisiones frente a la presión de grupo, este elemento representa una elevada probabilidad en el inicio de consumo de drogas en adolescentes.

No todo el que experimenta con drogas se hace adicto.

Existen bases predisponentes individuales, familiares y sociales que condicionan la posibilidad de una adicción.

La adicción es una de las formas en que puede exteriorizarse la actividad de la parte psicótica de la personalidad.

Toda adicción constituye una vía hacia la muerte, es decir una práctica suicida a corto o a largo plazo, dependiendo de una amplia gama de variables.

Estos viven huyendo de sus angustiantes y vivencias de vacío interior y soledad, para lo cual aprendieron en su contexto familiar y social que las drogas psicotóxicas son un instrumento para lograr este objetivo y que además le brindan una ilusión de identidad, generalmente grandiosa y hasta épica.

La droga no representa algo, sino es algo para el adicto. Estamos frente a una ecuación simbólica, es decir que están operando los niveles concretos del funcionamiento mental.

Esto significa que está en actividad la parte psicótica de la personalidad.

El adolescente al hacerse adicto adquiere una nueva identidad ya es alguien: "un adicto", y si logra en el contexto en que vive que se agreguen otros miembros a su causa, además de sentirse menos solo, podrá llegar al ideal inducido que "ellos son el ser superior".

Pero cayó en la esclavitud y esta percepción es trágica, no puede aceptarla, él, que creyó burlar su castración está condenado a muerte, la máxima castración.

Pero, por su debilidad yóica no puede aceptar esta terrible verdad, y aquí surge la veta psicopática movilizada por la envidia.

La necesidad de destruir valores morales en el otro es una necesidad psicopática que no se puede ignorar, y esto se ve claramente, cuando un adicto deja de consumir e intenta construir un nuevo proyecto de vida.

Los adictos pertenecientes a su grupo de "amigos" rápida o lentamente intentarán sabotear sus logros, pues sino su esclavitud se les vuelve patética y en cambio intentan salvarse maníacamente realizando racionalizaciones como: "mal de muchos, consuelo de tontos".

Como hemos dicho anteriormente un adolescente por experimentar con drogas no se vuelve necesariamente adicto, existe una personalidad previa en la cual coexisten factores predisponentes que hacen que ciertas personas sean vulnerables al proselitismo del adicto.

Pero en un mundo en crisis como el que vivimos actualmente, estos factores predisponentes existen con una frecuencia abrumadora.

El rápido desarrollo de las sociedades junto a la multiplicidad de influencias interculturales que se producen ha propiciado una situación de confusión de valores, a la que los adolescentes son especialmente sensibles, pudiendo sentirse en ocasiones exiguos de ese marco de referencia que les permita tomar decisiones adecuadas sobre su propia conducta, sabiéndose además que la adolescencia es una época en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo y que forjando su individualidad crea un sistema de valores aprendiendo el rol personal y social que requiere para la vida adulta, este proceso de construcción que señala el tránsito de la infancia al mundo adulto suele ir acompañado de una situación de desequilibrio e inestabilidad, que perturba al adolescente por ser una etapa del desarrollo, pero que también afecta a la familia, momento donde se habla de una crisis de adolescencia la cual varía mucho de acuerdo con el temperamento del adolescente y de sus padres, la calidad de la familia y las características del medio.

La drogadicción es un grave problema social. El adolescente, su familia, amistades y la comunidad donde se desarrolla este son los principales perjudicados por esta actividad.

El que cerca de 200 mil drogadictos mueran al año en el mundo indica el preocupante aumento en el número de personas que ingieren drogas ocasionalmente o que ya son adictos y que están fuertemente influidas o relacionadas con el aumento de la violencia social y la comisión de delitos.

Existen ejemplos para hacer evidente el peligro social que representan las drogas, y que permiten afirmar que, por un lado la sociedad esta jugando un papel protagónico en la influencia sobre los adolescentes, y por el otro que es la misma sociedad quien con su apatía discrimina, corroe y humilla a los adolescentes que necesitan de su apoyo y limitan en sus capacidades para desarrollarse íntegramente.

Los problemas psicosociales que enfrenta nuestra sociedad viene afectando especialmente a las familias, visualizándose comportamientos de riesgo como el consumo de drogas, embarazo precoz, violencia callejera y familia, y conductas transgresoras las cuales trascienden en todas las edades; notándose ello con mayor acentuación en los adolescentes interfiriendo este problema en el logro de las tareas y actividades normales de su desarrollo evolutivo, intelectual y social; entre ellos el consumo de drogas es un obstáculo serio al prolongar la dependencia e inmadurez del adolescente.

En tanto se puede afirmar que la adolescencia es la etapa donde se presentan con mayor frecuencia de comportamientos que entrañan alto riesgo de daño a la salud y de muerte. Estos comportamientos pueden tener origen en la niñez, debido a la existencia de factores predisponentes de tipo biológico y social, que puede persistir durante la adolescencia y otras etapas posteriores, lo cual influye en individuos vulnerables, determinando algunas conductas perniciosas, como lo es el consumir drogas, esto constituye uno de los problemas más comunes que los adolescentes manifiestan en la actualidad en su ambiente socio cultural.

Según una publicación de la OMS/OPS (1991) sede de Costa Rica, algunos patrones de comportamiento, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como conductas

transgresoras o delictivas, son causas importantes de defunción e invalidez entre los adolescentes y son sintomáticas de situaciones críticas de vida, de patrones culturales, estilos de vida y condiciones sociales inapropiadas y de desajustes personales, los cuales son asociados a factores de riesgo para el adolescente.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguirre, B.A. Psicología de la Adolescencia" Alfa Omega Grupo Editor, S. A. De C.V., México, D.F.
- 2.- Balanzario, L.M.C., Díaz N. B., Fernández, C.C., (1995), Panorama Epidemiológico del Consumo de Drogas en 1993 en México y Estados Unidos de América" Centro de Integración Juvenil, A.C. México, Vol. 7.
- 3.- Barca, L.A., Otero, L.J.M., Mirón, R.L. y Santorúm, P.R.,(1986), "Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia" Implicaciones para el tratamiento. Estudios de psicología, España.
- 4.- Blaquez, R.M.P., (1987), "Consumo de alcohol y cannabis en los escolares de BUP y formación profesional", Psicología, España.
- 5.- Blos, P., (1971), "Psicoanálisis de la adolescencia" Editorial Joaquín Mortiz, México.
- 6.- Bonifaz, H. R. (1976), "Farmacos de abuso", Centro Mexicano de estudios en farmacodependencia. Ed Programa nacional de combate a los problemas de las drogas. Imprenta Madero.
- 7.- Bronet, J.R., García, G.C., Prado, B. Y Vergara A., (1988), "Uso de la guinfacina en el tratamiento de desintoxicación en adictos a heroína" Psiquis revista de psiquiatría, psicología y psicósomática.
- 8.- Brown, S. Yalom, D. (1977) "International group therapy with alcoholics", J. Stud.
- 9.- Cabrera, S.J.A. y Zapata A.R., (1996), "Aportaciones teóricas prácticas para el conocimiento del farmacodependiente", Centros de Integración Juvenil
- 10.- Cabrera, S.J.A. y Zapata, A.R., (1995), "Experiencias de trabajo con familias de farmacodependientes", Centros de integración juvenil.
- 11.- Cánovas, G., (1997), "Adolescencia y drogas de diseño" Ediciones Mensajero, SA., Bilbao España.
- 12.- Castillo, Gerardo., (1996), "Los adolescentes y sus problemas". Editorial Minos; México.
- 13.-Castro, S.M.E., (1991), "Aproximaciones terapéuticas con los adolescentes farmacodependientes", Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Argentina
- 14.- Castro, S.M.E. y Llanes, B.J., (1998), "Construye tu vida sin adicciones, modelo de prevención, población objetivo: adolescentes temprano" Consejo Nacional contra las Adicciones, México.

- 15.- Centros de Integración Juvenil, A.C., (1990-1997), Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamientos en el C.I.J.
- 16.- Centros de Integración Juvenil, Manuales de Terapia para la Adicción a Drogas.
- 17.- Conger, John; (1979), "Adolescencia, generación presionada". Tierra firme.
- 18.- De la Garza, Fídel; (1996), La Juventud y las Drogas. Trillas, México
- 19.- Díaz, N.B. y Balanzario, L.M.C. (1997), "El consumo de drogas en México", Centros de Integración Juvenil, A.C., México.
- 20.- De la Fuente, Ramón., (1972), El problema de la farmacodependencia " Gaceta Médica de México.
- 21.- Echeburua, E. (1994) "Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos". Fundación Universidad empresa. Madrid.
- 22.- Fernández, Lorenzo, (1998), Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
- 23.- Gamía, M.J., (1997), "Riesgos macrosociales de farmacodependencia a nivel mundial y red estratégica de atención en México". Centros de Integración Juvenil, A.C., México.
- 24.- García, P.G., (1993), "La influencia del grupo de iguales en el consumo de drogas en adolescente". Psiquis, España.
- 25.- Gobbi, Sonia. ((1993) "Adolescencia y adicción". Ed. Homo Sapiens.
- 26.- Goode Erich. (1974), "La adicción a las drogas en los jóvenes". Paidós.
- 27.- Khantzian, E. Mack, J, (1989), "Alcoholics anonymous and contemporary psychodynamic theory, in recent developments in alcoholism". Vol.7 edited by galanter, New York, Plenum.
- 28.- Macía Antón, Diego; (1995), "Las Drogas: conocer y educar para prevenir". Pirámide, Madrid.
- 29.- Madden, J. S. (1986), "Alcoholismo y farmacodependencia". Ed. El manual moderno.
- 30.- Mata, A., Quiroga, H., (1987), El modelo de tratamiento <La familia Enseñante>, aplicado al problema de farmacodependencia en México", Salud Mental.
- 31.- Medina-Mora, Ma. Elena; Ortiz A., Caudillo C., López, S., (1982), 1nhalacion deliberada de solventes en un grupo de menores mexicanos". Revista Salud Mental 5. México.
- 32.- Mora, E.J., (1992), "De los jóvenes, el alcohol y las drogas" Revista de Cultura Psicológica.

- 33.- Natera, D.A., (1992), "La violencia ejercida, farmacodependencia" Revista de Cultura Psicológica.
- 34.- Navarro Góngora, José, (1995), "Avances en terapia familiar sistémica", Ediciones Paidós.
- 35.- Navarro, A.R., Contreras, A.A., (1997), "Jóvenes usuarios frecuentes de marihuana en el Distrito Federal". México.
- 36.- Organización Mundial de la Salud, (1992), "Las Drogas y los Usuarios". Secretaría de Salud/CONACID: México.
- 37.- San 1. Camí J, de Torres S., (1984), "Sobre la desintoxicación y/o deshabitación de pacientes heroínómanos". Rev. Depto. Psiquiatría, Facultad de medicina. Barcelona.
- 38.- Schnitmann, Luis., (1995), "Tratamiento de las drogodependencias". Colección psicoanálisis y medicina, Editorial Grupo Cero, Madrid España.
- 39.- Shapiro, D. (1989), "Psychotherapy of the neurotic character". Basic Books, New York.
- 40.- Stanton, M.D., Todd, T., y Cols. (1988), "Terapia familiar del abuso y la adicción a las drogas"  
Barcelona, Gedisa.
- 41.- Velasco, F.R. (1997), "Las adicciones", Ed. Trillas
- 42.- [www.paginasdeagrpa.com/adicciones](http://www.paginasdeagrpa.com/adicciones)