



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"La Adicción. Una revisión teórica de los aspectos psicológicos del fenómeno más allá de las características específicas de la sustancia"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

Eduardo Flores Contreras

Directora: Lic. Juana Olvera Méndez
Dictaminadores: Dr. José de Jesús Vargas Flores
Lic. María del Rosario Guzmán Rodríguez



Los Reyes Iztacala, Edo de México, Abril 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mi padre y mi madre:

Por darme la vida y la libertad para descubrirme, forjarme y darme la capacidad para crearme todos los días. Por darme todos los recursos a su alcance para llevar a cabo este y todos mis proyectos de vida. Gracias por apoyarme para ser quien soy.

A Nancy:

Mi sempiterna amiga y compañera en este viaje de vida, por no permitirme que me rinda hasta el último momento, gracias por creer en mí y hacerme cada día más fuerte, más exigente y menos permisivo. Gracias por ser motor y camino y ayudarme a ser cada día una mejor versión de mí mismo.

A Irma:

Por mostrarme ese camino hasta mí mismo a pesar de mí mismo y poder llegar hasta el final de cada proyecto en la vida.

A Juana Olvera:

Por ser la puerta a través de la cual he podido llegar hasta este momento.

A Mayra Mora y Lourdes Jiménez:

Por su generosidad al aceptarme como alumno y apoyarme a cerrar los ciclos inconclusos.

A Rebeca López-Portillo y a todo Decroly Comunidad Educativa:

Por darme toda la estructura, el apoyo, el ejemplo, el espacio, el empuje, la compañía, la paciencia y el amor. Gracias por la falta y el deseo.

A la Dra. Marcela Tiburcio. Por su desinteresada y generosa aportación para la realización de este escrito.

A todos mis maestros:

Que han sido muchos y que no alcanzo a mencionar todo lo que me han dado y que aún sigo en proceso de descubrir y redescubrir, son todos pilares esenciales en el trazo de cada palabra en este escrito.

A todos mis alumnos:

Esos hijos prestados momentáneamente, que día a día me muestran la importancia de la coherencia, la perseverancia, de los sueños, los deseos, la risa, los amigos, que siempre nos debemos maravillar ante lo nuevo y lo conocido. Gracias por hacerme partícipe de sus procesos.

A todos mis amigos:

Que han permanecido en mi vida haciéndola siempre llena de luz y amor. Son pocos, como debe ser y cada uno de ustedes es necesario.

A mis compañeros:

Son tantas las generaciones a las que he pertenecido en este largo viaje, que no me es suficiente el espacio y el tiempo para agradecer todos los momentos en que aprendí que la vida puede y debe ser mejor. Todos los que estaban cuando comenzamos juntos con las esperanzas a cuestas y todos con los que he cerrado este ciclo han sido una compañía invaluable, cada uno han hecho de mí alguien mejor.

A la música:

Que ha sido el Sentido de Vida todo el tiempo y que pacientemente me ha esperado y acompañado durante toda mi vida.

ÍNDICE

• Introducción	1
1. El uso de las sustancias a través de la historia	7
1.1. Uso de las sustancias desde la antigüedad.....	9
1.1.1. Marihuana (<i>cannabis indica, cannabis sativa</i>).....	13
1.1.2. Alcohol.....	14
1.1.3. Tabaco.....	19
1.1.4. Cocaína.....	22
2. Uso de las sustancias del siglo XIX al día de hoy y Nuevas Adicciones	28
2.1. Adicción al trabajo.....	31
2.2. Adicción al sexo.....	34
2.3. Adicción al juego.....	38
2.4. Adicción a las compras.....	45
3. Diversas aproximaciones hacia el concepto de adicción	54
3.1. Definición de Adicción.....	54
3.1.1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR).	56
3.1.2. La adicción desde el Psicoanálisis.	58
3.1.3. Desde la perspectiva de las Nuevas Adicciones y Adicciones sin sustancias.	61
3.1.4. Organización Mundial de la Salud (O.M.S.).	63
3.1.5. Seis modelos de conceptualizar las adicciones.	68
3.2. Trastornos inducidos por sustancias.....	70
4. Clasificación de Sustancias	78
4.1. Por antigüedad.....	78
4.2. Por su acción bioquímica y metabólica.	79

4.3. Por su origen.....	79
4.4. Por la situación sociológica (según la cultura de procedencia)	80
4.5. Motivación.	80
4.6. Según la estructura química.	80
4.7. Drogas duras y blandas. Según su peligrosidad (Cameron, 1975) OMS.....	81
4.8. Según sus efectos sobre el comportamiento.	81
5. Factores de Riesgo, Prevención y distintas formas de intervención. Diferentes perspectivas hacia un mismo problema.	88
5.1. Factores de Riesgo.	89
5.2. Distintas perspectivas teóricas en la intervención terapéutica.	96
5.2.1. Alcohólicos Anónimos.	97
5.2.2. Modelo Minnesota.	100
5.2.3. Psicoanálisis.	101
5.2.4. Cognitivo Conductual.	104
5.2.5. Logoterapia.	107
5.3. Prevención.....	109
6. Conclusiones.....	126
7. Bibliografía.....	133

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo, se pretende abordar de manera panorámica el fenómeno de la adicción desde varias perspectivas teóricas. La razón por la cual se lleva a cabo de esta manera es porque consideramos que, al ser la adicción un problema multifactorial, es decir, que es determinado por una gran variedad de situaciones, es necesario abordarlo desde diversos puntos de vista para obtener la mayor cantidad de datos posible y comprender cómo evoluciona este fenómeno en la persona, cómo abordar el proceso de rehabilitación e, incluso, diseñar planes de prevención.

Entre las variables que encontramos relevantes en la adquisición de las adicciones contamos con la predisposición genética hacia ciertas sustancias, el entorno en el que se desarrolla la persona, que implica la familia, el barrio, las amistades, la escuela, la educación, el desarrollo de habilidades como la resiliencia o la asertividad o la edad de inicio en el consumo de cualquier sustancia, entre otras.

En el primer capítulo, hacemos una revisión histórica del papel que ha tenido el consumo de sustancias en la humanidad, lo cual ha existido desde hace más de cinco mil años y ha tenido un papel relevante en el desarrollo social y médico en las diversas culturas, ha llamado la atención que los autores nos señalan que en prácticamente todas las culturas que han formado la sociedad en la que vivimos hoy en día han recurrido al consumo de alguna sustancia, ya sea para curar, para entrar en contacto con la divinidad o para adivinar del devenir de la sociedad.

En este capítulo, nos centramos en cuatro sustancias: Tabaco, alcohol, marihuana y cocaína, debido a que, según la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 y 2014, son las sustancias que encabezan la lista en lo que respecta a la iniciación en el consumo de cualquier sustancia, de hecho, son consideradas como sustancias de iniciación para el consumo de sustancias con mayor grado de toxicidad.

Llama la atención que no hay muchas referencias que nos señalen un

problema de adicción como lo concebimos en nuestros días, sino que se habla de un acostumbramiento y del abuso en ciertos casos.

En el segundo capítulo abordamos dos temas importantes que se relacionan entre sí:

Por un lado, nos referiremos al papel que están teniendo las drogas al día de hoy, puesto que en el anterior capítulo nos referimos a su papel en la antigüedad, consideramos importante poder hacer una comparación entre ambas formas de entender a las sustancias en distintos contextos.

En la segunda parte de este capítulo haremos referencia a las adicciones relacionadas a conductas cotidianas o de recreación como comer, trabajar, comprar, apostar o ejercer la vida sexual, detallando cómo los autores franceses Adès y Lejoyeux (2003) nos hacen notar el impacto que están teniendo dichas conductas en comparación con las adicciones a sustancias.

Podemos observar que existen similitudes entre ambas formas de adicción, aunque la afectación sucede en diferentes áreas de la persona, que van más allá de la salud física ya que lo social y psicológico también, es posible observar que tanto los síntomas son similares, como la desorientación, la pérdida de sentido de la realidad, el *craving* o el daño en las relaciones interpersonales, por mencionar algunas áreas.

En el tercer capítulo pretendemos hacer una visión panorámica de la adicción a partir de las definiciones que nos dan varias posturas teóricas comenzando con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR), el psicoanálisis, las nuevas adicciones sin sustancias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y una muy particular que hace Casella (2011), en donde nos muestra cómo es concebido el mismo fenómeno desde seis puntos de vista completamente distintos como el jurídico, el médico, el psicosocial, el sociocultural, el geopolítico estructural y la reducción de daños, todas estas perspectivas se complementan para darnos una perspectiva cada vez más completa del fenómeno de la adicción tomando en cuenta seis puntos principales: drogas, individuo, contexto, acción preventiva, acción asistencial y perspectiva. Cabe señalar que un ausente en este capítulo sin duda es la perspectiva a partir

de la teoría Cognitivo Conductual, la cual se ha evitado mencionar debido a que su criterio se sostiene a partir de lo determinado en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR), por lo que sería reiterar en la información dada.

En el cuarto capítulo hacemos una recopilación de las formas en que se pueden clasificar las sustancias, buscando ofrecer una visión amplia de cómo cada una de éstas puede ser observada desde distintos ángulos, los cuales son expuestos a partir de ocho tablas que abordan los siguientes parámetros: Antigüedad, acción química y metabólica, origen, situación sociológica, motivación, estructura química, peligrosidad (drogas blandas y duras) y efectos en el comportamiento. Se ha evitado mencionar las adicciones dirigidas a conductas debido a que son abordadas en un capítulo anterior y, además, porque en este caso el objetivo es mostrar cómo una misma sustancia puede ser estudiada y clasificada de diversas maneras y así comprender que para el consumidor existe más de una razón para el consumo, en ocasiones tendría que ver con el efecto que tiene en el organismo, en otras tendrá que ver con la inclusión en una sociedad o bien, puede estar relacionado con ambas o por más razones.

El quinto y último capítulo se divide en tres secciones que se relacionan de manera lineal: Los factores de riesgo, la rehabilitación y la prevención. En la primera parte se abordarán las situaciones que, a consideración de los autores, facilitan que una persona incurra en el consumo de alguna sustancia y se detone la adicción, como ambientes que generen altos niveles de angustia y estrés tanto en la familia como en la vida cotidiana, los riesgos en los que se encuentra la juventud durante la adolescencia o los peligros de consumir por primera vez.

En la segunda sección, se exponen diversas alternativas terapéuticas como los grupos de autoayuda, específicamente Alcohólicos Anónimos, el Modelo Minnesota, el Psicoanálisis, el Cognitivo Conductual y la Logoterapia, en donde es posible observar que, si bien, desde el punto de vista teórico son teorías que contemplan aspectos distintos en la persona, de igual manera cada una de ellas nos hace referencia a diversas formas de abordar el problema, enriqueciéndonos la perspectiva de tratamiento en donde unas nos ayudan a reestructurar la escala

de valores en la persona, otras funcionan en el corto plazo y otras a largo plazo en el seguimiento al paciente, es decir, encontramos que las diversas posturas teóricas en un momento dado pueden ser complementarias en el tratamiento, si tomamos como principio que el adicto no se cura, sino que se rehabilita y es a través del tiempo y el seguimiento que se puede alcanzar la sobriedad.

Por último, en el tercer segmento del capítulo, apoyándonos en los escritos de Cañas (2004) y Feldman (2008), hacemos una revisión sobre las condiciones para lograr una prevención dentro de los límites de lo deseable. Se hace hincapié en la importancia que tiene el atender este tipo de problema desde la infancia y la adolescencia a partir de inculcar valores tanto en la familia como en el ámbito escolar.

Llama la atención que ambos autores coinciden en hacer un llamado hacia las recientes políticas pedagógicas que tienden a ser más permisivas en contraposición con las tradicionales, que solían ser, por el contrario, más restrictivas y en donde ambas generan tendencias a las adicciones ya que en estos dos extremos el individuo no logra formar una estructura psíquica que le permita autocontenerse y regular su propia conducta.

Se hace también un recuento de trece puntos a tomar en cuenta para generar un ambiente propicio para la prevención en donde se abordan aspectos que van desde la manera de escuchar a los jóvenes por parte de los adultos a cargo de ellos, hasta la importancia del desarrollo de habilidades como la resiliencia y la tolerancia, en donde se podrían condensar en la relevancia que tiene el adulto en la formación de los jóvenes que están a su cargo, ya sea como padre, tutor o profesor en cualquier nivel.

Consideramos que la importancia de observar el fenómeno de la adicción desde tantas perspectivas es que cada una de éstas le da al estudioso del tema una visión más amplia que aquel que sólo se centra en un único marco teórico. El problema de las adicciones radica en su multifactorialidad, lo que lo vuelve especialmente complejo, ya que no solamente las características químicas de las sustancias son las que afectan a la persona para mantener el consumo, sino el contexto social, familiar, político y hasta espiritual o anímico también son factores

determinantes, es decir, que la adicción es mantenida en tanto que ésta tenga un significado trascendente para el usuario.

De esta manera, el psicoanálisis nos hace referencia a las relaciones madre-hijo(a) y cómo la persona, a través de su desarrollo va resolviendo las etapas oral, anal, fálica, genital y de latencia, así como el Complejo de Edipo, en este caso la adicción se relaciona a una serie de significados simbólicos que son representados y proyectados a través del consumo como una forma de actuación o *acting out* de algo que no se ha resuelto.

Por otro lado, desde la aproximación de la Logoterapia, se observa a la adicción como un medio a través del cual el adicto encuentra sentido a su existencia, en donde, de manera simultánea, ha perdido la capacidad de apreciar otros eventos en la vida que le den sentido a su existencia, desarrollando eventualmente una incapacidad para administrar sus emociones, centrando todas sus acciones y pensamientos en el consumo. Es el objetivo de esta aproximación que la persona adquiera la capacidad para poder encontrar sentido a su existencia a partir de otros eventos, personas y/o deseos.

En la Cognitivo conductual nos centraremos en los pensamientos que refuerzan la necesidad de continuar con el consumo y de qué manera éstos pueden ser transformados para dirigir la rehabilitación, de igual manera, se llevarían a cabo acciones específicas en donde se incluyen cambios en el círculo social del adicto, así como conductas y pensamientos que refuercen el mantenimiento del no consumo en el corto plazo.

Hoy en día, el problema de las adicciones en todas sus formas se ha ido agravando, Cañas (2004) nos menciona que vivimos en un mundo en donde las exigencias se han incrementado en lo laboral, lo social y hasta lo lúdico. Además de carecer de valores que llenen de significado cada una de nuestras acciones, resultando en un ambiente invadido por la banalidad y la búsqueda de la gratificación inmediata, por lo que se vive con una muy baja tolerancia a la frustración, produciendo un vacío existencial que sólo puede ser satisfecho a partir de los términos que se plantean en los medios de comunicación masivos, que, por lo general tienen que ver con el fomento al consumismo y la administración de

alguna sustancia para poder lidiar con las emociones propias de cualquier persona como el enojo, la tristeza, la alegría o el aburrimiento, generando que la persona se sienta con la necesidad de vivirlas a través del consumo de alguna sustancia.

El objetivo del presente escrito es revisar de manera panorámica el fenómeno de las adicciones, a través de la perspectiva de las principales posturas teóricas con la finalidad de encontrar puntos de complemento entre éstas y ampliar el campo de visión del profesional, tomando en cuenta toda la serie de variables planteadas en las diversas posturas teóricas y así, tener un mayor abanico de posibilidades teóricas para abordar el fenómeno de las adicciones, tomando en cuenta la historia de las sustancias, los tipos de adicciones a los que nos enfrentamos hoy en día en donde ya no hay sustancias, sino conductas, la jerarquía que pueden tener las sustancias en diferentes sociedades, las diferentes maneras de entender el fenómeno según las posturas teóricas y su manera de enfrentar el problema, así como las condiciones en las que puede generarse un ambiente de prevención y qué población está en riesgo.

EL USO DE LAS SUSTANCIAS A TRAVÉS DE LA HISTORIA

El consumo de todo tipo de sustancias ha sido una constante a lo largo de la historia de la humanidad, éstas han sido utilizadas para modificar la percepción, la conducta, la productividad y la cognición.

Las razones por las cuales se ha recurrido a éstas han sido muy diversas, Escohotado (1998) y Hofmann y Evans (2000) coinciden en una amplia variedad, como la búsqueda de una experiencia espiritual, el contacto con la divinidad, modificar el rendimiento laboral y físico, curar todo tipo de enfermedades tanto físicas como de índole espiritual o psicológicas, como un agente facilitador de las relaciones interpersonales al propiciar ambientes recreativos y de expresión personal; evadirse de la realidad debido a una problemática psíquica y/o social; desinhibir los mecanismos que regulan el comportamiento que contienen a la persona a actuar de manera transgresora hacia las leyes, haciéndolo llevar a cabo una especie de pequeña pero significativa rebelión contra el poder dominante al acercarse a lo prohibido a través del consumo, encontrando, a través de este comportamiento, una razón para seguir existiendo.

Todo esto, partiendo de la búsqueda de un sentido de vida, de identidad y de pertenencia, lo que Lukas (2005), citando a Frankl, nos explica al afirmar que "el ser humano sano y mentalmente estable no aspira por naturaleza a la felicidad, sino al sentido...". Lukas (2005, p. 12). Es decir, el consumo de una sustancia tiene un significado trascendente para el usuario.

Con el paso del tiempo, el uso y la producción de estas sustancias se ha diversificado, se han creado drogas para generar efectos específicos en el organismo, como es el caso de las drogas de diseño, que actúan en centros neuronales específicos y liberando neurotransmisores determinados, muchas de éstas han sido creadas a partir de la investigación en laboratorios y desechadas por sus efectos secundarios o por no haberlas encontrado útiles para la medicina

o la investigación neuropsicológica en el momento de su creación, como es el caso del MDMA o Éxtasis (Doncel y Ruiz, 2005. pp. 224 y 225).

La Comisión Nacional contra las Adicciones, a través de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes en su emisión 2014, mencionan que ha habido un incremento en el consumo de marihuana, alcohol, tabaco y cocaína, siendo las tres primeras sustancias las de mayor consumo entre los adolescentes que por primera vez utilizan algún tipo de droga ya sea legal o ilegal. De igual manera, llama la atención que mencionan que la edad de inicio en el consumo ronda entre los doce y los dieciséis años de edad.

“Los datos recabados con la última encuesta realizada en 2011, mostraron que en la población con edades entre los 12 y 17 años la prevalencia de cualquier droga ilegal alguna vez en la vida aumentó significativamente, pasando de 1.3% a 2.9% entre los años 2002 y 2011. En este grupo de edad la marihuana fue la droga más consumida (2.4%), seguida de los inhalables y la cocaína (0.9% y 0.7% respectivamente).” (Encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes, reporte de drogas 2014, pág 21).

Asimismo, mencionan que ha habido variaciones significativas en el consumo de sustancias, por ejemplo: el tabaco ha disminuido de manera general, pero sigue siendo mayor la cantidad de hombres que de mujeres que lo consumen, siendo que los primeros inician al rededor de los 13 años de edad (Encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes, reporte de tabaco 2014 págs 29 y 30).

Y por otro lado, en los Centros de Integración Juvenil se reportan solicitudes de ayuda de jóvenes que van desde los diez a los diecinueve años (Encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes, reporte de alcohol 2014, pág. 25).

En la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, “muestra un incremento en el consumo alguna vez de drogas ilegales y médicas en la población, en comparación con 2002, donde los hombres son los que reportan mayores consumos. La marihuana continúa siendo la sustancia de preferencia de los usuarios. En tanto, en la cocaína se observó un incremento del 1.4%, en 2002, a 2.4% en el 2008 (Secretaría de Salud, 2009)” (pág, 2).

A continuación, haremos una breve descripción sobre el uso de algunas sustancias a través de la historia y el papel que han desempeñado en la sociedad. Más adelante, se hará una revisión sobre las nuevas adicciones que han aparecido a lo largo del siglo XX, que tienen como característica principal que el consumo deja de ser dirigido hacia una sustancia, enfocándose hacia ciertos comportamientos cotidianos, como comprar, comer, jugar, apostar, ver televisión o el ejercicio de la sexualidad.

Consideramos que es importante comprender cómo es que se da el vínculo entre el sujeto y las sustancias, generando dependencias tanto a nivel físico, como a nivel psicológico, ya que éste es considerado como un factor determinante en la adquisición de una dependencia, es decir, el apego o dependencia que presenta el usuario hacia una sustancia o conducta está relacionado con lo que ésta significa para él y no sólo por los efectos químicos que suceden a nivel neuronal y/o endocrino.

La formación de éste vínculo está relacionada con la importancia que se le ha dado a cada sustancia en su momento histórico y cómo ésta relación se ha transformado con el paso del tiempo.

Comenzaremos con una revisión cronológica sobre el uso y el significado que han tenido algunas sustancias desde las culturas más antiguas hasta nuestros días.

1.1. Uso de las sustancias desde la antigüedad.

A través del tiempo, el consumo de sustancias ha recibido diferentes lugares dentro de las sociedades que las han utilizado. En las culturas ancestrales, se les otorgó un valor sagrado a aquellas plantas que tenían la capacidad de modificar la percepción, es decir, poseían propiedades especiales y por esto se utilizaban para un fin específico, que era abrir una vía de comunicación con la divinidad y obtener un beneficio, que podía ir desde lo más inmediato, como la salud física y psíquica, hasta la toma de decisiones en la logística y el devenir político de un pueblo.

Torrent (2005), nos recuerda que el uso de sustancias psicoestimulantes obtenidas a partir de un vegetal ha sido una constante en la historia de las culturas en Asia, África, América y Oceanía. Éstas, han sido utilizadas por dichos grupos humanos con razones específicas como aumentar el rendimiento, reducir la sensación de fatiga y el hambre. De igual manera, cita a Escohotado (1989), afirmando que "la parte del planeta que genealógicamente produjo el mundo occidental, no usó este tipo de psicofármacos hasta bien entrada la Edad Moderna, adaptándose, desde entonces, al empleo de sustancias de efecto depresor sobre el sistema nervioso central como el alcohol y opiáceos." (p. 123).

Sobre la variedad de sustancias que han sido utilizadas en las sociedades y sus efectos, Hofmann y Evans (2000) nos hacen un recuento de más de noventa plantas, a las que llaman "Plantas de poder" y que han sido utilizadas por cientos de años en diversas culturas para llevar a cabo toda clase de ceremonias y rituales tanto de curación como para la adivinación a través del contacto con las diferentes manifestaciones divinas (pp. 66 a 79).

Llama la atención que estas plantas sólo podían ser consumidas por un sector específico de la población y que, por lo general, eran los sacerdotes o los médicos y/o curanderos, en ocasiones los gobernantes y muy rara vez, el individuo común y corriente, quien, sólo en el caso de que el ritual o tratamiento lo ameritaba, le era permitido consumir alguna de estas plantas, de lo contrario, era severamente castigado, como se mencionará más adelante.

Esta manera de relacionarse con las plantas nos habla de un claro control hacia el uso de las diferentes sustancias por parte de un sector específico de la población, el cual estaba conformado por la cúpula social, que se encargaba de restringir su uso.

Entre estas plantas se incluyen semillas, flores, cactus, hongos, hojas, tallos, raíces y cortezas, hasta el tabaco y el café, cabe señalar que, en nuestro contexto actual, muchas de estas plantas se utilizan como ornato, como el caso de la *Brugmansia sanguínea*.

Cabe señalar que en el mismo libro los autores hacen una detallada descripción botánica de cada una de las plantas, haciendo mención, además de

los efectos que producen, del contexto en el que son utilizadas, por dar un ejemplo, el referirse a la “Brugmansia sanguínea” (Floripondio sanguíneo) hace la siguiente observación:

“Esta planta, rica en alcaloides, se cultiva y se emplea, desde hace siglos o milenios, como medio psicoactivo en la región andina. Los indígenas advierten que esta planta no debe usarse imprudentemente, puesto que puede provocar fuertes alucinaciones o delirios. Se dice que sólo los chamanes con mucha experiencia tienen la capacidad de utilizar el “espíritu de la planta” para sus propósitos (adivinaciones, curaciones). La planta inflige severos castigos a cualquier persona que la trata sin respeto.” (Hofmann y Evans, 2000. pág. 33).

Por otro lado, Escotado (1998), nos comenta que, dentro de los usos medicinales, se han encontrado vestigios que se remontan a los siglos XXV, XXII y XVIII a.C. en la antigua Babilonia, en donde hay referencias al uso del láudano y del opio con fines anestésicos. Es importante señalar que dentro de los usos que se le daban a las sustancias “la medicina babilónica no sólo usaba habitualmente opio, mandrágora, cáñamo, cerveza y vino, sino sustancias de gran actividad como el eléboro negro y otros venenos. Con todo, el médico debía ser cauteloso en la administración de sus remedios. Podía negarse a dar tratamiento a un paciente, o advertir de antemano con claridad sobre los inconvenientes e insuficiencias de su terapia, exigiendo la aceptación previa del riesgo (y la consiguiente reducción de su minuta). Pero si alardeaba de su capacidad y la cura mataba al enfermo perdía ambas manos; si sólo se seguía empeorando estaba obligado a indemnizar” (Escotado, 1998, p. 52).

Lo que nos indica que existía una noción ética sobre el manejo de las sustancias y una consecuencia clara hacia la mala praxis de quienes se dedicaban a la salud de los demás. De igual manera, en Egipto se desarrolló toda una “pharmacopea”, en donde se incluían tanto medicinas como venenos, cabe señalar que, para ellos, la teología y la medicina estaban íntimamente relacionadas.

En la cultura Griega, hay un cambio en la forma en que son percibidas las sustancias y su uso, se comienza a desvincular y separar el mero efecto químico

en el organismo del contenido espiritual que se le atribuía a cada sustancia, en su lugar, se relaciona lo psíquico con lo físico, en donde, para Hipócrates, los estados de ánimo como la melancolía, la frenitis, la manía y el delirio, eran formas en que se exaltaban las sensibilidades y eran causadas por los humores (flema, bilis negra y amarilla) y éstas se podían regular a través del uso de ciertas plantas que en ocasiones curaban y otras mataban.

De igual manera, Escohotado, 1998, señala que Teofrasto hace mención hacia lo que hoy conocemos como fenómeno de tolerancia al relatar que las plantas con el uso, van perdiendo sus efectos en la persona:

“Las virtudes de todas las drogas van haciéndose más débiles para quienes se acostumbran a ellas, hasta hacerse completamente ineficaces en algunos casos”. (p. 94).

En la Edad Media, a diferencia de la antigüedad, fue severamente perseguido y castigado el uso de plantas, ya que se asociaba a rituales paganos y, por lo tanto, demoníacos o heréticos y quienes preparaban y utilizaban ungüentos y pomadas, muchas veces hechas a partir de opio o cáñamo, se les acusaba de brujería. Trayendo como consecuencia que el uso de dichas sustancias se limitara a un sector de la población que vivía en la clandestinidad bajo la pena de recibir las consecuencias más severas impuestas por la ley.

Hasta el momento, hemos podido observar que el uso de sustancias para modificar la percepción no es algo nuevo, sino que es una práctica que se ha registrado en la historia de la humanidad desde hace miles de años, siendo una práctica común en un gran número de culturas alrededor del planeta. Muchas de las sustancias que nos mencionan Hofmann y Evans (2000), ya no son tan recurridas, sin embargo, hay otras que aún se usan cotidianamente sin tener una finalidad terapéutica sino recreativa, en este sentido, el objetivo del consumo se ha transformado de ser un medio para mejorar la calidad de vida de las personas a través del conocimiento y el auto conocimiento a una práctica más relacionada a la evasión y el esparcimiento. Aunque, cabe señalar que aún se siguen utilizando para fines curativos y para modificar el estado de ánimo.

A continuación, describiremos algunas de éstas, enfocándonos en las

sustancias de mayor uso o relevancia dentro del ámbito de las adicciones, puesto que estadísticamente son las de mayor consumo según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en adolescentes 2014.

1.1.1 Marihuana (cannabis indica, cannabis sativa)

Evans y Hofmann (2000), respecto al uso de la marihuana, mencionan que: "... una tradición India sostiene que los dioses obsequiaron a la humanidad el cáñamo para que pudieran obtener deleite, valor y deseos sexuales potenciados. El cannabis brotó cuando el néctar o amrita, bebida de los dioses, goteó desde los cielos." (p. 92) (Citado en: Solís y Robledo, 2009, p. 10).

Se han encontrado evidencias del uso de la marihuana desde el siglo VII a.C. en la cultura celta, quienes le daban varios usos, por ejemplo, la usaban para hacer cuerdas, velas y estopa, extendiéndose desde Austria hasta las Islas Británicas, es decir, poseía un lugar multifuncional dentro de la sociedad y la economía en varias culturas, como en España (Solís y Robledo, 2009, p. 11). Mientras que los griegos la consideraban una "planta de poder" junto con el beleño y la mandrágora, la bebían hervida y mezclada con vino y mirra con fines recreativos dentro de las clases acomodadas (Escohotado, 1998, p. 98).

Calvo (2005) nos hace notar que, a partir de la revolución del Neolítico, en China y en la India, hay evidencias de su uso en la cestería en grupos recolectores, así como en la fabricación de textos en sustitución de los juncos.

Dentro de la farmacopea, hay registros del siglo XVIII a. C. En donde el Emperador Sheng Nung recomendaba su uso "para aliviar los dolores del parto en las jóvenes parturientas primerizas, trastornos asociados a la menstruación, gota, beri-beri, estreñimiento, malaria, reumatismo y falta de concentración" (p. 175).

Pascual (2009) nos hace notar que no es sino hasta los primeros años de 1900 en que se utiliza "como droga" propiamente dicho, antes de esos años se le dio usos diversos, que iban desde medicamentos de marca en tres presentaciones: "extracto graso (manteca de hachís), extracto seco (hidroalcohólico de hachís) o sumidades (cogollos), además de algunos jarabes."

(pág. 23).

En resumen, hay evidencias de que la marihuana ha tenido diversos usos en las culturas china, egipcia, griega, persa, mesoamericana y norteamericana, entre otras. Éstos van desde la fabricación de textiles, como cuerdas o ropa, hasta el campo de lo medicinal y lo recreativo en forma de bebidas, sahumerios, ungüentos, pipas y cigarros.

Durante varios siglos dominó el mercado en lo que respecta a la fabricación de cuerdas para fines navales, cestería y derivados de las fibras. Pero durante la Revolución Industrial y el desarrollo de la industria petroquímica, perdió su lugar, siendo desplazada por otras fibras como el yute, el sisal y el plástico en nuestros días.

En lo que respecta a sus cualidades curativas, fue desplazada por la implementación del uso de otras sustancias para el tratamiento de enfermedades, hasta quedar relegada al mercado negro. (Calvo, 2005. pp. 176 y 177). Aunque es importante tomar en cuenta que aún hay sociedades que la siguen considerando como una planta relevante dentro de la medicina tradicional.

1.1.2 Alcohol

El alcohol es una de las sustancias con más antigüedad de uso en la historia de la humanidad, Escotado (1998) y Haro y Ayuso (2005) nos mencionan que en la Biblia se hace referencia a su consumo, en donde uno puede encontrar la sentencia por abusar de él, como cuando Noé se desnuda y hace el ridículo al embriagarse, uno de sus hijos, Cam, busca ponerlo en evidencia ante sus hermanos (Sem y Jafet), recibiendo un castigo divino por la falta de respeto y piedad hacia su padre.

Por otro lado, en el Libro de los Salmos, se le hace un agradecimiento a la divinidad por ofrecerle al hombre la posibilidad de acceder al alcohol, como en el Salmo 104, en donde se hace referencia a las virtudes de la bebida, lo que nos evidencia una postura de doble valor hacia el alcohol, ya que por un lado se le condena, pero por otro se le diviniza, esta ambivalencia es importante de resaltar,

ya que hasta nuestros días existe la misma manera de relacionarse con esta sustancia, lo que la ha vuelto en una de las adicciones más difíciles de erradicar, junto con el tabaco.

Asimismo, Escotado (1998) nos menciona a los autores antiguos Filón y Platón, en donde cada uno se refiere al consumo del vino y llama la atención que ambos hacen observaciones similares, ya que, si bien hablan de los efectos benéficos del vino en el humor y la creatividad de quien lo consume, también se refieren a los daños, Filón dice que embriagarse “se usa en dos sentidos: uno equivale a beber mucho, y otro a hacer el tonto” (pág. 153).

A diferencia de las demás sustancias de consumo, ésta aparece en todas las culturas, en todas las épocas, haciéndose fermentos de todo tipo de semillas, cereales y plantas y que forman parte de la idiosincrasia de cada pueblo, es decir, no hay un país o grupo humano desarrollado que no tenga una bebida típica que lo identifique.

Pascual (2009), nos señala que las primeras bebidas alcohólicas debieron haberse hecho a partir de la fermentación de frutas y cereales, "fabricándose de estos últimos la cerveza, de la uva el vino y de la manzana la sidra." (pág.14).

A lo largo del medioevo se implementa el alambique, con lo que se logra destilar bebidas con una mayor concentración de alcohol, hacia el siglo IX se destila el vino con lo que se le aumenta la gradación de alcohol y para el siglo X se logra la destilación de harinas. entre los siglos XIII y XV se creó una mayor gama de bebidas, que iban desde el aguardiente (agua ardens), hasta el coñac, ginebra, whisky y vodka, entre otros.

Es a partir de esta época que los consumidores de bebidas alcohólicas comienzan a perder el control, se suscita la llamada “epidemia de la ginebra” en Inglaterra entre 1720 y 1740 y se establecen las primeras medidas de contención para la población ya que había una enorme difusión de lugares de consumo, habiendo una proporción de un establecimiento cada cuarenta y siete habitantes, lo que aún para nuestros días es una media considerablemente elevada.

En lo que respecta a la historia de México, Cruz (2001) nos menciona que en la cultura Azteca se castigaba con la muerte a quien fuera sorprendido en la

calle en estado de ebriedad, ya sea haciendo escándalo o incluso en estado de semi-inconciencia. Este castigo se llevaba a cabo a garrotazos, como una forma de castigo ejemplar, aunque cabe aclarar que hacia los hijos o parientes de gente importante se tenía la consideración de hacerlo a solas, sin embargo, el castigo se llevaba a cabo sin importar el rango en la escala social. Textualmente Bernardino de Sahagún en el Capítulo VI que se refiere a los castigos a quienes se emborrachaban dice:

“Los mancebos que se criaban en la casa del tepochcali tenían cargo de barrer y limpiar la casa; y nadie bebía vino, mas solamente los que eran ya viejos bebían el vino muy secretamente y bebían poco, no se emborrachaban; y si parecía un mancebo borracho públicamente o si le topaban con el vino, o le veían caído en la calle o iba cantando, o estaba acompañado con los otros borrachos, este tal, si era macegual castigábanle dándole de palos hasta matarle, o le daban garrote delante de todos los mancebos juntados, porque tomasen ejemplo y miedo de no emborracharse; y si era noble el que se emborrachaba dábanle garrote secretamente.” (pág. 293)

Aunque cabe señalar, que también en este autor menciona que el consumo de bebidas embriagantes era reservado para algunos personajes de alto rango y que se le permitía al pueblo, únicamente en algunas fiestas locales, durante las cuales, relata el autor, todos terminaban absolutamente embriagados, hasta perder el sentido, lo que consideraba una conducta reprobable como la fiesta de Tecuilhuitontli (pág, 157), en donde se celebraba a la diosa de la sal, se llevaban cabo sacrificios humanos y se terminaba con el consumo de pulque en donde se reconciliaban quienes habían tenido diferencias o desaveniencias.

Al darse la conquista y subsecuentemente la Colonia, esta Ley en donde se castigaba con la muerte se derogó, ya que se consideraba demasiado cruel, como consecuencia, los índices de alcoholismo entre los indígenas se elevaron y finalmente se tuvo que tomar una medida que controlara la bebida y se implantaron castigos a partir de las regulaciones de la Santa Inquisición, es decir, se trajo de regreso un método coercitivo para controlar el consumo.

A este respecto, también hace referencia Fray Bernardino de Sahagún

cuando señala que las medidas impuestas para controlar el consumo no eran suficientes:

“... será menester poner remedio, y parécenos a todos que la principal causa de esto es la borrachera, que como cesó aquel rigor antiguo de castigar con pena de muerte las embriaguezes, aunque ahora se castigan con azotarlos, trasquilarlos, y venderlos por esclavos por años ó por meses; no es suficiente castigo para cesar de emborracharse, y aun tampoco las predicaciones muy frecuentes contra éste vicio, ni las amenazas del infierno bastan para refrenarlos, y son éstas borracheras tan destempladas y perjudiciales á la república, á la salud y salvación de los que las ejercitan, que por ellas se causan muchas muertes, pues se matan los unos á los otros estando borrachos (Pág. 72).

Pascual (2009) nos comenta que, en España, con la reincorporación de Fernando VII en 1817 al gobierno y la consiguiente industrialización, la mano de obra se abarata y las condiciones laborales se vuelven más difíciles para los trabajadores, que podían ser hombres, mujeres o niños, estos últimos solían ser empleados desde los seis años, generando una expectativa de vida de veinte años. Muchos obreros fueron desempleados, yéndose a refugiar a las tabernas, lo que generó un aumento en el consumo de bebidas que iban desde el vino hasta el aguardiente.

Hasta este punto, es necesario hacer una consideración: Al ser el consumo del alcohol un comportamiento que se presenta desde la antigüedad, al paso del tiempo se ha convertido más en un asunto de índole moral, que de salud, ya que se le ha asociado con ciertos patrones de conducta en donde el individuo, al transgredir varios límites, atenta en contra de la comunidad a la que pertenece y en contra de sí mismo.

Es de llamar la atención que desde la antigüedad hasta ya entrados en el siglo XX, el consumo del alcohol no es considerado una enfermedad, sino un vicio, es decir, es una conducta moralmente reprobable debido a que trae consigo ciertas consecuencias que resultan desfavorables o dañinas tanto para el consumidor como para la comunidad, por lo cual, es vista como una falta a las normas sociales, producto de la debilidad humana y no como el resultado de la

suma de diversos factores contextuales que inclinan a la persona a perder el control en el consumo, colocándole como una prioridad en la vida.

Vale la pena mencionar que Escohotado (1998), aclara que, a excepción del alcohol, no hay registros sobre el abuso de sustancias en la antigüedad y que este mismo consumo sucede desde tiempos inmemoriales.

Al ser el consumo del alcohol un comportamiento que se presenta desde la antigüedad, al paso del tiempo se ha convertido en algo con connotaciones de índole moral y no de salud, Filón y Platón desde la antigua Grecia ya hablaban sobre la moderación en el consumo, dando una connotación relacionada con la bondad o la maldad en el usuario.

En la Edad Media, se pensaba que la conducta de las personas estaba determinada por la influencia de demonios o de seres divinos, ya sean ángeles o santos, entre otros. Cuando se trataba de una conducta reprobable, se le atribuía a los primeros, pero cuando se trataba de una conducta moderada, generadora de creatividad, se le atribuía a los segundos.

De Haro y Ayuso (2005), nos mencionan que, durante el siglo XIX, se hablaba de una “borrachera moral” a modo de diagnóstico, a principios del Siglo XX, el Dr. E. M. Jellinek de Yale desarrolla el concepto de alcoholismo como enfermedad, siendo retomado en 1951 por la American Medical Association, en donde se proclama la necesidad de considerarlo como una enfermedad tratable. Tal debate continúa hasta la fecha entre las diversas disciplinas de la salud, ya que, mencionan los autores, para el médico, las enfermedades como tal son causadas por otro tipo de razones, por lo general externas al paciente, es decir, poseen una etiología distinta a lo que presenta el alcohólico.

1.1.3 Tabaco

Una de las sustancias con mayor difusión en nuestros días es sin lugar a dudas el tabaco. Su uso se remonta a las culturas precolombinas quienes lo empleaban con fines religiosos y ceremoniales. Martínez y Fernández (2005) nos comentan que, desde la llegada de las primeras embarcaciones de Colón a América, se registró el uso de éste. Nos mencionan dos fechas: el 6 de noviembre de 1492, después de haber enviado a Rodrigo de Jerez y a Luis de Torres a hacer una expedición al Puerto de Mares en Cuba, Colón escribía: "Hallaron los dos cristianos por el camino mucha gente que atravesaba a sus pueblos, mujeres y hombres con un tizón en la mano, yerbas para tomar sus sahumerios, que acostumbraban..." (pág. 67). Dichos tizones eran tabaco y los llamaban de la misma manera.

La otra fecha que se menciona es del mismo 12 de octubre de 1492, en donde relata en su Diario que al llegar a San Salvador o Guanahaní, entre otros regalos, le fueron ofrecidas hojas secas enrolladas, consideradas sagradas por los nativos.

Se administraba principalmente de dos maneras: una era colocando las hojas dentro de un trozo de caña seca, se le prendía de un extremo y se aspiraba del otro; otra forma era colocándola en un utensilio en forma de "Y", en donde se aspiraba el humo por la nariz a través de las dos astas.

Es importante hacer notar que, independientemente de la manera en que se administraba, el tabaco, para estas culturas, era considerada una planta sagrada y su utilización era reservada a ceremonias y rituales.

A partir del siglo XVI se comenzaron a estudiar y publicar sus propiedades terapéuticas en Europa, de igual manera, se publicaban sus propiedades nocivas.

Su uso en Europa comienza en la marinería, extendiéndose hacia los sectores más marginales, sin embargo, su uso habitual se dio cuando las clases sociales más altas comenzaron su consumo. Martínez y Fernández (2005) nos señalan que "Jean Nicot, embajador francés en Portugal, introdujo su consumo en Francia al enviarle en 1570 a la Reina Catalina de Médicis polvo de hojas de tabaco para sus fuertes jaquecas" (p.68).

Para 1620, ante la demanda, se inaugura la primera fábrica de tabacos en Sevilla, La Real Fábrica de Tabacos de Sevilla, siendo ésta la principal fuente de comercialización y distribución de tabaco en Europa en ese entonces.

En la América anglófona se tienen registros desde 1615 en Jamestown, en donde el tabaco se cultivaba en casas e incluso, llegaba a crecer de manera silvestre hasta en las calles, hasta que, con el tiempo, se fue convirtiendo en una planta de producción importante para el desarrollo económico del país. Hacia finales del siglo XVIII el cultivo se extiende hasta Carolina del Norte y hasta Missouri.

En ese entonces, el tabaco se consumía de varias formas, las clases más altas usaban principalmente el rapé, que era un polvo para inhalar y que tenía sus variantes "perfumadas (con agua de rosas) y de colores (Pascual, 2009, pág 18), otra forma era fumarlo en pipa, lo que impulsó el mercado de artículos relacionados al tabaco, también estaba el tabaco masticable, que tenía una presentación de cuerda e iba mezclado con regaliz, tal presentación era destinada a los trabajadores del mar. En el siglo XVII se fabrica el papel de fumar para elaborar cigarrillos y a mediados del XIX se industrializa la elaboración de cigarrillos tanto en Francia como en Inglaterra.

Durante el siglo XVIII se presenta un cambio significativo en el hábito de consumo de la población, debido a un aumento significativo en los precios, hubo también un aumento en la presión fiscal y la tendencia de los estratos sociales más altos a usarlo.

Es decir, un hábito llevado del Nuevo Mundo a Europa por los indígenas, es tomado primero entre los marineros, pasa a los estratos sociales más bajos y finalmente es adoptado por las clases altas, lo cual genera un aumento en los precios, por ser un producto para clases más pudientes. En estos casos, vale la pena hacer notar que los motivos de consumo son completamente distintos según el grupo social al que uno se refiera, ya que, mientras que para el indígena tiene una connotación religiosa y terapéutica, el marinero lo consume como un aliciente y una ayuda para llevar a cabo sus actividades, así como por imitación, en la clase baja tiene una función de lubricador social, así como funciona el alcohol y otras

sustancias y en las clases altas funciona como un elemento de ornamento, exotismo y una cierta distinción y elegancia.

Hacia finales del siglo XIX y principios del XX, el cigarrillo y el puro adquirieron los primeros lugares en el mercado, quedando las otras formas de consumo como el rapé, la cuerda masticable o la pipa rezagadas a lo pintoresco o inusual. Es importante hacer notar que, debido a la demanda y la sobreproducción, hubo un significativo abaratamiento del producto, lo que permitió el acceso al tabaco para las clases sociales con menor poder adquisitivo.

Pascual, en su revisión histórica del 2009, nos hace notar una publicación hecha en 1881 llamada "*El Arte de Fumar, Tabacología Universal*, de García Ramón (miembro honorario de la academia Universal del humo)" (pág. 19). En donde el autor señalaba que el tabaco sólo produce daño en caso de exceso, pero también indicaba que no se debía fumar entre los diez y los quince años. Incluso, en este libro se habla sobre los supuestos beneficios a la salud que produce el fumar tabaco.

En 1904 se fabrican las primeras cajetillas de 18 cigarrillos, lo que reduce los costos de producción considerablemente, haciéndolos más accesibles a todo público. De esta manera, es a finales del siglo XIX y principios del siglo XX que finalmente el cigarrillo le gana en presencia al puro y al tabaco para pipa.

Pascual (2009) nos señala que "en 1929 se publicó la primera evidencia científica que relacionaba cáncer y tabaco y en 1939 se presentó el primer estudio epidemiológico mundial que corroboraba esta correlación."(p. 19). De igual manera, Martínez y Fernández (2005) nos hacen notar que el consumo del tabaco se incrementa en dos momentos significativos: La Primera y la Segunda Guerra Mundial, en donde hay importantes peculiaridades de consumo, como la inclusión de las mujeres como consumidoras activas en las décadas de los treinta y cuarenta hasta la fecha.

Ante esto, es importante hacer notar que no es sino hasta hace poco tiempo que se ha considerado al consumo del tabaco como un problema de salud

1.1.4 Cocaína

La cocaína es un alcaloide extraído de las hojas del arbusto del valle de Couca (*Erytroxylon coca*), originaria los Andes, se cultiva tanto en América del Sur como en Indonesia o en África.

Pascual (2009) nos señala que hay entre setenta y cinco y doscientas cincuenta especies de erytroxiláceas, de las cuales, las más usadas para la elaboración de la cocaína y el consumo de la hoja son la *Erytroxylon coca lam* y la *erytroxylon novogratense*.

Oropeza et al (2007), nos señalan que, si bien el uso de la hoja de coca ha sido atribuido al imperio Inca, hay evidencias del uso de esta planta que datan del siglo IX a. C. en las zonas arqueológicas del Amazonas, Aunque, el hasta el año 1200 d. C que puede hablarse del consumo para fines religiosos por parte de sacerdotes incas. Para este pueblo, la hoja de coca tenía un valor a nivel político, social y religioso, es decir, no se consideraba su uso con fines recreativos, sino que tenía una función dentro de la sociedad, ya sea para contrarrestar el cansancio o el hambre o para llevar a cabo algún ritual y tener contacto con los dioses (pág. 11).

A partir del siglo XVI durante la conquista, se empezó a utilizar únicamente para aumentar el rendimiento de los indígenas, ahora convertidos en esclavos y se buscó erradicar su valor religioso, ya que se pretendía evangelizarlos e insertarlos en las nuevas tradiciones y cultos.

Escohotado (1998) la coloca como la segunda en importancia en América después del tabaco. Nos comenta el autor que el consumo de la hoja tuvo reacciones ambiguas en los conquistadores, ya que, por un lado, al estar ligada a rituales religiosos, generaba un enorme desprecio y por lo cual era censurado su uso, sin embargo, era innegable la utilidad que les representaba al momento de realizar jornadas de trabajo o de exploración arduas, ya que aumentaba el rendimiento a bajo costo. Relata, de igual manera, el caso del Inca Garcilaso, uno de los primeros mestizos, poseedor de uno de los mayores cultivos de coca en el Virreinato, que hablaba de las incoherencias en la represión hacia el consumo, ya

que esta planta, si bien era utilizada en rituales y ofrendas, también lo eran una cantidad considerable de frutos y plantas que los conquistadores gustaban consumir y que no prohibían como el maíz, verduras, frutas, agua, ganado o telas.

Vale la pena mencionar que dicho personaje, beneficiado por la demanda de hoja de coca debido al auge minero, llegó a producir hasta tres toneladas y media diarias. (Escohotado, 1998 pág. 256). Lo que también fue trayendo beneficios económicos en materia de impuestos. “La corvea o tributo de trabajo impuesto por los españoles, llamada *mita*, exigía a todos los indios comprendidos entre los 18 y los 50 años prestasen hasta un total de dieciocho meses de labor – uno por cada año y medio –, y buena parte de la mita acabó empleándose en cuidar los cicales” (Escohotado, op cit.).

Debido a los beneficios económicos que traía este consumo tanto para españoles que ya comenzaban a aficionarse al consumo, como para algunos religiosos que hallaron un “*modus vivendi*” en el consumo, producción y comercialización, se logró una modificación al decreto impuesto por Felipe II en 1569, en donde “atribuía sus efectos a la voluntad del Maligno”, pero cuatro años después a través de una Ordenanza del virrey Francisco de Toledo y legaliza el cultivo y producción, determinando el diez por ciento del valor de las compraventas al clero.

Es importante aclarar que el consumo de la hoja de coca estaba vetado para fines religiosos o de rituales, sólo se permitía utilizar como aliciente para el rendimiento de los trabajadores, considerándolo como “necesario para el bienestar de los indios”. A partir de ese momento se convirtió en una de las principales fuentes de ingresos para obispos y canónigos en Lima y Cuzco. (Escohotado, op cit.).

Desde entonces, se mantiene un estado de ambigüedad hacia el consumo y producción de la hoja de coca, ya que era un producto que por un lado era demonizado en los rituales, pero, también era de gran utilidad para aumentar la productividad de los trabajadores (esclavos), en minas y otras actividades.

Pascual (2009) nos comenta que "Entre sus utilidades cabe destacar su utilización para fortificar el corazón, estimular la circulación, excitar el espíritu y

mejorar las funciones digestivas. Se prescribía además para la debilidad, el agotamiento, la neurastenia, el estrés, el alcoholismo, la fatiga sexual y la gripe. Toda una panacea, de la que se llegó a afirmar que con su uso se podría incluso prescindir de los asilos para alcohólicos, y conseguir su cura radical en 10 días". (pág. 21)

Sobre su consumo en tiempos más cercanos, Pascual (2009) nos señala que no es sino hasta el siglo XIX, cuando el suizo J.J. von Tschudi 1830, siguiendo las bitácoras de Pizarro, relata sobre el uso que los indígenas le dan a la hoja para llevar a cabo jornadas de trabajo extensas o para hacer viajes largos sin probar alimento o sin descanso.

Más adelante, en 1850, el italiano Paolo Mantegazza escribe un tratado sobre las propiedades de la coca y la recomienda para el tratamiento de enfermedades nerviosas.

En 1857 se tenían noticias sobre su capacidad anestésica, pero no fue sino hasta 1860, en Alemania, cuando Albert Nieman consigue aislar el alcaloide principal de la hoja de coca, obteniendo la cocaína. Con lo que consiguió revolucionar la relación de las personas con esta sustancia.

Para 1876, Dowdeswell es publicado en la revista Lancet en donde menciona algunos efectos negativos como cambios en el pulso y en la temperatura.

Cabe señalar que, desde principios del siglo XIX, ya se había advertido sobre los efectos negativos del uso inmoderado de la coca, Pascual (2009) nos comenta que el "consumo excesivo a largo plazo ... se volvía poco seguro, la piel amarillenta, los ojos hundidos nublados y rodeados de un anillo morado, los labios temblaban y aparecía una apatía general. No obstante, se aseguraba que el consumo moderado no era simplemente inocuo sino conveniente para la salud." ... "La coca puede usarse con exceso, como todo lo demás, y ser entonces perjudicial para la salud, pero no deja de ser la droga menos dañina, la más calmante y tónica de las conocidas". (pág. 20).

A partir de la obtención de cocaína por parte de Nieman, a través de bicarbonato sódico, ácido sulfúrico, alcohol y éter, se comenzó a comercializar a

gran escala como cura para la tristeza, para tratar las enfermedades nerviosas o simple “alimento para los nervios”, para templar las cuerdas vocales para los cantantes o para embellecer a las mujeres otorgándoles “sempiterna vitalidad y hermosura”, y un sinnúmero de afecciones, llegó un momento, durante la segunda mitad del siglo XIX en que se le consideró una verdadera panacea (Pascual, op. Cit).

El impulso a la cocaína se dio de hecho, en todos los ámbitos de la salud. En 1884 se publica “*Über Coca*” de Sigmund Freud, en donde el padre del psicoanálisis defendía el uso de la cocaína para el tratamiento de afecciones físicas y psicológicas como el alcoholismo, el asma, la depresión o problemas gastrointestinales. Sin embargo, al poco tiempo escribió “Craving for and fear of cocaine”, a partir de un caso de sobredosis de uno de sus pacientes, su amigo Fleischl, a quien le recomendó utilizar cocaína para combatir su adicción a la morfina, provocando la sustitución de una sustancia por otra y convirtiéndose en el primer caso de psicosis inducida por cocaína, teniendo que admitir el daño que puede producir el consumo en exceso, como alucinaciones y deterioro físico y mental.

Por otro lado, cabe señalar que desde 1880, se empiezan a poner en tela de juicio sus propiedades benéficas, ya que se comenzaban a hacer cada vez más evidente su capacidad para generar dependencia, ayudar a la conducta psicótica o provocar convulsiones o incluso la muerte.

Para el año de 1887, ya se formulan argumentos que señalan la adicción que produce la cocaína, siendo J.B. Mattison uno de los principales científicos que hablaba al respecto. Pascual (op cit) señala que a pesar de que se intentó hacer una diferenciación entre la hoja de coca y la cocaína, fue inevitable que la planta también cayera en el mismo desprestigio.

Llama la atención que, a pesar de las advertencias, un año antes, en 1886, se crea la Coca-Cola, que contenía cocaína en sus ingredientes, la cual se retiró, sustituyéndola por la hoja de coca sin alcaloides, conservando los saborizantes. Retirándola definitivamente varios años después.

A partir de 1914 se prohíbe el consumo de cocaína de manera definitiva por

parte de los E.E.U.U. a través de la Ley Harrison, aumentando el tráfico ilegal, llegando a su cúspide en las décadas de los setentas y ochentas.

Finalmente, la humanidad ha utilizado todo tipo de sustancias desde sus inicios como civilización, incluso es posible que desde antes de las primeras civilizaciones. Han sido parte de rituales relacionados con la salud, con la toma de decisiones de estado, para comunicarse con la divinidad y explicarse el funcionamiento del cosmos o adivinar el futuro. Llama la atención que a lo largo de la historia de la humanidad no se habla de adicción sino hasta tiempos recientes, se llegó a hablar de un acostumbamiento, en donde una cierta sustancia dejaba de tener el mismo efecto con el uso repetido y al paso del tiempo. También llama la atención que este tipo de problema se registra a partir de que el pueblo conquistador europeo entra en contacto con las culturas indígenas de América y los pueblos de Asia y que éstos primeros casos se hayan dado en Europa o, por lo menos que sea ahí en donde se hayan registrado.

Un ausente en la presente revisión histórica de las adicciones, han sido los alucinógenos. Sustancias que, sin lugar a dudas han tenido un papel de gran relevancia en el desarrollo de las culturas antiguas. Es importante tomar en cuenta el hongo *Claviceps Purpúrea* (Cornezuelo del Centeno), que llegó a tener importancia en la antigua Grecia, según nos relatan Hofmann y Evans (2000), era considerado un veneno entre los asirios alrededor del año 600 a. C. En México, aún se practica el consumo de hongos alucinógenos al sur del país y de peyote al norte entre los grupos indígenas dentro del contexto ceremonial. De hecho, las plantas alucinógenas, siempre han estado vinculadas a rituales de adivinación y de comunicación directa con los dioses en las diferentes culturas.

Sin embargo, se han omitido porque consideramos que sería reiterar en el papel histórico que tienen las sustancias de ésta índole en las diversas culturas y que en la actualidad son utilizadas con fines similares en lo que respecta a lo recreativo y, en algunos casos, la búsqueda de una forma de espiritualidad.

A partir de finales del siglo XIX y el principio del siglo XX, la relación que guardan las personas con las sustancias se define a partir de los términos de la salud tanto física como mental o psíquica. De igual manera, se redefine la

espiritualidad de las personas, el sentido religioso y su relación con las figuras sagradas es diferente, las razones por las que una persona consume una sustancia en el siglo XX no son las mismas y el efecto es también diferente. Surgen nuevas adicciones y nuevas formas de llenar los vacíos que se buscan compensar y de igual manera, nuevas formas para abordar dicha situación, lo cual veremos más adelante. Pero antes, hablaremos de la forma en que se ha observado el consumo de sustancias en el último siglo y la aparición de estas nuevas adicciones, que cada vez van teniendo un lugar más presente en la realidad de las personas.

USO DE LAS SUSTANCIAS DEL SIGLO XIX AL DÍA DE HOY Y NUEVAS ADICCIONES

A lo largo de los últimos dos siglos, la conducta de las personas se ha ido complejizando. El estilo de vida de una sociedad inmersa en la producción industrial ha transformado sus exigencias hacia una mayor necesidad de velocidad, eficacia y eficiencia tanto en el ámbito laboral como en la vida cotidiana, trayendo como consecuencia una mayor competitividad, actividades laborales rutinarias y cíclicas, así como menos oportunidades de desarrollo personal y por lo tanto, índices más altos de frustración ante las expectativas de vida tan altas e inalcanzables que se plantean en la modernidad.

Han aparecido nuevas sustancias, cada vez más potentes, de acción más rápida y más agresivas hacia el cuerpo del usuario, sustancias netamente químicas con la sola finalidad recreativa. Como ejemplos de estos casos podemos mencionar la heroína, la morfina, el éxtasis, las anfetaminas, barbitúricos o las nuevas drogas como el caso del Krokodile, las sales de baño o la marihuana sintética, que al día de hoy comienzan a hacer acto de presencia entre los jóvenes y estragos en la salud.

También han aparecido nuevas adicciones, en donde lo que se consume no es sólo una sustancia, sino una conducta a la que se le toma una notable afición y apego, llegando a perder el control en la necesidad de realización. Tales conductas suelen ser altamente satisfactorias, ya que logran alejar al sujeto de las actividades rutinarias y repetitivas.

Resulta interesante ver cómo éstas son, de hecho, conductas cotidianas como comer, comprar, tener relaciones sexuales o practicar alguna diversión como ver la televisión, entretenerse a través de internet o el teléfono celular, apostar o practicar algún deporte.

Es de llamar la atención que las adicciones a conductas como comer, acceder a internet, jugar de manera compulsiva, apostar, comprar y el ejercer la

sexualidad en todas sus variantes, desde lo real hasta lo virtual, son parte de un fenómeno relativamente nuevo, de los cuales se hace mención en las últimas décadas del siglo XX.

Si bien, a principios del siglo XX y finales del XIX ya se comienza a hacer referencia a hábitos de consumo incontrolables, no es sino hasta principios del 1900 antes de 1930, en que se acuña el término adicción. Desde ese entonces se ha buscado establecer una definición a través de la Comisión de Ginebra.

Durante los años '20, se hacen innumerables intentos por establecer la gravedad en la afectación y, sobre todo, la manera en cómo legalmente sería observada esta forma de conducta. Uno de los problemas es si criminalizar al productor, al vendedor, al repartidor o al consumidor.

Entonces, el consumo de sustancias deja de ser una característica cultural, para convertirse en un problema de salud y, de ahí, a ser un problema legal, en donde hay países en donde el consumo era común, como en China y otros países de la región oriental como Taiwán o Malasia con el opio y que hoy en día está penado, en algunos lugares, llegando a la pena capital.

Pascual, (2008) nos narra que, a mediados del siglo XIX, tanto en Europa como en América había una cantidad considerable de remedios (alrededor de setenta mil), y que dentro de esos remedios se contaba con los psicotrópicos más comunes como el tabaco o el alcohol, que ya comenzaban a llamar la atención respecto a los efectos que generaban por su consumo.

“Por otro, y a partir del opio, la coca, o el café entre otras plantas con efecto psicótropo o bien en laboratorios químicos, se sintetizaron la Morfina (1805), Codeína (1832), Atropina (1833), Cafeína (1841), Cocaína (1860), Heroína (1874), Mezcalina (1888) y los Barbitúricos (1903)”. (pág. 13).

Estas sustancias, en un principio fueron creadas con fines médicos sin pensar en que llegarían a generar algún tipo de dependencia. Es tal vez por esto que no fue sino hasta entrados en el siglo XX que se comenzaron a observar los inconvenientes de su uso. Hasta finales del XIX y principios del XX es que se comienzan a estudiar los efectos de las sustancias en mujeres embarazadas y en los niños.

La aceptación de estas sustancias, señala Pascual (2008), se basó más en su acción curativa y no en los efectos adversos. Las sustancias ayudaban a vivir y morir mejor, y esta forma de relacionarse con ellas es tal vez, la razón por lo que no se ha considerado a la adicción como un problema de salud sino hasta tiempos recientes (desde la primera mitad del siglo XX). A este respecto, nos recuerda el mismo autor español, la relación que se tenía con ciertas sustancias durante el siglo XIX, en donde se recomendaba su uso bajo ciertos límites, por citar algunos ejemplos:

El tabaco, que en un principio era una sustancia utilizada por los indígenas de América con fines rituales y de curación, al ser comercializado por los pueblos conquistadores y colonizadores, fue convirtiéndose en un mero producto comercial y en uno de los pilares de la economía actual, atribuyéndosele propiedades relacionadas con la mejora del estatus social, propiciando una mayor y mejor integración a círculos sociales, incluso, se ha llegado a recomendar como un remedio contra el dolor de cabeza y un tónico (Figura 1), que en un principio era una realidad, sin embargo, su comercialización se ha basado en la necesidad de pertenencia a un grupo social y a partir de la falta y el deseo es que el consumidor recurre a esta sustancia, no para curar el dolor de cabeza, sino para que su existencia tenga un sentido dentro de una sociedad cada vez más demandante.

Figura 1. Comercial de Cigarros Camel.

He's one of the healthiest men in town. While his doctor may say *Quit or Else!* if he's actually on call 24 hours a day.

The doctor is a scientist, selfless, and a friendly sympathetic human being. If he can, no matter how long and hard his schedule,

According to a recent *Nationwide* survey:

MORE DOCTORS SMOKE CAMELS THAN ANY OTHER CIGARETTE

DOCTORS in every branch of medicine—11,397 in all—were asked in the nationwide study of cigarette preferences. Their leading research organization made the survey. The gist of the survey—What cigarette do you smoke, Doctor?

The brand named most was Camel!

The rich, full flavor and mild nicotine of Camel's special blend of choice tobaccos seem to have the same appeal in the smoking rooms of doctors as in millions of other smokers. If you are a Camel smoker, this preference among doctors will hardly surprise you. If you're not—well, try Camels too.

Year "E-Zone" Will Tell You...

5 for Smoke...
1 for Stress...

It's your getting around for any cigarette. Don't smoke. Don't smoke. Don't smoke. Don't smoke. Don't smoke. Don't smoke. Don't smoke. Don't smoke. Don't smoke.

CAMELS Camel Tobacco

Fuente:

<http://www.marketingdirecto.com/actualidad/publicidad/25-anuncios-antiguos-que-hoy-estarian-prohibidos/>

Resulta interesante que hoy en día se siguen creando nuevas sustancias con la promesa de atacar el cansancio y sin generar adicción, como si estar cansado fuera un defecto que hubiera que erradicar, y las personas continúan formando vínculos de dependencia hacia éstas. Algunas de dichas sustancias con el tiempo se descubre que provocan dependencia física y/o psicológica, un buen ejemplo de estas sustancias es el caso de las bebidas energizantes que contienen grandes cantidades de azúcar, además de taurina y cafeína, dos sustancias que alteran el sistema nervioso provocando de manera artificial un estado de alerta.

Los franceses Adès y Lejoyeux (2003), han hecho una recopilación de las principales conductas convertidas en adicción, las cuales hoy en día han ido tomando un lugar importante en el comportamiento de la sociedad. A continuación, haremos referencia a algunas dependencias que han sido características en el último siglo:

2.1 Adicción al trabajo

También llamada “Workaholic”, este término fue acuñado por el escritor Wayne Oates de origen norteamericano en su libro “*Confessions of a Workaholic, (1971)*”, en donde, al buscar escribir una autobiografía, logró definir un comportamiento que poco a poco se volvía más recurrente en una sociedad cada vez más centrada en la productividad que en la salud psicológica y física.

Llama a atención que no hay una palabra equivalente en otro idioma, de hecho, a diferencia de la sociedad norteamericana, ha costado trabajo que el término llegue a acuñarse en otras sociedades. Esto puede deberse a la perspectiva que se tiene hacia el trabajo en las diferentes culturas.

Definida como un “apego mórbido al trabajo”, es instigada “por el contexto político y sociocultural”. Sándor Ferenczi (citado en Adès y Lejoyeux, 2003) ya hablaba de una “neurosis de los domingos”, en donde el individuo no sólo es incapaz de descansar los días de reposo, sino que se sienten atemorizados hacia ellos. Se han reportado testimonios que revelan culpa, vacío, temor ante el descanso, pérdida del sentido de identidad. Son individuos incapaces de delegar

responsabilidades, ya que la eficiencia y eficacia en el rendimiento laboral están colocadas en las más altas expectativas dentro de su escala de valores.

Una persona con esta característica, por lo general, no se encuentra necesariamente estresada por el trabajo – señalan Adès y Lejoyeux (2003) – “Su delirio de trabajo, que puede llegar al agotamiento, es de hecho un miedo innato a la inactividad, al curso libre de los sentimientos dejado por el reposo, a los pensamientos, a las emociones que la ocupación contiene con eficacia” (p. 67).

Es decir, el trabajo deja de ser un medio para conseguir una mejoría en la calidad de vida o para mantener el nivel de vida y sobrevivir, para convertirse en un medio para evadir sentimientos, lo cual es una característica de las conductas adictivas, en donde el individuo consume debido a la incapacidad de enfrentar sus propios sentimientos, lo cual se abordará más adelante.

La adicción al trabajo no necesariamente se relaciona con el amor al trabajo, por el contrario, es una sobreexigencia de la persona ante el miedo de enfrentarse a sí mismo. Dice Charlot (citada por Adès y Lejoyeux, 2003), “Comienza con el perfeccionismo, hasta evolucionar hacia la obsesión de aceptar cargas suplementarias de trabajo. Los momentos de ocio se convierten progresivamente en momentos de angustia, que el sujeto evita cada vez más.” (pág. 68).

Se puede afirmar que uno se encuentra ante un caso de adicción al trabajo cuando ésta ha sido colocada por encima de todas las actividades cotidianas en la vida de una persona, de la misma familia y sobre todo del descanso. Si no existe otra forma de obtener placer y todas sus aspiraciones se centran en el trabajo mismo, de hecho, toda la autoestima y autoimagen se basan en el rendimiento laboral haciendo del individuo alguien altamente competitivo.

Rohrlich (mencionado en Adès y Lejoyeux, op. Cit.) propone una tipología de “workaholics” basado en observaciones y experiencias, encontrando seis diferentes:

1. Trabajador colérico y hostil.
2. Trabajador vergonzoso.
3. Trabajador competitivo.

4. Trabajador defensivo.
5. Trabajador aislado y solitario.
6. Trabajador culpable.

Uno de los problemas que enfrenta esta situación para poder ser detectado es la escala de valores que cada sociedad tiene, ya que, como lo menciona Bryan Robinson citado por Adès y Lejoyeux (2003), es equiparable al alcoholismo, sin embargo, al ser considerada una “droga limpia”, puesto que no deja residuos y es altamente aceptada en la sociedad.

Por último, es importante aclarar que hay una diferencia importante entre “workaholismo” y exceso de trabajo, en donde el primero está definido por la necesidad apremiante de evadir sentimientos a través del trabajo, generando una profunda sensación de culpa ante la inactividad y el descanso, además de comportamientos compulsivos hacia lo laboral, centrando toda la atención por encima del entorno vital, incluyendo relaciones personales, familia o la salud misma, en donde la única manera de tratarlo es a través del “destete” laboral, que puede estar definido por periodos de inactividad y descansos en donde el individuo se enfrente a sus propias emociones.

El segundo caso es generado por factores como un entorno altamente competitivo, necesidad económica, provocando agotamiento y malestar general, pero con la posibilidad de integrarse al contingente de trabajadores, en donde, de hecho, hay un deseo por detener las actividades laborales, pero la incapacidad de llevarlo a cabo.

Adès y Lejoyeux (2003), comentan que existen las empresas en donde se fomenta el exceso al trabajo, ya que se sobreestima el agotamiento y se toma como una hazaña la sobrecarga de labores. Se le da un especial “culto a los límites” y suele mirarse con recelo a quien busca el descanso o las diversiones (pág. 90).

2.2 Adicción al sexo

Mencionada desde 1886 bajo el nombre de “hiperestesia sexual” por el psiquiatra alemán Richard von Krafft-Ebing y descrita bajo el término de adicción hasta casi un siglo después por el psicólogo norteamericano Patrick Carnes en 1983 (citado por Adès y Lejoyeux, 2003), desde entonces ha recibido los nombres de adicciones sexuales, sexualidad compulsiva o conductas sexuales excesivas. Se ha preferido utilizar la palabra adicción ya que lo que denota este término es la falta de control y ésta es la principal característica de esta conducta.

El problema que ha presentado esta definición o, incluso, el mismo diagnóstico, es el hecho de que la conducta sexual está definida por el contexto y los usos y costumbres de una sociedad determinada, es decir, no se caracteriza a partir de ciertas prácticas específicas de actividad sexual, o por el exceso en el número de prácticas convencionales. Adès y Lejoyeux (2003) concuerdan con Carnes (1983) con el hecho de que puede ser comparable con los consumidores de sustancias, en el sentido de la persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias. (pág 210).

En esta y en otras adicciones, como el caso del alcoholismo, el adicto es capaz de “sacrificar a esta necesidad su trabajo, su seguridad financiera, su pareja y contraer enfermedades graves – el sida, sin ir más lejos –, como consecuencia de sus imprudentes conductas...” (Adès y Lejoyeux, 2005, pág. 210).

Los especialistas Carnes (1983), Schwartz y Brasted (1985), Pincu (1989), Earle y Crown (1990) y Coleman (1992) mencionados por Adès y Lejoyeux (2003), coinciden en los siguientes síntomas asociados a la adicción sexual mencionados en la Tabla 1:

Síntomas de conducta	Síntomas cognitivos y emocionales
Contactos sexuales frecuentes	Pensamientos obsesivos concernientes a la sexualidad y a las relaciones sexuales.
Masturbación compulsiva.	Racionalizaciones para seguir las conductas sexuales.
Búsqueda de nuevos contactos sexuales para huir del aburrimiento provocado rápidamente por los anteriores.	Culpabilidad concerniente a las actividades sexuales excesivas o problemáticas.
Tentativas repetidas e infructuosas de poner fin o de reducir las conductas sexuales excesivas.	Soledad, aburrimiento, sentimiento de rabia.
Participación en actividades sexuales sin excitación psicológica.	Depresión, mala opinión de sí mismo.
Problemas judiciales relacionados con la conducta sexual.	Vergüenza y secreto sobre las conductas sexuales.
Recurso frecuente a la pornografía.	Indiferencia respecto a los compañeros sexuales habituales.
	Falta de control, en general, en la vida (no relacionada directamente a la vida sexual)
	Deseo de huir o de suprimir emociones desagradables.
	Preferencia por el sexo anónimo.
	Costumbre de disociar la vida privada de la sexualidad.

Tabla 1. Síntomas cognitivos y conductuales asociados a la adicción.

Al observar dichas características, no es difícil encontrar las coincidencias que existen si las comparamos con el comportamiento en el adicto a las sustancias. De igual manera, llama la atención el punto en donde se menciona el participar en relaciones sexuales sin deseo, comportamiento análogo al consumo de sustancias en donde se consume por una necesidad en sí misma (*craving*), por la búsqueda de la sensación que se tuvo la primera vez.

También es importante hacer notar que se menciona al aburrimiento, ya

que esta característica ha sido una constante cada vez más recurrente en el consumo de sustancias a partir de la década de los setentas y ochentas, en donde las sustancias comienzan a ser más agresivas hacia el sistema nervioso central. En el caso de la sexualidad, se vive anhelando el siguiente encuentro, pero no se disfruta el actual, el presente. (Adès y Lejoyeux, 2003, pág 211)

Otra de las características, es que tiende a convertirse en un filtro por donde se traducen las emociones que no se pueden enfrentar, así como el alcohólico o el jugador que, ante las dificultades o las alegrías, siente la necesidad de expresar su sentir a través del consumo, mismo que después le llevaría a la depresión, conmiseración y tristeza generalizada que le empujarán de nuevo al consumo.

Revisando un poco la historia, Cordier y Feray (1994), recuerdan que desde la Edad Media al Renacimiento, era permitido que el hombre se entregara a todos los excesos fuera del matrimonio, sin llegar a la sodomía o la zoofilia. Más adelante, a partir del derecho consuetudinario, la sexualidad se relegó al matrimonio y se dirigió a la procreación, siendo esta costumbre una obligación para la iglesia católica.

A partir de la Declaración de los Derechos Humanos, se emanciparon las costumbres privadas de los adultos, haciendo prohibitivas solo aquellas que implicaban transgresión a otra persona o daño moral o físico como la violación, el abuso a menores, el ultraje público y el atentado al pudor, entre otros.

Más adelante, en 1866 Tardieu definió en Francia la ninfomanía en la mujer y la satiriasis en el hombre, como rasgos característicos de una neurosis propia de una “tendencia insólita al amor físico”, lo cual lleva un juicio moral en sí mismo, ya que se califica como patológico los ardores en los genitales masculinos de igual manera que se juzga el deseo sexual en la mujer. La “hiperestesia sexual” descrita por Krafft-Ebing, es una variante de la ninfomanía y la satiriasis en donde “el deseo sexual se apacigua con el acto, al menos por un tiempo” (pág. 217).

Es importante señalar que a pesar del marco legal y científico con que se ha delimitado esta conducta, ha sido difícil apartarla de un enfoque moral y puritano y darle la dimensión justa en el diagnóstico. Citado por Adès y Lejoyeux

(2003), Aviel Goodman (1998), la define como “Toda conducta en la que una forma de actividad sexual, sea del tipo que sea, toma el aspecto de un trastorno adictivo.” Es decir, para ser una adicción debería de cumplir con dos características principales, que son: “la imposibilidad de controlar la conducta y su continuidad a pesar de las graves consecuencias negativas” (Adès y Lejoyeux, pág, 216). No puede ser definida ni por el exceso ni por el tipo de prácticas sexuales del individuo, sino por el desarrollo de la dependencia en sí misma.

Carnes (1992) nos señala un ciclo de cinco etapas en la adicción sexual:

- a) La ansiedad, el desamparo emocional se alivia temporalmente con la conducta sexual adictiva. La reducción de dicha ansiedad puede estar relacionada con varios factores.
- b) La ansiedad disminuye transitoriamente.
- c) La adicción comporta un aumento de ansiedad, de vergüenza y de culpabilidad, por las conductas sexuales y las dificultades que ocasiona.
- d) Las nuevas dificultades aumentan la necesidad de reducir la ansiedad.
- e) La necesidad de reducir la ansiedad aumentada favorece la entrada en las conductas sexuales adictivas.

De esta manera, es como Carnes (1992) nos explica que se automantiene este círculo vicioso, que por lo general, como sucede con las adicciones, va creciendo continuamente, afectando las demás actividades de manera intermitente en un principio, pero creciendo con el paso del tiempo y hace la aclaración: “a medida que el trastorno progresa, las actividades sexuales ya no bastan para calmar la ansiedad; incluso se agrava paradójicamente por el desamparo psicológico que suscitan las conductas sexuales llevadas a cabo para reducirla.” (pág. 221). Lo cual puede entenderse como una forma de tolerancia, que implica el incremento en la conducta, ya sea en el número de ocasiones en que se accede, en el riesgo, la peligrosidad, o lo extremo o desviado.

De igual manera, en la Tabla 2 podemos observar cómo Carnes (1992) nos menciona los tres estadios en la escalada de las conductas sexuales en la adicción:

1	Conductas sexuales sin víctimas	Masturbación excesiva, relaciones sexuales con sujetos consentidores, uso intenso de la pornografía.
2	Aparecen conductas desviadas o perversas	Exhibicionismo, voyeurismo, escatología.
3	Actos criminales.	Violación, incesto.

Tabla 2. Tres estadios progresivos durante la adicción a la sexualidad. (Carnes, 1992).

Cabe aclarar una observación que nos hacen Adès y Lejoyeux (2003) al mencionar tales características del desarrollo de la adicción sexual. Esta forma de desarrollo implicaría que, de no detenerse a tiempo, esta adicción llevaría inevitablemente a la criminalidad, sin embargo, comentan, no hay pruebas suficientes que relacionen a la criminalidad con la dependencia. Las conductas delictivas como la violación o el incesto, nos señalan trastornos de personalidad más que dependencias y por lo general se asocian al consumo de sustancias, en todo caso, “la gravedad de la adicción sexual reside en el sufrimiento psicológico y social” del adicto. (Adès y Lejoyeux 2003, pág 222).

2.3 Adicción al juego

Los juegos de azar son una práctica que ha sido recurrente en la historia de la humanidad desde hace siglos. Adès y Lejoyeux (2003) nos mencionan que desde el antiguo Egipto hay vestigios de tales actividades en las tumbas de los faraones en donde se depositaban dados, los hebreos apostaban en carreras de palomas y en China los soldados solían jugar a los dados cuando necesitaban dinero.

Definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) “como un trastorno del control de impulsos debido a

que la persona muestra dificultad para resistir el impulso a jugar, experimenta placer al llevar a cabo la acción y puede experimentar sentimientos negativos de culpa o arrepentimiento” (Ibáñez, et al, 2006, pág. 334).

En la antigua Roma, también se daba el juego, al grado que se tuvo que legislar, ya que ésta práctica tuvo un gran auge en todas las esferas. Un interesante ejemplo sobre la inclinación al juego nos lo ofrece Suetonio (69 – 140 d.C.), que en “Vida de los Doce Césares” hace constantemente una revisión hacia la importancia de la medida en la conducta de los personajes, lo cual era considerado un aspecto de gran valor, puesto que se tomaba como un indicador de ser una persona con capacidades para gobernar o para ser líder. En su libro, por ejemplo, nos relata la afición de algunos gobernantes por el juego, la comida y el sexo, como lo que nos refiere sobre César Augusto:

(LXX, pág. 103) “... La escasez que reinaba entonces en Roma hizo más escandalosa una de estas orgías, diciéndose en público a la mañana siguiente que los dioses se habían comido todo el trigo y que César era verdaderamente Apolo, pero Apolo atormentador, con cuyo nombre se veneraba a este dios en un barrio de la ciudad. Censurase también el afán de Augusto por los muebles antiguos y por los vasos de Corinto, y su pasión por el juego ...”

Otro ejemplo histórico es el de Blaise Pascal (1623-1662), quien además de ser un eminente matemático es también el inventor de la ruleta de los casinos. La baraja se desarrolló durante el Renacimiento, sustituyendo a los dados. La lotería nacional fue instituida en 1566 con Isabel I en Inglaterra.

Por su parte, en Francia, Napoleón creó el Consulat la Ferme des Jeux, organismo del Estado para regular los juegos.

Ibáñez, A. et al (2006), nos mencionan que, si bien en un principio la adicción al juego, o juego compulsivo, fue abordado en un principio por el psicoanálisis, actualmente las teorías cognitivas y conductuales se han encargado de postular factores relevantes en la permanencia y el origen de este trastorno. En éstas, se sustenta que “las personas con juego patológico poseen muchas ideas irracionales y distorsiones cognitivas” (Ibáñez, A. pág. 335), como la ilusión de

tener el control sobre el juego mismo.

De igual manera, existe una desvinculación entre el resultado del juego y la causal, en donde el jugador atribuye a sus habilidades el obtener ganancias, pero cuando pierde es debido a la mala suerte.

Por otro lado, las teorías conductuales sostienen que este tipo de adicción es “aprendida a través de un proceso de refuerzos” (Ibáñez, A. pág. 335), que en un principio las ganancias ocasionales suelen ser un reforzador lo suficientemente poderoso como para convertirse el reforzador principal.

Eugene Fink (1966), mencionado por Adès y Lejoyeux (2003), plantea que el juego tiene una función psicosocial dentro de la civilización, sirviendo como vehículo “de escape de las preocupaciones, del trabajo”, en donde el individuo, a través de un ambiente de irrealidad logra desconectarse de lo agobiante que puede ser la realidad misma, en donde las constantes preocupaciones por cumplir con ciertas normas sociales y laborales nos llevan al agotamiento.

Dentro de esta cualidad de irrealidad, tiene la función de generar ilusión, de llevar al individuo a ambientes ficticios en donde, en el caso de los lugares de apuestas, “el dinero producido por la ilusión raramente sirve para cubrir las necesidades reales” ya que es utilizado para seguir apostando y por lo general, se pierde al poco tiempo de haber sido ganado.

El juego es una actividad que obedece a reglas específicas y, por lo general estrictas, a manera de ritual, el arquetipo del espacio de juego es el casino en donde el espacio es considerado un “lugar consagrado”, en donde hay reglas de etiqueta en la conducta y muchas veces en el vestir. Hay un ambiente ceremonial constantemente, se considera mal visto mostrar las emociones, tanto de decepción como de alegría, el silencio de concentración sólo es interrumpido por el sonido de las fichas o las cartas. Los jugadores recurrentes, ya sean o no adictos, tienen la sensación de pertenencia a una comunidad o secta.

Generalmente, el juego implica un riesgo, ya sea económico o de otro tipo, es decir, lo que se juega es la posibilidad de perder algo de valor, más allá del juego en sí mismo. Los problemas comienzan cuando, con el afán de multiplicar las ganancias, se acaba por perder más de lo que se había invertido en un

principio.

Adès y Lejoyeux (2003) nos comentan que partir de los ochenta, el número de casinos en los Estados Unidos de multiplicado de manera considerable, de 1979 a 1989 el número de negocios de juego se incrementó un 1000%, lo mismo ha sucedido en Gran Bretaña, aunque en otros porcentajes, coincide en un incremento en la tendencia de la población a recurrir al juego de apuestas, como la Lotería Nacional, en donde se ha reportado que la población que invierte arriba del 10% del ingreso mensual ha pasado del 0.6 al 3.2 % y esto es más visible en familias que reportan ingresos por debajo de las 200 libras a la semana. (pág. 161). Lo cual implica un gasto considerable para un sector de la población, si tomamos en cuenta que este estudio se realizó en 2001 (la edición al español del libro es de 2003) y que el salario mínimo en Gran Bretaña era de 610 Libras al mes (fuente: <http://www.datosmacro.com/smi/uk>), estamos hablando de una población económicamente vulnerable que pone en riesgo una cantidad considerable de sus ingresos, en ocasiones, con la esperanza de mejorar su estatus económico.

Históricamente se ha podido observar que la prohibición en esta actividad, a pesar de las consecuencias negativas que ha arrastrado, puede no ser la mejor opción, ya que siempre ha habido un espacio en dónde se pueda llevar a cabo, desde el puesto clandestino en la calle hasta el poder viajar a otro país, como hay tantos ejemplos, por mencionar algunos: los israelíes que van a los casinos de Jericó, en Palestina o los italianos que se trasladan a Montecarlo o a Francia.

Hasta el momento nos hemos referido al juego como una actividad que ha estado presente en la humanidad desde hace miles de años y que es posible que continúe. Esta actividad, en ocasiones puede llegar al exceso, generando un deterioro significativo en la economía, sin embargo, aún no nos hemos referido a esta en términos de adicción, ya que, para poder hacerlo, es necesario contar con ciertas características.

Dentro de estas podemos contar con la manera en que el individuo se relaciona con el juego, en la adicción existen similitudes con la relación que tiene el alcohólico con la bebida o el toxicómano con la droga.

La adicción al juego es un tema que actualmente ya no se encuentra en discusión, como puede suceder en otras nuevas o recientes dependencias por definir o que son más ambiguas, ya que ha sido posible formar un patrón del dependiente al juego.

Hay patrones de conducta recurrentes como las promesas de abandonar la práctica sin llegar a cumplirlas, pensamientos obsesivos respecto al juego (todo gira en torno a esta actividad), la necesidad de jugar cada vez más (craving), que al principio tiene la finalidad de recuperar lo perdido, pero pronto se transforma en la búsqueda de emociones cada vez más fuertes, lo cual es la verdadera droga.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV TR ha establecido una serie de criterios que definen a esta dependencia (Adès y Lejoyeux, 2003 pág. 163), los cuales se muestran en la Tabla 3:

1)	Conducta repetida y persistente de juego de dinero, que expone a consecuencias sociales, profesionales e individuales negativas
2)	Preocupaciones por el juego, como la rememoración de experiencias de juego pasadas, previsión de tentativas cercanas, medios para conseguir el dinero para jugar.
3)	Necesidad de jugar sumas crecientes para atender a un estado de excitación deseado.
4)	Esfuerzos repetidos pero infructuosos para controlar, reducir o parar la práctica del juego.
5)	Compromiso con conductas de juego para escapar de las dificultades, para aliviar un humor depresivo (culpa, impotencia, ansiedad, tristeza).
6)	Agitación o irritabilidad durante las tentativas de reducción o de paro de la práctica de juego.
7)	Tendencia, después de haber perdido dinero en el juego, a volver a jugar para recobrar las pérdidas.
8)	Mentiras a la familia, terapeuta, al entorno en general para disimular el alcance real de las costumbres de juego.
9)	Actos ilegales, como falsificaciones, fraudes, robos o desvío de dinero para financiar el juego.
10)	Puesta en peligro o pérdida de una relación afectiva importante, de un empleo, de posibilidades de estudios o de carrera a causa del juego.
11)	Tendencia a contar con los demás para obtener dinero y salir de situaciones financieras desesperadas debidas al juego.

Tabla 3. Conductas que definen la adicción al juego.

Otra de las características del dependiente que mencionan los autores es la necesidad de tener su “dosis de juego” o de lo contrario presentan accesos de angustia e irritación. Señalan algunas diferencias que puede haber con el jugador “normal” o “social”, en donde destacan las siguientes en la Tabla 4:

1)	El jugador normal puede detenerse en el momento en el que lo decide.
2)	Modera el monto de sus apuestas.
3)	El juego no es la única actividad placentera que posee.
4)	Juega para evitar la rutina sin poner en riesgo a su familia o su trabajo.
5)	Suele pensar en “recuperarse” de las pérdidas a través de otros medios que no son el juego.

Tabla 4. Características del jugador normal o social. (Adès y Lejoyeux, 2003).

Sin embargo, señalan Adès y Lejoyeux (2003), “sea cual sea el control que ejerza sobre su comportamiento, es un usuario en peligro, que podrá volcarse en la adicción cuando un mal viento sople sobre su vida.” (pág. 164).

Sobre el proceso hacia la dependencia, Robert Custer (1984), citado por Adès y Lejoyeux (2003), señala cuatro fases, a las que llama: la ganancia, la caza o búsqueda, la desesperación y el abandono. De igual manera, nos hace notar cómo, conforme el individuo es de menor edad, tiene una mayor tendencia a adquirir la dependencia en el menor tiempo, lo que señalan como una similitud con el alcoholismo. “En los más jóvenes, iniciados muy temprano, la evolución parece más rápida”.

En la siguiente tabla se explica cada una de las fases de la evolución del juego patológico de Custer (1984):

La Ganancia o "Big Win"	<ol style="list-style-type: none"> 1. "El importe de una gran ganancia cuenta menos que el efecto psicológico. 2. Se produce una vez o en varios premios sucesivos. 3. Incitan al jugador a creer que jugando puede ganar dinero: "¿Por qué trabajar tanto si se tiene talento para el juego?". 4. Se engancha a esta creencia. 5. Todas las pérdidas posteriores no le harán cambiar de opinión" 6. "Ganar" satisface cuatro necesidades básicas: Afecto, Aprobación, Reconocimiento y Autoconfianza. 7. El juego deja de ser una distracción para convertirse en una forma de vida e invade todas las actividades cotidianas.
La Caza o la Búsqueda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al perder o ganar, se desborda. 2. Es una forma de negación. 3. El jugador que ha perdido está convencido de que puede recuperarse a partir de jugar más. 4. Racionaliza sobre las estrategias que le han llevado a perder. 5. Se reprocha las pérdidas y busca el "premio gordo" a como de lugar. 6. El juego se vuelve más importante que la familia o el trabajo. 7. Racionaliza sobre sus objetivos: "cuando gane, todos mis problemas estarán resueltos. Mi familia se beneficiará." 8. Se acumulan pérdidas. Préstamos al banco, amigos y familiares. 9. Venta e hipoteca de bienes como casa y demás propiedades relevantes.
Desespero y abandono	<ol style="list-style-type: none"> 1. Así como el alcohólico llega a beber sin sed, el jugador juega sin deseo. 2. Ganancias sólo sirven para enmendar pérdidas acumuladas. 3. Rehúsa ayuda de cualquier tipo a excepción de la económica, la cual toma como "ganancia", no como ayuda. 4. Aparecen otras dependencias alédañas o complementarias como el alcoholismo u otras sustancias. 5. Prohibición bancaria, tendencia a delinquir económicamente (robo, estafa, cheques sin fondo, entre otros) 6. Depresión profunda, tendencias autodestructivas

Tabla 5. Evolución del Juego patológico según Custer (1984).

El juego compulsivo o la adicción al juego es un trastorno que ha tendido a incrementarse al paso del tiempo, por lo general, se tiene el imaginario del jugador como alguien de edad madura, sin embargo, los estudios norteamericanos indican

que cerca del 4% de los adultos juegan poco y entre el 2 y 3% son jugadores patológicos. También, las cifras indican que la población femenina ha tendido a incrementarse y los jóvenes recurren cada vez más a los juegos *en línea* y su edad es cada vez menor, de hecho, señalan que, si bien el jugador promedio se ubica alrededor de los cuarenta años, el inicio en la dependencia se ubica en la adolescencia.

Llama la atención las constantes comparaciones que se hacen hacia otras formas de adicción, como el alcoholismo. De hecho, se señala que en un “20% de los casos, el jugador es alcohólico o toxicómano y presenta pensamientos suicidas.

2.4 Adicción a las compras

También llamados “Oniomaníes” durante el siglo XIX por los psiquiatras, hoy en día se les llama “Compradores Compulsivos”. Se caracterizan por la fascinación por las tiendas y las compras que implican la visita a estos espacios. Dichas compras, por lo general, tienen un efecto dañino a la economía doméstica, ya que representan un desequilibrio significativo, debido a la falta de control y lo recurrente de esta conducta.

El término “compulsión” es tomado del psicoanálisis Freudiano y se refiere a la neurastenia obsesiva en donde una conducta es detonada por una obligación interna. Estas, dan lugar a rituales complejos que tienen la finalidad de contener la angustia y logran invadir la vida del individuo. En el caso al que nos referimos, hay una compra que tiene calidad de obligatoria impuesta por una necesidad interna. Este término (compra compulsiva), se justifica a partir de que posee dos características que planteaba Freud: la obligación y la repetición. Adès y Lejoyeux (2003) aclaran que “sin ser una compulsión propiamente dicha, la compra patológica toma de ella determinados aspectos: No es controlable, ni diferible y está suscitada más por una necesidad interna que por una necesidad objetiva.” (pág. 33).

Las compras, por lo general, se hacen hacia productos innecesarios o no urgentes y generan una gran culpabilidad en el individuo, quien termina por acumular todo en armarios, muchas veces sin llegar a usar lo adquirido o en el

mejor de los casos, usarlos poco y desecharlos o esconderlos al poco tiempo.

En las personas con estas características se reporta una sensación de frenesí, descrito como una “borrachera de compras”, en donde el dinero es “convertido” en “zapatos, vestidos, herramientas o corbatas”, por citar algunos ejemplos. Los vendedores de las tiendas departamentales son percibidos como “hermanos, hermanas o amigos de toda la vida”.

Dicho frenesí consigue su punto climático al momento de realizar el pago. En donde la relación con los vendedores, la elección de los productos, el entorno de la tienda, son parte de una preparación para llegar a cerrar la transacción.

El comprador compulsivo se puede dar en diversos ámbitos, no sólo pertenece a los grandes almacenes de ropa, sino que puede darse en cualquier medio como subastas, telecompras, y últimamente internet, en donde se puede comerciar con todo tipo de productos, desde reales hasta virtuales.

“El placer de comprar, como la mayoría de las conductas humanas, alterna el deseo, su cumplimiento y la saciedad desde el momento que aquel está satisfecho. Los límites fijados a nuestras compras, incluso si llegamos a sobrepasarlos, están controlados por reglas internas en las cuales se equilibra la envidia, la necesidad, la justa apreciación de nuestros recursos. Los compradores compulsivos, verdaderos bulímicos del gasto, no se sacian jamás.” (Adès y Lejoyeux, 2003, pág. 24).

Dentro de las consecuencias este tipo de desorden, el más grave afecta la esfera económica, ya que el comprador compulsivo siempre está buscando dinero, gastando desmesuradamente primero el suyo y después el de los demás. Por esta característica, es común asociar este tipo de dependencia a un estrato social en donde el poder adquisitivo es de una gran capacidad, sin embargo, Adès y Lejoyeux (2003) reportan que se ha observado este comportamiento, independientemente del nivel socioeconómico, es una “conducta que, si dura y se repite, conduce a la ruina sean cuales sean los ingresos”.

El comprador compulsivo, tiene que soportar los reproches de los allegados y la culpa que pudiera esto generar en ellos, además de vivir siendo perseguido por los acreedores y por cuerpos judiciales, ya que son incapaces de pagar las

deudas adquiridas.

Es común que constantemente niegan y evaden la problemática en la que están inmersos, de la misma manera que un toxicómano niega tener un problema con su consumo, prefirieren enfrentar los reproches que la imposibilidad de seguir comprando al ser descubiertos. Suelen ser ambiguos y evasivos cuando se trata de dar cuentas sobre sus gastos.

Presentan un comportamiento similar al de los jugadores, en el sentido de que siempre están buscando dinero y pareciera ser solo a partir de “tocar fondo”, como se plantea en Alcohólicos Anónimos, es que son capaces de pedir ayuda. Por lo general, este fondo se refiere a quedar en la ruina y ser descubiertos.

Adès y Lejoyeux (2003), nos refieren tres posturas hacia la detección de un comprador compulsivo:

En primer lugar, está la perspectiva de McElroy (1994), que ha establecido tres criterios en la detección, según se muestra en la Tabla 6:

<p>1) Pensamientos invasores y molestos que conciernen a las compras o a la conducta inadaptada, o impulso de compra que se corresponde por lo menos con una de las proposiciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pensamientos invasores y molestos referentes a las compras o impulsos de compra vividos como incontenibles, intrusivos o carentes de sentido. b. Compras frecuentes superiores a las capacidades financieras, compras frecuentes de objetos inútiles, o compras frecuentes durante más tiempo del previsto.
<p>2) Los pensamientos, los impulsos o la conducta provocan un malestar profundo, hacen perder el tiempo, o perturban sensiblemente el funcionamiento social o el ocio, o se relacionan con dificultades financieras como deudas o prohibiciones bancarias.</p>
<p>3) La conducta excesiva de compra no aparece únicamente durante los períodos de manía o de hipomanía.</p>

Tabla 6. Criterios de McElroy (1994) en la detección de la adicción a las compras.

En segundo lugar, en la Tabla 7 podemos observar el cuestionario realizado por los psiquiatras Faber y O'Guinn (1998), en donde determinan al síndrome a partir de tres respuestas positivas:

	SI	NO
1) Si me queda dinero en el momento en que cobro mi salario, lo gasto en su totalidad.		
2) Compró incluso cuando no tengo medios para ello.		
3) Llego a hacer cheques sin provisión de fondos deliberadamente.		
4) Hago algunas compras para sentirme mejor.		
5) Me siento ansioso o nervioso los días en que no puedo ir de compras.		

Tabla 7. Cuestionario de Faber y O'Guinn (1998) para determinar la Onomanía.

Cabe hacer notar la similitud que hay entre estos criterios y los que se relacionarían con el consumo de sustancias, en donde hay una clara diferenciación entre el consumo “normal” y el patológico. Nos hacen notar los autores que más que la compra del objeto inútil en sí misma, lo que denota la dependencia es la necesidad que tiene la persona por llevar a cabo la acción de comprar una y otra vez.

Tal como se menciona anteriormente, el momento de la transacción es el más álgido de excitación del comprador. Lo que se relaciona con la tercera postura, planteada por Cameron y Bryan (1994), quienes nos hablan de que la compra compulsiva es en realidad una forma de toxicomanía en sí misma. “La compra, como el alcohol, actúa como una droga. Hemos constatado los mismos efectos en los compradores: frenesí, vértigo, pérdida de control.” (págs. 30 – 31).

Por último, se hace una diferencia entre el comprador compulsivo y el coleccionista, que es bastante interesante, ya que, comentan los autores Adès y Lejoyeux (2003) que suelen haber confusiones entre ambos, debido a las similitudes en las consecuencias, por citar algunas: ambos desarrollan serios problemas económicos, suelen estar al borde de la ruina económica y tener problemas con los allegados (familia inmediata, amigos), mantienen la casa invadida por los objetos comprados, muestran conductas obsesivas.

Sin embargo, las diferencias entre ambos son de suma importancia, ya que son las que nos definen el momento en el que nos enfrentamos a un problema de

adicción, tal como se puede observar en la Tabla 8.

	Coleccionista	Comprador Compulsivo
Aprecio hacia lo comprado.	Satisfacción por mirar lo adquirido.	La presencia de lo comprado provoca inquietud, mira al objeto como inútil.
Autoimagen hacia lo comprado.	Orgullo, sentimiento de logro, placer.	Culpa, remordimiento, vergüenza.
La idea de vivir rodeado de objetos.	Deseo, sueño idílico.	Pesadilla.
Posesión del objeto.	Conservar para disfrutarlo el mayor tiempo posible.	Tomar y después dejarlo. Olvidarse del objeto.
Pasión	El objeto mismo.	El deseo fugaz que el objeto genera.
¿Cómo compran?	De manera reflexiva, considerando opciones.	De manera impulsiva, Sin pensar.
Uso del objeto comprado	Guardado en un lugar planeado, Contemplado, clasificado respecto a los demás.	Se usa raramente o nunca. El objeto decepciona por lo general.
¿Por qué compra?	Completar colección. Adquisición de objeto raro o exótico/único. Búsqueda del faltante.	Para buscar consuelo. Enfrentar/evadir emociones. Emoción por la compra/transacción.

Tabla 8. Diferencias entre el coleccionista y el comprador compulsivo.

El comprador compulsivo puede ser un sujeto prácticamente de cualquier edad, desde el adolescente que compra todo tipo de ofertas, juegos electrónicos, discos o accesorios para la computadora por internet, hasta octogenarios que que compran a través de las televentas por el afán de recibir cajas por correo y que alguien se ocupe de ellos. En este caso, estamos hablando de personas que se encuentran muchas horas a solas frente a un aparato electrónico, ya sea la computadora o la televisión y que buscan “llenar un vacío” a través de la compra de artículos, aunque no los usen ya que su función no es la del objeto, sino a través de adquirir el objeto.

A pesar del rango de edades tan amplio, por lo general rondan los cuarenta

años y pertenecen a todas las clases sociales, es decir, amas de casa, ejecutivos, estudiantes, etcétera. Un dato importante que los autores Adès y Lejoyeux (2003) mencionan, es que hay estudios que confirman lo expuesto en el siglo XIX por E. Kraepelin, que ubicaba la “oniomanía” como un desorden casi exclusivamente femenino, encontrando una población entre el 80 y el 90% del total de compradores compulsivos. Sin embargo, aunque no hay una explicación del todo certera que logre dilucidar la razón de esta conducta, se han planteado una serie de causas que nos pueden hacer suponer su etiología, por ejemplo: Aparentemente las mujeres compran más que los hombres, ya que son el blanco privilegiado de los publicistas respecto a artículos como la comida, vestido, belleza o electrodomésticos.

Es posible también, que esté relacionado con la repartición de tareas domésticas, en donde tradicionalmente la mujer es quien realiza compras del hogar y los publicistas centran su atención en esta población dentro de los mercados. De igual manera, se menciona la mayor ocurrencia de depresiones menores o moderadas en mujeres y que se traducen muchas veces en “compras de consolación”.

Sin embargo, a últimas fechas, el mercado hacia los hombres se ha ampliado debido a la inclusión del mercado vía internet, que es un ambiente con una mayor incidencia masculina, en donde han surgido tanto compradores como “ciberdependientes”, comprando a través del uso de tarjetas de crédito y hay una mayor comodidad en las transacciones, ya que sólo es necesario activar un código, en lugar de usar el dinero físico o incluso el cheque. “Ocho de cada diez compradores compulsivos, tienen al descubierto una de sus tarjetas y un 7% posee más de diez tarjetas de crédito.” (pág 38).

Las compras compulsivas es una condición adictiva que se encuentra en pleno crecimiento y diversificación, al presentar modelos preestablecidos de lo que debería ser la felicidad y la belleza, al determinar que la adquisición de un objeto, producto o servicio nos proporcionaría la razón de nuestra existencia, al estar perennemente presentes en todos los ámbitos de la vida, al hacer sentir al potencial comprador que su vida es “incompleta” y que es necesario “completarla

a través del objeto”, el cual se convierte en un sin sentido, de la misma manera que el consumidor de una sustancia busca “curar” una falta a través del consumo.

Si bien la documentación sobre casos en la antigüedad que se refieran a las adicciones no es muy basta, ya que este es un término relativamente nuevo, los relatos que hay se caracterizan por hacer mención principalmente al uso de sustancias, al apego incontrolable hacia las mismas y en algunas ocasiones se llega a hacer mención hacia ciertas acciones, así como las consecuencias que conllevan, que van desde el castigo impuesto por la divinidad, hasta las mismas leyes que se imponen en los diversos pueblos.

Lo que nos lleva a inferir que desde tiempos antiguos ya se consideraba que el consumo de ciertas sustancias posee un valor moral, ético y hasta político dentro de la sociedad que las utiliza y éste lugar en la comunidad depende del contexto en el que sucede.

Llama la atención que, por lo general, cuando se refiere a la antigüedad, se habla de rituales y ceremonias, tanto de curación como de contacto con la divinidad como guía espiritual o para tomar decisiones de estrategia militar y de gobierno y raras veces se menciona el uso recreativo, restringiéndose este caso a fechas, espacios, individuos, castas sociales y tipo de sustancias específicas, es decir, había una regulación en el consumo, como se menciona en el caso de la cultura Azteca o Mexica, en donde se consideraban tales factores para acceder al consumo del pulque, habiendo un castigo severo para quien incumpliera las leyes establecidas.

Este lugar polivalente que tiene el consumo de sustancias en la antigüedad, que va desde lo demoníaco a lo divino o lo lúdico, sufre un cambio en los siglos XIX y XX, en donde se observa al consumo de sustancias como una forma de transgresión a las normas sociales, por lo que se le castiga en un primer lugar, pero también se empiezan a observar comportamientos recurrentes en usuarios de sustancias en busca de experiencias gratificantes que resultan en la pérdida de control en el uso de dichas sustancias y se pasa de lo recreativo a la adicción, lo que deviene en la esclavitud o dependencia a una sustancia.

Por otro lado, a lo largo del último siglo, se ha presentado un fenómeno

singular, en donde el individuo muestra apegos hacia ciertas conductas que, si bien suelen ser parte de la vida cotidiana como comer, comprar, tener sexo, ver la televisión, participar en juegos de video y de azar, entre otros, éstas se tergiversan de tal forma que generan toda una suerte de dependencias, de manera similar a como lo harían las sustancias en un momento dado.

Tomando en cuenta lo anterior, consideramos que un estudio o revisión sobre la adicción como un fenómeno en sí mismo estaría incompleto si no se tomaran en cuenta estas nuevas adicciones, en donde tanto este tipo de conductas como el consumo de sustancias sean vistos bajo la misma consideración.

A lo largo de lo revisado, llama la atención que en ambos se presentan síntomas de conductas compulsivas (repetición y falta de control) como patrones de dependencia, negación del problema, síndrome de abstinencia, gratificación inmediata y vacío existencial. Es decir, en la literatura son constantes las comparaciones y analogías que los autores hacen entre las conductas y el uso de sustancias en lo que al fenómeno de la adicción se refiere, también se habla de la búsqueda por remediar o compensar un problema, ya sea dolor, miedo, vacío, aburrimiento o búsqueda de expresión.

Resulta interesante que sea un problema perteneciente al siglo XX, ya que en el pasado el consumo se relacionaba con otros contextos, más inclinados al ámbito de lo místico y alejados de lo lúdico o recreativo, inversamente a lo que sucede hoy en día.

De igual manera, llama la atención que los intentos por reducir el consumo sin control se han basado en la prohibición de la sustancia y el castigo al usuario y al distribuidor, sin embargo, no sólo no se ha decrementado, sino que se han diversificado las dependencias que van desde las sustancias tradicionales y las nuevas, hasta las conductas cotidianas. Es decir, pareciera que hay una constante necesidad por “llenar” una serie de vacíos a través del consumo y la repetición compulsiva. Tales vacíos son los que determinan la adicción de preferencia del usuario. A continuación, nos referiremos a las diversas perspectivas que se han planteado en la búsqueda de definir a la adicción.

DIVERSAS APROXIMACIONES HACIA EL CONCEPTO DE ADICCIÓN

A través del tiempo, diversas aproximaciones psicológicas han buscado comprender y abordar el fenómeno de la adicción, desde el Psicoanálisis hasta la Cognitivo Conductual. Cada una de éstas lo observa desde una perspectiva distinta, lo cual, al observarlas de manera general, nos puede dar un panorama cada vez más amplio sobre una misma situación.

Los parámetros más aceptados son los que podemos encontrar en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) ya que ambas son producto de una larga investigación y recopilación de información, de igual manera, al encontrarse en constante revisión y corrección, son los criterios más actualizados en lo que respecta al diagnóstico de trastornos, sin embargo, este fenómeno también ha sido abordado por las demás corrientes en psicología, como el psicoanálisis, la cognitivo conductual o la logoterapia, así como la peculiar aproximación que tienen los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos.

3.1. Definición de Adicción

El término *Adicción*, como lo utilizamos actualmente, es relativamente nuevo. Como se menciona en el primer capítulo, es un concepto acuñado a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y se refiere, básicamente, a la esclavitud o subyugación de un individuo hacia el consumo de una sustancia o conducta. A través del tiempo se le ha llamado de diversas maneras a este fenómeno, en donde un individuo experimenta la necesidad de consumir alguna sustancia o realizar alguna actividad de manera compulsiva.

Existen varias definiciones para el concepto de *Adicción*, prácticamente hay una por libro, ya que cada autor busca establecerla a partir de su propia perspectiva, línea de investigación o afinidad teórica, sin embargo, lo que hay en

común es que la adicción como conducta en el ser humano se distingue no por la sustancia que se consume, sino por las características del consumo en sí, es decir, la manera en cómo la persona se involucra con el consumo mismo, cuánto le afecta el dejar de hacerlo, cuánto desea abandonarlo y fracasar en el intento.

Echeburúa y Fernández (2006), proponen que, de inicio, las adicciones se pueden clasificar en dos grupos:

1. **Psicológicas.** Son conductas cotidianas que, por las condiciones específicas del sujeto, se vuelven obsesivas, adquieren una falta de control tal, que genera una relación de dependencia, independientemente de la frecuencia con que se realiza dicha conducta. Dentro de estas se considera el juego patológico, la hipersexualidad, adicción a las compras, al trabajo, al ejercicio físico, al teléfono móvil y al internet, entre otros.

2. **Químicas.** En donde la dependencia se produce hacia ciertas sustancias que pueden ser legales o ilegales, agrupándolas en: Opiáceos, Alcoholismo, Cocaína/Anfetamina, Alucinógenos y otras drogas (cannabis, drogas de síntesis) y tabaquismo.

Si bien, esta clasificación puede no ser del todo precisa, como se verá más adelante, llama la atención que se presta una especial distinción hacia las conductas, colocándolas al mismo nivel que el consumo de sustancias, haciéndolas tan relevantes unas como las otras, haciendo hincapié en dos puntos:

- (1) La pérdida de control y la obsesión por la sustancia/conducta, estableciendo una relación de dependencia hacia el objeto o sustancia de consumo.
- (2) Ambas son susceptibles de generar síndrome de abstinencia o supresión caracterizado por: humor depresivo, irritabilidad, inquietud psicomotriz, deterioro en la concentración y trastornos del sueño.

Es decir, en las adicciones sin sustancia y con sustancia es posible observar, desde esta perspectiva, que hay similitudes sintomáticas entre ambas formas de dependencia.

En el presente escrito, consideramos importante conocer el fenómeno de la adicción desde diferentes perspectivas, ya que nos puede dar una visión amplia de los factores involucrados en la iniciación, el desarrollo, el mantenimiento y por lo tanto, la posible forma de abordar este fenómeno.

A continuación, expondremos de manera breve la particular perspectiva de algunas de las principales escuelas psicológicas que se han detenido a analizar el fenómeno de la adicción:

3.1.1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR)

Una de los principales materiales bibliográficos, en lo que a definición en adicciones se refiere, es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR), en donde hemos encontrado algunos puntos que vale la pena hacer notar.

En éste, no se menciona el término *adicción* explícitamente, sin embargo, al igual que Doncel y Ruiz (2005), utilizan otros términos, en este caso es “Trastorno por consumo de sustancias”, en donde se describe que “la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.

Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia”. (pág 182). Cabe señalar que se hace la aclaración que, a pesar de no estar incluida en los siguientes criterios, un indicador importante es el “*craving*”, definido como una “*necesidad irresistible*” por consumir.

Como se menciona anteriormente, en esta versión del DSM (por sus siglas en inglés), prácticamente no existe el término *adicción*, sin embargo, es mencionado en dos ocasiones: una para explicar las posibles causas del trastorno por dolor en lo referente a los patrones familiares que pudieran detonar dicha problemática (pág. 473), y más adelante, cuando se hace referencia a los

trastornos de conducta por el juego en la mujer y su estigmatización (pág. 633). Sin embargo, no se define la conducta adictiva o el término, lo cual genera un vacío conceptual, ya que el término es utilizado de manera cotidiana y en el contexto especializado. Cabe señalar que dicho vacío se aborda en la versión 5 del DSM TR, con las reservas que se mencionarán más adelante.

De manera detallada se define el término (Trastorno por consumo de sustancias) a partir de la presentación de tres o más de los siguientes síntomas o indicadores, dentro de un lapso de 12 meses:

Criterio 1. Tolerancia. “es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.” (pag 182)

Criterio 2. La Abstinencia (**Criterio 2a**) “es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos (**Criterio 2b**), normalmente desde que se despierta.” (pág 184)

A pesar de que los anteriores se presentan en cuadros de dependencias, cabe señalar que depende de la sustancia de consumo y del contexto en que se administra, ya que, mencionan en el Manual, “ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias ya que algunos sujetos presentan un patrón de uso compulsivo sin signos de tolerancia o abstinencia” (p. 184). En otras palabras, si bien la tolerancia y la abstinencia son signos importantes en el diagnóstico de una dependencia, no son factores determinantes.

A continuación, se mencionarán los demás factores, cuya característica es que determinan un cuadro de conductas compulsivas y definen el cuadro del dependiente.

Criterio 3. Administración de “la sustancia en cantidades mayores o

durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido". (p. 184).

Criterio 4. "El sujeto puede expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia. En algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia". (p. 184)

Criterio 5. "Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos". (p. 184)

Criterio 6. "Todas las actividades de la persona giran virtualmente en torno a la sustancia. Importantes actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia" (p.184). Se presenta abandono laboral y social, se afectan las relaciones personales como familia, amigos o compañeros de trabajo. Consumo en solitario.

Criterio 7. "A pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico, la persona continúe consumiendo la sustancia" (p.184). La señal importante en este punto no es propiamente el conocimiento de la afectación, sino la incapacidad o imposibilidad de abandonar el consumo a pesar de la conciencia del daño.

En el DSM V TR se aclara la razón por la preferencia por el término "Trastorno por consumo de sustancias" en lugar de "adicción", y es por que ésta se considera incierta y de connotación negativa, además de que el término que utilizan posee la característica de poder describir desde un comportamiento de consumo compulsivo leve hasta uno grave, aunque no descartan que el clínico lo llegue a utilizar "para describir las presentaciones más extremas" (Pág 257).

De igual manera, desde la psicología se han desarrollado teorías para abordar las adicciones.

3.1.2 La adicción desde el Psicoanálisis.

Desde la perspectiva del Psicoanálisis, López (1991), nos comenta que se han llegado a plantear varios puntos de vista, definiendo la adicción de la siguiente manera: "Consiste en la subyugación del YO al objeto "malo" idealizado,

organizada sobre un espacio transicional, casi siempre de procedencia anal, en donde el/la adicto/a se encuentra atrapado/a en una relación simbiótica con su madre, por lo general representando para ésta, la fantasía inconsciente de un falo fecal."

Dentro de esta perspectiva ha habido varias posturas a través de la historia, entre las que destacan las siguientes:

De igual manera, López (1991) nos menciona a Meltzer (1974), quien observa a la adicción como "un tipo de organización narcisista de las estructuras infantiles que debilita y puede desplazar totalmente la parte adulta de la personalidad en el control de la conducta" Nos explica también que "la estructura interna de la adicción consiste en una esclavitud a formas cínicas de pensamiento que profanan los objetos buenos y los expelen (manía) o los entierran en las heces (represión)." (pág 11)

También nos menciona que han habido coincidencias entre varios autores como Simmel (1929), Freud(1930), Glover (1932), Fenichel (1945), Weider y Kaplan (1969), Kalina y Kovadloff (1978), Kristal y Rasquin (1970), Wurmser (1974), en donde entienden la adicción como "un mecanismo de automedicación ante sentimientos de frustración, desilusión, vergüenza, rabia, depresión y angustia". (pag. 11)

Por otro lado, hay autores que mencionan "la necesidad de una regresión a estados previos del desarrollo ligados a la búsqueda de satisfacción temprana" (Rado, 1933 y Savit, 1966) o incluso, quienes hablan de suicidio en donde predomina el instinto de muerte como Menninger (1938), Pescor (1940), Cantor (1968), Litman y col. (1972) y Gertle (1972). (pág. 11).

Por último, menciona la de Rosenfeld (1960), en donde establece que "la droga es sentida como un objeto malo, o un objeto muerto, el cual es incorporado con el propósito de alcanzar un estado de control omnipotente". (pág. 11)

De aquí, que el autor (López, 1991) considera que la adicción puede tomarse en dos sentidos: por un lado, como función o defensa y por el otro, como estado o estructura.

En el primer caso, como función o defensa, va a depender "del grado de

fragmentación del objeto interno, así como de la supeditación del YO a la idealización del objeto malo y a la malignidad que se derive de éste. La fijación es ante todo de carácter oral, predominando el temor a una angustia de tipo aniquilatorio, como consecuencia del ataque envidioso oral-sádico en contra del pecho y los bebés en el vientre de la madre, así como defensas de tipo maníaco.” (pág. 12).

Llama la atención que hace un énfasis en el hecho de que en estos casos, hay una mayor tendencia al alcoholismo y al uso de psicotrópicos patentados, usados principalmente como una automedicación “para evitar un estado melancólico de fondo” (pág. 12).

Nos señala que “la diferencia central con las adicciones de estructura consiste tanto en la menor intensidad y virulencia de las identificaciones proyectivas e introyectivas, así como la menor rigidez de la organización perversa.” (pág. 12).

En el segundo caso, en donde se observa a la adicción como estado o estructura, López nos dice que “la intensidad de la fragmentación lleva una organización narcisista esquizoide de índole perversa, patológica y destructiva, la cual intenta mantener la omnipotencia del objeto malo idealizado, antiguas estructuras infantiles o una dependencia masoquista autodestructiva. (págs. 12 y 13).

A diferencia de la anterior, en ésta se presenta una mayor tendencia a “las drogas duras, como la cocaína o la heroína, aunque las formas particulares del consumo constituyen variantes específicas de la dinámica de la adicción”. (pág. 13).

De igual manera, se diferencian ambas en que mientras la primera presenta variaciones de tipo cuantitativo, en la segunda, son de tipo cualitativo, esto, respecto al vínculo “madre-hijo”, en donde la presencia o ausencia de la madre es considerado como un factor determinante.

Desde esta perspectiva, aparece un concepto que resulta importante para comprender estos planteamientos: El Objeto Transicional:

Se le llama así al objeto que de alguna manera ayuda al individuo a hacer

el paso entre una etapa del desarrollo y la siguiente, haciendo una sustitución simbólica del objeto inicial hacia el abandono de este, provocando una ruptura en el narcisismo entre la madre y el sujeto. Por ejemplo: El pulgar o el chupón durante la etapa oral o la masturbación en la etapa genital.

El objeto transicional funciona como lo hace el lenguaje, que es capaz de “señalar o designar al objeto, pero nunca sustituirle”. (pág. 15). Dicho en otras palabras, el objeto transicional funciona como un medio para que madre e hijo puedan separarse paulatinamente a través de la resignificación del otro en las distintas etapas del desarrollo psíquico, reforzando la integración del individuo.

En el caso de la adicción, “el símbolo deja de tener su carácter representacional y se convierte en el objeto mismo, es decir, la ilusión se vuelve delirio.” (pag 18).

López (1991) nos menciona que Klein hace una observación importante al ubicar al “objeto transicional ausente” como el “objeto malo”, el cual se disfraza de “pecho bueno” y usurpa su lugar ante el YO para recibir toda la atención y pleitesía. “La idealización del pecho malo genera la condición paradójica de la adicción, en donde se busca un objeto que niegue la muerte matando, o sea la droga.” (pág. 18).

De esta manera, podemos entender la importancia que tiene este concepto, ya que hablamos de que la adicción sucede cuando el objeto transicional se fija como un objeto concreto, en este caso puede ser la sustancia o aquello a lo que se es adicto y que es sensible de transformarse o intercambiarse por otros objetos sin dejar de haber una fijación en sí misma, cayendo a una interminable espiral de dependencias.

3.1.3. Desde la perspectiva de las Nuevas Adicciones y Adicciones sin sustancias.

Echeburúa y Fernández (2006), en el Tratado SET de Trastornos adictivos nos mencionan que durante muchos años el término *adicción* ha sido asignado casi exclusivamente a lo referente al consumo de sustancias, sin embargo, existen conductas que son susceptibles de volverse adictivas. Prácticamente, aclaran,

cualquier actividad normal percibida como placentera es susceptible de convertirse en una adicción, siendo definida a partir de la pérdida de control desarrollando una necesidad hacia esta conducta, a pesar de las consecuencias adversas en la vida cotidiana (lo familiar, social, laboral y demás áreas sociales de la vida).

Llama la atención que este tipo de adicciones hacia conductas no se combinan entre sí, como puede suceder con el consumo de sustancias, es decir, un apostador compulsivo no se asociaría a la hipersexualidad u otra adicción a conducta, a diferencia de lo que sucede con el consumo de sustancias, en donde uno puede observar que el consumidor tiende a hacer uso de más de una sustancia. Como en el caso del alcohólico que en ocasiones suele asociarse al consumo de cocaína, tabaco o alguna conducta adictiva, como apostar. Llama la atención que, en el caso de las adicciones sin sustancia, éstas sí se asocian al consumo de sustancias, en donde la sustancia se convierte en una suerte de “condimento” o acompañamiento para la conducta.

De esta manera, vemos que el juego, el trabajo y la hipersexualidad suelen relacionarse con el consumo de tabaco, alcohol y/o cocaína. La comida con el tabaco, por mencionar algunos.

Adès y Lejoyeux (2003), al hablar desde la consideración a las nuevas adicciones nos ofrecen tres conceptos de suma importancia para nuestro estudio: nos hablan de “dependencia”, “enganchamiento” y “adicción”. Señalan que “dependencia designa un estado de sujeción, de dominación o de influencia.” ... “Procede del latín imperial *dependere*, que es ‘estar suspendido a’ y al figurado ‘depende de, estar bajo la influencia, la autoridad de’. (págs. 264 y 265)

“La dependencia designa de entrada, en plural, las partes anexas de un dominio, las construcciones secundarias: ‘una propiedad y sus dependencias’ ” “La adicción, designaba en Derecho la obligación de aquel que, no pudiendo saldar una deuda, se ponía a disposición del litigante por el juez” (págs. 264 y 265).

La imagen de ser dependiente nos ofrece una buena analogía, puesto que éste sacrifica todo por el consumo, pueden ser apuestas o bien, puede ser cocaína, si distinción, se puede sacrificar todo lo sacrificable, familia, trabajo, casa, comodidades, es decir, el consumo es la prioridad, es dependiente porque la vida,

el significado de la vida, depende de dicho consumo – cualquiera que fuera – “viviendo en dependencia, “deshabita” su vida”.

Otro término al que hacen referencia estos autores es el de “enganchado”, en donde, al hacer una analogía con un gancho, se habla de una coacción, como si la persona estuviera retenida por dicho objeto, siendo ésta también una metáfora de la dependencia, “que retiene como con un gancho a aquel que es su víctima” (pág 265). Sin embargo, deberíamos tener cierta cautela con este término en especial, ya que al referirnos al dependiente como alguien “enganchado”, le estaríamos atribuyendo una calidad de dominante consciente con capacidad de decisión, al objeto de consumo (ya sea sustancia o conducta), siendo que es un objeto inanimado o bien, una conducta, no un ser vivo capaz de tomar decisiones.

De igual manera, nos mencionan Adés y Lejoyeux (2003), las aportaciones del psicoanalista Edmund Bergler, que también se ha interesado en las adicciones a las conductas, haciendo énfasis en siete aspectos que definen la adicción:

1. “La dependencia implica la toma habitual de riesgos”.
2. “La adicción de comportamiento excluye cualquier otro interés”.
3. “El dependiente es un optimista que nunca saca lecciones de su derrota”.
4. “El dependiente no sabe detenerse”.
5. “Las buenas resoluciones no sirven para nada”.
6. “Corren después de un escalofrío, una tensión”. Es decir, justo antes del consumo inmoderado, Bergler señala la presencia de un “escalofrío” que atrae al adicto hacia el consumo. Si no existe esta “sensación”, “se destruye el placer de la adicción”.
7. “Se rebelan y después se hacen reproches”. (págs. 270 – 273).

3.1.4. Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)

En otras perspectivas, Osuna y Doncel (2005), basándose en las definiciones establecidas por la Organización Mundial para la Salud (OMS) nos remiten a la que en 1969 ha establecido, en donde en su lugar se utiliza el término *drogodependencia*, y nos exponen que es el “estado psíquico y en ocasiones también físico, debido a la interacción entre un organismo vivo y una droga y que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones,

entre las que siempre se encuentra un impulso irreprimible a ingerir droga de forma continua o periódica con objeto de volver a experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones evitar el malestar producido por la privación de la misma. Este estado puede acompañarse o no por la tolerancia.” (págs. 13 – 14).

Nos menciona que es posible desarrollar la adicción hacia una o más sustancias tanto de manera simultánea, como periódica o, incluso de manera secuencial y alternada.

Nos ofrecen seis puntos que nos indican si estamos frente a un caso de dependencia o drogodependencia, como se puede observar en la Tabla 9:

1. Al hacer intentos por abandonar el consumo o de moderarlo, surge la compulsión subjetiva por consumir.
2. Existe constantemente la contradicción interna entre consumir y dejar de hacerlo.
3. Habitar un ambiente relativamente estereotipado hacia el consumo.
4. “Evidencia de neuroadaptación (tolerancia y síndrome de abstinencia).
5. Recurrir al consumo de la sustancia para aliviar el síndrome de supresión.
6. Buscar la sustancia se convierte en prioridad por encima de todo lo demás.

Tabla 9. Seis indicadores que señalan estar frente a un caso de adicción.

Más adelante nos menciona que la OMS ha diferenciado dos tipos de dependencia:

Por un lado, está la *Dependencia Psíquica*, que es “una condición por la que una droga produce una sensación de satisfacción y una pulsión psíquica que

motiva al sujeto a repetir su consumo para inducir el placer o evitar el malestar.” (pág 14).

Por el otro, está la *Dependencia Física*, “un estado adaptativo caracterizado por la aparición de de trastornos físicos intensos cuando suspendemos la administración de la droga.” (pág. 14). Estos trastornos conforman el Síndrome de Abstinencia o de Supresión, compuesto por una serie de síntomas psicósomáticos característicos al tipo de droga que se ingiera.

De igual manera, y basándose en la misma fuente (OMS), nos ofrecen una serie de términos comúnmente utilizados en lo que a adicciones se refiere, como:

1. **Droga:** “Toda sustancia química o mezcla de ellas empleada para el tratamiento o alivio de la enfermedad (fármaco o medicamento) o sin fines terapéuticos (droga)”. (pág. 13)
2. **Hábito:** “Situación originada por la administración repetida de una droga” y tiene cuatro características:
 - a. Deseo de seguir consumiendo debido a la sensación de bienestar que provoca.
 - b. Poca tendencia (o nula) a aumentar la dosis.
 - c. Hay una dependencia a los efectos de la sustancia, sin llegar a la dependencia física y sin síndrome de abstinencia.
 - d. Los efectos nocivos recaen en el mismo individuo.
3. **Síndrome de Abstinencia:** Cambia según la sustancia, aparece cuando se suprime la administración de manera brusca. Los síntomas se manifiestan tanto de manera física como psíquica y tienden a ceder en cuanto se administra la droga adecuada. La intensidad depende de factores como: El tipo de sustancia, la dosis, el tiempo de interrupción, lo que le significa al consumidor, las características características patológicas del mismo consumidor, la tolerancia al estrés, el estado físico y de salud del consumidor.
4. **Tolerancia:** “Estado de adaptación del organismo a la acción de un fármaco psicoactivo. Se caracteriza por la disminución de los efectos inmediatos y de su intensidad frente o igual a dosis del mismo,

creando la necesidad de aumentar la dosis en el individuo, para obtener los mismos efectos.” (pág. 15). A ésta, se le une la definición de **Tolerancia Cruzada**, en donde, por efecto del consumo de una sustancia determinada, el toxicómano desarrolla tolerancia hacia otras sustancias emparentadas con la primera. Por ejemplo, la heroína producirá este tipo de tolerancia hacia la morfina y otros opiáceos.

5. **Consumidor de drogas.** Debido a las diferencias que existen entre uno y otro consumidor, las autoras mencionan cuatro grupos principales, como se observa en la Tabla 10:

a) Consumidores experimentales o casuales.	Sólo han consumido una vez sin haber vuelto a probar la sustancia.
b) Consumidores ocasionales	Consumen esporádicamente sin llegar a presentar síndrome de abstinencia o desarrollar tolerancia a la sustancia.
c) Consumidores habituales	Hay un consumo frecuente, comienzan a aparecer síntomas de tolerancia, hay tendencia al uso cada vez más regular, hay detrimento de las funciones personales.
d) Drogodependientes	Uso frecuente y prolongado de la sustancia. Hay un claro síndrome de abstinencia y tolerancia.

Tabla 10. Cuatro tipos diferentes de consumidores.

Nos señalan las autoras que hay tres factores determinantes en la adquisición de la dependencia:

- a. Características personales o experiencias anteriores del sujeto.
- b. Características del ambiente en el que se desenvuelve.
- c. Características farmacodinámicas de la sustancia, así como la cantidad, frecuencia de uso, y vía de

administración.

- 6. Vida Media:** Se refiere al tiempo que dura una sustancia en el organismo independientemente de la cantidad que se haya consumido, lo que determinaría cuánto tiempo se tardaría en presentar el síndrome de abstinencia. Este tiempo varía de una sustancia a otra.
7. **Toxicomanía:** Este término es aplicado de igual manera al de adicción. Se define por el estado en el que prevalece la intoxicación de manera periódica o crónica debido al constante uso de una determinada sustancia. Posee las siguientes seis características:
- a. Necesidad compulsiva por consumir la sustancia y obtenerla a como de lugar.
 - b. Aumento en las dosis para llegar a la misma sensación inicial.
 - c. Dependencia psíquica (acostumbramiento) a la sustancia, en donde la supresión provoca trastornos emocionales.
 - d. Dependencia física. Cabe aclarar que no en todos los casos.
 - e. Efecto nocivo para el individuo en dos sentidos:
 - (1) Directo. Reacciones adversas al fármaco.
 - (2) Indirecto: Derivado del proceso de obtención (desnutrición, abandono personal).
8. **Politoxicómano.** Es todo aquel usuario que suele utilizar dos o más sustancias de manera simultánea o alternada. A esto, las autoras nos dan el ejemplo del cocainómano, que suele combinar con el alcohol, ansiolíticos u opiáceos como una forma de contrarrestar los efectos de ansiedad que provoca la cocaína. O también, por el contrario, el alcohólico que utiliza la cocaína para contrarrestar los efectos de adormecimiento y poder seguir bebiendo.

3.1.5. Seis modelos de conceptualizar las adicciones.

Casella (2011), nos menciona por lo menos seis modelos principales: El Jurídico, el Médico, el Psicosocial, el Sociocultural, el Geopolítico Estructural y el de Reducción de Daños, menciona también el Ético-Social, sin embargo, nos explica que como éste se basa en elementos considerados en otros modelos, no lo toma como un enfoque válido. En cada uno de estos, se hace énfasis en los siguientes rubros: Drogas, cómo son vistas a partir del modelo (Tabla 11.1); Individuo, perspectiva del papel que aborda el sujeto (Tabla 11.2); Contexto, papel que juega la adicción en la sociedad como fenómeno (Tabla 11.3); Acción preventiva, se refiere a las formas de abordar según el modelo (Tabla 11.4); Acción Asistencial, nos habla de las medidas que se toman en torno a la situación de consumo (Tabla 11.5) y Perspectiva, trata de la manera en que cada uno de los modelos se aproxima al fenómeno del consumo (Tabla 11.6).

	ÉTICO-JURÍDICO	MÉDICO-SANITARIO	PSICOSOCIAL	SOCIO CULTURAL	GEOPOLÍTICO ESTRUCTURAL	REDUCCIÓN DE DAÑOS
DROGAS	Legales/ Ilegales	Duras/ Blandas	Sustancias Psicotrópicas	Patrones culturales de uso	Mercancías: valor de intercambio	Objeto de prácticas de consumo
	Efectos Penales	Efectos Orgánicos Potencial adictivo	Efectos Psicosociales/ conducta	Consecuencias sociales		

Tabla 11.1. Rubro Drogas.

	ÉTICO-JURÍDICO	MÉDICO-SANITARIO	PSICOSOCIAL	SOCIO CULTURAL	GEOPOLÍTICO ESTRUCTURAL	REDUCCIÓN DE DAÑOS
INDIVIDUO	Consumidor- delincuente	Consumidor- enfermo/ infectado	Consumidor: trastorno de conducta (síntoma)	Consumidor- contestatario/ Víctima de la presión social - pobre	Actores: Consumidor- desviado social. Narco- traficante	Consumidor- Ciudadano, responsable/ Sujeto de derechos
		Factores de riesgo/ Vulnerabilidad	Vínculo: uso/ abuso/ adicción			

Tabla 11.2. Rubro Individuo.

	ÉTICO-JURÍDICO	MÉDICO-SANITARIO	PSICOSOCIAL	SOCIO CULTURAL	GEOPOLÍTICO ESTRUCTURAL	REDUCCIÓN DE DAÑOS
CONTEXTO	La Ley: Vicio y peligrosidad social	Epidemiología: Contagio/ Peligrosidad Disponibilidad de Drogas	Actitudes y conductas: Presión del entorno microsocia (familia-padres)	Socioeconómico Patrones Culturales Disponibilidad de Drogas	Naciones: Amenaza a la identidad e integración nacional Países: Víctimas/ victimarios	Pandemia VIH/SIDA Globalización Mercado Costos sanitarios/ Sociales Exclusión social

Tabla 11.3. Rubro Contexto.

	ÉTICO-JURÍDICO	MÉDICO-SANITARIO	PSICOSOCIAL	SOCIO CULTURAL	GEOPOLÍTICO ESTRUCTURAL	REDUCCIÓN DE DAÑOS
ACCIÓN PREVENTIVA	Información sanciones Evitación del Consumo	Información y efectos dañinos Evitación del Consumo	Prevención inespecífica Entrenamiento en actitudes de autocuidado/ auto-estima/ relaciones inter-personales	Educación para la salud Estilos de vida saludables Acción social	Integración tráfico/ Consumo Políticas de Seguridad Exterior	Información y accesibilidad a servicios Deconstrucción de estereotipos sociales segregativos

Tabla 11.4. Rubro Acción Preventiva.

	ÉTICO-JURÍDICO	MÉDICO-SANITARIO	PSICOSOCIAL	SOCIO CULTURAL	GEOPOLÍTICO ESTRUCTURAL	REDUCCIÓN DE DAÑOS
ACCIÓN ASISTENCIAL	Censura moral Represión penal	Desintoxicación Sustitución Abstinencia	Eliminación del consumo y tratamiento de sus causas	Eliminación del consumo Acción social		Sustitución Reducción de daños colaterales Entrega de material descartable

Tabla 11.5. Rubro Acción Asistencial.

	ÉTICO-JURÍDICO	MÉDICO-SANITARIO	PSICOSOCIAL	SOCIO CULTURAL	GEOPOLÍTICO ESTRUCTURAL	REDUCCIÓN DE DAÑOS
PERSPECTIVA	Criminalización	Medicalización	Psicologización	Asistencialista	Politización/ Bélica	Focalización

Tabla 11.6. Rubro Perspectiva.

3.2 Trastornos inducidos por sustancias

Lara y Medina (2006) nos refieren que en el DSM IV TR se establecen diez trastornos derivados del uso de sustancias, cabe señalar que, como lo mencionan los autores, la mayoría se presentan en los casos de abuso en el uso de las sustancias, así como en los casos de dependencia.

1. **Intoxicación:** Calificado a partir de la aparición de un síndrome reversible específico causado por la ingestión o la exposición a sustancias. Demostrado a través de una historia clínica, análisis de sangre o exploración física, dependiendo de las características de cada sustancia.

El cuadro clínico dependerá de las características de cada sustancia, la dosis, la asiduidad de uso, la tolerancia particular del sujeto, el tiempo desde la última toma, las expectativas del usuario y del entorno en el que se ha consumido. Como se menciona anteriormente, se debe ser cauteloso, ya que diferentes sustancias pueden provocar efectos similares, según su composición química.

No todos los cambios fisiológicos necesariamente son maladaptativos, como la taquicardia relacionada al exceso en el consumo del café.

Es importante hacer notar que los síntomas pueden persistir en el organismo durante varias horas o días, incluso si la sustancia ya no es detectada en el cuerpo, puesto que puede estar alojada en pequeñas cantidades en algunas regiones del cerebro. Por lo que debe distinguirse la intoxicación de la abstinencia.

2. **Abstinencia:** Este trastorno se distingue por alteraciones en la conducta, así como de síntomas tanto fisiológicos como cognitivos a raíz de la reducción o interrupción paulatina o abrupta de la administración de una sustancia después de su uso prolongado en cantidades significativas.

Una característica peculiar es la necesidad irresistible por reanudar el consumo (craving).

La principal diferencia entre la abstinencia y la intoxicación es que en la primera los síntomas se presentan cuando la administración de la sustancia se interrumpe y en la segunda hay una mejora en los síntomas y los signos vitales ante la misma acción de cese de consumo.

3. **Delirium:** Es el trastorno que se presenta a nivel conciencia en donde se

registra una disminución en la capacidad para poder mantener, dirigir o cambiar la atención. Puede presentarse durante el tiempo de consumo (intoxicación) o durante la abstinencia, dependiendo de las características particulares de la sustancia y puede durar varias horas, días o semanas.

La gran mayoría de las sustancias son susceptibles de presentar dicho trastorno, a excepción del café.

Podemos diagnosticar delirium en lugar de intoxicación cuando los síntomas cognoscitivos rebasan los propios de la intoxicación o de la abstinencia y cuando los síntomas merecen una atención independiente debido a su gravedad.

Así como en los casos anteriores, debe de distinguirse de los trastornos psicótico, amnésico, de estado de ánimo, de ansiedad o del sueño, ya que estos deben ser considerados excesivos en relación al delirium.

4. **Demencia persistente:** Asociada principalmente al alcohol, los sedantes y los inhalables. Se le llama de esta manera debido a que los síntomas se mantienen al paso del tiempo después de haberse presentado los síndromes de intoxicación y de abstinencia.

Los síntomas de demencia inducida por sustancias se observan de igual manera que los casos de demencia en general. Por lo que es importante la demostración de la relación del síndrome con el consumo continuo de sustancias.

Se distingue por presentar deficiencias cognitivas múltiples. En primer lugar, el deterioro en la memoria principalmente a corto plazo, así como afasia, apraxia, agnosia y trastorno del funcionamiento ejecutivo (planeación, organización y abstracción).

5. **Trastorno amnésico:** Se define como una alteración en la memoria ocasionado por el uso de sustancias. En esta, persiste la incapacidad para recordar, ocasionando un deterioro en el desempeño laboral y social. Llama la atención que la capacidad para repetir secuencias numéricas no está afectada.

De igual manera, se presenta principalmente una incapacidad notable para recordar información nueva. Respecto a la información previamente aprendida suele haber diferencias entre un sujeto y otro.

Es importante señalar que, así como en otros casos, se debe comprobar que la afectación es provocada por el consumo de sustancias a través de una serie de pruebas físicas y psicológicas. Se considera un trastorno persistente, ya que se mantiene después de haber pasado los efectos de la intoxicación o la abstinencia.

6. **Trastorno psicótico:** Se caracteriza por la presencia de alucinaciones o ideas delirantes asociadas al consumo.

Todas las sustancias son susceptibles de provocar este trastorno, a excepción de la cafeína y la nicotina.

Para diagnosticarlo primero se deben descartar otros trastornos como la esquizofrenia. Esta distinción se establece tomando en cuenta factores como el inicio, el curso y otros factores clínicos.

Se debe distinguir de la intoxicación o la abstinencia a partir de que los síntomas sean excesivos y cuando sean tan graves que necesiten ser atendidos separadamente.

Los trastornos psicóticos inducidos por sustancias sólo se producen en asociación con estados de intoxicación o de abstinencia, mientras que los trastornos psicóticos primarios pueden preceder al inicio del consumo de la sustancia o producirse tras largos periodos de abstinencia. Una vez iniciados los síntomas psicóticos pueden durar hasta cuatro semanas después del abandono de la sustancia.

7. **Trastornos del estado de ánimo:** Se distingue por ser una notable y persistente alteración en el estado de ánimo, provocada por el uso de alguna sustancia, afectando el Sistema Nervioso Central.

Cada sustancia puede provocar diferentes cambios en el estado de ánimo, dependiendo de sus características particulares, abriendo un abanico de posibilidades que puede ser un estado depresivo, con una notable pérdida de interés y de placer o puede presentarse un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.

Es necesario descartar la presencia de un trastorno del estado de ánimo primario antes de diagnosticarlo como provocado por una sustancia.

Se debe descartar si aparece en el transcurso del delirium.

Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Este trastorno se diagnostica por encima de la “intoxicación” o la “abstinencia” cuando excede los parámetros de éstos y cuando amerita su estudio por separado.

Un trastorno primario puede preceder al consumo de una sustancia, también puede producirse tras un período de abstinencia considerable.

Ya que en algunas sustancias los periodos de abstinencia se pueden presentar con cierto retraso, es posible que se presente esta alteración hasta cuatro semanas después de haber consumido. Otra característica a considerar son los síntomas atípicos en un trastorno primario, es decir, cuando se presenta fuera de los límites de la normalidad en el comportamiento de un individuo.

8. **Trastorno de ansiedad:** Su principal característica es la manifestación de síntomas predominantes de ansiedad secundarios a los efectos directos de una sustancia sobre el SNC. Éstos pueden aparecer a lo largo de la intoxicación o de la abstinencia y suelen incluir ansiedad predominante, crisis de angustia, fobias y obsesiones o compulsiones.

Así como en casos anteriores, no se debe efectuar este diagnóstico si los síntomas aparecen exclusivamente durante la fase de delirium.

Para ser diagnosticado, debe ser considerado de manera aislada de la intoxicación y la abstinencia y sus síntomas deben ser tan graves que requiera atención clínica independiente. Se ha documentado este trastorno en casos de consumo de cafeína.

Es importante diferenciar el que es inducido por sustancias del trastorno de ansiedad primario, siendo sus diferencias a partir del inicio, curso y demás factores. Así como debe haber una documentación de intoxicación o de abstinencia ya sea a partir de pruebas físicas o de laboratorio.

De igual manera, se deberá tomar en cuenta que en algunas sustancias se presenta con retraso el síndrome de abstinencia, por lo que es necesario considerar un período de hasta cuatro semanas para la aparición de síntomas

después del abandono de la sustancia.

9. **Trastornos sexuales:** Se caracteriza por la alteración clínicamente significativa en el ciclo de respuesta sexual, como el deseo, la excitación, el orgasmo o la presencia de dolor durante las relaciones sexuales.

Se considera que los efectos de una sustancia afectan en su totalidad cuando no se presenta un trastorno sexual primario.

Por lo general, presenta su inicio durante la intoxicación por alcohol, anfetaminas, metilfenidato, cocaína, opiáceos y sedantes.

Este diagnóstico se considera cuando los síntomas rebasan a los que se relacionan con la intoxicación y son lo suficientemente graves como para necesitar atención clínica.

Se diferencian el inducido por sustancias del primario a partir del inicio y el curso clínico.

Se producen exclusivamente asociados al consumo de una sustancia, mientras que los segundos, pueden aparecer antes del consumo o durante la abstinencia.

10. **Trastornos del sueño:** Son alteraciones del sueño lo suficientemente graves como para merecer atención clínica independiente y se relacionan directamente al consumo de una sustancia.

Las alteraciones suelen ser: insomnio, hipersomnia, parasomnia o mixtos. Siendo las dos primeras las más comunes, la siguiente es la menos frecuente y la última aparece cuando se asocia a otras alteraciones del sueño simultáneas.

Sus síntomas provocan malestar en las áreas laboral, social y demás áreas importantes.

A partir del inicio y del curso del trastorno es que se pueden diferenciar el trastorno inducido por sustancias del trastorno primario, en donde se deberá de distinguir si los síntomas suceden al consumo de sustancias o si se asocian con eventos previos.

Cuando es inducido por sustancias, el trastorno aparece durante la intoxicación o la abstinencia, mientras que los trastornos primarios de sueño aparecen precediendo al inicio del consumo o durante períodos de abstinencia

prolongados.

Es importante considerar la naturaleza de las sustancias, ya que pueden provocar períodos de abstinencia prolongados de hasta cuatro semanas de abandono de consumo.

Otro dato a observar es la aparición de características atípicas en el individuo.

El diagnóstico de trastorno de sueño primario se establece a partir de los siguientes puntos: a) cuando los síntomas persisten después de cuatro semanas de haber remitido la fase aguda de intoxicación o abstinencia; b) cuando los síntomas exceden claramente los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo de sustancia, la dosis, la cantidad o la duración de consumo; y c) cuando hay previamente una historia de trastorno de sueño primario.

Es común que aparezca durante la intoxicación con alcohol, anfetaminas y sustancias similares, cafeína, cocaína opiáceos y sedantes. A excepción de la cafeína, las anteriores son capaces de producir trastornos de sueño durante la abstinencia.

Estos trastornos producen registros EEG determinados, que son específicos, pero no diagnósticos y se relacionan con el estadio de uso ya sea en intoxicación, en consumo crónico o en abstinencia.

Ante estas características, Lara y Medina (2006) llegan a las siguientes conclusiones:

1. Es necesario demostrar que el trastorno se asocia al consumo.
2. Los síntomas afectan al individuo en el funcionamiento normal de sus actividades cotidianas.
3. En el caso del *delirium*, demencia, trastornos amnésicos, psicóticos, de estado de ánimo, de ansiedad, sexual y del sueño, es necesario excluir otras causas de los síntomas.
4. Se puede establecer una jerarquía para el diagnóstico de estos trastornos:
 - a. La intoxicación y la abstinencia son los preeminentes.
 - b. Cuando los síntomas cognoscitivos son superiores a la

intoxicación y la abstinencia, se diagnostica el *delirium*.

- c. Cuando la intoxicación, la abstinencia y el *delirium*, son persistentes y rebasados en lo que respecta a los síntomas, se considera a los demás trastornos.

Por último, es importante considerar una aproximación relevante, la de Cancrini (1982), que desde el enfoque sistémico y psicoanalítico nos habla de cuatro diferentes grados en el diagnóstico:

"A.- Traumática: variante de la normalidad, subsiguiente a pérdidas generadoras de duelos de difícil elaboración.

B.- Neurótica: cobertura sintomática de una "neurosis actual", que atrae la atención de unos padres en conflicto y les sirve de regulador homeostático.

C.- De transición: compensa rasgos de personalidad inmadura, fundamentalmente de tipo límite.

D.- Sociopática: correspondiente a personalidades antisociales y a familias gravemente desestructuradas." (Linares, 2013. Pág, 190)

La terminología asociada a las adicciones es significativamente amplia y varía según la perspectiva del autor y su postura teórica, en donde encontramos una serie de factores detonantes que van desde la relación con la madre en el caso de psicoanálisis hasta la mera búsqueda de placer, distorsionando, transformando o confundiendo ésta con la búsqueda de la muerte.

Las diferencias en la apreciación que tiene cada una de las posturas varían en la manera de describir o establecer el origen en el consumo, los factores detonantes y los que mantienen la conducta adictiva.

En la perspectiva psicoanalítica se le da una especial importancia a la relación madre-hijo, para la cognitiva conductual es importante los factores que refuerzan pensamientos de gratificación y de inseguridad que detonan el consumo en la búsqueda de un reforzamiento positivo, por otro lado, desde la perspectiva de la Logoterapia de Frankl, observamos que el concepto de "Sentido de Vida" influye desde las razones por las cuales un individuo comienza a consumir, hasta aquello que hace que se mantenga el consumo, en donde, más allá de las

características químicas y efectos fisiológicos que mantengan el consumo, lo relevante es la escala de valores y prioridades que el individuo ha introyectado y que le dan sentido a su propio consumo.

La manera en como cada una de las diferentes perspectivas entiende el fenómeno de la adicción determina la forma de intervención, de tal manera, que mientras una hace un mayor énfasis hacia el pasado lejano del individuo, atribuyendo a la infancia factores determinantes en la adquisición y mantenimiento de la adicción, así como los significados que tiene para éste el consumo, otras observarán los factores más inmediatos, los fisiológicos y hasta los sociales.

A pesar de las diferencias en los enfoques, existen coincidencias en el hecho de que la infancia y la juventud son etapas determinantes en la adquisición y permanencia de una adicción, de igual manera, en que la adicción, al ser un fenómeno multifactorial, es provocado por más de una razón y afecta de manera múltiple al individuo, en las esferas física, psicológica y social, por lo que deben atenderse simultáneamente, las diferencias de énfasis en alguna dependerán del enfoque del profesional.

Por otro lado, y de acuerdo a la visión de Edwards para la OMS, hay tres señales significativas para detectar la dependencia, que son:

1. La obligación de la conducta
2. La pérdida de control
3. Los signos de abstinencia.

Los cuales son indicadores o señales de alerta que nos advierten sobre la presencia de un caso de adicción. En todo caso, por encima de las grandes diferencias y similitudes que podemos hallar en las distintas posturas teóricas, como lo mencionan Iraurgi et al. (2006), “un diagnóstico de dependencia en la práctica diaria se realiza cuando un usuario acude a la consulta, voluntaria o involuntariamente, y nos dice: «vengo a dejarlo»”. (pág. 152)

CLASIFICACIÓN DE SUSTANCIAS

A lo largo del tiempo, se ha buscado clasificar las sustancias de consumo para poder ejercer un cierto control en su manejo. Ésta búsqueda ha traído como resultado el darnos cuenta que hay muchas perspectivas hacia cada una de las sustancias y, por lo tanto, varios parámetros de clasificación.

De manera cotidiana, solemos referirnos a tres tipos de sustancias: depresores, estimulantes y alucinógenos; en ésta, se hace referencia al efecto que la sustancia tiene en el Sistema Nervioso Central (SNC), sin embargo, tal clasificación deja de contemplar aspectos importantes como el valor sociológico que puede tener en una comunidad determinada, la situación legal de la sustancia o el origen químico.

Ruiz y Doncel (2005) nos ofrecen un recuento de las diversas clasificaciones que se han tomado en cuenta para las sustancias a partir de ocho criterios principales, expuestos en las Tablas 12 a la 18:

1) Por antigüedad

<p>a) Clásicas Utilizadas desde la antigüedad.</p>	<p>Hongos alucinógenos, peyote, marihuana, tabaco</p>
<p>b) Modernas Utilizadas recientemente. Aproximadamente dos siglos a la fecha.</p>	<p>Drogas de diseño, cocaína, heroína.</p>

Tabla 12. Clasificación de sustancias según su antigüedad.

2) Por su acción bioquímica y metabólica

<p>A este respecto, Ruiz y Doncel (2005) nos mencionan que se han hecho intentos por llegar a una clasificación pero que ha habido mayores dificultades que con las demás clasificaciones para concretar en conceptos precisos, ya que depende de cinco factores principales.</p>	1. Producto utilizado.
	2. Dosis utilizada (cantidad y calidad de la sustancia).
	3. Vía de administración (Vía endovenosa es más potente que la vía nasal u oral).
	4. Tiempo en que se lleva consumiendo la sustancia.
	5. Si ha habido mezcla con otras sustancias

Tabla 13. Clasificación de sustancias según su acción bioquímica y metabólica.

3) Por su origen

<p>a) Naturales Se consumen tal y como se obtienen de la naturaleza, sin modificaciones químicas relevantes.</p>	<p>Tabaco, marihuana, hongos alucinógenos, peyote.</p>
<p>b) Semisintéticas Son creadas a partir de sustancias de origen natural y transformadas o extraídas a partir de procesos químicos en un laboratorio.</p>	<p>Heroína, cocaína, alcohol</p>
<p>c) Sintéticas Son creadas en laboratorios a partir de la manipulación química de sustancias artificiales.</p>	<p>Anfetaminas, metanfetaminas, barbitúricos.</p>

Tabla 14. Clasificación de sustancias a partir de su origen.

4) Por la situación sociológica (según la cultura de procedencia)

Institucionalizadas	Alcohol, tabaco, se consumen en espacios determinados y de manera legal, sólo un sector de la población determinado por ley.
No institucionalizadas	Marihuana, cocaína, está prohibido su uso y distribución. Según el país, el consumo y/o venta está penado desde multa y cárcel, hasta la pena capital.

Tabla 15. Clasificación de sustancias a partir de su cultura de procedencia.

5) Motivación.

Aumentan rendimiento	Tabaco, Cocaína, Azúcar, Taurina
Disminuyen estrés/ansiedad (ritmo vital)	Marihuana, heroína, morfina
Espiritualidad	Hongos alucinógenos, Peyote, LSD.
Evasión/Diversión	MDMA, LSD, Alcohol, Marihuana
Curiosidad	Tabaco, Marihuana, Alcohol.

Tabla 16. Clasificación de sustancias a partir de los motivos de consumo.

6) Según la estructura química

Martínez, (2000) nos menciona que han habido problemas para realizar una clasificación precisa por dos razones principales: 1) se desconoce la estructura química de muchas sustancias y 2) Muchas sustancias se encuentran en situaciones paradójicas, en donde dos sustancias tienen estructuras similares, pero efectos contrarios, como los casos de el LSD y la serotonina, la morfina y la nalorfina, o las hidantoínas y los barbitúricos. Y, por el contrario, existen sustancias con una estructura distinta, pero que tienen efectos similares, por lo que recomiendan ser prudentes cuando se trata de esta clasificación. (pág 65).

7) Drogas duras y blandas. Según su peligrosidad (Cameron, 1975) OMS

Más Peligrosidad	Las que crean dependencia física
	Las que crean dependencia con mayor rapidez
	Las que poseen mayor toxicidad
Menos Peligrosidad	Las que crean dependencia sólo psicológica
	Las que crean dependencia con menor rapidez
	Las que poseen menor toxicidad.
Cuatro Grados de peligrosidad según OMS	Grupo 1. Opio y derivados: Morfina, Heroína, Metadona.
	Grupo 2. Barbitúricos y alcohol.
	Grupo 3. Coca, cocaína, anfetaminas y derivados.
	Grupo 4. LSD, Cannabis y derivados, mezcalina.

Tabla 17. Clasificación de sustancias a partir de su peligrosidad. (Cameron, 1975).

8) Según sus efectos sobre el comportamiento

Lewin (1924)	Euphorica: sustancias calmantes.
	Phantastica: sustancias embriagantes.
	Hypnótica: sustancias narcóticas en sentido estricto.
	Excitantia: sustancias estimulantes del psiquismo.

Tabla 18.1. Clasificación de sustancias a partir de sus efectos en el comportamiento según Lewin, 1924.

Isbell (1959) Según el tipo de dependencia.	Psicosocial y física	Opio y derivados	Morfina
			Heroína
			Metadona
			Pentatozina
		Alcohol	
		Barbitúricos	
	Anfetaminas		
	Sólo Psicosocial	Derivados del cannabis	Marihuana
			Hachís
		Coca y cocaína	
LSD Mescalina, etc.			

Tabla 18.2. Clasificación de sustancias a partir de sus efectos en el comportamiento y el tipo de dependencia según Isbell (1959).

Delay (1961). Definición de <i>Tonus</i> Psicológico.	Psicolépticos (baja tonus) inhiben el funcionamiento del sistema nervioso central
	Psicoanalépticos (Aumenta tonus) producen una activación general del sistema nervioso central
	Psicodislépticos (desvían el tonus) Producen un estado de conciencia alterado, deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial

Tabla 18.3. Clasificación de sustancias a partir de sus efectos en el comportamiento y el Tonus Psicológico según Delay(1961).

Chalout (1971)	Depresores del SNC	Alcohol		
		Hipnóticos	Barbitúricos	De acción ultracorta: Tiopental
				De acción corta: Pentobarbital
				De acción intermedia: Amobarbital
				De acción prolongada: Fenobarbital.
			No barbitúricos	Glutetimida
				Metripilón
		Metaqualona		
		Ansiolíticos	Clordiazepóxido	
			Diazepam	
			Meprobramato	
		Analgésicos narcóticos	Opio y derivados naturales y semisintéticos	Morfina
				Codeína
				Heroína
			Narcóticos sintéticos	Meperidina
				Metadona
Pentazocina				
Oxicodona				
Antipsicóticos (tranquilizantes mayores)	Levopromacina			
	Clorpromacina			
	Trifluoperacina			
Otros: Bromuros y antihistamínicos				

Tabla 18.4.1. Clasificación de sustancias a partir de sus efectos en el comportamiento y el tipo de sustancia según Chalout (1971). Depresores del Sistema nervioso central.

Chalout (1971)	Estimulantes del SNC	Estimulantes de la vigilancia	Estimulantes mayores	Anfetaminas: Dextroanfetamina Anfetamina Metanfetamina	
				Anorexígenos no anfetamínicos: Fenmetracina Dietilpropión HCL	
				Cocaína	
			Estimulantes menores	Cafeína y otras Xantinas (té)	
				Nicotina	
			Otros	Sulfato de estricnina	
				Clorhidrato de metilfenidato	
				Aminas simpáticomiméticas: efedrina	
			Estimulantes del humor	IMAO (inhibidores monoamino oxidosa)	Fenelcina
		Tranilcipromina			
		Tricíclicos		Imipramina	
				Desimipramina	
		Amitriptilina			

Tabla 18.4.2 Clasificación de sustancias a partir de sus efectos en el comportamiento y el tipo de sustancia según Chalout (1971). Estimulantes del Sistema nervioso central.

Chalout (1971)	Perturbadores del SNC	Alucinógenos	LSD	
			Mescalina	
			Psilocibina	
			PCP	
			DOM	
			STP	
		Derivados del cannabis	Marihuana	
			Hachís	
			THC	
		Disolventes volátiles	Colas	
			Esencias	Nafta
				Bencina
			Disolventes	Acetona
				Acetatos alifáticos
				Toluenos
		Anticolinérgicos. Alcaloides de la Belladona	Atropinas	
			Escopolamina	
			Hiosciamina	
			Productos Sintéticos	Senil
				Ditrán
		Otros	MDA	
Nuez moscada				

Tabla 18.4.3 Clasificación de sustancias a partir de sus efectos en el comportamiento y el tipo de sustancia según Chalout (1971). Perturbadores del Sistema nervioso central.

Después de la revisión sobre las sustancias, podemos observar que no hay una droga, sino muchas, y que éstas son susceptibles de ser observadas desde distintas perspectivas.

El observarlas de esta manera, nos puede ayudar a comprender la relación que existe entre el consumidor y la sustancia, la cual la consideramos determinante en la adquisición de una dependencia o adicción.

Conocer las diferentes formas de clasificación nos arroja diferentes datos que van desde las costumbres y creencias de una sociedad determinada, hasta los riesgos químicos a los que se expone un consumidor.

Por un lado, tenemos una serie de sustancias de origen natural, que pertenecen al entorno de pueblos ancestrales, en donde son utilizadas dentro de ceremonias ya sea de carácter espiritual, religioso o curativo, llama la atención que en estos casos no son utilizadas con fines recreativos, sino que, por el contrario, su uso es reservado a personas con un cierto rango dentro de estas comunidades, como es el caso de chamanes, sacerdotes o quienes se encargan de atender las enfermedades y/o malestares en una comunidad determinada, en estos casos no encontramos documentación que nos refieran a casos de adicción.

Por otro, tenemos una serie de contextos hoy en día en donde las sustancias son utilizadas de manera meramente recreativa, muchas de ellas son de origen artificial ubicadas en un entorno superficial y festivo, o bien, en entornos de duelo y/o autodestrucción, en donde el uso de las sustancias está determinado muchas veces por las exigencias del entorno.

En ambos casos, el uso de las sustancias es significativamente importante, ya que se le ofrece al consumidor una promesa de solución de problemas, ya sea para resolver, para evadir o para intensificar la percepción sensorial. El tipo de sustancia nos da indicadores sobre la personalidad del usuario y de las razones de su consumo, mientras unos buscan un momento de descanso, otros buscarán un mayor rendimiento o en otros casos, un contacto con lo espiritual, en los términos que cada uno lo conciba.

De ahí, consideramos que las razones por las que alguien prefiera una sustancia, pueden estar relacionada a las motivaciones para dejar de hacerlo y

comenzar con un proceso de rehabilitación o, como lo llama Cañas (2004), *rehumanización*, en donde la persona reconstruye el contacto hacia su propia humanidad (emociones, sentimientos, prioridades), alejándose de todo aquello que le impida entrar en contacto.

Dichos procesos se abordarán en el siguiente capítulo desde diversas perspectivas, con la finalidad de tener un panorama amplio sobre las principales metodologías y maneras de abordar y percibir el fenómeno de la adicción.

FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN Y DISTINTAS FORMAS DE INTERVENCIÓN. DIFERENTES PERSPECTIVAS HACIA UN MISMO PROBLEMA

A lo largo de la historia, la problemática de las adicciones ha sido abordada desde diferentes perspectivas como la medicina, la psiquiatría, la psicología, la sociología y la antropología, entre otras. Al ser una condición que afecta de manera evidente la salud física de las personas, la primera ha sido quien más ha dedicado estudios e intervenciones al respecto, integrándose, al paso del tiempo, las demás disciplinas.

En ocasiones, las diversas posturas han llegado a contradecirse en lo que se refiere al tratamiento en el proceso de rehabilitación, sin embargo, en los casos más afortunados, han podido complementarse en beneficio del dependiente.

La adicción es una condición con una etiología multifactorial, en donde se pueden observar una serie de situaciones que, al sumarse, dan como resultado el que un individuo desarrolle la necesidad compulsiva por el consumo de una sustancia o de una conducta, perdiendo el control y la voluntad, haciendo girar su mundo alrededor de lo que Cañas (2004) llama “su objeto de deseo adictivo” (pág. 20).

En la presente sección tomaremos en cuenta tres momentos importantes en el abordaje de la adicción: Por una parte, los factores de riesgo, en donde revisaremos *a grosso modo* algunas de las principales causas por las se puede adquirir una determinada adicción, cuáles son los momentos críticos en la vida de las personas, en donde hay una mayor vulnerabilidad y los puntos en los que coinciden algunas posturas teóricas; en un segundo momento, veremos cómo algunos marcos teóricos han creado formas de intervención terapéutica como son: los Alcohólicos Anónimos, la Logoterapia, el Psicoanálisis y la Cognitivo Conductual; y finalmente, algunas sugerencias de prevención que se plantean bajo las diversas perspectivas y que algunas se utilizan para el apoyo en la

educación básica.

5.1 Factores de riesgo

Adès y Lejoyeux (2003), Castro y Margain (2003), y Feldman (2008) coinciden en una serie de factores que intervienen en la adquisición de una dependencia. Haciendo notar que ciertas condiciones estresantes pueden ser detonadores. Cabe señalar que, si bien “todo joven se encuentra en riesgo de abusar de las drogas, también se puede decir que existen situaciones de gran estrés y trauma en las vidas de algunos de ellos que pueden incrementar su vulnerabilidad” (Feldman, pág. 25).

Castro y Margain (2003) llaman *climas proximales* a las características del entorno en que se desarrolla una persona que incluye el clima dentro del hogar, la escuela y/o el barrio, es decir, el grupo de personas y eventos que definen e impactan el medio que nos rodea. Estos *climas proximales* son considerados como factores de riesgo en la adquisición de una dependencia, en los cuales se consideran “la violencia, la venta de drogas, el consumo indebido de sustancias que afectan el sistema nervioso central, las conductas antisociales, las agresiones verbales y físicas entre adultos y/o entre menores y jóvenes” (pág. IX), es decir, todo tipo de ambientes que lleven a la persona a los límites de tolerancia, frustración y daño tanto físico como psíquico.

Feldman (2008), por su parte, también nos menciona que las situaciones generadoras de estrés o, como los llama, *estresores*, provocan dos tipos de traumas: Situacionales y Acumulativos, en donde los primeros son incontrollables e impredecibles, ya que son resultado de situaciones externas al individuo y no forman parte del desarrollo normal de un individuo, “como las guerras, la muerte, los desastres naturales o las rupturas familiares”, y por otro lado, los segundos, que vienen de la “acumulación de experiencias como el abuso emocional, físico o sexual o la persistencia de problemas familiares o escolares” (pág. 26), es decir, se relacionan con una serie de situaciones que paulatinamente van formando parte de la vida del individuo y éste se adapta a ellas a través de las herramientas que con el tiempo va desarrollando.

En este sentido, Feldman (2006) coincide con De Haro y Ayuso (2005), en el punto en donde ambos mencionan que el consumo comienza cuando el individuo busca curarse para poder sobrellevar una situación que le es insoportable. En palabras de estos autores: “El alcohol actúa como un anestésico para amortiguar los sentimientos violentos y desagradables que pesan sobre el Yo ... el consumo se produce en un intento de tratar una alteración persistente se cree que es placentero y alivia el estado de malestar” (de Haro y Ayuso, pág. 29). Y, por su parte, Feldman (2006) afirma que “La persona traumatizada que experimenta una emoción profunda e intolerable junto con un dolor psicológico profundo puede llegar a descubrir que unos tragos de alcohol, consumir cocaína, marihuana, benzodiazepinas u otra droga puede traerle un rápido bienestar” ... “de esta manera inician los intentos de automedicarse para manejar el malestar emocional, sin estar conscientes de que el bienestar será temporal y a un precio muy alto” (págs. 26 y 27).

Sin embargo, Castro y Margain (2003) también nos hacen notar que no sólo la búsqueda de aliviar el malestar puede ser un factor de riesgo sino que la experimentación de sustancias en sí misma es ya un factor de riesgo para la adquisición de una dependencia puesto que “el uso esporádico y experimental con drogas predispone hacia estilos de vida riesgosos” ya que ocurren en los ambientes relacionados con “el manejo de la sexualidad, de la agresión, del uso del tiempo libre y de ciertos actos antisociales” (pág IX), es decir, más que la sustancia por sí misma o un ambiente límite para la persona, el estilo de vida que se relaciona con la adquisición y venta de sustancias, también puede ser un factor para el establecimiento de una adicción.

Debido a que la adolescencia es una etapa de la vida en donde la persona se separa de los padres en la búsqueda de su individualidad y por lo tanto, trata de encontrar modelos a seguir distintos a los que ha tenido dentro del entorno familiar, es común que el joven viva constantemente con la sensación de ser vulnerable ante el medio que le rodee ya que requiere la reafirmación de los demás, principalmente de sus iguales. Lo que lo coloca en una posición frágil ante las demandas del medio, conformado por familia, amigos, escuela, barrio, pareja,

entre otros.

De igual manera, Adès y Lejoyeux (2003), afirman que que la adicción comienza en la persona “cuando se instala el sufrimiento del sujeto, de su entorno y el de la sociedad como consecuencia de una conducta que se vuelve perenne, a pesar de sus consecuencias negativas y cuyo control se ha perdido” (pág. 287).

Es decir, por encima de la cantidad o el tipo de sustancia o conducta a la que sea adicta la persona, es de una gran relevancia el significado que le puede dar a la relación contexto – sustancia – consumo, en donde el contexto y lo que éste significa para el usuario suele ser el principal detonador.

Si bien en un principio, lo que se busca es aliviar (o curar) un sufrimiento o una falta a través del consumo de una sustancia, pero ésta termina por volverse el centro de un problema aún mayor.

Feldman (2006) nos hace notar tres características que presentan las familias de adictos, que resume en de la siguiente manera: No confiar, No hablar y No sentir. La primera se da debido a que los problemas giran alrededor del consumo y de las sustancias, en donde se han roto promesas y no existe una interacción positiva y coherente. La segunda se da al existir dicha falta de confianza, los canales de comunicación se debilitan y se deja de hablar de las emociones y se pierden las vías para poder expresarse, hablar de lo que les sucede se convierte en un acto de traición potencial y los niños pierden la oportunidad de desarrollar sus habilidades de expresión. El no poder comunicarse con los demás genera una gran soledad y la creencia de que es inútil hablar de las emociones y “que si pueden bloquear sus emociones entonces el dolor desaparecerá” (pág. 27).

La tercera es producto de las dos anteriores, al no confiar ni hablar, las emociones se reprimen y dejan de liberarse, generando presión en el individuo y desencadenando otro tipo de problemáticas como “desórdenes de ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas, enojo, problemas para relacionarse, trastornos del sueño y de alimentación” (Feldman, 2006 op cit).

Para este momento, el individuo comienza a considerar a las drogas o el consumo como una opción de liberación, consuelo o cura, de ahí que también es

capaz de crear una serie de pensamientos que justifiquen el consumo sin sentirse del todo culpable. En palabras de Feldman (2006): el consumo funciona como un amortiguador para el dolor.

Otro de los factores importantes que nos señala Feldman (2006) es la depresión, la cual define como “una condición en la que el individuo se siente ausente, con una tristeza prolongada y, en muchas ocasiones, acompañado de pensamientos mórbidos” (pág 28). De igual manera, nos menciona que existen ciertos factores que determinan que el medio en el que se desenvuelve la persona puede ser un sistema facilitador o no y tiene los componentes mostrados en la Tabla 19:

Ideas	Es el componente cognitivo. Alimentado por la falta de información y las falsas creencias respecto al consumo de sustancias en donde no se sabe distinguir entre el abuso y la experimentación.
Actitudes	Se refiere a los prejuicios y estereotipos que se forma la persona alrededor del consumo. Estas, determinan la forma en que son percibidos los consumidores y, por consiguiente, el comportamiento de los demás hacia ellos.
Sentimientos	Si bien, el enfrentarnos a una persona que consume, nos provoca una serie de sentimientos negativos como enojo, miedo o preocupación, es importante hacer notar que la forma en cómo se expresan esos sentimientos afecta al usuario ya que percibirá un ambiente en donde se le juzgue, llevándolo a un mayor aislamiento o bien, actuar de manera defensiva.
Conductas	Las acciones que llevamos a cabo son, por lo general, la manifestación de las ideas, las actitudes y los sentimientos, por lo cual se refleja claramente la postura que tenemos hacia la sustancia, el consumo y el consumidor. Siendo las que más afectan aquellas que castigan y/o ignoran el problema, ya sea porque al castigarlo hacen del adicto un criminal al que someten a persecución, o bien, al ignorar, se delega la responsabilidad que uno podría tener, por ejemplo, como profesor en una escuela.

Tabla 19. Factores del medio que influyen en la adquisición de adicciones.

Así como los adultos o autoridades tienen un efecto en el adicto, de igual manera los compañeros en la escuela y, por consiguiente, los iguales, tienen una importancia relevante en la manera en cómo afectan como facilitadores en el consumo.

De la misma manera que lo hacen las autoridades y los allegados, Feldman (2006), nos hace ver cómo los compañeros en las escuelas también pueden actuar como facilitadores de consumo. Retomando las características expuestas anteriormente nos encontramos con Falsas creencias (Tabla 20.1), Actitudes (Tabla 20.2) y Conductas (Tabla 20.3), que pueden ser consideradas factores de riesgo y que se explican a continuación:

Falsas Creencias	Son creencias que suelen mantener los jóvenes y que se convierten en facilitadores en el consumo, tres ejemplos pueden ser: “- El alcohol no es una droga - El uso de las drogas y el alcohol es parte del desarrollo de todo adolescente. - El alcohol y otras drogas blandas no pueden ser dañinas.” (pág 33).
------------------	---

Tabla 20.1. Factores de Riesgo. Falsas Creencias que se tienen respecto al consumo de sustancias y que vulneran al individuo.

Actitudes	Se pueden encontrar de dos tipos, que son diametralmente opuestas. Por un lado, las que reprueban contundentemente el consumo, reprimiendo al usuario de tal manera que, en lugar de alejarlo, lo empujan hacia el consumo, como “Los alcohólicos no tienen fuerza de voluntad” o “¿Qué puedes esperar de un(a) adicto(a) como él/ella?”. Por el otro lado, están las que fomentan y premian constantemente el consumo, dándole un valor desproporcionado, haciendo que el consumidor crea que lo que hace es lo mejor para sí mismo, como “¡Mira cómo aguanta!, ¡es todo un hombre por su forma de beber!”.
-----------	--

Tabla 20.2 Factores de Riesgo. Actitudes a las que se puede enfrentar un individuo ante la negativa hacia el consumo.

Conductas	<p>Es la manera en cómo se expresan tanto las actitudes como las falsas creencias, pueden presentarse una, algunas o todas de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Negación: No aceptación del daño producido por el consumo. 2. Racionalización: Justificar el consumo con una serie de argumentos. 3. Culpar: Ubicar la responsabilidad de su consumo en factores externos u otras personas. 4. Minimizar: Observar el problema de consumo de manera disminuida a la realidad. 5. Aceptar la responsabilidad: Culpabilizarse por ocasionar el consumo de alguien más. 6. Evadir el problema: Mantener silencio sobre el problema del consumo, así como mantener el consumo en secreto. 7. Tratar de controlar: Llevar a cabo una vigilancia constante sobre el consumo de alguien más, incluso hasta darle sermones.
-----------	---

Tabla 20.3 Factores de Riesgo. Conductas que se pueden presentar ante el consumo.

Cañas (2004), por otra parte, sostiene la perspectiva de que la adicciones, más que un problema en sí mismo, son el reflejo de una crisis a nivel social, en donde al existir un malestar generalizado en varias esferas de la vida, el individuo permanece “en un estado de permanente insatisfacción existencial” (pág 41), en donde no se es capaz de superar las crisis que se presentan en la vida cotidiana, o bien, puede ser que dichas crisis rebasan la capacidad de asimilación del individuo, nos comenta el autor que, a través del consumo se trata de “encontrar una respuesta a las interrogantes y una satisfacción a sus expectativas a partir de percepciones vinculadas a su dependencia”. (pág. 42).

Es por esto que, desde la perspectiva antropológica existencial, observa a

la adicción como un síntoma y no como una enfermedad, ya que la considera el resultado de un proceso que viene de los problemas en las relaciones personales y espirituales. En este sentido, coincide con Lukas (2005) y la perspectiva de la Logoterapia de Víktor Frankl, en donde se afirma que lo que lleva al sujeto al consumo es la falta de Sentido de Vida, o como lo plantea con sus palabras: “ ... la primera causa que empuja a los jóvenes y adultos al mundo adictivo es la falta de claras y convincentes motivaciones de vida, la falta de puntos de referencia, el vacío de los valores, la convicción de que nada tiene sentido y que, por tanto, no vale la pena vivir, el sentimiento trágico y desolador de ser viajeros desconocidos en un universo absurdo que empuja a las huidas exasperadas y desesperadas.” (Cañas, 2004, pág 42).

Por su parte, Lukas (2005) afirma que la dependencia está sometida al valor que el individuo le otorgue y en la medida en que éste sea capaz de otorgarle a la causa del consumo o al consumo mismo es que podrá eventualmente liberarse de una determinada adicción.

Para concluir esta sección, podemos ubicar como factores de riesgo a aquellas condiciones que lleven a un individuo a vivir en un contexto constante de dolor y confusión, dándole como opciones de alivio el consumo de sustancias o de conductas que le ofrezcan la ilusión de haber resuelto o, por lo menos, enfrentado un determinado problema, el cual, debido a la ilusión de control o de evasión del problema, hacen creer al adicto que han solucionado o que por lo menos, el problema deja de existir por un tiempo determinado.

Tales condiciones que promueven el consumo pueden ser enumeradas de la siguiente manera:

1. Violencia en casa, en la escuela y/o en el barrio.
2. Depresión provocada por ansiedad, frustración, estrés, apatía y vacío en las vidas de los jóvenes y/o adultos.
3. Valores basados en la transgresión y el abuso.
4. Minimización de los efectos reales de las sustancias en el cuerpo.
5. Ambiente en donde ideas, actitudes, sentimientos y conductas faciliten el consumo, ya sea por medio de la persecución o, por el contrario, la

permisividad.

6. Las edades tempranas en el desarrollo (niñez a la adolescencia) son momentos importantes en la adquisición de una dependencia.

5.2. Distintas perspectivas teóricas en la intervención terapéutica.

Las adicciones han sido abordadas desde distintas perspectivas a través del tiempo, así como se ha podido observar en lo que a los factores de riesgo se refiere, los distintos marcos teóricos han buscado implementar formas de intervenir en este problema.

En este sentido, Souza y Machorro (2007), nos hacen un recuento de los principales modelos de atención terapéutica aplicados a las adicciones, que enumeran de la siguiente manera:

- (1) Aversivos
- (2) De destierro fisiológico
- (3) De sustitución con sustancias agonistas
- (4) De sustitución (misma sustancia en liberación prolongada)
- (5) Otros tratamientos biológicos (uso de naltrexona para el abuso del alcohol, antidepresivos tricíclicos o ISRS para el abuso de cocaína, o de anfebutamona o bupropión para la dependencia de la misma)
- (6) Modelo de ayuda mutua
- (7) Modelo Minnesota
- (8) Comunidad terapéutica
- (9) Modelo de control de consumo
- (10) Psicológico
- (11) Sociocultural
- (12) Psiquiátrico
- (13) Integral

De estos modelos, nos concentraremos en los que consideramos más relevantes, por ser las principales teorías psicológicas y modelos que han abordado la problemática de las adicciones.

5.2.1 Alcohólicos Anónimos

Creado en la década de los 30 por el doctor William Silkworth. Pertenece a las terapias de ayuda mutua. Estructurada a partir de un modelo de autoayuda, tiene como característica la ausencia de un terapeuta especializado en adicciones, en su lugar se cuenta con el acompañamiento de los mismos miembros de la asociación, en donde los más experimentados, llamados "padrinos", dan seguimiento y asistencia a los iniciados para conseguir el autocontrol necesario en el consumo del alcohol.

Basan su filosofía en dos fundamentos: Las Doce Tradiciones y los Doce Pasos, que son una serie de estructuras de autocontrol basadas en el reconocimiento de la condición de enfermo que tiene el adicto. A continuación, mostramos las Doce Tradiciones de A. A. tomado del Libro Grande y publicadas por primera vez en 1946:

- (1) Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A. A.
- (2) Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.
- (3) El único requisito para ser miembro de A. A. es querer dejar de beber.
- (4) Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a A.A., considerado como un todo.
- (5) Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
- (6) Un grupo de A. A. nunca debe respaldar, financiar, o prestar el nombre de A. A. a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
- (7) Todo grupo de A. A. debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a

recibir contribuciones de afuera.

- (8) A. A. nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
- (9) A. A. nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
- (10) A. A. no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
- (11) Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
- (12) El anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades. (Pág 163 -164).

Estas tradiciones definen la manera como el individuo se comportará dentro y fuera del grupo, ofreciendo estructura y pertenencia a quienes forman parte de la comunidad. A estas se suman los Doce Pasos, que son una serie de escalafones o momentos de desarrollo en la rehabilitación en donde el individuo comienza reconociendo tener un problema y cómo éste le afecta desde lo interno y subjetivo, hasta lo externo y objetivo.

En ambas partes, llama la atención el énfasis que se le da a lo espiritual y místico, utilizando este recurso como un apoyo moral en la rehabilitación del adicto y también como una especie de *evangelización*, sin llegar a ser evidentemente cristianizante, sino una forma de atraer al adicto.

De manera complementaria, en los Doce Pasos, el alcohólico o adicto, hace un constante autoexamen, que comienza por el reconocimiento de la existencia de su adicción y su incapacidad para enfrentarla y controlarla, hasta la difusión de la filosofía y la atención a otros adictos. Tales etapas son las siguientes:

- (1) Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- (2) Llegamos a creer que un Poder Superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.

- (3) Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
- (4) Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
- (5) Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza de nuestros defectos.
- (6) Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos.
- (7) Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
- (8) Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
- (9) Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
- (10) Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
- (11) Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
- (12) Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos. (pág. 92).

Un tercer elemento que se emplea es la presencia de la plegaria de la Serenidad, que reza: "Dios, concédeme Serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, Valor para cambiar las que sí puedo y Sabiduría para distinguir la diferencia." (pág. 91).

En estos tres elementos es posible observar que una serie de características importantes:

- a) Considerar al adicto como un individuo esclavizado y dependiente, incapaz para autorregularse y contener el impulso por consumir.
- b) Se consideran tanto a la sustancia como al consumo, dos entidades

con una mayor fortaleza que el individuo, por lo que el adicto se debe reconocer como un ser vulnerable ante estas.

- c) El mejor (por no decir el único) lugar de refugio es el Grupo de autoayuda al que se pertenece ante la necesidad de volver a consumir y el padrino (o madrina) se convierte en una especie de figura paterna (Ley) y materna (emocionalidad) que constantemente cuida y da seguimiento al adicto.

Este modelo, tiene como característica que, al considerar al alcoholismo una enfermedad incurable y carecer de un equipo terapéutico especializado, se puede dificultar la dirección de la rehabilitación ya que se basa únicamente en la contención y el reconocimiento del logro a corto plazo, que se intenta mantener a través de una *economía de fichas*, otorgándole al adicto una moneda a manera de medalla por cada determinado tiempo de abstinencia.

Sin embargo, nunca se habla de *dar de alta* a la persona, ya que la recaída es una constante a considerar en estos casos. Es decir, el adicto siempre será un adicto y sólo es posible contener el impulso del consumo, lo cual se logra a través de compartir experiencias en el Grupo al que uno pertenece.

Desafortunadamente, este modelo por sí solo pareciera que lejos ayudar al adicto, redirige la dependencia hacia el grupo y los padrinos, impidiéndole lograr una independencia plena.

Cabe señalar que, en lo que respecta al panorama nacional, Souza y Machorro (2007), nos comentan que tradicionalmente las adicciones han sido abordadas en un principio, a través del modelo de grupos de autoayuda, de manera independiente y sin respaldo oficial, con el paso del tiempo, el uso de este tipo de servicios ha continuado y se ha extendido.

5.2.2 Modelo Minnesota

Souza y Machorro (2007), nos muestran las principales características de este modelo, implementado desde 1950:

1. "Posibilidad de cambio en las creencias, actitudes y comportamientos de

los pacientes adictos a psicotrópicos.

2. El concepto de adicción como enfermedad.
3. Búsqueda de abstinencia de todo psicotrópico como meta del manejo y logro de mejores estilos de vida a través de la incorporación de los 12 pasos y las 12 tradiciones.
4. Abordaje multidisciplinario con fundamento en Alcohólicos Anónimos o Neuróticos Anónimos.
5. Participación activa de pacientes adictos en remisión como consejeros.
6. Plan terapéutico de modalidad residencial, manejo variable: 4 a 6 semanas (EUA), 6 a 8 semanas (Reino Unido).
7. Médicos y psicólogos sólo actúan como consejeros externos.
8. Está proscrita la farmacodependencia como tratamiento paralelo." (pág. 3)

5.2.3 Psicoanálisis

En el capítulo tercero de este escrito hemos abordado la manera en cómo el psicoanálisis define a la adicción y los factores psíquicos que se involucran en su adquisición. Cañas (2004) nos menciona el proceso de rehabilitación como un proceso de rehumanización, en donde el individuo ha perdido aquellas cualidades que nos definen como humanos como tener un propósito en la vida, poder relacionarse de manera sana consigo mismo, con las demás personas y con el entorno, así como con el mundo de los valores, siendo llevado a una realidad de soledad y con la creencia de ser incapaz de *dar vuelta atrás* y no necesitar del apoyo o la compañía de los demás. Es decir, que “todo tipo de adicciones presenta el denominador común de provocar en la persona enganchada una existencia de desencuentros y vacía de sentido” (Cañas, 2004, pág. 111).

En primer lugar, Cañas (2004) menciona que Kriz (1990) coincide con Adler cuando encuentra que hay un sentimiento o “complejo de inferioridad” en contraposición con el “afán de hacerse valer”, en donde la persona confronta su impotencia y debilidades con la necesidad de darse valor en la vida, lo cual se establece alrededor del cuarto o quinto año de vida, lo que Adler llamará “estilo de

vida". (pág, 222).

Este estilo de vida se compone de dos sistemas de referencia: uno primario y un secundario. El primero se desarrolla en la primera infancia, también llamado "el niño pequeño en nosotros" que tiene como características el ser "privado, subjetivo, prejudicativo, centrado en el sentimiento y dándole preferencia a los símbolos analógicos" (pág, 223), siendo la base de la conducta egoísta y la búsqueda de la superioridad personal. Por otra parte, el secundario se desarrolla a lo largo de la vida a partir de la socialización y la comunicación, a este sistema se le podría llamar, en contraposición, "el adulto entre nosotros" o bien "conciencia moral" ya que tiene como características ser "convencional, intersubjetivo, lógico y racional, valiéndose de símbolos digitales" siendo la base del sentimiento de comunidad.

En este sentido, la terapia Alderiana se basaría en la canalización del sentimiento de inferioridad que, en lugar de dirigirse hacia el consumo, el paciente sea capaz de transformarlo en "una fuerza impulsora para todo progreso y todo logro humano" (pág 223), a través de haber alcanzado sus errores, para realizar cambios en el estilo de vida destruyendo partes de la "lógica privada" que le han evitado encargarse de las responsabilidades.

Este enfoque hace un mayor énfasis en lo interpersonal que en lo intrapersonal, colocando a la persona en una situación social y cómo desarrolla actitudes en este medio.

Por otro lado, Cañas (2004) nos menciona que Carl Jung, centra su atención en la relación entre los arquetipos y los mitos para relacionarlos hacia la autorrealización y el crecimiento personal, más que en el mero síntoma. Siendo que tiene por objetivo perseguir "el proceso de individuación y la autoposesión de la persona, suponiendo que los síntomas patológicos provienen por haberse ajustado a un papel dado desde fuera" (Cañas, 2004, pág. 225), siendo importante una observación que hace Jung al decir que "aproximadamente una tercera parte de los casos que trato no sufren debido a una neurosis clínicamente definible, sino a causa de la falta de sentido y de propósito de sus vidas". (en Cañas, 2004 op. Cit.).

De igual manera, otro enfoque que consideramos relevante es el presentado por el Análisis Transaccional desarrollado por Berne, en donde implementa el *Guión de la Vida* en donde busca ayudar a la persona a restaurar o potenciar la posición existencial original, bajo el principio “si yo estoy bien, tú estás bien”.

Se basa en cuatro elementos básicos:

- a) posturas vitales básicas;
- b) adoctrinamientos;
- c) indicaciones y recetas de acción y
- d) modelos de conducta.

Principalmente, busca que el paciente sea capaz de elaborar las “posiciones vitales básicas, los sistemas y sentimientos extorsivos, así como los mensajes de guión que se recibieron como adoctrinamiento y que van ligados a aquellos, y los posteriores contramensajes, así como los juegos que de esto resulta.” (Kriz, 1990, citado por Cañas, 2004, pág 227).

Básicamente, el *Guión* es un plan de vida, en donde se incluyen aspectos inconscientes, preconscientes y conscientes, se establecen metas y estrategias para conseguir las. Se plantea que la persona adicta se guía a través de un Guión establecido, en donde se le prohíbe pensar, sentir, afrontar problemas o entrar en contacto con el propio cuerpo. Lo cual, lleva a la persona al Guión Hamártico o Guión de Final trágico, en donde el curso de la vida presenta una clara tendencia hacia la tragedia, es decir, la autodestrucción de la persona de manera irremediable. Cañas (2004), nos comenta que Martorelli (2001) sostiene que existe una conexión entre lo establecido en la infancia con lo que sucede en la adicción posteriormente, que es lo que mantendría a la adicción misma.

Por otro lado, existe también el Guión Trivial, en el cual la persona lleva una vida gris, guiada por la monotonía, pasando desapercibido, guiado por el aburrimiento y el tedio. En este caso nos encontramos con que ni se busca, ni se pide la tragedia, pero en la misma proporción se excluyen la autonomía y la amplitud de opciones. Este tipo de guión se manifiesta principalmente en la adolescencia, ya que es una época en donde la pertenencia a grupos, el prestigio, la conducta de oposición y el atractivo del peligro son comunes con los primeros

contactos con las drogas. (Cañas, 2004, pág 230). Recordemos que la adolescencia es uno de los períodos críticos por excelencia en la adquisición de las adicciones.

Podemos encontrar tres tipos de guiones:

1. **Guión Hamártico:** en donde la adicción es prácticamente seguro que suceda.
2. **Guión Trivial:** en donde, si bien, la persona no busca directa o indirectamente la autodestrucción, carece de las herramientas para poder defenderse, lo que lo coloca en un lugar de vulnerabilidad.
3. **Guión de Vida:** en donde se excluyen conductas autodestructivas y se poseen las herramientas necesarias para poder enfrentar los problemas que se presenten en la vida. Es decir, se cuenta con habilidades relacionadas con la resiliencia y el autoconocimiento, basados en la autonomía y la libertad de opciones, en este caso es poco probable que se presente la adicción.

Finalmente, Cañas (2004) nos aclara que esta aproximación carecería de efectividad en el caso de que tanto el terapeuta como la persona no “deciden trabajar sus guiones como objetivo terapéutico global, y si esto no se logra el trabajo sobre otros aspectos puntuales terminará también por ser ineficaz” (pág. 233).

5.2.4 Cognitivo Conductual

Dentro de esta perspectiva terapéutica, cabe señalar la revisión de Díaz, Ruiz y Villalobos (2012), en donde nos hacen referencia a lo planteado por Meichenbaum (1995), en donde se consideran tres generaciones en la terapia conductual, las cuales se distinguen a partir de tres metáforas: la metáfora del condicionamiento, la metáfora del procesamiento de la información y la metáfora de la narración constructiva.

La metáfora del condicionamiento. En ésta, convergen la tradición Skinneriana y la primera generación de teorías de la conducta. “A través de ella se explican y justifican las técnicas de condicionamiento encubierto desarrolladas por

Cautela (1967), o la técnica de Parada de pensamiento (Mahoney, 1974).” (Díaz et al, 2012, pág, 71). Desde esta perspectiva se considera al pensamiento como “un conjunto de autoenunciados encubiertos que pueden verse influidos por las mismas leyes del condicionamiento que controlan la conducta manifiesta” (op. cit.). Dentro de las técnicas empleadas en esta generación, se pueden mencionar el Entrenamiento en Autoinstrucciones, la Inoculación de Estrés, la Solución de Problemas y manejo de situaciones, éstas últimas consideradas dentro de la segunda generación en técnicas conductuales.

La metáfora del procesamiento de información. Perteneciente a la segunda generación, observa a la mente humana como si fuera una máquina especializada en el almacenamiento y procesamiento de información, la cual viene siempre del exterior y la manera de entender la realidad dependerá del sujeto. Esta forma de terapia se basa en las terapias de reestructuración cognitiva, como la Terapia Cognitiva de Beck o la Terapia Racional Emotiva de Ellis. Desde esta perspectiva, el funcionamiento cognitivo se entiende a través de procesos como “codificación, decodificación, almacenamiento, recuerdo, procesamiento atencional, sesgos atribucionales o mecanismos de distorsión, entre otros” (Díaz et al, op cit, pág 71). En este sentido, la realidad, considerada como algo aparte de la persona, es entendida de una manera distorsionada por el sujeto cuando éste presenta problemas emocionales.

En tercer lugar, **la metáfora de la narración constructiva** (Meichenbaum, 1995b), reúne las distintas terapias cognitivas constructivistas, perteneciendo a la tercera generación. Bajo esta perspectiva se considera que el individuo es quien crea su propia realidad, en lugar de distorsionarla. Es decir, “no existe una realidad objetiva al margen de nuestros procesos de conocimiento”, sino que ésta es “producto de los significados particulares que crean los individuos” y en este sentido, el trabajo del terapeuta se centrará en “guiar al paciente y ayudarlo a ser consciente de cómo crea su realidad y de las consecuencias de esa construcción” (Díaz et al, op. Cit.), y de la misma manera, le ayudará a construir una realidad que le permita afrontar dificultades, circunstancias y llevar a cabo los cambios necesarios cuando la situación lo amerite.

De igual forma, Cañas (2004) nos hace referencia a la efectividad de la Terapia Racional Emotiva de Ellis, que a partir de su esquema A – B – C, explica cómo es que se lleva a cabo el proceso de pensamientos irracionales que llevan a la persona a presentar problemas emocionales, en donde A representa los eventos que vive el sujeto, B es una “charla interna” que tiene el sujeto consigo mismo y su sistema de valores y C son las consecuencias emocionales. El trabajo del terapeuta se centraría en la parte B, que es en donde Ellis ubica los pensamientos irracionales y su método se basa en confrontar pensamientos a partir de preguntas que guíen al paciente a “darse cuenta” del valor de sus mismos pensamientos. (Cañas, 2004, pág, 240).

Es importante mencionar que ambos autores (Cañas, 2004 y Díaz et al 2012) consideran este tipo de aproximación dentro de las más efectivas en el tratamiento para las adicciones, desórdenes alimenticios y conductas similares. Llama la atención, también, la puntualidad de Cañas al citar a Kriz (1990) al calificarla como “una terapia eficaz y pragmática como alternativa al psicoanálisis, pero sin caer en el marcado dogmatismo conductista de la temprana terapia de la conducta” (pág, 241).

De igual manera, Cañas (2004), nos hace referencia a algunas técnicas empleadas desde la perspectiva conductual: la desensibilización sistemática de Wolpe, con sus variantes como el entrenamiento asertivo (*assertive training*) y el entrenamiento en competencias o habilidades sociales; el aprendizaje social de Bandura o la terapia multimodal (BASIC ID) o eclecticismo técnico de Lazarus. (238, 239).

Sin embargo, también existen objeciones a esta aproximación, Díaz et al (2012) mencionan cuatro en donde la precisión de los datos obtenidos son el punto nodal de las implicaciones:

1. “Falta de definición e imprecisión en los términos utilizados desde el propio enfoque cognitivo.
2. Sustentación deficiente en los conocimientos provenientes de la psicología cognitiva, para lo que citan a Seligman (1988).
3. Falta de datos sobre la existencia de cambios cognitivos reales en las

estructuras, procesos y contenidos después de las terapias cognitivas.

4. Dificultades metodológicas derivadas de la evaluación de las cogniciones y de los cambios producidos mediante procedimientos cognitivos” (pág 74).

A este respecto, será importante hacer notar que, tal como lo mencionan las autoras, el hecho de recibir críticas, no denota necesariamente una falta de efectividad, debiéndose poner atención a las aportaciones que han dado las terapias cognitivas a las técnicas conductuales.

5.2.5 Logoterapia

Desarrollada por el Psiquiatra Viktor Frankl a raíz de sus experiencias como prisionero en los campos de concentración de Auschwitz y Dachau de 1942 a 1945. Se basa principalmente en el concepto de “vacío existencial” que lleva a la “búsqueda del sentido de vida” (Cañas, 2004, pág. 256).

Dentro de esta aproximación, se considera que el individuo posee tres dimensiones: la biológica, la psicológica o anímica y la espiritual, cada una de estas se refiere a esferas distintas que conforman a la persona, la primera engloba las funciones corporales y la reproducción; la segunda, se relaciona con “los instintos y condicionamientos, las sensaciones y los sentimientos o estados anímicos”; y la tercera está conformada por las “voliciones, decisiones y actitudes” (Cañas, 2004, pág. 258).

Cañas (2004) nos hace notar la definición de Noblejas (1995) apuntando que “la logoterapia es una escuela terapéutica y de orientación que deriva de una imagen analítico–existencial del hombre y del mundo y se centra en la respuesta a la pregunta sobre el sentido de la vida de un ser humano. Los elementos del sistema logoterapéutico comprenden una visión antropológica y del mundo, una teoría de las neurosis y una terapia de las neurosis”.

Dentro de esta perspectiva, Lukas (2005), nos menciona que la intervención desde esta perspectiva se basa en tres principios:

1. **Ayuda para encontrar un sentido en la vida:**

Se refiere a que el sentido “no se puede (ni debe) dar”. Es decir, Este principio se encuentra de manera inherente en la persona, ya que es aquello que le impulsa a seguir vivo, se refleja principalmente en las capacidades que se posee para “realizarse y hacer que el mundo personal y social sea un poco mejor, más claro y filantrópico” (pág. 15).

Dicho sentido está presente tanto en lo positivo como en lo negativo de la persona y es por ello que el autoconocimiento es una de las herramientas de mayor utilidad en esta perspectiva, así como el sentido de realidad, en contraposición con el sentido irreal o artificial que provee la adicción. Es decir, se procura que la persona mantenga un constante contacto con la realidad en lo que respecta a sentimientos, valores, pérdidas y ganancias, aprendiendo a diferenciar ambas visiones de aquello que le rodea.

2. **Ayuda a encontrar decisiones llenas de sentido:**

En este punto, nos menciona Lukas (2004) que es necesario poseer vitalidad y fuerza de voluntad para poder llevar a cabo la toma de decisiones, lo cual tiende a ser vulnerado en el desarrollo de las enfermedades psíquicas, de esta manera, nos menciona que “el no puedo y el no quiero no se distinguen” (pág. 19). Es decir, en los criterios de la persona adicta se ha tergiversado aquello de lo que es capaz de realizar y lo que uno desea, de tal manera, que la toma de decisiones está dirigida más por un deseo irracional que por la reflexión y la fuerza de voluntad.

Ante esto, la autora nos menciona que, si bien es posible controlar de manera voluntaria la tendencia hacia la adicción, dicha capacidad de voluntad es debilitada paulatinamente si se cede continuamente a ella. Cabe señalar que este efecto también sucede en sentido opuesto, en donde a partir de la desintoxicación, la capacidad de control se regenera paulatinamente a partir del abandono del uso de sustancias. De esta manera, se pretende buscar un pensamiento en donde haya una línea coherente entre lo que se desea y lo que se hace.

3. Ayuda a mantener las decisiones llenas de sentido.

Aunado al punto anterior, Lukas nos menciona la importancia que tiene no solo el hecho de tomar una decisión, sino que esta decisión tenga una razón lo suficientemente poderosa como para mantenerse firme o, de lo contrario, corre el peligro de no trascender o, incluso, convertirse en un factor de riesgo. Por lo que se considera importante el mantener las decisiones llenas de sentido, esto significa “animar al paciente a que vea los inconvenientes relacionados con su decisión como un precio que hay que pagar por los valores para los que sirve dicha decisión”. De esta manera, lograr sentirse satisfecho con los logros, manteniéndose sereno a pesar de los problemas que se puedan encontrar en el proceso.

5.3 Prevención.

Cañas (2004) nos señala que, desde la pedagogía, el fenómeno de la adicción puede ser visto desde dos perspectivas, por un lado, desde la cultura de la prevención y por otro, desde lo que él llama la *rehumanización*, que es un proceso análogo a la rehabilitación, con la diferencia de dar un énfasis a la condición humana del paciente.

En lo que respecta a la prevención, comenta que ésta debería ser vista como una *educación rehumanizadora*, dirigida principalmente desde tres vías: los padres, los profesores y los terapeutas, sin embargo, señala el autor, al renovarse la pedagogía en las últimas décadas, se ha tendido a una "pedagogía no directiva, renunciando de facto a ser transmisora de valores éticos como forma educativa demasiado constrictiva y demasiado unida al sistema educativo precedente, cuyo objetivo fue sobre todo «evitar hacer sufrir» y no influir en las opciones del niño para respetar su libertad" (pág. 270), se ha encontrado con mayores índices en adicciones al hallar personas que han sido abandonadas a su suerte, sin la guía de sus educadores naturales (padres y maestros), debido a que dichas formas pedagógicas, al generar dudas en el educador, ya sea padre o maestro, también generan temor de contrariar a los hijos y a los alumnos, en el afán de no intervenir

de manera excesiva en su desarrollo. (pág, 270).

Haciendo un énfasis en el hecho de que *prevención* viene de *prever* y esto implica "*ver con anticipación*", se hace la puntualización de que para que la prevención sea efectiva debería incluirse la acción simultánea en los tres sistemas básicos de la vida (escolar, familiar y social), de otra forma se podrá "tener resultados puntuales, pero sin alcanzar un estatuto de rehumanización realmente definitivo" (pág 271).

La prevención debe ligarse a la educación formal, buscando que esta sea un "conjunto de estrategias que tienden a anticiparse a sucesos deshumanizantes y deshumanizadores" (pág. 271).

Mientras tanto, Feldman (2008), nos señala la importancia de llevar a cabo la prevención desde el ámbito escolar de nivel básico (primaria y secundaria), en donde ubica una serie de aspectos que hay que tomar en cuenta en este grupo social, el cual considera también como de riesgo, por la necesidad que presenta en la realización de factores como la identidad y la pertenencia.

La autora nos señala que, en una educación basada en la prevención, el enseñante debería tomar como referencias o como puntos centrales los siguientes aspectos:

1. Escucha activa.

Este aspecto, junto a la comunicación asertiva, son las dos partes fundamentales en el proceso de comunicación. Se refiere a la capacidad empática que tiene el escucha no sólo para darse cuenta del mensaje enviado por vía verbal por parte del demandante, sino también de lo que es capaz de decir a través del lenguaje corporal. Señala de manera importante que la retroalimentación es una herramienta valiosa en el proceso de la comunicación, ya que facilita que el alumno pueda expresarse de manera efectiva. Es decir, quien escucha debe ser un facilitador en el proceso de comunicación, en donde es de suma importancia comprender el proceso emocional por el que pasa la persona con quien se está hablando, sin dominar la plática, por el contrario, motivándolo a que se exprese plenamente.

2. Establecimiento de límites.

La delimitación de fronteras entre nosotros y el medio nos ayuda a protegernos, ya que establece de manera clara nuestras responsabilidades y las de los demás. Estos, en lugar de ser punitivos, nos muestran las consecuencias de las acciones que cometemos y nos ayudan a tomar decisiones a partir de los intereses personales, de esta manera nos ofrecen un ambiente seguro por donde desarrollamos la capacidad de decidir sin hacernos daño. Es importante distinguir entre establecer un límite y ser un dictador o un tirano, ya que el límite debe ser establecido a partir del amor y la responsabilidad, en donde “se requiere consistencia, pero al mismo tiempo de la flexibilidad necesaria en situaciones determinadas”. (pág. 72). Los límites efectivos poseen tres características:

- a. **Claros.** Evitan cualquier ambigüedad y son planteados en términos que el joven pueda entenderlos;
- b. **Apropiados.** Acorde a su edad, necesidades y sus capacidades. De lo contrario pueden promover desobediencia e inmadurez.
- c. **Respetados.** Este se adquiere a partir de la congruencia que exista entre los valores y la conducta, así como el establecimiento de las consecuencias.

3. Fomentar metas a futuro, proyectos de vida.

El vacío existencial y el sinsentido son problemas que ligados al consumo de sustancias. Este punto se refiere a la búsqueda de aquellas situaciones que generan placer en el individuo, es decir, el joven puede optar por la vía de la inmediatez que ofrece el consumo de sustancias, en donde a partir del mínimo esfuerzo y en el plazo más corto, se pretende lograr una cierta gratificación, que aunque es de corto alcance, resuelve una necesidad inmediata, pero que genera más problemas que soluciones. En la adolescencia, el desarrollo de la identidad presenta tres momentos:

1. Cuando el adolescente trata de definirse a sí mismo a partir de afinidades con los demás que le rodean.
2. Descubre las diferencias que tiene con respecto a los otros, principalmente sus iguales.

3. “Busca ser coherente con lo que es, para que su vida sea auténtica” (pág. 73).

De esta manera, a partir del sistema de valores que lo impera, es que se construye una personalidad y un estilo de vida, de éstos es que él comenzará a construir un proyecto de vida. Cuando se carece de dicho proyecto, se es más vulnerable a cualquier influencia del medio, habiendo una tendencia hacia la solución más inmediata a las responsabilidades, como el uso de sustancias. “Entre las herramientas con las que se cuenta para la elaboración de proyectos de vida están”:

1. Hacerlos conscientes de sus posibilidades y capacidades.
2. Enseñarles a elegir y tomar decisiones a partir de la búsqueda de información.
3. Ayudarlos a pasar del deseo al proyecto de vida.
4. Fomentar la creatividad.
5. Orientarlos en las dificultades, dando herramientas para la solución de problemas.
6. “Infundir valores y ayudarlos a jerarquizarlos adecuadamente”.
7. Estimular la esperanza generando expectativas reales y alcanzables.
8. Estimular el entusiasmo por la vida. (págs. 74 y 75).

4. Contacto con las emociones

En ocasiones, lo jóvenes al no saber cómo enfrentarse a sus propias emociones, buscan hacerlo a través de las sustancias. Por lo general, comienzan aprendiendo que hay emociones buenas o malas y que las segundas hay que reprimirlas. Se entiende que son «buenas» aquellas que nos hacen sentir bien y «malas» aquellas que nos hacen sentir mal, como el dolor, la culpabilidad o la vergüenza.

En algunas sociedades, el sentimiento desagradable es reprimido, ya que, al ser un sentimiento malo, es común que tienda a no hablar al respecto. En otras sociedades sucede de manera contraria, los sentimientos buenos o agradables se viven como pecaminosos, por lo que se reprime el placer y se procura el dolor.

En un tercer caso, hay sociedades en donde se fomenta el ser calculador, evadiendo cualquier emoción, a excepción de la agresividad. Y, por último, hay en donde se fomenta la intelectualización, por lo que las emociones también tienden a reprimirse.

Al negar nuestras emociones, nos desvinculamos del medio, ya que nos indican si éste es apropiado o si las relaciones con nuestros iguales van por buen camino o no.

Cuando un joven tiene contacto con sustancias, a las que asocia con emociones, termina por anestesiarlas, impidiéndole desarrollar nuevas y más complejas. Es común observar en el proceso de la adicción, que la persona presenta problemas para vincularse emocionalmente con su entorno, no pudiendo identificar sentimientos ni emociones tanto en sí mismo como en los que lo rodean. Por lo cual, Feldman (2008) señala tres acciones en donde se debe puntualizar para el desarrollo de sentimientos y emociones:

- 1) **Identificar sentimientos.** Poder darle nombre a aquello que uno siente en determinadas situaciones y ser capaz de verlo en los demás.
 - 2) **Apropiarse de los sentimientos.** "...hacer consciencia de que los sentimientos son parte de nosotros mismos y por tanto es nuestra responsabilidad y no de los demás cómo nos sentimos". (pág. 76).
 - 3) **Expresar los sentimientos.** Aprender a expresarse no sólo a través del arte, sino también a través de la palabra hablada.
5. **Desarrollo de la Autoaceptación basado en el amor incondicional.**

Este punto se refiere a la manera en cómo los padres se dirigen hacia el hijo, determinando el amor de éste hacia sí mismo, proveyéndole de la fortaleza necesaria para soportar la crítica o el rechazo que reciba en algún grupo. "Los jóvenes con una autoimagen positiva están mejor preparados para enfrentarse a la presión grupal" (pág. 77). Ésta, es desarrollada por medio del trato con los padres y las herramientas emocionales que se adquieren cuando el joven se siente aceptado y querido por su familia. En este sentido, el papel de maestros y padres es de suma importancia, "pues al sentirse amado incondicionalmente el niño es capaz de aceptarse a sí mismo y de adquirir autoconfianza". (pág 77).

En un ambiente de amor incondicional, el individuo es libre de comportarse abiertamente sin temor a ser juzgado y sin la obligación de aparentar algo que no piensan o sienten. De igual manera, ayuda a la persona a desarrollar la seguridad necesaria “para correr riesgos sanos, para aceptar desafíos y aprender de ellos sin temor a cometer errores” (pág 77), puesto que no existe el temor de perder la aceptación de los demás en ningún caso.

6. Autoestima

La autoestima se refiere básicamente a lo que pensamos y sentimos sobre nosotros mismos. Se desarrolla a través del tiempo y es influenciada directamente por padres, familiares, docentes, compañeros, amigos, medios de comunicación, es decir, por todas aquellas personas con quienes uno se relacione y que le den valor.

Consta de cinco elementos principales: Autoconocimiento, autoaceptación, autovaloración, autoconcepto y autorrespeto. Es decir, una persona que posee una autoestima sana es aquella que, al conocerse, es capaz de respetarse, se acepta y se valora, puesto que tiene un concepto claro de sí misma. Este concepto de sí mismo, es la imagen desarrollada a partir de lo que los demás le retroalimentan, de ahí que sea tan importante el tipo de valores que la familia nuclear fomenta en la persona.

De igual manera, la autoestima se desarrolla a través de ciertas acciones de la vida cotidiana, Feldman (2008) nos menciona las seis que considera principales como: El aprendizaje, la superación de dificultades personales, la responsabilidad, la creatividad, disponer de un proyecto de vida y las relaciones interpersonales.

7. Expresión de las emociones y sentimientos a través del arte.

El manejo de las emociones es un asunto que para jóvenes y adultos puede resultar difícil ya que esto implica reconocerlas y expresarlas de la manera más adecuada y lo cual es determinado por las costumbres y los estereotipos que existen en cada cultura. En más de un caso se nos enseña que mostrar un determinado sentimiento no es apropiado y que es necesario esconderlo o reprimirlo.

Generalmente experimentamos sentimientos placenteros y displacenteros, siendo que, de hecho, no existen sentimientos buenos o malos, sino que existen herramientas para enfrentarlos y elaborarlos. Es posible que durante la adolescencia se carezca de las capacidades para expresar sentimientos, estas limitaciones en ocasiones pueden detonar la búsqueda del consumo de sustancias como una forma de «filtro» emocional, por donde se enfrentarían.

Feldman (2008) nos hace ver que los seres humanos tenemos la necesidad de comunicarnos, dar a conocer ideas, pensamientos, sentimientos, ya que a través de esto entramos en contacto con nuestra comunidad y formamos parte de un grupo que nos reafirma nuestra identidad. El arte es un medio para llevar a cabo dicha comunicación. Apoyándose en los planteamientos de Piaget, nos menciona que el desarrollo de las aptitudes para el dibujo va en paralelo con el desarrollo de las aptitudes lingüísticas permitiendo que “el niño evalúe el potencial simbólico de sus representaciones gráficas.” (pág. 80). “La expresión artística en cualquiera de sus modalidades – plástica, corporal, musical o dramática - se convierte en un medio de expresión de pensamientos y sentimientos, además de fortalecer el desarrollo de la personalidad y el conocimiento y el manejo de las emociones” (pág. 81).

8. Educación basada en valores.

En todas las sociedades se establecen y transmiten una serie de valores, los cuales suelen estar estrechamente relacionados con los sistemas de creencias y dan la pauta para definir una manera específica de pensar y llevar a cabo un estilo de vida determinado.

Esta serie de valores van cambiando al paso del tiempo, generando, en ocasiones, los choques generacionales, en donde surge la sensación de haberse perdido dichos valores. Feldman (2008) considera a la escuela como “un medio fundamental para la educación de valores en donde el docente sirva como modelo de comportamiento.” (pág. 82).

Vale la pena señalar que, al hacer esta determinación, no se pretende que el docente imponga una cierta escala de valores o un sistema preestablecido, sino que ayude a “desarrollar un proceso psíquico de valorización” (pág. 82), en donde

el alumno aprenda a decidir a partir de la consideración de un abanico de posibilidades, buscando la coherencia entre el pensamiento, el sentimiento y la conducta.

Para esto, se han de considerar siete aspectos como estrategia pedagógica:

- Libertad en la selección.
- Observar las posibilidades alcanzables.
- Poder elegir después de haber considerado las consecuencias de dichas alternativas.
- Sentirse satisfecho con la elección.
- Defender de manera abierta los valores de su elección.
- Encontrar congruencia entre la elección y sus acciones.
- Aplicar en conocimiento a la vida cotidiana.

Actualmente en nuestra sociedad encontramos que existe toda una serie de valores que, en ocasiones llegan a contradecirse entre sí, como el valor del trabajo y el valor del mínimo esfuerzo o el valor de la generosidad contra el valor económico o el “*status quo*” que promete la comercialización de ciertos objetos.

De esta manera, se forman confusiones en el valor de ciertas conductas y objetos a partir de la *normalización* en la sociedad, es decir, “muchas conductas se rigen bajo la premisa de que, *si todos lo hacen, entonces no es malo hacerlo*” (pág. 83). Lo mismo sucede con el consumo de sustancias, por lo que la autora considera que “la adicción no es sólo una enfermedad del cuerpo: también implica una enfermedad de valores” (pág. 83), ya que el adicto suele mostrar cinco premisas en el comportamiento: 1) “la droga es lo más importante; 2) No se puede confiar en nadie; 3) No se debe sentir ninguna emoción; 4) Se evaden las responsabilidades, culpando a otros y 5) Se busca el placer mediante conductas de alto riesgo” (pág. 83).

Por lo cual, se subraya la importancia de inculcar valores desde la más temprana infancia, basándose en el autocuidado y el autorrespeto, ya que, si desde pequeño se valora a sí mismo, se habitúa a llevar un estilo de vida sano y a adquirir y hacerse cargo de sus responsabilidades, será más difícil que en la adolescencia “se enfrente a la disyuntiva de iniciar o no el consumo de drogas”,

puesto que “estaría atentando contra su bienestar” (pág 83).

9. **Formación de la resiliencia.**

Para Feldman (2008), el abuso en el consumo de sustancias, “la violencia, los trastornos en la alimentación, las crisis de ansiedad, la depresión y el incremento significativo del suicidio” son una serie de indicadores que nos señalan los problemas que los jóvenes hoy en día presentan. El consumo de sustancias es facilitado por la creciente disponibilidad en el mercado y la tolerancia que hay hacia el consumo.

De igual manera, nos hace notar que habiendo en la sociedad condiciones como la falta de seguridad, ambigüedad en los valores y la manipulación de los mismos, se reflejará en la juventud, es por esto que se les considera un grupo de alto riesgo.

Por el contrario, hace notar que, si bien en el entorno en el que los jóvenes se desarrollan hay condiciones de riesgo, también es importante propiciar un ambiente en donde existan factores de protección que promuevan el logro, la búsqueda de la salud.

Dichos factores deben abarcar las esferas individual, familiar y ambiental y estas son determinantes para que el joven pueda o no enfrentar situaciones de riesgo.

La resiliencia es una habilidad adquirida desde la más temprana juventud y es definida como: “la capacidad universal que permite a una persona, a un grupo o comunidad hacer frente a las adversidades de la vida, sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad y salir de ella fortalecida o, incluso ser transformado por ellas”. (Feldman, 2008. pág. 84).

De igual manera, la autora nos hace ver cuáles son los factores de resiliencia que los jóvenes requieren, mencionando nueve:

- (1) Habilidades cognitivas y conductuales.
- (2) Habilidades de competencia social.
- (3) Manejo adecuado de estados emotivos displacenteros.
- (4) Adquisición de habilidades de enfrentamiento.
- (5) Convencimiento de tener algún control sobre la propia vida.

(6) Actitudes dirigidas hacia estilos de vida sanos.

(7) Tener un proyecto de vida.

(8) Involucramiento en actividades significativas.

(9) Sentimiento de pertenencia. (pág. 85)

Estos puntos coinciden con Castro y Margain (2003) cuando mencionan que los cuatro componentes básicos de la resiliencia son: 1) Nuevos aprendizajes; 2) Sentido de pertenencia; 3) Transformación de los climas comunitarios y 4) Capacidad de autoevaluarse. (pág. XI) Dichas características deberían ofrecer a la persona la capacidad para enfrentar los problemas que se presentan a lo largo de la vida.

Una característica importante que tiene la resiliencia es que, al no ser una capacidad innata, sino aprendida y desarrollada a través del contacto con el medio, es posible promoverla tanto en la prevención como en la rehabilitación e, incluso, en la promoción de la educación, incluyendo a todos los factores ambientales necesarios, como la familia en primer lugar o todas las personas que se relacionan con el joven.

Dentro de los factores individuales que ayudan a desarrollar esta habilidad se encuentran la autoaceptación y la autoeficacia, que es la confianza que uno siente de obtener los resultados deseados a partir de un esfuerzo dado.

El medio en donde una persona se desenvuelve es un factor esencial para el desarrollo de la resiliencia, como hemos visto, y las características que nos menciona Feldman (2008) que debe poseer dicho espacio son las siguientes:

- “Acceso a la educación.
- Acceso a la salud y al bienestar.
- Apoyo emocional.
- Estabilidad escolar.
- Reglas y límites claros.
- Alternativas de vida sana.
- Servir de modelo positivo para los estudiantes.
- Capacidad para reconocer y referir a estudiantes que presenten problemas con un consumo de sustancias.

- Saber dónde solicitar ayuda en caso de requerirlo.
- Promover esfuerzos preventivos.
- Formar agentes de salud entre los mismos estudiantes.” (pág. 86)

El desarrollo de esta habilidad no depende únicamente de los adolescentes, sino también de los padres, docentes y en general, de la comunidad que le rodee. Será importante ser consciente de que la adolescencia es en sí misma un factor de riesgo y no podemos aislar a los jóvenes de los peligros que puedan existir en el medio, sino, por el contrario, el esfuerzo debería ser dirigido hacia la formación de herramientas que le permitan enfrentar dichos problemas, siendo ésta la esencia de la resiliencia.

10. Fomento de la asertividad

Al igual que la resiliencia, la asertividad es una habilidad con la que no se nace, sino que es adquirida desde la más temprana infancia y se fomenta y desarrolla a través del tiempo y las experiencias. Ésta, se refiere a la capacidad de las personas para comunicar sus pensamientos y sentimientos de la manera más adecuada en un momento determinado, facilitando “el desenvolvimiento del individuo en beneficio propio, ayudándole a manifestar sus sentimientos con honestidad, sin sentirse incómodo por ello”. (Feldman, 2008. pág. 86).

Esta habilidad le ofrece la posibilidad a la persona para defenderse de manera clara y oportuna, sin llegar a trasgredir los límites de los demás.

En este sentido, nos dice Feldman (2008), que la asertividad va más allá de “decir NO a las drogas”, tal como reza la conocida campaña, sino que se refiere a la capacidad para “procesar los sentimientos y expresarlos adecuadamente; tomar decisiones de manera responsable, desarrollar planes de acción para alcanzar un objetivo, además de establecer actitudes positivas y controlar los estados de ánimo.” (pág. 87). Es decir, una persona asertiva es aquella capaz de dar a conocer sus sentimientos y diferencias sin llegar a imponer o trasgredir y mostrando siempre respeto hacia sí mismo y los demás.

En este sentido, al ser la asertividad una habilidad para la comunicación de los sentimientos a pesar de los desacuerdos, ésta incluye formas de comunicación no verbal como la postura corporal, el tono de voz o la dirección de la mirada.

Como se menciona con anterioridad, la asertividad es una habilidad aprendida y los lugares en donde suele desarrollarse es en la casa y en la escuela, que es en donde los jóvenes comienzan a adquirir herramientas para la vida cotidiana. Feldman (2008) recomienda que, a través de la práctica de formas de rechazo asertivo, es que se adquieren dichas capacidades, esto incluye cuatro pasos:

- “Procesar sentimientos (nombrarlos, aceptarlos y expresarlos).
- Tomar decisiones (definir el problema, buscar alternativas para solucionarlo, evaluarlas y planear la acción que se va a seguir).
- Expresar las decisiones de manera firme y segura, sin agredir a los demás.
- Hacerse responsable de la conducta que se va a seguir y las consecuencias que ésta genere.” (pág. 87).

La educación promotora de la asertividad implica fomentar en los jóvenes la capacidad para expresar sus desacuerdos de manera libre y responsable, sin temor y sin recurrir a la violencia o la imposición. Esto también significa que el adulto debería dejar de colocarse en el lugar del *conocimiento absoluto*, permitiendo que el estudiante sea capaz de reconocer errores de ambas partes y buscar las alternativas más adecuadas en beneficio propio y de la comunidad.

11. Educación para la solución de problemas.

La educación tradicional nos muestra que el docente es un sujeto activo, que domina la clase mostrando a los estudiantes el cómo, cuándo y porqué de los problemas a los que suelen enfrentarse y, por otro lado, el alumno como sujeto pasivo que sigue ciegamente las indicaciones del docente, sin capacidad para proponer, pero con una aceptable capacidad de obediencia.

Feldman (2008) nos señala que una de las herramientas más importantes en la toma de decisiones es la solución de problemas, la cual también es un gran apoyo en la reducción de situaciones de riesgo.

Así como en casos anteriores, la solución de problemas es una habilidad aprendida, que se desarrolla a través de la práctica y un ambiente propicio, el cual debe tener tres características: **1) Conversar**. Habiendo un ambiente en donde la

persona pueda expresar libre y abiertamente sus emociones, deseos y preocupaciones. **2) Escuchar.** En donde el joven sabe que existe un receptor con quien se comparte la información y los puntos de vista propios. **3) Reflexionar.** Es importante la existencia de espacios en donde el intercambio entre el joven y el adulto lleven a una reflexión que genere sentimientos de camaradería, unión y respeto, en donde el adulto pueda guiar sin imponer, ya que el joven se encuentra en proceso de aprendizaje.

Para solucionar un problema Feldman (2008) nos señala siete. puntos esenciales:

- (1) "Identificación de los objetivos o situación problema.
- (2) Clarificación del problema.
- (3) Identificación de alternativas.
- (4) Proyección de las consecuencias de cada alternativa.
- (5) Toma de decisión.
- (6) Toma de acción.
- (7) Seguimiento." (pág. 89)

La solución de problemas es una habilidad en constante proceso de perfeccionamiento, es una metodología en constante evolución, por lo cual es de suma importancia que el joven tome en cuenta la constante revisión de sus propias acciones y desarrollar una perspectiva autocrítica sobre la manera en cómo enfrentan los problemas cotidianos, de manera paralela se desarrolla la autoestima, puesto que el análisis deberá centrarse más en las fortalezas o capacidades más que en las debilidades.

12. **Fomento a la Libertad y la Responsabilidad que ésta implica.**

El aprendizaje de la libertad es un proceso que comienza desde la más temprana infancia, cuando el niño tiene la posibilidad de elegir los colores con los que dibujará, la ropa que va a usar o los amigos de juego con quienes convivirá, los juegos y la carrera que habrá de cursar.

El hacer uso de esta libertad implica ciertas consecuencias que el individuo tendrá que asumir al paso del tiempo, dicho de otra manera, a lo largo de la vida, la persona deberá percatarse de que a todas las acciones que comete les

corresponde una consecuencia y, dependiendo de estas, serán favorables o desfavorables.

La capacidad de asumir estas consecuencias es lo que conocemos como responsabilidad, es decir, la habilidad para responder por las acciones cometidas por uno.

En ocasiones el adulto presenta problemas para fomentar dicha habilidad, mostrando una actitud permisiva que impide al joven desarrollarse plenamente. Feldman (2008) nos menciona cuatro actitudes que presentan los adultos con tales deficiencias:

- (1) “Quieren verlos contentos.
- (2) Quieren ser aceptados.
- (3) Se preocupan de ser muy estrictos.
- (4) No tienen la energía o la confianza para imponer la autoridad.” (pág. 90).

Dar límites a los jóvenes les ayuda a tener la claridad suficiente como para saber qué es lo que se espera de ellos y las consecuencias claras son coherentes con el valor que le damos a dichas acciones.

Acciones sin consecuencias traen un doble mensaje en donde se le dice a los jóvenes: “Esperamos que actúes de una manera adecuada, pero si no lo haces no existen repercusiones” (pág. 90). Las consecuencias deberán tener las siguientes características:

- “Se relacionan con la conducta no deseada.
- Son razonables.
- Se aplican oportunamente.
- Son claras.
- Se aplican con consistencia.
- Se ponen en vigor de manera calmada y respetuosa.” (pág. 90).

Cuando los jóvenes han tenido la oportunidad de aprender tanto de sus padres como de sus profesores que a todas las acciones que uno realiza les corresponde una consecuencia, tienen mayores posibilidades para proyectar a corto, mediano y largo plazo el impacto de sus decisiones desde el terreno de lo

concreto y material hasta lo relativo a lo emocional. De tal forma que sean capaces de llegar al razonamiento: “Soy libre para decidir, pero me hago responsable de mis decisiones” (pág. 91).

13. Toma de decisiones

Respecto a este punto, Feldman (2008) nos hace la siguiente observación: “La controversia de la legalización de las drogas ilícitas existe desde hace años, los que suelen estar a favor, “opinan que lo prohibido siempre es lo más deseado”, por lo que, al legalizarlas, descendería la demanda, o por lo menos el deseo por el consumo, se acabaría con el narcotráfico y el consumo sería una decisión completamente individual y libre. Por el contrario, quienes no están a favor, argumentan que aumentaría el índice de adicciones y el consumo se multiplicaría. (pág. 91).

“Sin embargo, el aspecto primordial del uso y abuso de las drogas no radica en su legalidad o prohibición, sino en las expectativas, creencias y valores en los que el individuo se basa para tomar la decisión de consumirlas.” (pág. 91). Dicho de otra forma, el consumo de una sustancia depende, más allá de su condición legal, del conjunto de valores que la persona le atribuye a la sustancia misma, lo que el consumo le significa y lo que espera del mismo. Por ejemplo: Adés y Lejoyeux (2004), e Ibáñez, Moreyra, Saiz y Blanco (2006) nos referían que el adicto al juego espera ganar una vez más, atribuyéndole las pérdidas a la mala suerte y las ganancias a su habilidad propia. De igual manera, estos autores así como Castro y Margain (2003), Lukas (2005), Machorro (2007) y Feldman (2008) coinciden en el hecho de que el riesgo del consumo se da cuando la persona se encuentra en un estado de vulnerabilidad emocional y vacío existencial, por lo que la toma de decisiones en lo que respecta al consumo se ve influida por el malestar y la premura de terminarlo en estos casos.

Por otro lado, el inicio en el consumo puede presentar factores similares, como la inclusión en un grupo o la búsqueda de bienestar, ya sea en un ambiente social o como apoyo emocional.

Ante esto, Feldman (2008) nos nombra cinco puntos a considerar en la toma de decisiones:

- “El conjunto de opciones creencias y valores en los que se basa la decisión.
- Las consecuencias positivas y negativas que pueden surgir de la conducta a realizar.
- Los posibles obstáculos que se pueden presentar y cómo enfrentarse a ellos.
- El nivel de importancia que se le da a las consecuencias (favorables y desfavorables).
- La probabilidad de obtener dichas consecuencias favorables”. (pág 91 y 92).

Un factor de gran importancia en la toma de decisiones es lo referente a las expectativas, es decir, lo que uno espera que suceda a partir de las acciones cometidas. Por mencionar algunas de las expectativas que existen al rededor del consumo del alcohol, están: Facilitador de la socialización, reduce emociones negativas, desinhibe la sexualidad y reduce la ansiedad. (Feldman, 2008, pág 92).

Depositar en las sustancias la culpa del abuso no es del todo preciso, ya que la decisión del consumo depende en gran medida de las expectativas formadas respecto al uso de las mismas. Por lo que, en lo que se refiere a la prevención, es de vital importancia la formación de expectativas y la proyección de las consecuencias a partir de las decisiones que la persona toma para iniciar o no un consumo.

Finalmente, así como existe una gran variedad de perspectivas para observar cada una de las sustancias, tal como lo hemos visto en este capítulo, también existen diversas formas de comprender y prevenir el fenómeno de la adicción.

Es multifactorial, ya que se han encontrado diversas razones para comenzar y mantener el consumo.

Podemos observar que el consumo puede ser abordado de diversas formas. Tenemos varias perspectivas psicológicas y terapéuticas que buscan el control en

el consumo, desde los Grupos de Alcohólicos Anónimos, hasta las técnicas integradoras, que buscan amalgamar las herramientas más adecuadas de las diversas perspectivas psicológicas.

Existen diversos factores de riesgo que pueden detonar el consumo de sustancias, como el exponerse a situaciones extremas de estrés o sentir la obligación de pertenecer a un grupo social para no ser excluido de una determinada sociedad. Uno de los grupos más vulnerables es la adolescencia, en donde los jóvenes, debido a la etapa de desarrollo en la que viven, tienen la necesidad de pertenecer a un determinado grupo en busca de la identidad y pertenencia, lo cual los lleva a ceder al consumo.

De ahí que diversas teorías se han interesado por este fenómeno. Encontramos que tanto en el Psicoanálisis como en la Logoterapia y en la aproximación Cognitivo Conductual, cada una en sus propios términos, se habla de el sentido que el sujeto le encuentra a su vida, se habla de vacío existencial y de actividades gratificantes y enriquecedoras, que alimenten la autoestima del adicto para que encuentre razones de mayor peso para evitar el consumo que las razones que tenía para consumir.

Lo que coincide con la visión de la prevención, en donde en repetidas ocasiones se habla de que la persona se debe desarrollar en un ambiente enriquecedor, que le permita conocerse y valorarse, así como desarrollar la capacidad para tomar decisiones, ser asertivo y resiliente y de esta manera, poseer la libertad suficiente como para discernir entre lo que desea y lo que es más conveniente, para saber qué hacer en caso de una crisis y evitar la necesidad de llenar los vacíos que muchas veces las adicciones pretenden cubrir.

CONCLUSIONES

La adicción es una condición, una enfermedad y un problema, que influye y afecta a las personas en todas las esferas de la vida como la economía, la salud física y mental, el trabajo, las relaciones de familia, de pareja, las amistades y con la sociedad en general.

A lo largo del presente escrito hemos podido revisar cómo, a través de la historia, el consumo de sustancias ha tenido un lugar relevante en las culturas, estando presente en prácticamente todas las civilizaciones. En éstas, se le relacionó con la magia, la curación y el contacto con la divinidad, es decir, tenía un estatus en donde los efectos eran asociados a eventos considerados sagrados y de origen divino, fuera del alcance de la gente común y, por lo mismo, su uso era reservado sólo a los que se dedicaban a curar o a hacer magia, ha llamado la atención que López (1991), Cañas (2004), Lukas (2005) y Feldman (2008), nos hacen la observación, cada uno desde su postura, que pareciera ser que el consumidor busca de alguna forma una curación a sus problemas a partir del acceso a las sustancias, por lo que podemos suponer que hay una relación entre las razones que impulsan al usuario y las que se planteaban en las culturas antiguas, ya que en ambos casos se pretende solucionar un problema determinado que hace que la vida de la persona sea difícil de sobrellevar.

En las culturas ancestrales dicho estatus está directamente relacionado con el contacto que mantiene o busca mantener una determinada comunidad con sus raíces ancestrales y con su identidad. Vale la pena hacer notar que en estas comunidades no se registran casos de adicción, o por lo menos no se mencionan de manera relevante como los que se mencionan en las sociedades urbanizadas, es de hacer notar que en dichas comunidades se han establecido medidas en caso del abuso en el consumo de alguna, las cuales iban desde la consciencia de haber cometido algún pecado o falta, hasta la muerte, como en el caso de la cultura mexicana como nos relata Bernal Díaz del Castillo. De igual manera, Hofmann y Evans (2000), nos advierten sobre el mal uso de las sustancias al consumirlas sin precaución o respeto.

Por otro lado, nos parece relevante que, si bien el consumo de sustancias ha existido por miles de años en la humanidad, sea hasta el siglo XX en que se refiera a la adicción como un problema en donde se involucran las sustancias que fueron usadas durante miles de años por diversas culturas y que éstas fueron utilizadas de maneras muy diversas, como el caso de la mariguana, que según nos relatan Escohotado (1998) y Pascual (2009), fue utilizada incluso para la realización de cuerdas y telas, siendo desplazada por el yute y las fibras artificiales.

Por otro lado, también es cierto que, al paso del tiempo, se ha buscado que el efecto de las sustancias sea más potente, como el caso de las bebidas alcohólicas, en donde, en un principio, los vinos y cervezas contaban con niveles más bajos de alcohol y a partir de la invención de los alambiques en la Edad Media se comenzaron a crear bebidas con grados más altos, provocando que se disparara un gran número de casos de alcoholismo en diversas zonas de Europa.

Por mencionar otro caso, lo sucedido con la hoja de coca, que sigue siendo consumida por la población originaria de Perú y de Colombia como una forma de apoyo al rendimiento laboral en el campo y la montaña, sin embargo, a partir de la extracción de la cocaína en el siglo XIX, en donde primero se le intentó dar un uso medicinal y anestésico a la sustancia para, finalmente, terminar siendo prohibida en 1914 debido a los daños a la salud registrados.

Es importante hacer notar que a partir del siglo XX es que se registran casos de adicciones cada vez en mayor cantidad y variedad de sustancias las cuales se podrían dividir en tres grandes grupos según su origen: naturales, como la marihuana o el tabaco; naturales sintetizadas, como el alcohol o la cocaína y artificiales, como las anfetaminas o el éxtasis, lo que ha diversificado y complejizado a su vez el campo de estudio de las adicciones.

Además de lo anterior, hemos podido ver que, en estos tiempos, existe la posibilidad de adquirir una adicción no sólo hacia una sustancia, sino también hacia una conducta cotidiana, la cual puede ser igualmente dañina que la primera, por lo menos en lo que respecta al impacto en los factores de índole social y económico. Tales adicciones pueden dirigirse hacia conductas de la vida común o actividades recreativas como comer, comprar, ejercer la sexualidad activa, trabajar,

jugar o apostar entre otras y que presentan síntomas similares a las generadas por sustancias, como el síndrome de supresión, la angustia, el *craving* y la afectación en áreas sociales como el trabajo y las relaciones personales (amigos, familia, pareja).

Aunque el daño sea principalmente en las esferas social y económica más que en lo físico, el problema de estas adicciones es la dependencia en sí misma, ya que influye de manera negativa en las áreas emocional y psicológica a la persona, impidiéndole desarrollarse de manera plena en todas las demás áreas de la vida cotidiana. Es decir, existe una afectación similar entre las adicciones a sustancias y las adicciones a conductas, en donde el individuo queda atrapado en la necesidad de repetir una determinada conducta sin poder controlar o autorregular sus propios impulsos, causando problemas de manera significativa en la vida diaria.

Se ha podido observar que las sustancias son clasificadas de diversas maneras, contándose ocho formas principales (antigüedad; acción química o metabólica; origen; situación sociológica; motivación; estructura química; peligrosidad y efectos en el comportamiento) y, dependiendo de las necesidades del análisis o perspectiva es que será considerada una determinada sustancia. Esto nos da una perspectiva amplia sobre las razones que pudiera tener un adicto para el consumo y, de esta manera considerar una forma determinada de abordar el problema.

Si bien, el fenómeno ha sido estudiado por casi todas las teorías psicológicas desde sus particulares perspectivas, es posible observar que todas la definen como una pérdida de control en el consumo de una determinada sustancia y que la ausencia de ésta genera una angustia insoportable para el usuario, haciendo que su vida gire completamente en torno al consumo. Es decir, el adicto es aquel que consume, entre otras razones, para evitar el síndrome de abstinencia y pierde el control al entrar en contacto con la sustancia u objeto de consumo (en el caso de la adicción a conductas).

Ha sido posible observar que el proceso de adquirir una adicción se relaciona con diversos factores que influyen de manera significativa como la

violencia, la desinformación, la ignorancia, la falta de límites y de oportunidades de superación personal en el entorno social, la familia, la economía o la falta de desarrollo de habilidades como la resiliencia, la autoestima y la tolerancia, por mencionar algunos.

Lo que nos hace suponer que la curiosidad inicial para consumir una determinada sustancia se relaciona con la necesidad de cumplir ciertas expectativas determinadas por el medio en donde se desarrolla la persona, ya sea por la búsqueda de inclusión, por coerción o por exploración. Según lo que plantea Feldman (2008), es poco probable que un ambiente enriquecedor genere tendencias al consumo o a la adicción y, por el contrario, un ambiente poco enriquecedor puede favorecerla, ya que el primero dota de elementos emocionales a la persona en la toma de decisiones.

Lo anterior nos lleva a reflexionar sobre las razones del consumo y por qué es que suele haber una sustitución en la adicción de alguien que se retira de una determinada sustancia.

Apoyándonos en los autores revisados, se puede afirmar que el consumo es detonado por la necesidad de la persona por satisfacer ciertas necesidades de manera apremiante, éstas se relacionan a factores como la autoaceptación, gestionar emociones y sentimientos o poseer la habilidad para enfrentar dificultades (resiliencia). Es decir, no sólo las características químicas que poseen las sustancias son las que facilitan el desarrollo de una dependencia, sino también los factores significativos que rodean a las sustancias para el consumidor. De ahí que el uso de sustancias esté por lo general acompañado de rituales de preparación y sea parte importante en los momentos en que la persona enfrenta o gestiona sus emociones.

En este sentido, sería importante considerar no solo a las sustancias en sí mismas, sino las razones que tiene el adicto para consumirlas, siendo que éstas razones son el detonador, al evitar únicamente el consumo de la sustancia, es posible que ésta sea sustituida por otra sustancia o conducta compulsiva, pero manteniendo el estado de adicción, ya que las razones para el consumo aún continúan. Por lo cual, la intervención en adicciones debe ser desde varias

perspectivas, ya que cada una abarca un aspecto distinto en la persona.

Se han planteado diversas formas de intervención, como el psicoanálisis, la logoterapia, el modelo de los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, el modelo Minnesota, y el Cognitivo Conductual, en donde se puede observar cómo cada uno de los modelos posee una forma diferente de incidir en la adicción en el corto, mediano y largo plazo. En donde, tanto el Modelo Minnesota como el Cognitivo Conductual han sido utilizados para abordar el problema de manera inmediata, siendo que el primero se apoya en las doce tradiciones y los doce pasos de A.A., suelen ayudar a la reestructuración del estilo de vida del adicto a partir de un esquema de etapas de evolución en el proceso de rehabilitación, de igual manera, el Modelo Minnesota influye en la reconstrucción del pensamiento, en donde el adicto se enfrenta a los detonantes que le impulsan al consumo, pudiendo utilizar nuevas herramientas para enfrentar tanto la racionalización como el *craving*.

Cabe hacer notar que tanto la Logoterapia como la Cognitivo Conductual ofrecen, de igual manera, herramientas para lograr una transformación del pensamiento, en donde se incluyen cambios de dirección en el proceso y elaboración de las ideas que provocan y mantienen el consumo, como la conmisericordia, la racionalización o la minimización, es decir, los mecanismos de evasión o negación.

Por otro lado, el psicoanálisis, al ser la aproximación teórica que se ocupa de estudiar a profundidad el pasado del individuo y otorga una especial importancia al valor significativo y significativo que la persona le otorga al consumo de sustancias, encontrando que el consumidor no sólo consume la sustancia, sino que se relaciona con ella, haciendo que su vida gire en torno a la misma, atribuyéndole cualidades de sujeto y no de objeto. En este sentido, la perspectiva del psicoanálisis nos ofrece la posibilidad de observar el impacto psíquico de la relación con la sustancia a través del tiempo y lo que ésta significa para el adicto.

De tal forma, coincide con la Logoterapia en la importancia de hallar el sentido profundo que tiene el consumo de sustancias y la relevancia de encontrar razones trascendentes para dejar de hacerlo. Dicho de otra forma, tanto el

psicoanálisis como la aproximación de Viktor Frankl le dan una especial importancia al significado que tiene el consumo para el usuario, este significado está asociado a las vivencias a lo largo de la historia personal del individuo, razón por la cual en ambas aproximaciones se lleva a cabo un análisis constante y una resignificación de los sucesos en la vida de las personas, haciéndolos relevantes para el presente. Por lo cual, ambas aproximaciones poseen la capacidad de tener un impacto en el largo plazo.

Por otro lado, no podemos dejar de darle la importancia relevante a la prevención como medio de contención y estructuración del individuo para evitar la proliferación de las adicciones, ya que, a través de estas medidas se le otorgan al sujeto las herramientas necesarias para evitar que sienta la necesidad de considerar al consumo como un recurso para la solución de problemas, como una alternativa de recreación o alguna razón no mencionada.

Consideramos que el terapeuta debe ser un profesional que posea un conocimiento integral sobre las características del fenómeno de la adicción, lo cual implicaría la capacidad para observar a las adicciones desde distintas perspectivas, ya que de esta manera es capaz de obtener datos valiosos sobre el origen y evolución del proceso tanto de adquisición de una dependencia como para la planeación de la rehabilitación de la misma.

Si bien, es evidente el efecto adictivo que poseen innumerables sustancias debido a las propiedades químicas que las componen y la manera en que éstas se comportan a nivel neuronal y endocrino en el cuerpo de las personas que las consumen, es importante también tomar en cuenta los factores psicosociales que detonan la iniciación en el consumo y los que lo mantienen a través del tiempo. Es importante considerar factores como el medio cotidiano, la tolerancia a la frustración, la gestión y contacto con las emociones propias, la escala de valores, los grupos de pertenencia y las expectativas de vida a corto, mediano y largo plazo, es decir, cuáles son los factores que determinan la manera en cómo se ve a sí misma la persona de manera particular, dentro de una sociedad determinada, así como a través del tiempo. La importancia de estos factores radica en evitar la sustitución de la sustancia, ya que un adicto puede abandonarla y seguir siendo

dependiente, a menos que posea las razones suficientes para transformar un estilo de vida basado en el consumo, en uno en donde las necesidades emocionales puedan ser sustentadas de manera autónoma.

Es decir, una parte esencial en el tratamiento debe estar basado en lograr que el consumidor sea capaz de no necesitar recurrir al consumo, ya sea de sustancias o de conductas, para lograr cualquier objetivo, desde lo más cotidiano, hasta lo más complejo.

Las adicciones son formas en que las personas han dirigido la gestión de sus emociones, de ahí que sea común que un dependiente las utilice a manera de filtro o tamiz y pueda enfrentar su realidad. Por lo que se debe combatir no sólo el uso de la sustancia, sino también la necesidad de la misma, ya que la sustancia puede desaparecer, pero la necesidad permanecerá y se dirigirá hacia otra (sustancia o conducta).

De ahí que consideramos la visión integradora como una alternativa viable para el estudio y tratamiento de la adicción, en donde se observe al problema desde el mayor número de perspectivas posibles y lograr, en la medida de lo posible, una visión global de la situación particular del adicto, tomando en cuenta factores como su historia, el entorno, el repertorio de conductas cotidianas, la relación con la familia y la sociedad en general, sus códigos de valores éticos y morales, sus deseos a futuro y aquello que le da significado a su existencia, ya que todo este conjunto de factores determinan la permanencia del consumo y por lo tanto, en ellos también radica la rehabilitación, la rehumanización, la sobriedad, es decir, la liberación de la persona hacia una vida en donde no haya la necesidad de depender de una sustancia o conducta para alcanzar la plenitud.

BIBLIOGRAFÍA

- Adès, J.; Lejoyeux, M. (2003) Las Nuevas Adicciones. Internet, Sexo, Juego, Deporte, Compras, Trabajo, Dinero. Ed. Kairós. S.A. Barcelona, España pp. 231 – 288
- Alcohólicos Anónimos. (1976) Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. México D.F.
- Álvarez, J., Gual, A., Rodríguez, A. (1994) Glosario de términos de alcohol y drogas. Editado por Organización Mundial de la Salud. España.
- Altarriba, F. X., Bascones, A., Peña, J. (2004) *El triangle de l'adolescència.* España Recuperado el 28 de septiembre de 2013 desde <http://pslibrorum.files.wordpress.com/2013/06/gpares.pdf> (catalán)
- Altarriba, F. X., Bascones, A., Peña, J. (2004) *Adolescència i Alcohol. guia per al professorat.* España. Recuperado el 28 de septiembre de 2013 desde <http://pslibrorum.files.wordpress.com/2013/06/guiaprof.pdf> (catalán)
- Baumann, C. A., Cancelo, R. J., Vigne, F. E. (2013) *El problema de las drogas y los límites del derecho penal: el camino hacia una legislación integral.* Universidad Nacional de La Pampa. Facultad de Ciencias Económicas y Jurídicas. Recuperado el 27 de febrero de 2014 desde http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/rdata/tesis/e_bauep734.pdf
- Beck, A., Wright, F. D., Newman, C. F., Liese, B. S. (2010) Terapia cognitiva de las drogodependencias. Paidós. España.
- Becoña, E. & Oblitas, L. A. (2002, 02 de febrero). Adicciones y salud. *Revista Psicología Científica.com*, 4(2). Recuperado el 25 de abril de 2013 desde: <http://www.psicologiacientifica.com/adicciones-y-salud>
- Besançon, François. Verjano, Francisco. (2001) Alcohol: Hablemos. Una Puerta de Salida. Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid, España.
- Bobes, J., Casas, M., Gutiérrez, M. (2003) Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Ed. Ars Médica. Barcelona, España.
- Borja, A., Pérez, P., Pérez, M. (2005) *¡Agua con las adicciones! Libro de los y*

- las jóvenes*. Instituto Nacional para la Educación de los Adultos INEA. México. Recuperado el 17 de abril de 2013 desde http://www.conevyt.org.mx/cursos/para_asesor/auto_asesores/cd/saber_mas_mevyt/aguas_adicciones_3a/1_AA_libro.pdf
- Caballero, L. (2005) Adicción a cocaína: Neurobiología, Clínica, Diagnóstico y Tratamiento. Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de publicaciones. Madrid, España.
 - Cancrini, Luigi (1991) Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudios sobre las terapias de los toxicómanos. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
 - Cañas, J. L. (2004) Antropología de las adicciones. Psicoterapia y rehumanización. Ed. Dykinson. Madrid, España.
 - Cárdenas de O. (1976) Toxicomanía y narcotráfico, Aspectos Legales. Fondo de Cultura Económica, México.
 - Casella, Miguel Á. (2011) ¿La droga es el tóxico? Prevención de adicciones. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires, Argentina.
 - Castro, M. L. y Margain, M. (2003) Riesgo, vulnerabilidad psicosocial y resiliencia: Un enfoque preventivo para el desarrollo de habilidades para la vida. Revista Liberaddictus. Año X, No. 73, agosto, 2003., México.
 - Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C. MÉXICO. Estadísticas sobre adicciones hechas por la Secretaría de Salud. (2012) Recuperado el 15 de marzo de 2013 desde <http://www.aamexico.org.mx/CIPEstadisticas.html>
 - Chóliz, M. (2006). *Adicción al juego de azar*. Recuperado el 27 de marzo de 2013 desde <http://www.uv.es/choliz/ADICCION%20AL%20JUEGO%20%28MCholiz%29.pdf>
 - Cruz Camacho, Alfonso. (2001) Tesis. La Función de Psicólogo en el trabajo de prevención y tratamiento de adicciones dentro del consejo municipal de lucha contra las drogas y la delincuencia del ayuntamiento de Tlanepantla. UNAM – Iztacala.
 - Cuatrocchi, Estela Mónica (2008) La Adicción a las drogas: su recuperación en comunidad terapéutica. Espacio Editorial. Argentina.

- D'Alessio, R. (2011) *Drogas, historia de su uso y prohibición* Instituto del Pensamiento Socialista Karl Marx. Recuperado el 27 de febrero de 2014 desde <http://www.ips.org.ar/?p=2266>
- Del Pozo, J., Pérez, L., Ferreras, M. (2009) Adicciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. Perspectivas de su uso y el tratamiento. Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Servicio de Drogodependencias. España.
- Dusek, Dorothy E. Y Girdano, Daniel A. (1990) Drogas. Un estudio basado en hechos. Universidad de Utah. Sitesa Sistemas técnicos de Edición S.A. de C.V.
- Díaz, Marta Isabel, Ruiz, Ma Ángeles, Villalobos, Arabella (2012) Manual de Técnicas de Intervención Cognitiva Conductuales. Desclé de Brower, S.A. Bilbao, España.
- El Consumo de drogas a lo largo de la historia. (2012) Sin Autor. Recuperado el 25 de marzo de 2013 desde <http://quhist.com/drogas-alcohol-historia/>
- *Enciclopedia temática. Drogas y adicciones.* (2014, 08 de abril) Sin autor. Recuperado de 25 de junio de 2014 desde <http://www.conevyt.org.mx/cursos/encicloped/drogas.html>
- Escohotado, Antonio. (1998) Historia General de las Drogas. Alianza Editorial. Madrid.
- Estrada, A. (2006) *Manual para la prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones en Andalucía.* Consejería para la igualdad y Bienestar Social. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. España. Recuperado el 28 de septiembre de 2013 desde <http://pslibrorum.files.wordpress.com/2012/11/comun.pdf>
- Feldman Fine, Fanny (2006) Escuela y prevención de las adicciones. Liberaddictus. México.
- Foro de opinión, ayuda y tratamiento sobre la Ludopatía. *Influencia a los videojuegos ¿Adicción que daña?* (2010, 02 de diciembre). Sin autor. Recuperado el 24 de marzo de 2014. <http://www.futurosinjuego.org/t746-influencia-a-los-videojuegos-adiccion-que-dana>
- Frankl, V. T. (1979) El hombre en busca de sentido. Editorial Herder. Barcelona

España.

- Fundación ATIME (2010) *Guía práctica. Drogodependencia para familiares*. España. Recuperado el 28 de septiembre de 2013 desde <http://pslibrorum.files.wordpress.com/2013/07/drogfam.pdf>
- Furst, Meter T. (1980) Los Alucinógenos y la Cultura. Fondo de Cultura Económica. México.
- García, E., Mendieta, S., Cervera, G., Fernández, J.R. (2003) Manual SET de Alcoholismo. Sociedad Española de Toxicomanías. Editorial Médica Panamericana. México.
- Generalitat Valenciana (2001) Trastornos Adictivos. Drogodependencias: Clínica y tratamientos psicobiológicos. Generalitat Valenciana Editores. Valencia, España.
- González, J. F. (2011). *El mapa de las adicciones en México*. Recuperado el 17 de abril de 2013 desde <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-mental/articulos/el-mapa-de-las-adicciones-en-mexico.html>
- Goode, Erich. (1987) LA ADICCION A LAS DROGAS EN LOS JÓVENES. Marihuana, Heroína, LSD. Ediciones HORME. Paidós. Buenos Aires. 2ª Edición.
- Instituto Hipócrates. Sin autor. (actualización al 2015). *Marihuana legal y su uso medicinal*. Recuperado el 26 de marzo de 2014 <http://www.institutohipocrates.com/category/dejar-las-adicciones/>
- Instituto Hipócrates. Sin autor. (actualización al 2015). *Desintoxicación cannabis*. Recuperado el 26 de marzo de 2014 <http://www.institutohipocrates.com/desintoxicacion-cannabis/>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA, Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME. México DF, México: INPRFM; 2015.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de

- Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez JA, Fregoso Ito, D., Bustos Gamiño, Oliva Robles, N., M., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME. México DF, México: INPRFM; 2015.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Tabaco. Villatoro-Velázquez JA, Bustos Gamiño, M., Oliva Robles, N., Fregoso Ito, D., Mujica Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., Nanni Alvarado, R. y Medina-Mora ME. México DF, México: INPRFM; 2015.
 - Kalina, Eduardo. (1988) ADOLESCENCIA Y DROGADICCIÓN. De la práctica a la teoría. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.
 - Koob, George F., Le Moal, Michel (2006) Neurobiology of Addiction. Elsevier. Academic Press. E.U.A.
 - Larger, F., López, F. (2002) Manual de Drogodependencias para profesionales de la salud. Librería Universitaria s. l. Ediciones. Barcelona, España.
 - Linares, J. L. (2013) Una psicopatología relacional es posible. Revista Mexicana de Investigación en Psicología, Vol. 5, Num. 3. México.
 - López, R. E. (1991) Adictos y Adicciones. Una visión Psicoanalítica. Monte Ávila Editores. Caracas, Venezuela.
 - Los Doce Pasos (35ª Edición. 20ª Reimpresión) (1970) Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. México D.F.
 - Lukas, E. (2005) Libertad e Identidad. Logoterapia y problemas de Adicción. Ed. Paidós Mexicana S. A. México. Traducción de Héctor Piquer.
 - Luna. M. (2015) *¿Qué son las adicciones?* Recuperado el 15 de enero de 2016. <https://miguelunadm2992.wordpress.com/2015/06/11/que-son-las-adicciones/>
 - Madden, J. S. (1986) Alcoholismo y Farmacodependencia. Ed. Manual Moderno. México D.F.
 - Martínez, M. J. (2000) El discurso social sobre drogas en la prensa de Murcia. Publicaciones Universidad de Murcia. España.
 - Mallor, P. (2004) Bulimia ¿cómo llenar un vacío existencial? Una aproximación a

- los trastornos de la alimentación. Revista de psicoterapia, ISSN 1130-5142, Vol. 15, Nº. 58-59, 2004, págs. 145-164
- Massün, Edith. (1991) Prevención del uso indebido de Drogas. Trillas. México.
 - Maynard, S. (1998) Beethoven. Schirmers Books. London. U.K.
 - Míguez, C., Vázquez, P., Adrián, J. (2008, 28 de noviembre) *Intoxicaciones por drogas ilegales*. Capítulo 29. Recuperado el 25 de marzo de 2013 desde <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/CMiguez.pdf>
 - Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) Guía sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. España.
 - Muñoz, A. (actualizado al 09 de febrero de 2016) *La marihuana. Efectos y adicción*. Recuperado el 28 de marzo de 2013 desde <http://motivacion.about.com/od/drogas/a/La-Marihuana-Efectos-Y-Adiccion.htm>
 - Naciones Unidas (2003) El deporte como instrumento de prevención del uso indebido de drogas. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena. Impreso en Austria. Naciones Unidas, Nueva York, E.U.A.
 - Oropeza, R., Fukushima, E., García, L., Escobedo, J. (2007) Guía de Aplicación del Tratamiento breve para usuarios de cocaína (TBUC). Secretaría de Salud. México.
 - Pedrero, E. J. (2011) *Neurociencia y Adicción*. Sociedad Española de Toxicomanías. España. Recuperado el 28 de septiembre de 2013 desde <http://pslibrorum.files.wordpress.com/2013/05/neuro.pdf>
 - Pérez del Río, F. (2011) Estudios sobre adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos. Publicaciones de la Excma. Diputación de Burgos. España.
 - Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (2002) *Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes Una guía de desarrollo y perfeccionamiento*. Red Mundial de la Juventud. Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito. Viena. España. Recuperado el 28 de septiembre de 2013 desde <http://pslibrorum.files.wordpress.com/2012/12/prevn.pdf>

- Puentes, M. (2009) Estrategia terapéutica en drogadicción. Sistema Ambulatorio Preventivo Asistencial Comunitario. Lugar Editorial S. A. Buenos Aires, Argentina.
- Rodríguez de Fonseca, F. (2006) Neuroanatomía Funcional. En Tratado SET de Trastornos Adictivos. Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid, España.
- Romero, J. M., Romero, E., Romero, J., Romero, J. M. (2012) *Adicciones Digitales En Patera y Haciendo agua.* Recuperado el 25 de marzo de 2013. <http://www.e-armas.com/wp-content/uploads/2012/01/En-Pateray-Haciendo-Agua.pdf>
- Ruiz Ozuna, M. (2005) Actualización en drogodependencias. Análisis histórico, social y sanitario. Ed. Formación Alcalá. España.
- Rufino, M. (2011) *Prevención del consumo de alcohol en el lugar de trabajo.* Ed. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. Secretaría de Salud Laboral. España. Recuperado el 28 de septiembre de 2013 desde <http://pslibrorum.files.wordpress.com/2012/05/prevenc.pdf>
- Santolaya, F. (2008) *Guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable e inmigrantes. Visión diferencial para ambos sexos.* Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. España. Recuperado el 28 de septiembre de 2013 desde <http://pslibrorum.files.wordpress.com/2013/06/cannab.pdf>
- Secretaría de Salud (2001) Programa de Acción. Adicciones. Farmacodependencia. Secretaría de Salud. México.
- Secretaría de Salud (2001) Programa de Acción. Adicciones. Tabaquismo. Secretaría de Salud. México.
- Solís et al. (2009) Evidencia en contra de la Legalización de la marihuana. Centros de Integración Juvenil, A. C. Zacatecas, México.
- Souza y Machorro, Mario (2007) Adicciones. Clínica y terapéutica. Editorial Alfíl. México.
- Suetonio (1981) Vidas de los doce Césares. Traducción de José Luis Romero. Grolier Internacional. Editorial Cumbre S.A. México.
- Tapia, R. (2003, 03 de abril) *El Consumo de Drogas en México: Diagnóstico,*

- Tendencias y Acciones*. Recuperado el 25 de abril de 2013 desde <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>
- Tapia, R. (2003, 03 de abril) *La Respuesta de México ante el consumo de las drogas*. Recuperado el 25 de abril de 2013 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM2-1.htm>
 - Teeson, M., Hall, W., Proudfoot, H., Degenhardt, L. (2012) Addictions. Psychology Press. United Kingdom.
 - Torres, M. A., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F., Álvarez, C. (2008) Historia de las adicciones en la España contemporánea. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. En http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf (23 de julio de 2014).
 - Wallen, J. (1993) Addiction in human development: developmental perspectives on addiction and recovery. The Haworth Press Inc. New York, U.S.A.
 - Waller D., Mahony, J. (1999) Treatment of Addiction. Current issues for arts therapies. Ed. Routledge. London. UK.