



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LAS
RECAÍDAS DE PERSONAS CON DEPENDENCIA
A SUSTANCIAS*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Angel Alejandro Malvaez Pardo

Asesora: Lic. Perla Lizbeth Uribe Carmona

Uruapan, Michoacán. A 12 de marzo de 2017.



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.

ÍNDICE

Introducción.

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	6
Objetivos.....	9
Pregunta de investigación.....	10
Instrumentos de campo.....	11
Justificación.....	11
Marco de referencia.....	13

Capítulo 1. Adicciones.

1.1 Definición de adicción.....	15
1.1.1 Concepto de droga.....	19
1.2 Clasificación de los psicoactivos.....	20
1.3 Comorbilidad de las adicciones.....	22
1.4 Neuropsicología; consecuencias de las adicciones.....	26
1.5 Desarrollo de las adicciones.....	28
1.6 Intervención en adicciones.....	32
1.7 Las recaídas.....	39

Capítulo 2. Adultez.

2.1 Definición de adultez.....	44
2.2 Componentes de la adultez.....	46

2.3 Áreas de desarrollo.....	49
2.3.1 Área cognitiva.....	49
2.3.2 Área social.....	52
2.3.3 Área física.....	54
2.3.4 Área afectiva.....	54
2.4 Retos de la adultez.....	57
2.5 Adultez y adicciones.....	60

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica.....	66
3.1.1 Tipo de enfoque.....	66
3.1.2 Tipo de diseño.....	68
3.1.3 Tipo de estudio.....	68
3.1.3 Tipo de alcance.....	69
3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	70
3.2 Población y muestra.....	71
3.3 Descripción del proceso de investigación.....	72
3.4 Análisis e interpretación de resultados.....	74
3.4.1 Familia.....	75
3.4.2 Pareja.....	80
3.4.3 Aspecto social.....	86
3.4.4 Aspecto laboral.....	89

Conclusiones.....	102
Bibliografía.....	105
Mesografía.....	108
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En este documento se pone de manifiesto la investigación realizada sobre el síndrome de dependencia a sustancias y la experiencia de vida que tienen las personas con dicho padecimiento, después de pasar por una o más recaídas al consumo, durante o después de un proceso de rehabilitación.

El punto central de esta tesis es indagar sobre los factores de carácter psicológico y ambiental que están presentes en el proceso de recaída. Los resultados obtenidos se exponen después de estudiar a los individuos e identificar qué factores tienen mayor influencia.

Antecedentes

En esta tesis, la variable estudiada se denomina recaída, es una de las partes más difíciles de tolerar tanto para el individuo que presenta el problema como para quienes lo acompañan y apoyan en su rehabilitación.

Se puede afirmar que “la recaída es un proceso de cambio actitudinal que normalmente conduce al consumo de alcohol o de sustancias después de un periodo de abstinencia” (Mack y cols.; 2008: 152). En una persona dependiente al consumo de cualquier sustancia psicoactiva, la recaída se concibe como un proceso y no como una interrupción o fracaso de la rehabilitación, por el contrario, es sumamente

común y se considera como algo prácticamente inherente a la misma rehabilitación. De hecho, los autores especifican que más de un 90% de los pacientes volverá a consumir la sustancia en algún momento, en los posteriores 12 meses a haber empezado la abstinencia.

En la ciudad de Uruapan, Michoacán, se han realizado investigaciones sobre el tema de dependencia a sustancias psicoactivas, en su mayoría enfocadas al alcohol y la marihuana; algunos de los enfoques han sido comparativos sobre consumo en ciertas edades o variables de género, otros han tomado variables cómo la autoestima, depresión y motivación hacia el consumo.

Una de las indagaciones realizadas fue con personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas que se encontraban en un proceso de rehabilitación y se realizó en el año 2014. La investigación se tituló “Nivel de autoestima entre hombres y mujeres internos en centros de rehabilitación de adicciones de Uruapan, Michoacán” por Bucio. Para este estudio se tomó un grupo con un rango de edad de 15 a 39 años, con una estancia de internamiento de un mes y medio aproximadamente, con pacientes provenientes de tres clínicas diferentes: “Casa Hogar Mujeres de Amor de Michoacán”, A.C., clínica contra las adicciones “La Paz”, y el centro en recuperación femenil “Un Regalo de Dios”.

El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de autoestima en hombres y mujeres internos en clínicas de rehabilitación. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo,

de tipo transversal, diseño no experimental y con un alcance comparativo; el instrumento utilizado fue un inventario estandarizado que mide el nivel de autoestima, el nombre de esta prueba es Coopersmith Self Esteem Inventory.

En los resultados de la aplicación se hizo la comparación de géneros categorizando tres tipos de rangos acorde a las edades (15-19, 20-29 y 30-39), posteriormente se hizo un análisis estadístico por medio de la prueba t de Student. Un 50% de los hombres están en un rango de autoestima normal, con las mujeres es un 48%; a nivel social, un mismo porcentaje del hombres y mujeres llegaron al nivel de autoestima normal: 58%; finalmente, en el aspecto hogar hubo una diferencia más notoria: en los hombres, el rango de normalidad se dio en un porcentaje de 56% y en las mujeres, un total de un 42%. El mismo estudio hace la inferencia de que estos resultados se deben al proceso de rehabilitación y el desarrollo de una personalidad franca.

La conclusión a la que se pudo llegar de estos estudios es que la cuestión del género no influye mucho en el nivel de autoestima de las personas, esto referido al plano social, sin embargo, en el hogar mengua el nivel de autoestima en el género femenino, mientras que en el varón es más elevado de lo normal.

Por otra parte, se revisó la investigación denominada “Motivación hacia el consumo de drogas que presentan las mujeres de un centro de rehabilitación”, que fue realizada por Lucas en el 2013.

Su objetivo fue determinar un nivel de motivación promedio con la muestra escogida. Se tomó un grupo de 42 mujeres internas y rehabilitadas de la clínica AVIMAM de Uruapan, Michoacán, entre los meses de septiembre y octubre. El método empleado fue un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, con un tipo de estudio transversal y de alcance exploratorio. El instrumento aplicado fue una prueba psicométrica estandarizada, con un formato de escalamiento tipo Likert.

Los resultados de la aplicación del inventario arrojaron los siguientes resultados: en primer lugar, una serie de factores que fueron los que se identificaron como los de mayor relevancia en la motivación al consumo; dichos factores fueron individuales, abarcando la crisis de la adolescencia, curiosidad, deseo de experimentar, dificultad para el manejo de las emociones, una vida sin sentido y carencia de satisfacciones; el factor familia, el cual abarca conflictos con padres, indicó reglas poco claras, incongruencia en la dinámica familiar, comunicación deficiente, dificultad en la expresión de afecto, carencia de valores, predominancia de valores culturales rigidez y negativos; finalmente, factor de la comunidad evidenció consumo con otras personas, actitud de tolerancia de la sociedad hacia el consumo, modelos de identificación y facilitación de la droga.

Finalmente, se determinó un puntaje por medio de la escala Likert para evaluar el nivel de motivación promedio hacia el consumo, dicho promedio fue 55.67, el cual, del 1 al 100, está ubicado en un nivel regular. Con lo anterior, se llegó a la

conclusión de que las muestras seleccionadas pueden sentir el impulso de consumir droga, así como el de abstenerse.

El último estudio retomado, evaluó a hombres dependientes al alcohol y la posible presencia de un cierto nivel de depresión en estos. La investigación, denominada “Nivel de depresión en hombres dependientes al alcohol de cinco grupos de Alcohólicos Anónimos de Uruapan, Michoacán”, fue realizada por Villegas en el 2014.

Su objetivo fue el análisis de la depresión en alcohólicos bajo ciertos niveles. Se tomó un grupo de 63 hombres seleccionados de entre los miembros de 5 grupos de AA de Uruapan, Michoacán, con un rango de edad entre los 31 y 80 años. El método empleado fue un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, con un tipo de estudio transversal y de alcance descriptivo. El instrumento aplicado fue el Inventario de Depresión de Aarón Beck, segunda edición.

Los resultados de la aplicación del inventario arrojaron los siguientes resultados: un puntaje de 14.98, que demuestra un nivel de “leve perturbación del estado de ánimo”, estos resultados se basaron en la realización de un promedio aritmético. La variable fue descrita por el investigador, con base a la definición de Luciani, quien se refiere a la depresión como un estado de ánimo deprimido y apático, gradual y permanente, con síntomas característicos de la distimia, como autoestima baja, irritabilidad y problemas interpersonales pequeños que debilitan a la

persona en su rendimiento diario. El estado depresivo se le atribuye como una consecuencia del estado de abstinencia en que se encuentran los alcohólicos, lo cual a su vez, los hace propensos a una recaída.

Planteamiento del problema

El hombre ha reflejado durante años una notoria tendencia por la práctica de consumir sustancias nocivas para su salud a nivel mundial, dicha práctica ha adquirido hoy en día un simbolismo difuso y cambiante, dependiendo de las culturas, esto es un fenómeno visto en la mayoría de los países, y un ejemplo de esto es que un 89% de la población consume drogas psicoactivas, según Fericgla (2008). Esto se puede contrastar con estudios posteriores en los que se efectuó otra revisión estadística, pero específicamente con el consumo de drogas ilícitas: la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, UNODC, por sus siglas en inglés, determinó que 246 millones de personas consumieron una droga ilícita en 2013, un equivalente al 5% de la población mundial (UNODC; 2015), demostrando que más allá de ser una tendencia o un hábito, es un fenómeno que amenaza la salud y bienestar de las personas en cualquier contexto.

Es lógico pensar que el uso nocivo de estos adictivos sea responsable de un alto número de muertes, trastornos mentales y comportamentales. El consumo descontrolado de estas sustancias es causante de la muerte prematura de muchos consumidores. El jefe de UNODC expuso un estimado de 187,100 muertes

relacionadas con las drogas en 2013, a su vez, el informe Mundial sobre la Droga hace mención de los factores de riesgo que se ven implicados en el consumo de drogas por vía intravenosa: la transmisión de enfermedades como el VIH, hepatitis clase C y la influencia de la sobredosis.

La dependencia a sustancias como el alcohol, las anfetaminas, las metanfetaminas, la cocaína y la heroína, entre otras, son una problemática común para el hombre, clínica y socialmente. Dicha problemática es estudiada y analizada desde diversos enfoques por biólogos, médicos, antropólogos, entre otros profesionistas, pese a que, en el campo teórico, las investigaciones han logrado avances sobre las sustancias psicoactivas, su nivel nocivo y los efectos que cada tipo de sustancia tiene en el consumidor. La información de sobre el campo de intervención es aún insuficiente, es decir, en lo que respecta al proceso de rehabilitación, los avances científicos no llegan al conocimiento necesario para lograr una solución eficaz del problema, lo cual refleja cómo los programas de rehabilitación actuales siguen sistemas lineales que pretenden ser funcionales con cada caso y en cualquier tipo de contexto. Esto se expone mucho en México, país que se ve influido fuertemente por el fenómeno ya referido.

En el contexto mexicano, los tratamientos de rehabilitación siguen siendo arcaicos en muchos lugares. Además, lo que sucede después de que un adicto es aislado, tratado y posteriormente regresado de nuevo a la sociedad, se deja mucho de lado; existen diversas problemáticas que se puedan suscitar para el rehabilitado,

en su esfuerzo por mantenerse constante en su abstinencia, pese a las oportunidades y facilidades que se le presentan en un entorno no controlado; por consecuencia, se observa en la población un alto número de personas dependientes que ingresan repetidamente en las clínicas de drogadicción, sin una mejoría duradera; los números no disminuyen, mientras que un porcentaje aún mayor no tiene la fortuna de ser tratado.

Según Solomon (2013), en estudios realizados por el "World Drug Report" en 2010, se encontró que el 70% de los individuos con problemas de adicción a sustancias no es objeto de tratamiento, esto es un equivalente entre 11 y 33.5 millones.

Por otro lado, específicamente en los adictos que, por lo menos una vez, han experimentado una recaída después de recibir un tratamiento de rehabilitación, experimentan implicaciones altamente dañinas en su vida y, a la vez, repercusiones a nivel familiar, social, laboral, educativo y sexual. Todo esto demuestra claramente por qué es importante llegar a un conocimiento más profundo de esta problemática.

Cuando una persona con un síndrome de dependencia a sustancias psicoactivas recae, implica un desperdicio de los recursos usados en su tratamiento de rehabilitación y una inversión de tiempo, energía y espacio que no llegó a resultados positivos o, al menos, duraderos. Las expectativas de mejoría se reducen para quien recae y para quienes lo rodean, debido a esto, el índice de personas

adictas no baja, por el contrario, sigue elevándose peligrosamente sin esperanzas de cambio.

En la actualidad, no existe una educación preventiva adecuada en la reincidencia de las personas con dependencia al consumo de sustancias, debido a que aún no hay parámetros claros de los factores psicosociales que influyen en las recaídas. Sería difícil negar la existencia de estos factores y la influencia que tienen en el progreso de tratamientos de rehabilitación o en el fracaso de estos tratamientos, sin embargo, a pesar de que se reconoce la presencia de factores psicosociales como afectantes en las recaídas, aún quedan muchas dudas por aclarar.

Objetivos

Enseguida se enuncian las directrices bajo las cuales se desarrollaron las diferentes tareas teóricas y metodológicas inherentes al presente trabajo.

Objetivo general

Describir los aspectos psicosociales que influyen en las recaídas de los internos de las clínicas de drogadicciones “Nueva Era”, “Despertar” y “La Paz”, en la ciudad de Uruapan, Michoacán.

Objetivos particulares

1. Definir el concepto de adicción.
2. Definir el concepto de psicoactivo y describir brevemente una clasificación de los tipos de psicoactivos que existen.
3. Describir el proceso de desarrollo de adicción.
4. Definir la etapa de desarrollo de la juventud adulta.
5. Identificar las áreas de mayor influencia en el proceso de recaída de los internos de las clínicas “Nueva Era”, “Despertar” y “La Paz” por medio de entrevistas realizadas.

Pregunta de investigación

La prioridad de esta investigación es averiguar, de entre todos los aspectos que rodean a una persona que deja de consumir un psicoactivo, aquellos que propician con mayor facilidad el retorno al consumo descontrolado. Por ello, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores que influyen en las recaídas de los internos de las clínicas de drogadicciones “Nueva Era”, “Despertar” y “La Paz”, en la ciudad de Uruapan, Michoacán?

Instrumentos de campo

Para ejecutar la recolección de datos, se empleó una sola técnica: la entrevista, la cual se consideró la más eficiente para trabajar con la temática de la investigación que valora ampliamente la perspectiva particular de los casos, tal como lo señala Álvarez-Gayou, se puede “entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias” (2003: 109).

La entrevista es una conversación entre entrevistador y entrevistado, se enfoca en un tema según la información que se busque indagar y los objetivos de investigación que tenga, según Álvarez-Gayou (2003).

Justificación

Las sustancias psicoactivas y su consumo descontrolado, conforman un tópico considerablemente significativo en el área de la psicología; las diversas repercusiones que este fenómeno genera en la salud del ser humano, constituyen un tema que concierne a especialistas del área de la salud médica, así como a los del área de la psicología, en el aspecto del bienestar emocional, el correcto funcionamiento y productividad a nivel personal y social, sin embargo, desgraciadamente no recibe la suficiente atención para ser manejado con una correcta intervención. Estudios realizados en México exponen las cifras obtenidas del Informe Mundial Sobre las Drogas del 2014, en el cual se estima un aproximado

entre 16 y 39 millones de personas que sufren por el consumo de las drogas a nivel mundial, refiere Cacho (2015).

Aunque al psicólogo no le compete el manejo de tratamientos o intervenciones médicas en los casos de personas con dependencia a sustancias, ciertamente tiene mucho trabajo que realizar con este tipo de pacientes, pues las afecciones que presentan a nivel conductual, emocional y cognitivo, son por demás evidentes como para poder ser ignoradas, además de dificultar cualquier tipo de tratamiento.

El llegar al entendimiento de los factores psicosociales implicados en las recaídas, es indispensable para generar una perspectiva más completa del problema, tener más fundamentos con los cuales comprender a las personas con una dependencia a sustancias psicoactivas y su búsqueda de una mejoría por su salud y su bienestar.

Los beneficios que se pudieran generar debido a este interés por el estudio a profundidad del proceso de recaída, serían una mejora en la praxis de la psicología en el tratamiento a personas con dependencia a sustancias psicoactivas, modificaciones a los métodos y técnicas actualmente utilizados, de manera general; en lo que refiere a los sujetos de estudio, los resultados de este trabajo les ofrecerán una nueva visión objetiva de su problemática, que bien podrá ayudarles a comprender mejor qué circunstancias y situaciones son más riesgosas para ellos mientras están en estado de abstinencia, mientras que las clínicas en las que se

llevó a cabo la investigación, tendrán una mejor comprensión acerca de estas personas que viven un proceso de rehabilitación.

Marco de referencia

El primer lugar donde se examinó el problema de estudio, fue en la clínica “Despertar”, ubicada en la calle Prolongación Paseo de la Cima #525, Fraccionamiento Lomas del Valle Sur, en Uruapan, Michoacán. Por confidencialidad de la clínica y los internos, solamente se conocieron tres áreas de las instalaciones: el vestíbulo, la oficina del terapeuta de particular de la clínica y un salón, en el cual se trabajaron las entrevistas, con una extensión de 5 x 10 m., el cual dispone de vitropiso, 10 sillas y un escritorio.

El segundo lugar donde se trabajó fue la clínica “La Paz”, ubicada en Calle Camino Viejo a Zumpimito #23, Colonia Emiliano Zapata. Por la confidencialidad de la clínica, se conoció solamente una parte de las instalaciones: un patio interior, un vestíbulo, un salón utilizado para las actividades recreativas, que fue el mismo donde se efectuaron las entrevistas, así como un pasillo entre el vestíbulo y el salón. La clínica es de dos pisos, el salón donde se trabajó tiene suelo de vitropiso en su mayoría, el resto es de mosaico, su área es de 8 x 7 m., cuenta con una mesa y dos sillas.

El último lugar donde se trabajó fue en la clínica “Nueva Era”, centro de rehabilitación ubicado en la calle Nicolás Romero No. 136, Col. Centro, en Uruapan, Michoacán. El lugar cuenta con dos plantas, tres baños, dos oficinas y dos vestíbulos, uno en la entrada otro en el segundo piso, afuera de la oficina del director de la clínica; tiene además un área de dormitorios y tres áreas de recreación. El lugar que se facilitó para las entrevistas fue el área de recreación de la segunda planta, que mide 15 x 10 m., el suelo tiene vitropiso y el techo es de concreto. El lugar contaba con 12 sillas, una mesa y una banca, de manera que se utilizaron dos de las sillas y la mesa para colocar la grabadora de audio empleada en las entrevistas.

CAPÍTULO 1

ADICCIONES

A continuación, se expondrá el tema de las adicciones a sustancias psicoactivas. Para ello, se tomará como punto de partida el concepto desde el enfoque clínico y se hará mención de todos los elementos que se vinculan con la variable, al mismo tiempo que se exponen las causas de la adicción misma.

Es necesario exponer los conocimientos teóricos necesarios para tener un panorama claro de la problemática en cuestión y las implicaciones que acarrea, así como hablar de las sustancias psicoactivas o psicotrópicos, la relación que se da entre las adicciones y otros trastornos psicológicos, los aspectos neurológicos generales su desarrollo, la parte de intervención en el área clínica y, finalmente, el punto central del tema: las recaídas.

1.1 Definición de adicción

El acto de consumir una sustancia psicoactiva, carecería de un significado por sí solo, este se ha tomado con base en las tendencias sociales y un valor enorme en una infinidad de culturas. Son las circunstancias presentes y el contexto en que se ubica el acto, los factores determinantes para que adquiera cierto sentido, y dependiendo de esto, a la persona que consume las sustancias también se le

atribuyen ciertas características ante la perspectiva de la comunidad en que se encuentra.

De manera superficial, se pueden encontrar gran cantidad de explicaciones y supuestas razones por las cuales consumir psicoactivos: la sensación de relajación que ofrecen algunas sustancias de este índole, elevar la estimulación de la conducta sexual, mantenerse con más energía durante la realización de las actividades diarias, la experimentación de sensaciones nuevas y totalmente fuera de lo común, inclusive hay culturas en las que su uso forma parte de ciertos rituales y tradiciones profundamente arraigadas.

Cuando se profundiza en la búsqueda del porqué, se encuentran razones subyacentes, ya sean de carácter físico o psíquico, como evadir la realidad, según la explicación antropológica por un momento y justificaciones del acto como fin para aliviar o disminuir algún tipo dolor. Los psicoactivos representan un recurso efectivo para propiciar estas condiciones, y la elección de cada tipo de sustancia está en los efectos que pueda provocar y los intereses personales del usuario.

Hoy en día, los significados de los términos adicto y adicción han pasado por muchas modificaciones, principalmente por el hecho de que años atrás se le consideraba más como un tipo de comportamiento autodestructivo, mientras que con el paso de los años, se ha reconsiderado como una condición de enfermedad, esto según Álvarez (2011), el uso de este término ha sido influenciado por los diversos

enfoques, teóricos y de tratamiento, en los cuales se ha reconocido la incapacidad del individuo para dejar el consumo por mera fuerza de voluntad, además de identificar cuadros sintomatológicos de carácter afectivo, cognitivo y conductual.

Según Coleman (1988), se puede señalar cómo a través de la historia se han hecho clasificaciones y definiciones de las adicciones, las cuales ha sido desechadas al transcurrir de los años, por su inconsistencia. Las adicciones se han intentado dividir en categorías, según el tipo de drogas, como las categorías de drogas blandas y duras, separándolas según qué tan problemáticas sean, siendo drogas como la heroína y la metanfetamina pertenecientes a la clasificación de drogas duras, y medicamentos como los tranquilizantes del tipo blando; estos conceptos siguen siendo ambiguos, según lo señala el autor, ya que todo tipo de droga tiene el potencial de ser dañina.

También se han hecho diferenciaciones entre dependencia, habituación y adicción, con la premisa de que drogas como las anfetaminas no son tan adictivas; igual que los conceptos anteriores, esto fue un error, ya que las tres palabras son sinónimos. Finalmente, algunos expertos diferencian la drogadicción por sustancias físicamente adictivas o psicológicamente adictivas, ambas varían según los síntomas presentes en el individuo, pero actualmente es muy difícil hacer una diferencia entre los síntomas.

Se puede afirmar que la adicción se define como tal cuando se presentan las siguientes condiciones: “patrones de comportamiento reiterado de búsqueda y consumo de la sustancia, de manera que la misma ocupe una parte importante o central en la vida del adicto. Esta persona, al suspender el consumo, percibe molestias de distinto nivel de intensidad, según la sustancia consumida, el tiempo, dosis y frecuencia con los que la consumió y de acuerdo con sus características individuales, psicológicas y fisiológicas, llegando a presentarse desde un alto grado de compulsión, que coincida el reinicio de la utilización, pasando por una gran diversidad de síntomas que, en los casos más leves, se limitan a una ansiedad ligera” (Castro; 1998: 13).

De manera más genérica, es posible definir la adicción como “una enfermedad primaria, crónica, con factores psicosociales y ambientales, que influyen negativamente en el desarrollo integral de las personas. La enfermedad es frecuentemente progresiva y mortal” (Turchette; 2013: 23).

La palabra adicción, según Faulkner (citado por Cañas; 2004: 42), se refiere a “un trastorno serio y progresivo que implica la autoadministración de una sustancia o un proceso para evitar las percepciones de la realidad a través de la manipulación de los procesos del sistema nervioso, produciéndose, en consecuencia, un daño en el equilibrio del funcionamiento bioquímico del organismo y una pérdida de la habilidad para relacionarse con el mundo exterior sin el uso de la sustancia o proceso seleccionado”

1.1.1 Concepto de droga

La palabra clave para entender lo que es una droga, es “psicoactivo”, ya que esta es la propiedad que caracteriza a toda sustancia que es denominada comúnmente como droga, ya sea legal o ilegal.

El real DECRETO 1345/ 2007, del 11 de octubre, que regula el proceso de autorización y registro de distribución de medicamentos estipulado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, define el principio psicoactivo como toda materia, cualquiera que sea su origen, apropiada para construir un medicamento (referido por la OMS; 2008).

De acuerdo con la OMS (2008), una droga es aquella sustancia con un efecto psicoactivo capaz de producir cambios en la percepción, en el estado de ánimo, en la conciencia y el comportamiento, esto lo menciona remarcando la característica de ser autoadministrable.

Partiendo de la información dada por la OMS (2008), se pueden señalar un par de características: una droga, al ser consumida, afecta diversas funciones psíquicas del organismo, no tienen necesariamente una indicación médica y el individuo que las consume es vulnerable a la repetición de patrón de este consumo de manera voluntaria.

1.2 Clasificación de los psicoactivos

La clasificación más usada en el campo de la farmacología categoriza las sustancias con base a su principio activo. Según Solomon (1996), son: opiáceos, estimulantes, antidepresivos, psicodélicos y sedantes, además de algunas de origen psiquiátrico como las neurolépticas.

Las sustancias opiáceas, son las que producen un estado eufórico y controlan el dolor. Algunas de las opiáceas más comunes y utilizadas son la morfina y la heroína, después se encuentran las neurolépticas, que se usan en tratamientos clínicos para pacientes que tienen enfermedades mentales. Un ejemplo del uso de estos fármacos es su aplicación en la esquizofrenia, al suprimir síntomas como alucinaciones y episodios maníacos en personas con trastornos bipolares.

Las estimulantes como el tabaco, la anfetamina y la cocaína, que elevan el estado de ánimo, pueden generar en quien las consume una sensación de superioridad y audacia, esto varía por la potencia con la que el psicoactivo de cada tipo de droga estimulante afecta al organismo.

Las antidepresivas, por su parte, son medicamentos que se usan para tratar a personas con trastornos depresivos; las ansiolíticas como el Diazepam y el Clordiazepóxido, se caracterizan por su acción sedante, que relaja músculos y reduce la ansiedad.

Las drogas psicodélicas como el famoso LSD, llevan a quien la consume a una experiencia sensorial impresionante.

Las drogas sedantes o hipnóticas como el Fenobarbital, el hidrato de cloral y el alcohol, afectan los receptores GABA. Según Solomon (1996), este neurotransmisor se encuentra entre un 25 y un 40 por ciento de todas las sinapsis, lo cual lo hace el transmisor predominante de todo el cerebro y su función más conocida es la de oponerse a la excitación de las neuronas (inhibir). Los sedantes son depresores del sistema nervioso, según Souza (2010), las características de un depresor del sistema nervioso, es que alivian los sentimientos de aislamiento, vacío y ansiedad.

El alcohol etílico, según Torres (2001), es producto de la fermentación de ciertos azúcares. Según Hernández y otros (2015), el principal psicoactivo del alcohol es el etanol y su efecto en el organismo afecta procesos cognitivos como la memoria y daños en regiones como la corteza prefrontal, tálamo, hipotálamo, hipocampo y cerebelo entre otras zonas.

Según González y Matute (2013), las sustancias psicoactivas afectan la corteza cerebral, en la cual se dan los procesos de pensamiento, imaginación, juicio y control de decisiones. Al verse afectadas estas áreas, las personas tienen dificultad para pensar claramente y se altera su capacidad de juicio, lo cual explica la conducta desinhibida que muestran muchas personas al beber alcohol, también el

comportamiento impulsivo. Las sustancias como la cocaína y las metanfetaminas incrementan los niveles de dopamina y, en un nivel menor, los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico; las personas que consumen estimulantes tienen daños en funciones ejecutivas como la toma de decisiones, también una dificultad para ajustar su conducta a eventualidades ambientales, esta parte tiene que ver con la función ejecutiva de la flexibilidad cognitiva y, finalmente, alteración en cuanto a dificultades de atención.

1.3 Comorbilidad de las adicciones

Se puede identificar muy claramente en la conducta de muchas personas, una relación entre el consumo de psicoactivos y factores psicológicos como el nivel de estrés, o si se presentan inclusive problemas de ansiedad en el consumidor antes del consumo de la sustancia. Aquí es donde se puede señalar otra de las razones por la cual muchas personas consumen sustancias de este tipo.

Existe una relación entre los niveles de estrés en el organismo y el sistema endocrino. En un nivel sano, el estrés cumple una función activadora en la motilidad de las personas; según Moscoso (2009), las hormonas que se liberan como reacción de estrés, aumentan la concentración de glucosa en la sangre, lo cual aumenta la energía, el nivel oxígeno, el estado de alerta y la fuerza muscular.

El estrés es una respuesta al entorno y a los estímulos que el individuo percibe como riesgosos o que atentan contra su bienestar. Por lo cual, el estrés es de gran utilidad y resulta necesario en la vida diaria, ya que contribuye a responder adecuadamente a las exigencias cotidianas. Se caracteriza por sensaciones de inquietud, tensión, dificultad para concentrarse, miedo a que algo terrible ocurra y la sensación de pérdida del control según el DSM-V (APA; 2014).

La cuestión del estrés con las personas con dependencia a sustancias psicoactivas, considera que se encuentran expuestos si los estímulos que perciben como estresantes, realmente exigen una respuesta de estrés a la persona y cuál es la tolerancia que el aludido tiene a estas experiencias. Estos son elementos que tienen un impacto en el bienestar físico y orgánico.

Se puede afirmar, según McEwen (citado por Moscos; 2009: 1) que “cuando la respuesta del estrés percibido se transforma en un proceso crónico, esta facilita al inicio de un estado de distrés emocional en el que se observa una excesiva utilización o manejo ineficiente de hormonas”. Esto puede suscitarse por un abanico de causas diversas, que van desde las experiencias de vida favorables y desfavorables, eventos traumáticos y educación familiar, hasta las características ya delimitadas de cada individuo como el temperamento, haciendo que existan ciertas personas más propensas a tener niveles elevados de distrés y, como respuesta de huida, busquen un refugio de la inquietud y malestar que les genera.

En el caso de sustancias hipnóticas como el alcohol y la marihuana, por sus efectos en el estado de ánimo, son el escape deseado y consuelo del malestar que este tipo de personas experimentan en su vida diaria. Según Echeverría y cols. (2007), en una encuesta epidemiológica psiquiátrica, el 31.5% de la población que cumplió con criterios del DSM-IV de abuso o dependencia de drogas, ha presentado también trastorno del afecto, así como de la ansiedad: 30.9%, y del impulso (trastornos de déficit de atención y conductas oposicionistas), un 29.1%. Cuando la investigación estudio únicamente los casos de consumo de drogas ilícitas, la comorbilidad fue de 56%.

Dentro de las clasificaciones de trastornos y alteraciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (APA; 2014), se encuentra una clasificación denominada “Trastornos Depresivos”, este tipo de alteraciones tiene comúnmente una comorbilidad con el síndrome de dependencia al alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Según el DSM-V (APA; 2014), los trastornos depresivos se caracterizan principalmente por la sensación de desesperanza, tristeza, sentimiento de vacío, inutilidad, culpa e inadecuación, desprendidos de la subjetividad con que se interpreta la información; falta de interés por realizar actividades, dificultad para poder experimentar placer, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño, pérdida súbita de peso, fatiga, dificultad para concentrarse y recurrencia de pensamientos de muerte.

La distorsión cognitiva es un rasgo característico de la depresión, en el cual la percepción propia y del entorno el individuo, resulta vulnerable a experimentar un desagrado por el mundo en el que se vive y la posición que considera que tiene en este. Una reacción lógica ante problemas de este tipo es la huida, pero debido a que el problema gira en torno a su esfera cognitiva, lo más cercano a un escape del problema sería un escape de su realidad, ante el cual, los psicoactivos, como ya se había mencionado, son un recurso que ofrece esa experiencia.

Aquí la cuestión hormonal también toma un papel sumamente importante, ya que en los individuos que padecen de episodios depresivos a lo largo de su vida, en estudios neurológicos se encuentra una deficiente regulación de hormonas como la dopamina y la serotonina, lo cual explica algunos de los síntomas, como la falta de interés en realizar cualquier tipo de actividad o la dificultad para experimentar placer. Ante esto, los psicoactivos tienen un papel importante, pues propician satisfacer las deficiencias hormonales del individuo y le da experiencias breves de placer.

De acuerdo con Souza (2010), la estimulación del neurotransmisor conocido como dopamina, altera la percepción y representación mental de los acontecimientos asociados con la activación del sistema, esto genera un proceso que transforma los estímulos percibidos, haciéndolos atractivos y agradables.

La serotonina desempeña su papel en el estado del ánimo, conductas sociales, funciones fisiológicas, esto según Trueta (2012), produciendo relajación o sedación, alertamiento de conductas agresivas, deseo de dormir, comer y regulación del dolor.

La comorbilidad de la dependencia al consumo de psicoactivos con cualquier trastorno depresivo, influye en la intensidad con que se experimenta la enfermedad, la vulnerabilidad del sistema inmunológico y la prolongación del tiempo con respecto a la presencia de ambas alteraciones.

1.4 Neuropsicología; consecuencias de las adicciones

Según Solomon (1996), toda droga afecta primordialmente las células individuales del cerebro, estas se dividen en dos tipos: las neuronas y las células glía. Las neuronas son las transmisoras de información; con respecto a las células glía, las investigaciones aún no esclarecen a detalle su funcionamiento, pero trabajan como un sistema de extracción de residuos de los materiales excedentes de las neuronas, por medio de un proceso enzimático; asimismo, influyen de cierto modo en la migración de las neuronas, lo que se da con el desarrollo de todo individuo.

Según Solomon (1996), el proceso enzimático hace referencia a las enzimas, que son proteínas del organismo, las cuales tienen la virtud de provocar una reacción en las sustancias simples, convirtiéndolas en elementos más complejos, a eso se le llama metabolización. Las proteínas son metabolizadoras que actúan sobre los

neurotransmisores, sintetizan y también degradan las sustancias que estos contienen para su correcto funcionamiento.

Según Solomon (1996), entre una neurona y otra hay una conducción de la información que se da por un proceso electroquímico, cuyos conductores de información en este proceso son los llamados axones y los millones de dendritas que cada axón posee. Es precisamente en este flujo de información donde puede existir una afección por el consumo de drogas.

De acuerdo con Solomon (1996), la droga inhibe la actividad de ciertas enzimas, impidiendo que puedan sintetizar a los neurotransmisores y, en consecuencia, que estos se formen; otros simplemente deambulan hasta ser degradados, disminuyendo así el almacenamiento de estos neurotransmisores; otras drogas, por su estructura similar a la de los neurotransmisores, se introducen y los desplazan de su lugar.

Los efectos de las drogas en el cerebro no solo recaen en las neuronas y células gliales, también afecta específicamente ciertas áreas del cerebro. García y cols. (2008) explican la importancia de la afección que se da en el hipocampo y el neocórtex, áreas que trabajan funciones de memoria, atención y funciones ejecutivas, es común ver en personas con dependencia al alcohol, un daño en estas áreas, inclusive las resonancias magnéticas reflejan una reducción del volumen cerebral como consecuencia.

Souza (2010), plantea un cuadro con las principales alteraciones relacionadas con las adicciones, en el cual enlista trastornos: afectivos, por ansiedad, de déficit de atención por hiperactividad, de conducta, alimentarios, psicosexuales y del dormir, así como suicidio, esquizofrenia y VIH/SIDA.

1.5 Desarrollo de las adicciones

De acuerdo con Souza (2010), a lo largo del tiempo, el consumo constante de cualquier psicotrópico hace modificaciones graduales del sistema neuronal, haciéndolo cada vez más sensible a la sustancia y a los estímulos relacionados con esta. Lo anterior lleva el deseo ordinario a un deseo compulsivo. Este proceso se llama neuroadaptación. Esto explica por qué, en gran parte, es tan difícil para una persona que está en abstinencia del consumo des acostumbrarse, y por qué es tan fácil que asocien cualquier estímulo que se les presenta con el psicoactivo.

Al momento de evaluar los factores precipitantes de la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas, se deben tomar en cuenta los aspectos externos como el ambiente, las relaciones interpersonales y la crianza del individuo, sin embargo, existen, a la vez, ciertos elementos internos que llevan al individuo a caer en el abuso de los psicotrópicos. De no ser así, se debería suponer que, de manera general, los individuos que crecen en condiciones sociales problemáticas deberían volverse consumidores descontrolados de cualquier psicotrópico al que tengan acceso.

Souza (2010) plantea que, desde la infancia, todo individuo debe aprender de su entorno y desarrollar una capacidad para cuidarse a sí mismo, así como el manejo de las afecciones; estas capacidades se interiorizan desde los padres y su función es la supervivencia. Estas cualidades sirven para protegernos del peligro, dan prueba de la realidad, influyen en la capacidad de juicio, control, angustia y habilidad para extraer conclusiones de las consecuencias causales, por lo que claramente son determinantes en la construcción de la autoestima.

A su vez, el autor correlaciona esto con la “hipótesis de la automedicación” de Khantzian (1997), quien afirma que la intolerancia a los afectos, genera en el individuo como respuesta el consumo de psicotrópicos. Aquí es necesario resaltar que, de acuerdo con Souza y Cruz (citado por Souza; 2010: 85), “los trastornos afectivos son también una consecuencia, no solo precursores de la adicción”. De acuerdo con Erickson y Kushnes (citados por Souza; 2010: 85), también existe una “relación causal recíproca entre el trastorno de ansiedad que llevan a la adicción y viceversa”. Al final, el individuo, por medio de su conducta, pretende restaurar un sentimiento de potencia contra las experiencias insoportables.

Souza (2010) toma en cuenta el modelo psicológico del objeto transaccional en el que realiza una comparación en las relaciones objetales de los adictos, con las relaciones objetales de personas con trastornos de personalidad egocéntrica y, como en ambos casos existe una incapacidad para tolerar la soledad, se busca una solución, en el caso del adicto, por medio de una dependencia un psicotrópico.

Si un individuo con una personalidad narcisista recurre a las fantasías idealizadas como escape a las situaciones cotidianas y la desesperada búsqueda de consuelo, en los adictos se establece una relación con la conducta adictiva idealizada.

El enfoque planteado por Souza (2000), también menciona el concepto de “regresión” por estrés en el adicto; la conducta del individuo es de abstinencia temporal, con un inevitable regreso al consumo de la sustancia, cabe mencionar que este concepto no va a la generalidad, sino que se suscita en cierto tipo de adicciones, siendo esta adicción regresiva una adaptación a la ausencia de la permanencia. Por otra parte, se menciona la “negación” como el mecanismo que permite al individuo continuar con su comportamiento adictivo, pese a los daños perjudiciales que tenga este consumo en su bienestar personal y en su salud.

Ante la sociedad, esta problemática se ha normalizado cada vez más, la aceptación social convierte al consumo descontrolado de psicotrópicos en algo cotidiano, esto propicia un ambiente corrompido, lo cual es totalmente desfavorable para la búsqueda de tratamiento adecuado y de rehabilitación de personas consumidoras.

Cañas (2004) señala cierta incongruencia en la sociedad sobre la moral. Se ve al drogodependiente, por una parte, como criminal y, a su vez, como un enfermo, una víctima de su entorno.

Desde el enfoque antropológico de Cañas (2004), hay un proceso circular en donde el vacío existencial interviene y está manteniendo el estado dependiente, si no es que sea el origen en primer lugar. La conducta compulsiva sería una compensación de este vacío existencial, pero al igual que los síntomas del consumo de psicotrópicos, esta compensación meramente se volvería pasajera, solo reduciendo brevemente el aburrimiento y la apatía.

Cañas (2004) plantea desde bases teóricas de ciencias sociales, que el empuje de las personas al mundo de las drogas es la falta de motivaciones de vida claras, el vacío de los valores y un sentimiento desolador.

Es común encontrar en los casos de personas dependientes a las drogas, problemas aunados que impliquen violencia en su hogar, violencia durante su infancia, problemas de desempleo o situación económica de pobreza.

No hay duda de la presencia de un fuerte nexo entre la depresión y la adicción y un proceso de rehabilitación del sujeto, por lo que no se puede dejar de lado el sumo cuidado de sus condiciones psíquicas a la hora de tratar el problema adictivo. Para Pont Cons (citado por Cañas; 2004: 92), “sería un grave error pensar que, en el caso de una toxicomanía asociada a una fuerte forma de depresión, la deshabitación puede ser una medida instantánea y decisiva; al contrario, puede llegar a una crisis más grave, con consecuencias dramáticas, como el suicidio. Por eso, en casos muy particulares, se plantea el problema de desintoxicación del

individuo, que se ha de afrontar con cautela y en un periodo relativamente largo, con la ayuda de medicación y un apoyo psicológico que ayuden al toxicómano, en todos los aspectos, a liberarse progresivamente de las drogas”.

1.6 Intervención en adicciones

Según Mack y cols. (2003), en el trabajo de recuperación para personas con trastorno por consumo de sustancias, se debe valorar adecuadamente el cambio, no solamente en cuestión de la separación del consumo, sino también el desarrollo de un estilo de vida con sentido de vida, mejor autoestima y mayor equilibrio.

En la cuestión del tratamiento clínico ante la dependencia a sustancias psicoactivas, es de vital importancia el autoconocimiento y la autoaceptación del abuso, por sus beneficios terapéuticos, que favorecen la labor de las estrategias de modificación de hábitos riesgosos.

Los enfoques para abordar la problemática en México, han valorado las áreas neurobiológica, psíquica, social y familiar, buscando una consolidación integral de estas perspectivas.

En el ámbito psicoterapéutico, se valora mucho al individuo fuera de su clasificación como enfermo. De la misma manera que con cualquier clase de paciente se analizan las fortalezas y virtudes, los rasgos temperamentales y

conductuales de cada individuo, con la finalidad de valorar a cada paciente con dependencia desde su percepción. Se puede señalar que “se precisa trabajar con él y para él en el logro del mantenimiento de su abstinencia; valorar los significados que pueda tener para sí su patología” (Souza; 2010: 83).

De acuerdo con Souza (2010), el epicentro de esta búsqueda constante por perfeccionar las medidas de control, es el mejorar la calidad de vida humana, conservando condiciones de salud y desarrollo social. El autor también menciona la insuficiencia de las medidas usadas actualmente, cuyas acciones han trabajado el aspecto de la desintoxicación sin poder lograr la abstinencia permanente.

Las medidas de control designadas desde la actualización de la Ley General de la Salud del 2001, van desde el manejo de entrevistas de carácter reflexivo; atención no médica realizada por profesionales, como los grupos de autoayuda, que se enfocan en los problemas que surgen ante las condiciones de vida de un adicto; intervención terapéutica que trabaja únicamente la cura de los síntomas, diagnósticos terapéuticos hechos por especialistas, la atención profesional médica y psiquiátrica general, tal como la que ofrecen los hospitales y clínicas de servicio psiquiátrico, y la atención profesional especializada, la cual se enfoca específicamente en las problemáticas de las adicciones.

Las investigaciones realizadas por estas instituciones en la generación de mayores conocimientos del abuso de drogas, por ejemplo: conocimientos sobre sus

efectos en la salud, las causas, acciones para controlarlas y la relación que se da con las relaciones sociales, tienen como cuerpo de conocimiento científico la comprensión de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos. Es aquí donde entra en juego el papel del psicólogo que, en la prestación de servicios de salud, hace una valoración de las condiciones psicosociales en que se encuentran las personas adictas.

Esta empresa de medidas de control y prevención ha valorado el aspecto clínico muy poco, reduciendo las posibilidades de trabajo del ámbito de la psicología, cuyo lugar en esta labor es la integración de expedientes de psicología clínica e historias clínicas.

Otro tipo de programas de intervención que también han sido de gran relevancia en el tema de la dependencia alcohólica, son los renombrados programas de Alcohólicos Anónimos, abreviados como A.A. Su historia en el campo de acción y tratamiento de la problemática, ha tomado un auge increíble a nivel mundial, y es muy común encontrar más de una sucursal de este grupo en cualquier ciudad. El programa de doble A se puede encontrar implementado en un alto número de clínicas y centros de rehabilitación, asimismo, es usado en cualquier caso de adicción, con entera independencia de qué clase de sustancias psicoactivas sean las que consume el individuo.

El hecho de que este programa se sostenga así, hace que se cuestione su efectividad. De acuerdo con Cunillera (2006), el proyecto MATCH (1997-1998), hizo una evaluación de las intervenciones clínicas y ambulatorias que intervienen con personas con problemas de alcohol; su conclusión fue que, pese a que de manera general existe poca diferencia en la efectividad de los diversos modelos, aquellos pacientes que fueron atendidos en grupos de A.A. mostraron resultados más favorables en su proceso de abstinencia.

Los beneficios de los procesos de A.A. incluyen la concientización del problema en quienes lo padecen, por medio de la dinámica grupal, y generan un sentido de pertenencia a quienes forman parte de estos grupos, al integrarse entre personas que padecen ese tipo de problema.

El acuñar el término “enfermedad” en las problemáticas que se suscitan con el consumo descontrolado de psicotrópicos, ha tenido aspectos favorables, sobre todo si se toma en cuenta la liberación de culpa y carga moral que pudiera sostener una persona con problemas en cuanto a este tipo de dependencia, al tener una nueva percepción en la cual su situación no está solo en sus manos; esto, a su vez, propicia una mejor intervención externa, ya que como enfermedad, es también responsabilidad de un cuerpo médico ayudar al “paciente”.

La intervención médica ante esta problemática amplía los recursos de los que pueda disponer un enfermo de esta índole, en los cuidados de su salud, como los

tratamientos apoyados en la medicina general y especializada, desde farmacología hasta psiquiatría.

En contraparte de los beneficios, existen implicaciones negativas del enfoque clínico de “enfermedad”. Las personas pueden distorsionar su percepción sobre la enfermedad para mantenerse en una posición de comodidad y deslindarse de responsabilidades. Según Cunillera (2006), un porcentaje de personas desresponsabilizan al individuo de su problema, otros delimitan el problema como un continuo en la vida del que lo padece y que, además, pasa a formar parte de la persona; finalmente, se tiene a la otra parte de la población, quienes atribuyen la totalidad del problema a la cuestión biológica-genética.

En el ámbito terapéutico, estas limitantes también se presentan, pero con unas variaciones. Cunillera (2006) expone el inconveniente que existe con las denominadas “terapias desvalidantes” a la hora de tratar a personas con problemas con el alcohol, que fijan la posición pasiva del individuo en su problemática, en la cual su rol esta encasillado a usar meramente su fuerza de voluntad para no beber. El autor enlista las consecuencias que se presentan y de entre las cuales destacan las siguientes: la persona pasa de una dependencia a otra; del consumo a la ayuda de terapeuta, el cual es el único que le puede ayudar en su condición; la sobriedad no se vive como una liberación, sino como un proceso incomodo que se debe soportar

Cunillera (2006) señala un elemento notorio en la praxis de los especialistas: la arrogancia y sentido de omnipotencia de los investigadores y médicos, afirmando trabajar con soluciones directas ante el problema, siendo que a este aún le hace falta ser comprendido más a fondo.

La visión antropológica del tratamiento adecuado de esta problemática, esta plantada en el concepto de la “rehumanización”, valorando ampliamente la búsqueda de un sentido de vida. Se puede señalar que “el ser humano necesita sentir el sentido de vida como algo que emana de su interior y de su sensibilidad, a través de las pequeñas cosas y vivencias diarias de cada día” (Cañas; 2004: 45).

Valdría la pena señalar la comparación, en este punto, del error que se ha presentado en los diversos enfoques. Identificar una causa del problema que sea totalitaria, el conceptualizar al mismo problema de forma global y el pretender alcanzar una solución reproducible en todos los casos, genera sesgos al respecto; en el enfermo, posiblemente surgirán conflictos personales sobre la responsabilidad de su condición y sobre hasta dónde son sus límites para alcanzar dicha solución.

Las situaciones límite tienen un papel importante en el proceso de rehabilitación de un adicto. Esos momentos denominados como “tocar fondo”, son sumamente mencionados por personas así, inclusive se puede notar que narran estas experiencias como eventos de trascendencia en su vida personal. Si bien cualquier persona puede percibirse experimentando momentos así, al menos una

vez en su vida, en casos de esta índole, tienen una influencia muy poderosa en el proceso de rehabilitación.

Dentro de la línea de las adicciones, las situaciones límite son “aquellas situaciones dolorosas, intensas, y en principio, irreversibles, que están fuera del control de quien las padece y que, por tanto, la persona no cree que puede hacer nada para evitarlas” (Cañas; 2004: 53). Estas situaciones son vistas por el autor como generadoras de una intensa angustia.

Lo adecuado o útil de estas situaciones límite, sería que propiciaran en el individuo una actitud activa para resolver o mejorar su estado actual. Lo que la logoterapia refiere al respecto, es que se puede lograr levantarse, siendo necesario pasar primero por un proceso de autoconocimiento y posterior a este, trabajar por el desarrollo de un sentido de vida propio.

La logoterapia no es la única alternativa en la intervención terapéutica. Según Mack y cols. (2000), las técnicas cognitivo conductuales son efectivas; como se expone más adelante, las recaídas implican más que el consumo de nuevo. Las situaciones y circunstancias en que se propician el acto, también importan, en este sentido, las técnicas cognitivo conductuales ofrecen el beneficio de prevenir la recaída, previniendo el acercarse a los lugares y personas que propician en el enfermo el consumo.

Algo vital en el proceso de terapéutico con estas personas, es modificar el pensamiento maniqueísta, de todo o nada, con la abstinencia y las recaídas. Según Whimore y otros, es indispensable trabajar reduciendo la culpa, para eso acuñaron un término: “efecto de violación de la abstinencia, en el cual se habla de que, ya habiendo sido consumidor descontrolado, es inevitable que suceda volver al nivel de consumo repetido después de empezar con la abstinencia” (parafraseado por Mack y cols.; 2000: 153-154).

1.7 Las recaídas

En el proceso de rehabilitación, como se mencionó con anterioridad, existe una parte de este proceso prácticamente inherente al mismo: las recaídas. Pese a que en el proceso de cambio del enfermo se suscite toda una serie de eventos, modificaciones, problemáticas y situaciones por las cuales él tiene que pasar, a final de cuentas, a los ojos de la sociedad y ante las personas que rodean al enfermo, los resultados consideran en esencia si el individuo deja de forma permanente el consumo nocivo o si vuelve al consumo después; lo que para los demás será, simplemente, un periodo corto de abstinencia.

Delimitar los parámetros de lo que es llegar a una recaída, es complicado, ya que varía mucho entre los autores. Cañas, refiriéndose específicamente al alcohol, señala algunos de los más citados: de acuerdo con él, hay autores que sostienen que una recaída es a partir de los 75 cc. de alcohol puro por día, tres copas de licor

destilado, aproximadamente. Otros autores, como Marlatt y J.R., diferencian la recaída, como el hecho de reincidir en el consumo o empeorar en él; y el lapso de la ocurrencia única de la conducta en cuestión. La concepción de la recaída desde la perspectiva de los grupos de AA es aún más estricta: para estos grupos, basta con el ingerir una sola gota de alcohol de nuevo para considerarle una recaída.

Por otra parte, Carvey (citado por González y Matute; 2013: 33), delimita los parámetros del consumo, en general, de sustancias psicoactivas: “la dependencia es un patrón de consumo en el cual el individuo percibe de forma constante la necesidad de consumo, mientras que la adicción es el abuso compulsivo de la droga, caracterizado por una constante preocupación por conseguir y consumirla, además de presentar recaídas después de un periodo de abstinencia. En otras palabras, el término adicción es más aplicable para un patrón conductual y el de dependencia para un estado fisiológico”

La cuestión es si resulta posible, de manera concreta, reintegrar al individuo a la sociedad en una nueva forma más adecuada para él y que conste de un estilo de vida con un mejor bienestar personal y social. Un elemento esencial en el manejo de la problemática es el autoconocimiento del individuo de su condición dependiente. Se puede señalar que “el conocimiento de la personalidad premórbida, así como el manejo inadecuado de sus emociones, se liga a la recaída y combate del mantenimiento de la abstinencia a largo plazo” (Souza; 2000: 47).

El proceso rehabilitación-recaída es implícito. Para el adicto, están presentes en su meta de salud un devenir de constantes contratiempos, factores externos e internos que no siempre serán benéficos en su proceso, sino contraproducentes.

En sus relaciones interpersonales, quienes rodean al enfermo y ofrecen su apoyo, ya sea de forma optimista o pesimista, depositan sobre él ciertas expectativas de que logre cambiar, las cuales son un peso sobre el adicto, que ya batalla con su culpa personal; o expectativas a que retorne al alcohol, lo cual lo puede llevar a una predisposición al fracaso.

Las personas que rodean al adicto pueden no necesariamente señalarle de forma abierta lo que esperan de él, sin embargo, esto puede ser expresado de otras formas más indirectas y el individuo se percatará de esto, lo cual termina afectándolo de una o de otra manera.

La motivación personal juega un papel crucial, porque influye no solo en su comportamiento y los cuidados que tenga para sí mismo, también puede cambiar la percepción que tenga de sus condiciones a lo largo del tiempo; lo que puede comenzar con una actitud emprendedora y decidida a mejorar, y que percibe los recursos a su favor, puede volverse en un sentido de nueva desesperanza e imposibilidad de ver más allá de su malestar. Cabe recordar que este tipo de conductas y pensamientos ya han sido frecuentes con anterioridad y pueden volver a suscitarse.

El manejo adecuado de las recaídas es más importante que la aberración de esperar que el individuo no tenga ninguna recaída durante su proceso de rehabilitación. Según Cañas (2004), sería más conveniente considerar las recaídas desde la oportunidad que ofrecen estos acontecimientos de brindarle al individuo un aprendizaje sumamente valioso.

Dada la marcada influencia del entorno social en el individuo, es preferible abordar el tema desde una perspectiva que complemente al conjunto del sistema.

Cañas (2004) menciona algunas de las señales que representan alertas para identificar cuando un individuo está propenso a una próxima recaída, incluyen cierta sensación de que todo ya está resuelto, de que todo está bajo control, y parece que ya no se necesita la ayuda de un programa; cuando desaparece el afecto y la persona adicta no responde respecto a su tratamiento ni a su vida, volver a las alteraciones bruscas del estado de ánimo, a la fabulación y a las mentiras, o a ciertos rasgos de megalomanía.

Las drogas o sustancias psicoactivas son diversas y sus efectos en el organismo también varían, pero la dependencia a sustancias se caracteriza por síntomas en común, como la pérdida del control del consumo, la afección en el comportamiento, cognición y afectividad del individuo y en las esferas su vida (social, laboral, familiar y escolar). Todas afectan a nivel neuronal, aunque en el caso de la marihuana, los avances científicos aún son escasos; las funciones ejecutivas se ven

afectadas, lo que comienza con efectos temporales del consumo, debido al uso prolongado y constante, deja estragos neuronales y daño en las funciones ejecutivas, de entre ellas, destaca la toma de decisiones.

El desarrollo de la dependencia se da en comorbilidad con trastornos afectivos señalados por el DSM, destacando el trastorno depresivo y cuadros clínicos de estrés. Esta relación puede ir en ambas direcciones, es decir, comenzar con la dependencia a las sustancias que genere otra alteración psicológica, o bien, comenzar con un cuadro depresivo o problemas de estrés que sean causantes de la dependencia a sustancias.

En la intervención clínica se ha dejado en claro que la manera más adecuada de llevar el proceso, debería constar de una modalidad interdisciplinar que dé tratamiento a nivel fisiológico y psicológico, la necesidad de cuidar el delicado balance entre la concepción de enfermo del sujeto y el preservar su voluntad, para evitar una postura desvalidante y victimizadora.

Las recaídas, viendo el panorama completo, son una parte implícita en el circuito de padecimiento, desintoxicación y abstinencia. El prevenirlas no es la única forma de ayudar al proceso de tratamiento, también deben atribuírseles su justo valor, sin permitir que el sujeto caiga en la sensibilización ni en la habituación, que puedan propiciar una condición de desamparo y apatía.

CAPÍTULO 2

ADULTEZ

Una parte importante de esta investigación consiste en dar una descripción a detalle de en qué punto de su desarrollo psicológico se encuentra la muestra poblacional, siendo jóvenes adultos, ya que esta característica delimita las circunstancias en que viven y padecen su condición dependiente a las drogas. Un joven adulto no experimenta de la misma forma el consumo del alcohol, la marihuana o la metanfetamina, que un adolescente, así como tampoco posee los mismos recursos psicológicos para seguir un proceso de rehabilitación que un adulto intermedio. Por esta razón, a continuación, se ven expuestos los puntos principales de la etapa de desarrollo de la juventud.

2.1 Definición de adultez

El ser humano experimenta cambios en su organismo: desde el momento en que nace hasta el momento en que llega su muerte, es un continuo desarrollo que va en ascensión y, posteriormente, en declive, de manera muy lenta, ya que el cuerpo de un organismo vivo es dinámico. Estos constantes cambios implican continuas modificaciones en la estructura del pensamiento, así como en ciertos patrones de conducta, y son de gran interés para conocer las motivaciones e intenciones de quien tiene problemas con el consumo de sustancias y la dificultad con que pueda rehabilitarse o cuán propenso sea a recaer en el consumo.

Una característica casi generalizada en el desarrollo humano, es que los cambios se dan gradualmente y se van acumulando, lo cual es benéfico para el ser humano y para cualquier otro ser vivo, de esta forma, se puede dar la adaptación. Un ejemplo del hecho de que esta adaptación gradual va en mejora, podría ser la experiencia subjetiva de una recaída para un joven y un adolescente, ya que, si bien un joven experimenta problemas para controlar su consumo, se sabe que cuenta o debe contar con mejores recursos adaptativos que el adolescente.

Craig (2001) menciona un término referente a este punto, llamado “aprestamiento”, el cual significa, en sí, el llegar a un cierto nivel de madurez necesario para ser capaz de aprender cierta conducta, lo cual no era posible realizar antes de llegar a este punto, así como los niños que aprenden a caminar en el momento que sus músculos son lo suficientemente fuertes y su coordinación motriz, lo suficientemente fina.

Antes de definir la adultez, se debe dar por entendido que el desarrollo humano, según Craig (2001), proviene de dos causas: el comportamiento biológico, el cual es fundamentalmente automático, y las experiencias únicas de cada individuo. Estas dos causas están en interacción constante, es decir, ninguna de ellas tiene un valor absoluto en el desarrollo del humano.

La adultez, según Seco y cols. (1999), es una condición en la que se ha llegado al pleno desarrollo, es una edad de la vida humana a la cual se llega tras una

sucesión de etapas. El Diccionario de la Lengua Española (2001), da una definición similar, añadiendo a esta fase el llegar a un cierto grado de perfección, cultivado y experimentado.

Se puede afirmar que en adultez entra “todo ser humano desde los 25 a los 64 años. En este sub-período, además de los cambios biológicos, las diferencias en el desarrollo se relacionan con la mejor calidad de vida y la mayor esperanza de vida, lo que influye en la personalidad de sus integrantes y en su quehacer social”. Se alude al caso del joven adulto como alguien que ya cuenta “con un trabajo y una familia en crecimiento que, especialmente al inicio de la categoría, les produce conflictos por su tendencia a la actividad juvenil frente a las responsabilidades familiares y laborales. Es decir, enfrenta la madurez de su desarrollo. Al llegar al final de esta sub-categoría, se observan cambios físicos, tales como canas, arrugas iniciales, pérdida de flexibilidad principalmente por falta de ejercicio, y se alcanza un punto importante del desarrollo intelectual” (Mansilla; 2000: 112).

2.2 Componentes de la adultez

La edad, en cuestión de tiempo, tiene parámetros fijos ya establecidos, estos son exactamente aplicables, de igual forma, a cualquier persona en cualquier contexto; pero, al hablar del desarrollo personal, el manejo de la afectividad, patrones del comportamiento y pensamiento, hay una gran variabilidad, sin embargo, también es posible determinar un orden en el desarrollo aplicable en la mayoría de los casos.

Se puede notar que con aquellos patrones que la mayoría de las personas sigue, como el matrimonio, la búsqueda de un trabajo, la independencia de los padres y el curso de la vida sexualmente activa, existen parámetros relativamente comunes en la sociedad, acorde además al contexto donde se ubica el sujeto, sin embargo, los patrones en común no son muy estables, sino que existe además una variabilidad enorme, que no sería posible explicar por medio de la edad cronológica.

Por esta razón, los investigadores han buscado la manera de dar explicación a este paradigma, desarrollando teorías y postulados que proponen la existencia de diferentes tipos de desarrollo en ser humano, que se dan en conjunto, interactuando entre sí, de modo que son determinantes del comportamiento. Según Craig (2001), es posible clasificar la edad en cuatro componentes: la edad cronológica, que es simplemente hablar de los años de edad que una persona posee; la edad biológica, que es más fácil de distinguir por medio de la edad cronológica, en esta se refiere al momento en que se encuentra cada persona dentro de su ciclo de vida; la edad psicológica y la edad social.

La edad social se refiere al rol que el individuo está tomando en su contexto, esto acorde a las normas sociales. Un ejemplo de esto consiste en que se espera que un niño vaya a la escuela en las mañanas y esté en casa por las tardes; de un joven adulto se espera que trabaje para subsistir, tenga un sentido de pertenencia social en amistades con las cuales acostumbre visitar lugares típicos como bares y cafés, y aspire o esté en camino al matrimonio. Las actividades que una persona

tenga y su estilo de vida, son los signos de en qué punto de su edad social se encuentra, los modelos que dan pauta a estos niveles de desarrollo son la comunidad de personas que rodeen al sujeto.

La edad psicológica es expresada por el desarrollo al que han llegado sus capacidades cognitivas y cómo las emplea para resolver sus problemas cotidianos. Aquí se abarcan aspectos cómo la motricidad, el pensamiento (juicio entre otros procesos), la memoria, el aprendizaje y la inteligencia.

Lo cuatro tipos de edades planteadas por Craig (2001), se aplican a las personas que son jóvenes adultos, quienes poseen las siguientes características: independencia, autonomía física y social, capacidad para tomar decisiones independientes y, aunque no en su máximo tope, cierta estabilidad, compasión, sabiduría, confiabilidad e integridad.

Las tareas de desarrollo de la vida en la juventud, según Rice (1997), son: el logro de la autonomía, el moldeamiento de la identidad, el desarrollo de la estabilidad emocional, desarrollo de a capacidad para soportar tensiones, el establecimiento y consolidación de una carrera, encontrar la intimidad, convertirse en parte de grupos sociales compatibles y de la comunidad, seleccionar una pareja y ajustarse al matrimonio, establecer una residencia, aprender a manejar un hogar, convertirse en padre y criar a los hijos.

Uno de los primeros acontecimientos importantes en la vida de un joven adulto es la separación de los padres, este hecho contribuye en muchas de las tareas que forman parte de la vida del joven adulto, según Rice (1997); esta separación contribuye en la autonomía emocional y la formación de la identidad propia.

En el aspecto volitivo, alcanzar la competencia y autonomía por medio de la realización de metas, como el forjar un matrimonio, adquirir un empleo, conseguir un patrimonio, repercuten en la crisis emocional que implica la transición, a lo cual se agregan el miedo de ampliar el campo de conocimiento de la zona de confort, la sensación de inestabilidad y los temores del fracaso ante la búsqueda de la independencia.

2.3 Áreas de desarrollo

Para explicar adecuadamente cómo es el desarrollo del ser humano, es necesario hacerlo en función de diferentes áreas, que son nivel psicológico y fisiológico, abarcando el área cognitiva, social, física y afectiva. A continuación, se exponen por separado cada una de estas cuatro áreas.

2.3.1 Área cognitiva

A nivel cognitivo hay diversas teorías y enfoques que buscan explicar de manera estructural y funcional esta área. Craig (2001), reconoce como la mejor

teoría para explicar el desarrollo humano a la teoría del procesamiento de la información, la cual expone que se procesa sin cesar la información que se recibe del exterior; es típico de los escritores de esta teoría hacer la comparación de cómo trabaja la mente humana de forma parecida a las computadoras, al procesar la información de los estímulos a los que están expuestos los individuos. Se tiene que discriminar entre todos los elementos que pueden resultar de interés y aquellos que se ignoran, almacenar la información que es de utilidad, para interpretarla e inclusive, posteriormente, consultar esta información guardada, cuando pueda servir de algo.

Craig (2001), menciona otras teorías como “La teoría cognoscitiva social” y “La teoría del desarrollo cognitivo”, el trabajo más reconocido de Jean Piaget es esta anterior; “la teoría cognoscitiva social” valora aspectos como las actitudes y creencias de los individuos, las cuales trabajan en conjunto y hacen que cada individuo, a través de su interacción en la sociedad, se defina a sí mismo, creando un concepto de “yo”. El trabajo de Piaget engloba estos procesos al referirse simplemente al pensamiento, razonamiento y la solución de problemas, estos procesos mentales cambian por adaptación por etapas madurativas.

Cuando se llega a la juventud la interacción social, como la teoría lo menciona, hace que el individuo modifique su concepto de quien es, el “yo”; según Craig (2001), el individuo en desarrollo diferencia sin cesar el yo y el mundo, al mismo tiempo que integra el yo a un mundo más amplio.

Se puede señalar que lo que sucede a los procesos cognoscitivos, como la memoria y el aprendizaje, “con el paso de los años es que acumulamos una base más extensa de datos; conocemos mejor nuestra personalidad, así como el mundo físico y social que nos rodea”, (Craig; 2001: 423); pero la inteligencia, es otro caso.

Retomando la teoría piagetiana, se describe el funcionamiento del pensamiento de forma activa; en el aprendizaje, la mente juega un papel totalmente participante. Cada información nueva que es recibida, puede ser asimilada o puede ser desechada, cual si filtrara información que no sea considerada importante, esto depende de la estructura del pensamiento que ya está formada. Si la nueva información compagina con algo de la estructura del pensamiento del individuo, será guardada, pero si no existe una relación con la estructura, será dejada de lado.

La teoría puede sonar contradictoria en el sentido que la información nueva no se acopla si no existe asociación entre esta y la información que ya se posee, sin embargo, lo que la nueva información hace es añadir las diferencias que tienen. Se puede señalar que la asimilación es la parte que integra lo nuevo a los sistemas ya existentes; la acomodación habla de una necesaria modificación de los procesos del pensamiento para dar cabida a lo nuevo; finalmente, los esquemas cambian con el crecimiento.

Los cambios del pensamiento de un adulto ya no tienen el mismo peso que implicaban los procesos de la edad cronológica y biológica, que tenía cuando estaba

en la adolescencia, la niñez o la infancia. En esta parte del desarrollo, influyen más los factores personales, sociales y culturales. La adolescencia, que era tan característica por el pensamiento dicotómico, cambia para poder generar en la adultez la capacidad de dar resolución positiva a los problemas contradictorios. Por esta razón, al llegar a la juventud, las personas, como parte de su cambio, se vuelven más tolerantes, aceptan y respetan la diversidad.

2.3.2 Área social

Jiménez (2012) argumenta que el desarrollo cognitivo y el nivel de madurez alcanzado en esta etapa, llevan al individuo a experimentar relaciones sociales reforzadas en el compromiso y responsabilidad; también explica sobre la personalidad la interacción social, siendo esta etapa un punto de cambio en el que hay mayor expresión de la personalidad, una disminución de la inhibición que pudo mostrarse en la adolescencia

Cuando se llega a la juventud, ocurre una serie de sucesos que adquieren una gran relevancia en la vida de las personas y dan pauta a los cambios en la estructura del pensamiento, afectividad y comportamiento. Los roles que toma un joven adulto en la sociedad, representan los cambios internos que pasan las personas en su transición de adolescente a joven adulto. Los acontecimientos son clasificados por Craig (2001), en dos tipos: sociales idiosincrásicos, de los cuales se expone en el siguiente subtema, y los sociales.

Los acontecimientos sociales normativos se caracterizan por ser eventos o hechos ya esperados, por lo cual es posible anticiparse mejor a ellos, lo que permite a un individuo identificar que ya está preparado para lidiar con ciertos hechos. Es el reloj biológico, el cual forma parte de la sincronización interna de todo individuo, refiriéndose a esto de una manera más simple.

Craig (2001) abarca el tema del desarrollo adulto seccionando por investigaciones, dos de los investigadores más destacados por el autor fueron Roger Gould (1978) y Daniel Levinson (1978-1986). Las aportaciones que realizaron dieron sustento teórico a las teorías del desarrollo psicológico, no solo durante la adultez, sino, además, en el resto de las fases del desarrollo.

Las investigaciones de Gould (parafraseado por Craig; 2001: 434), lo llevaron a identificar las siguientes características en las personas que tienen entre 18 y 29 años de edad: existe un deseo de no ser corregido por la familia, de tener intimidad con los pares, de recrear con los compañeros la familia que están abandonando; posteriormente, participar en el trabajo de ser adulto y obtener competencias como adultos

Levinson (parafraseado por Craig; 2001: 430) "categorizó tras sus investigaciones los elementos que caracterizan cada periodo, y señaló en las personas que poseen entre 22 y 28 años de edad, como ingresantes al mundo adulto, llegan al momento crítico de la realización de elecciones, elaboración de

metas y establecimiento de ocupación y matrimonio, también señala que en este periodo existe un conflicto entre el deseo de querer explorar y a la vez, de comprometerse, para ese autor son ciertos sucesos en concreto los que delimitan el comienzo y final de cada periodo”.

2.3.3 Área física

El desarrollo a nivel físico en la juventud se encuentra sumamente favorecido y en su máximo nivel del potencial humano. Se marca en términos generales que “el funcionamiento de los órganos, el tiempo de reacción, la fuerza, las habilidades motrices y la coordinación sensoriomotriz, alcanzan su nivel máximo entre los 25 y los 30 años; después empieza a menguar paulatinamente” (Craig; 2001: 414).

La importancia de que la condición física de un ser humano sea óptima, es muy importante para su bienestar en todas las áreas de la vida, esa condición será la que empuje a la realización de las actividades diarias de la mejor forma posible, lo cual es crucial en esta etapa, por representar el momento de vitalidad humana y el inicio de la vida de independencia y autosuficiencia.

2.3.4 Área afectiva

En cuanto al desarrollo afectivo, los teóricos identifican hasta la fecha una fuerte relación entre el comportamiento afectivo entre sexos opuestos y la búsqueda

de bienestar personal con conductas y patrones evolutivos basados meramente en la preservación de la especie. Por encima de los constructos sociales creados sobre la búsqueda de relaciones interpersonales que impliquen ciertos valores como honestidad, fidelidad o pasión, el predominio de los instintos animales sobre las conductas de cortejo es permanente.

Según Baron (2000), la teoría más apoyada sobre las conductas de apareamiento como respuesta biológica, se le conoce como modelo de inversión parental. La teoría expone que las mujeres realizan una enorme inversión de tiempo y energía en la crianza de un hijo, en contraste con los hombres, cuya inversión de tiempo por la crianza de un hijo es mucho más corta; para un hombre es mucho más fácil engendrar una gran cantidad de hijos con una gran cantidad de parejas en tiempo muy corto, por esa razón, hay diferencias muy notorias entre los intereses de los hombres y de las mujeres a la hora de buscar pareja: para un hombre, hablando meramente en cuestiones biológicas, se limita a buscar una pareja que parezca apta para la reproducción, que posea juventud, atractivo físico, señales de buena salud y vigor, mientras que las mujeres buscan quien las ayude a compartir el largo periodo de criar sus hijos, hombres con elevado estatus económico, ambiciones e inteligencia.

Otros autores valoran más los constructos sociales. Según Bugental y Yalom (parafraseados por Morris; 2010: 184), “las relaciones a largo plazo se tienen que dar en casi todos los adultos, y su base es afectiva. Antes de que surja esa búsqueda de

relaciones íntimas, el individuo pasó por un proceso personal de desarrollo sobre su independencia e identidad. Según Villanueva, primero se pasa por una crisis de identidad, la cual se resuelve con la construcción de ideales, metas y autoaceptación”.

Según Fromm (citado por Villanueva; 1995: 184-185), “todos tenemos una tendencia que es la necesidad de relación y de arraigo, pero hay una necesidad que difiere de estas en principio y forma: las relaciones de amor, estas se satisfacen por medio de la relación fraternal y el amor mismo suscitado en esta relación”

Villanueva (1995), señala que las relaciones de amor, difieren de las relaciones de apego, en el hecho de que estas tienen una motivación basada en la compensación de falta de afecto en la niñez y necesidades neuróticas de afecto y aprobación, mientras que las relaciones de amor son plenamente genital-amorosas, y se logran cuando el individuo ya tiene una identidad clara y una percepción del sexo opuesto realista y positiva.

Para Jiménez (2012), el amor no es un afecto estático, sino una actividad constante. Según Fromm, “en esta etapa hay dos polaridades sobre las cuales pueden oscilar las personas: el intimar y establecer compromisos con los demás o, en caso de no lograrlo, el aislamiento” (citado por Jiménez; 2012: 38).

2.4 Retos de la adultez

Es precisamente la juventud la etapa en la cual normalmente se empiezan a desarrollar enfermedades que en un futuro se podrían volver letales, es decir, aquellas cuyos síntomas y estragos al organismo padecen los adultos intermedios y en senectud, tienen su etapa inicial en la juventud.

Craig (2001) menciona las enfermedades que comienzan en la juventud, tanto las que se desarrollan sin presentar síntomas, como las que sí los manifiestan: las enfermedades pulmonares, cardíacas, renales, artritis, problemas en las articulaciones y en los huesos, arterioesclerosis y cirrosis hepática, son aquellas que no manifiestan síntomas en este punto del desarrollo, mientras que enfermedades que sí los manifiestan son la esclerosis múltiple, la artritis reumatoide, las enfermedades relacionadas con el estrés, como la hipertensión, las úlceras, la depresión, y finalmente, algunas enfermedades de tipo genético como la diabetes y la anemia drepanocítica.

Una investigación se elaboró en Estados Unidos por el Census Bureau en 1997, con un grupo específico de 100,000 sujetos con edades entre 25 y 44 años. En los resultados develó que las infecciones de VIH son la principal causa de muerte en varones, seguido por cardiopatías, suicidio, neoplasias malignas (cáncer) y homicidio, en ese orden de manera descendente; por otra parte, en el caso de las

mujeres, el orden de causas de muerte es encabezado por las neoplasias malignas (cáncer).

Más allá del aspecto de salud y enfermedad, existen retos de carácter psicológico que representan una importancia enorme sobre el desarrollo humano en la etapa adulta. Según Morris (2010), el reto más grande por el que se pasa en esta etapa es la intimidad frente al aislamiento, el individuo puede experimentar un sentimiento de estar incompleto; después de adquirir un sentido de identidad fuerte, será capaz de establecer esa relación íntima.

La salud física no es el único reto de la adultez, si se revisa a otros autores, se puede observar más allá de este tipo de cuestiones, y cómo los sucesos que tienden a presentarse en este rango de edad son significativos.

Como ya se mencionó antes, existen acontecimientos sociales normativos que son parte de esta etapa del desarrollo, representan cambios internos y externos en las personas. Según Rice (1997) los acontecimientos sociales normativos son la serie de eventos esperados, mientras que los acontecimientos sociales idiosincrásicos son sorpresivos, pueden ocurrir en cualquier momento y ser inesperados, como por ejemplo, un accidente automovilístico, un despido laboral o una problemática con el consumo de alcohol, la cual si bien no se da de la noche a la mañana, muchas veces se va formando en la persona y desarrollándose sin que esta lo quiera reconocer, hasta que se llega al punto en que no se puede negar la ya

notoria realidad de este problema. Por su carácter sorpresivo e inesperado, estos acontecimientos generan estrés y desestabilizan al adulto.

Rice (1997) menciona otro aspecto afectivo y es el bienestar subjetivo, el cual conlleva las siguientes características: satisfacción con la vida, el ánimo, felicidad, la congruencia y el afecto.

La percepción de bienestar que una persona tiene respecto a sí misma, se basa en gran parte de la comparación que hace el individuo con sus contemporáneos, pero principalmente con gente más cercana, como familiares y vecinos.

La posición socio-económica tiene una relación con el bienestar, según Rice (2012), el ingreso económico influye en la satisfacción con la vida, pero esto no es directamente proporcional al ingreso, sino pasa por una comparación que el sujeto evalúa con los demás. Las transiciones por las cuales pasa el joven adulto que recién dejó la adolescencia y comienza con la etapa de la búsqueda de la autonomía y la responsabilidad, puede ser optimista o estresante según el juicio del sujeto, pero este siempre se verá bajo un cierto influjo de la opinión social.

Si el individuo se percibe presionado por sus exigencias o las externas, esto le genera, estrés según Rice (2012). La familia también es descrita por el autor como un generador de estrés, y la etapa la adultez, se caracteriza por el comienzo del

establecimiento de una nueva familia, en la cual se adquieren nuevas responsabilidades y obligaciones, junto con las relaciones laborales y la búsqueda de la estabilidad económica.

De acuerdo con Rice (2012) el estrés en el trabajo depende mucho de si se disfrutan las labores por el sujeto, mientras este les ofrezca la oportunidad de desarrollar su potencial y talento. Con la familia, los nuevos roles pueden convertirse en estresores si el individuo no se siente en control de sus actividades

2.5 Adulthood and Addictions

Como punto de partida en este subtema, es necesario apuntar que el consumo descontrolado de sustancias psicoactivas tiene un impacto en el correcto desarrollo del ser humano. Se puede afirmar que “las sustancias adictivas no propician el desarrollo sano de la personalidad. Su consumo disminuye la productividad y favorece la indolencia precisamente en la etapa de la vida en la que los seres humanos han de ser más activos y creativos” (Velasco; 2000: 27).

Hay una distinción de la clase de personas como consumidoras recurrentes, que señala dos grupos: “los que consumen para estar en sintonía con el mundo que les ha tocado vivir y los que consumen porque quieren desconectar del mundo que les ha tocado vivir, de su entorno familiar, del momento por el que pasan, de cómo

son ellos/as. O bien por el hecho de descubrir universos distintos de los que viven.” (Cunillera; 2006: 71).

Aunque la clasificación suena un tanto maniqueísta, plantea un panorama general de qué intenciones pueden conducir a una persona a esta conducta. Es en este punto donde es necesario mencionar cuales son los parámetros para identificar que personas entran en este tópico.

Se puede señalar que se trata de un patrón repetitivo que es comúnmente visto en el individuo, se señala que “la persona adicta encaja dentro de un continuum de actuaciones vitales en el que no hay separación entre las conductas adictivas y las que no lo son” (Cañas; 2004: 41). En este aspecto, ya no se evalúa la enfermedad, sino el comportamiento autodestructivo del propio enfermo, que lo lleva a sostener su malestar.

Cuando se valora en la cuestión psicológica del problema más allá de la perspectiva biomédica, la primera área personal a destacar es la que corresponde a las relaciones interpersonales. La sociedad no se asombra de ver personas hundidas en el alcoholismo, mientras que ve con desprecio a consumidores de otro tipo de psicotrópico como la marihuana, y aun con mayor repudio a quienes consumen otro tipo de estimulantes, como las metanfetaminas y la heroína, dado que la sociedad ya tiene sumamente estigmatizados a este tipo de consumidores, los cuales resaltan más por los efectos que la misma sustancia les provoca, como el estado exaltado e

impulsivo. A su vez, un comportamiento como reacción de la sociedad también bastante normalizado, es la marginación de aquellos individuos que son señalados como “drogadictos”, y aquí surge una cuestión: si estas personas de comportamiento adictivo fueron rechazadas en consecuencia a su situación de consumo, o si ellos mismos se marginaron inicialmente.

Se puede señalar que “la conducta adictiva es favorable a medida que una persona incrementa su grado de aislamiento social, presenta una deficiente integración en el núcleo familiar y carece de estímulos socio-culturales” (Cañas; 2004: 48), esto quiere decir que hay factores externos afectantes más allá de los psicotrópicos en cuestión, afectantes negativos que propician y/o incrementan la conducta de consumo.

Ante las problemáticas personales en las distintas áreas sociales, como el área familiar y laboral, el deseo de evadir la realidad conflictiva es mayor y el comportamiento que pudo ser inicialmente un placebo o recurso reconfortante, genera otra situación de mayor gravedad: la pérdida del control sobre la sustancia que el individuo consume.

La persona enferma difícilmente acepta su condición real o su pérdida del control, al menos al principio ese es el comportamiento común; inclusive es algo lógico, suponiendo que exista una evasión de la realidad por parte del individuo, debe haber sesgos presentes en la percepción del individuo, quien tiene mayor

dificultad para ver aquello que para quienes lo rodean es bastante claro, y esto implica también la dificultad para poder reconocer las consecuencias a largo plazo que le generara su círculo vicioso.

El panorama psicológico ofrece diversas explicaciones de la psique de un adicto. Ejemplo de esto es la información que aporta el modelo conductista al tema. Según Cañas (2004), la adicción humana se explica por una pérdida del control del límite, esto lleva a la persona a un estado agresivo llamado “craving”, en el cual existe una búsqueda angustiosa vinculada con lo que se le conoce como adicción; en el peor de los casos, puede llevar a la persona a lo que se conoce como síndrome de abstinencia, es decir, volverse dependiente tanto psicológica como biológicamente.

Esto en términos más simples, habla de una conducta repetitiva que se lleva a cabo en la espera de obtener resultados agradables, tal como lo han experimentado con anterioridad.

Cañas (2004) describe la personalidad adicta valorando el carácter depresivo como rasgo característico de este tipo de personas. Según el autor, su organización psíquica es frágil, se identifica por su personalidad narcisista

La manera de comportarse de estas personas es infantil, ya que se ve reflejada en la manera en que manejan y expresan sus emociones, tienden a volverse dependientes en la mayoría de sus relaciones; otro aspecto de su

comportamiento es la constante postura defensiva, ya que perciben constantemente como peligroso su entorno.

Según Cañas (2004), la pérdida de autocontrol que experimentan a diario y el malestar que les genera las desbordantes sensaciones, emociones y pensamientos, los lleva a fragmentar su estructura psíquica, se despersonalizan momentáneamente, tienden a sentir que se desconocen a sí mismos y angustiarse por la falta de control que tienen de sus impulsos.

El grado de conciencia que tienen estas personas es muy limitado, esto es consecuencia de la percepción tan conflictiva que tienen de su entorno, lo cual es posible asemejar con lo ya planteado antes, de la incapacidad de un individuo para aceptar sus condiciones de vida y la evasión de la realidad.

El problema de dependencia al consumo de psicoactivos, como todo acontecimiento idiosincrásico no se prevé por quien lo padece, por tanto, es un generador de gran estrés para la persona, quien no posee las herramientas cognitivas para saber cómo lidiarlo. En la mayoría de los casos comienza más como un acontecimiento normativo, el consumo de alcohol ya expuesto como algo normal en varias sociedades, comienza para muchos dependientes alcohólicos de manera gradual, por lo cual las primeras veces es reforzado por la liberación de la responsabilidad del acto depositada a sociedad “no pasa nada, todo mundo lo hace”, “al fin y al cabo, mis amigos también toman”.

En los adictos, la posición de enfermo, de dependiente, influye sobremanera en la concepción de su condición como para poder imperar sobre esta la voluntad propia. Como se ve expuesto en el capítulo anterior, las implicaciones que comúnmente se ven en las personas con problemas de consumo de psicoactivos, es una deficiente relación con la sociedad, dificultades para mantener un trabajo estable, relaciones afectivas sólidas y la imposibilidad de subsistir de manera autosuficiente con total autonomía.

Las limitaciones personales que se vinculan con las condiciones de las personas con problemas de dependencia al consumo de psicotrópicos, imposibilitan un desarrollo en la adultez normal, chocan con las necesidades personales que se experimentan en este periodo y la realización regular de estas, como la búsqueda de la autorrealización por medio del cumplimiento de metas de vida, trabajo, patrimonio o matrimonio.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se dará una descripción de la parte técnica de la tesis, qué línea de investigación fue seguida y qué clase de procedimientos se llevaron a cabo, respondiendo al cómo se hizo el trabajo, dónde, cuándo, quiénes y porqué, dando en cada aspecto una explicación teórica de cada término y concepto implicado en el proceso de investigación, para tener un mejor entendimiento de este proyecto y explicar el modo en que se llevó a cabo la conexión entre la teoría y la praxis.

3.1 Descripción metodológica

Una investigación debe seguir ciertos pasos y acatar todos los preceptos que implica para ser considerado un estudio viable y con credibilidad. Existen ya enfoques establecidos, que han sido el resultado del esfuerzo de los investigadores por crear procedimientos adecuados que puedan controlar a la vez cualquier futura investigación.

3.1.1 Tipo de enfoque

Un enfoque de investigación se refiere al “conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno” (Hernández y cols.; 2006: 4).

La metodología que una investigación debe seguir, varía por dos tipos de enfoque diferentes. Los dos existentes son el cuantitativo y el cualitativo; cada uno posee su propia serie de pasos, además de ser dos perspectivas que buscan llegar a un tipo de conocimiento diferente. El método cuantitativo busca resultados objetivos, genera una hipótesis desde su comienzo y la validez de sus resultados es reforzada principalmente en pruebas sistematizadas y concretas; por otra parte, el método cualitativo busca, más que un conocimiento concreto, llegar a la construcción y o interpretación de una realidad percibida por la población estudiada.

El tipo de investigación que se llevó a cabo es cualitativo, siendo el más adecuado por su flexibilidad con la premisa de la investigación, ya que en esta investigación se buscó tener una percepción holística del fenómeno, sin plantear desde el principio una hipótesis.

De acuerdo con Hernández y cols. (2006), la investigación cualitativa tiene como propósito reconstruir la realidad desde la experiencia de la población delimitada, la hipótesis puede desarrollarse al inicio de la investigación o inclusive posterior al estudio del fenómeno, después de la interpretación de los resultados. Como proceso, se puede afirmar que el enfoque cualitativo es aquel que “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (Hernández y cols.; 2006: 8), con base en esta perspectiva, el método cualitativo es el más adecuado de utilizar en esta investigación.

3.1.2 Tipo de diseño

“Diseño es el plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación” (Hernández y cols.; 2006: 158). Tiene mucha importancia en la parte práctica de la investigación, pues dependiendo del tipo de diseño utilizado, será la manera en que el investigador entrará a campo para estudiar el fenómeno.

El diseño no experimental se define como aquel “que se realiza sin manipular directamente variables” (Hernández y cols.; 2006: 205). En este estudio no se influyó de ninguna manera con la variable a estudiar, simplemente se indagó la información ya existente en el ambiente natural de la muestra y se tomó una postura neutral.

3.1.3 Tipo de estudio

Dentro de un diseño de estudio, existen diferentes categorías que determinan cómo se realiza la investigación; dichas clases están en función del desarrollo de la misma, es decir, si la investigación se realizará en un momento específico o si se realizará a largo plazo (transversal y longitudinal).

Parafraseando a Hernández y cols. (2006), los estudios de tipo transeccional o transversal son aquellos que se aplican en un único momento determinado. La investigación realizada, en este caso, no pretende ir más allá del entendimiento del

fenómeno de las recaídas que se suita actualmente en la ciudad de Uruapan, con los resultados obtenidos.

Hernández y cols. (2006) también mencionan que cuando la investigación busca analizar cuál es el nivel o modalidad de una o diversas variables en un momento dado, el tipo de estudio más adecuado es el transeccional. Es por esta razón que se estableció que el tipo transversal es el tipo de estudio idóneo para esta investigación.

3.1.4 Tipo de alcance

Por alcance se entiende el logro de los resultados buscados bajo una metodología determinada. Su importancia está en el hecho de que, dependiendo del alcance establecido, se determinará la estrategia de la investigación.

El alcance aplicado a esta investigación es exploratorio-descriptivo, siendo que no se estableció una hipótesis al inicio de esta investigación, su fin es descubrir cuáles son los factores influyentes en el proceso de recaída y descubrir cuáles son los más relevantes en dicho proceso, sin empezar con ninguna conjetura estimada. De acuerdo con Hernández y cols. (2006), el alcance exploratorio se usa en temas poco investigados.

Por su parte, el alcance descriptivo hace evaluación de variables y las detalla, esto de acuerdo con Hernández y Cols. (2006). Este estudio primero especifica las variables denominadas factores psicosociales que influyen en las recaídas, y posteriormente hace una exploración para identificar cuál de estas variables es la de mayor influencia.

3.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la entrevista. Según Álvarez-Gayou (2003), la entrevista es una conversación estructurada y con un propósito. Se puede decir que el objetivo de una entrevista es entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias (Álvarez-Gayou; 2003: 109).

El objetivo de las entrevistas fue obtener información de cuáles son los factores que tienen mayor influencia en las recaídas, desde la perspectiva y experiencia personal de los individuos. Las preguntas recopilaron información sobre la experiencia que han tenido los individuos con su consumo descontrolado, y qué percepción tienen sobre su padecimiento, sobre las personas que lo rodean, sobre las causas y consecuencias implicadas en su consumo (ver Anexo 1).

Dado que la investigación es de carácter cualitativo y no cuantitativo, se consideró que el formato de entrevista más útil es la entrevista semi-estructurada,

por la ventaja que posee al dar al entrevistado de explayarse en sus respuestas y brindar un panorama más amplio de su perspectiva. Se puede afirmar que la entrevista semi-estructurada es aquella en la cual primero se elabora un guion de la información de relevancia, para posteriormente realizar preguntas abiertas que den la oportunidad de recibir una gama más amplia de respuestas que unan los temas, el entrevistado sigue teniendo una delimitación del terreno en la cual no puede desviarse del tema de interés, según Martínez (2006).

3.2 Población y muestra

Según Selltiz (citado por Hernández y Cols.; 2006: 238), una población es “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. En el caso de esta investigación la población son los internos de las clínicas “Nueva Era” “La Paz” y “Despertar”.

Según Hernández y cols. (2006), existe un tipo de selección de muestra denominado no probabilística, en el cual la elección de las personas pertenecientes a la población específica no es por un proceso mecánico, sino es más una cuestión que depende de las características de la investigación y de la misma muestra. Este es el caso de la investigación presente, ya que en la selección de los sujetos de las tres clínicas hubo intervención de los respectivos directores de cada una, quienes escogieron a los candidatos con base en su criterio, así como la condición física y psicológica en que se encontraban en ese punto de su tratamiento de rehabilitación.

Se trabajó con 20 internos de diversas clínicas. Las clínicas en las que se trabajó fueron “Nueva Era”, “Despertar” y “La Paz”. En la clínica “Nueva Era” se trabajó con 5 sujetos con edades entre 20 y los 30 años, nivel socioeconómico medio alto, escolaridad que varió entre el nivel secundaria a terminación de estudios superiores.

En la clínica “Despertar” se trabajó con otros 5 sujetos, con edades entre 20 y los 30 años, nivel socioeconómico medio alto y escolaridad secundaria trunca o terminada.

En la clínica “La Paz” se trabajó con una muestra de 10 sujetos, con edades entre 20 y los 30 años, nivel socioeconómico bajo y medio alto, escolaridad de secundaria trunca o terminada o nivel medio superior trunco o terminado.

3.3 Descripción del proceso de investigación

Se recurrió a las clínicas “Nueva Era”, “Despertar” y “La Paz” entre las fechas 1 de marzo al 1 de abril de 2016, para trabajar con los internos. Tanto en la clínica “Nueva Era” como en la clínica “Despertar” no hubo una relación inmediata con los directivos de las instalaciones, se realizó la petición formal de realizar las entrevistas a encargados en turno, por medio de una solicitud escrita en la cual se explicó en qué consistían las entrevistas y su finalidad para la investigación, el documento iba dirigido a quien correspondiera y firmado únicamente por el tesista.

La clínica “Despertar” dio respuesta inmediata y permitió dar comienzo con las entrevistas al día siguiente de la entrega del documento, que fue el lunes 29 de febrero de 2016; la clínica “Nueva Era” respondió en la semana posterior a la entrega de la petición formal, la cual fue entregada el martes 22 de marzo de 2016.

En la clínica “La Paz” el acceso fue permitido con total libertad, sin necesidad de recurrir a ningún convenio formal, no se conoció en ningún momento al Director de la clínica durante el periodo de tiempo que se efectuaron las entrevistas en dicha clínica y todo fue por medio del contacto con el encargado en turno, el cual, al igual que en las clínicas anteriores, solo mencionó su nombre de pila. Se hizo la petición el día martes 1 de marzo de 2016 y se empezó a trabajar a partir del día martes 8 de marzo del mismo año.

Las entrevistas se efectuaron con 20 sujetos tuvieron una duración de 45 minutos promedio y se siguió un formato semi-estructurado con 20 preguntas, las cuales se encuentran desglosadas en el subtema de anexos.

La información recabada de las entrevistas fue registrada con la grabadora de audio de una computadora portátil, posteriormente, se transcribieron por escrito las grabaciones de audio para identificar y seleccionar los datos necesarios e introducirlos en las categorías que se mencionaran a continuación.

3.4 Análisis e interpretación de resultados

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos tras la realización de las entrevistas a los internos de las clínicas; en relación con las recaídas y los factores que más influyen, explicados por los 20 internos en proceso de rehabilitación en las clínicas “Nueva Era”, “Despertar” y “La Paz”.

Para la organización de los datos arrojados por los internos, se realizó una clasificación con 5 categorías, cada una con subcategorías, para especificar de manera adecuada el tipo de problemas que los internos narran, antes de exponer la información explicada por los internos y el análisis de dicha información, se enlistarán las categorías utilizadas y las subcategorías correspondientes.

1. Familia
 - a. Características familiares
 - b. Abandono y/o pérdida de la familia

2. Pareja
 - a. Parejas consumidoras
 - b. Dinámica de pareja conflictiva
 - c. Separación de pareja

3. Aspecto social
 - a. Amistades consumidoras

4. Aspecto laboral
 - a. Mejorar el rendimiento laboral
 - b. Trabajo implicado con drogas

5. Aspectos personales
 - a. Autoconmiseración
 - b. Abstinencia
 - c. Creencias religiosas
 - d. Problemas del manejo emocional
 - e. Negación del problema de consumo

Ya habiéndose mencionado la lista de temas con los que se trabajó, se dará explicación de cada grupo, junto con los datos expuestos por la muestra y el análisis con cada uno, describiéndose en el mismo orden en que fue expuesta la lista de categorías.

3.4.1 Familia.

Se puede definir a la familia como “grupo primario”, abordado en el plano sociológico se trata de con una serie de características que van desde las relaciones

de parentesco entre sus miembros, establecimiento de normas, roles y funciones que juegan cada miembro, interacción, dinámica según Sánchez (1993). Para la categoría de familia, se tomó la definición de este autor, considerando a este grupo como un conjunto de personas con al menos una figura de autoridad que estuviera unida por un lazo de procreación sexual.

En la presente investigación se toma esta categoría valorando la familia a la que pertenece cada sujeto, la percepción que el sujeto tiene de sus integrantes con respecto a su padecimiento y el rol que cada miembro toma en la situación.

a) Características familiares:

En este nivel se encuentra de nuevo reflejada la incapacidad de los adictos para lidiar con las problemáticas de la realidad. Souza (2010), plantea en el desarrollo humano la influencia de los padres en la percepción que los hijos tienen de ellos mismos y su realidad. En este rubro, los sujetos mencionan el haber carecido de figuras paternas que les dieran ejemplo de cómo vivir durante su infancia.

Algunos de los internos describen a su familia como la causa de sus recaídas, denotándose la moral incongruente denominada por Cañas (2004), en la que el individuo es evaluado como criminal y enfermo, se considera víctima, colocándose a la defensiva y nuevamente, deslindándose de la responsabilidad de su situación.

Finalmente, también se identifica la presencia de violencia familiar, esta se relaciona con la dependencia a sustancias de los sujetos.

Se ve en la información dada por los sujetos la deficiente desintegración del núcleo familiar expuesto por Cañas (2004), quien se refería a las características comúnmente presentes en los antecedentes de estas personas

Sujeto 8: “sí, porque ya fue cuando me metí en un problema, ya lo había dejado. Mi familia me metió en un problema, porque ellos se dejan influenciar por la gente, la gente le decía que yo ya andaba mal, causando lástima. Yo ya estaba, se puede señalar que en proceso de recuperación, en mi casa, no salía, duré como un mes, entonces yo me tuve que refugiar forzosamente, me fui a esconder y duré como un mes y medio en el centro, drogándome”.

Sujeto 9: “simplemente ahora que fui para la casa, lo que me hizo recaer otra vez fueron sentimientos hacia mi familia. Yo de salir de aquí, de ir para la casa y todo, luego luego a achacarme cosas -que ya andas mal- o sea sin... porque no comí la cena, y al día siguiente no comí -ya andas mal y que no sé qué tanto- me pusieron un ‘cagadón’ -y que ya regresaste para donde andabas-, y ahí no más abrí el cajón y vi la ‘chora’, la quise fumar y valió madres”.

Sujeto 14: “porque no he tenido pues el apoyo de un padre o una madre, que me digan directamente este... o que me estén más que nada diciendo, de que tengo que ir al grupo o así”.

Sujeto 15: “el pensar de mi niña de cómo la estarán educando, qué le dirían, al estar con otra pareja, que pláticas tendría enfrente de la niña o qué le harían”.

Sujeto 18: “en ese momento yo estaba resentido, ya estaba frustrado, con mi familia, con varios de mis hermanos, yo tuve un problema, no que yo haya tenido nada”.

En lo que los sujetos expresan se presentan sentimientos aversivos hacia sus familiares o problemas como disputas que, tras lidiar, surge un deseo incontrolable de volver a consumir.

b) Abandono y/o pérdida de la familia

Para esta categoría se delimitó abandono o pérdida de la familia como la experiencia de separación física de un familiar o ser querido, o la sensación de haber sido desprendido de un ser querido por decisión de este mismo ser querido, sin la aceptación ni consentimiento del sujeto.

Aquí se puede ver como la información dada por los sujetos compagina con las denominadas por el autor Cañas (2004), situaciones límite, las cuales son experiencias doloras e irreversibles, que, a su vez, son generadoras de ansiedad. En estos casos se puede considerar como un factor determinante en las recaídas.

Sujeto 14: “no constante, pero... pero sí he estado 24 veces porque... Falleció mi papá, y él nunca supo que usaba drogas, pero murió cuando tenía 14 años, y de ahí me inicié más en las drogas. Mi mamá se dio cuenta después y me encerró, porque ella notó, y todo eso que me salía en la madrugada y que me la pasaba tomando, incluso me vio a fuera de mi casa”.

Sujeto 17: “de los 8 meses para acá, cuando falleció mi papá y siento que me caí en una depresioncilla y me empecé a meter chingaderas”.

Sujeto 18: “pero mi padre falleció cuando yo tenía un año de edad, él era alcohólico, murió de una cirrosis, y este... y creo que eso también influyó mucho en que yo consumiera... yo buscara ese consumo”.

Cabe mencionar que en este apartado cada sujeto presentó el mismo tipo de problemática, la muerte de su figura paterna, lo cual se relaciona también con la “Hipótesis de la automedicación” de Khantzian (1997), y la importancia de la presencia de los padres en el desarrollo de los hijos, para que estos puedan

desarrollar los recursos psicológicos necesarios para formar una sana autoestima y autoeficacia.

3.4.2 Pareja

La pareja, en lo que se refiere a esta investigación, se valora como la unión de dos personas en la cual se relacionan afectivamente y pueden o no estar unidos por medios legales, para ser considerados esposos, o meramente la unión física y emocional, en cuyo caso se les denomina novios. Dentro de la investigación, la mayoría de los sujetos no se encontraba en una relación de matrimonio con sus parejas, se tomaron en cuenta las características de la pareja, la dinámica de la relación y cómo estos elementos se vieron como afectantes en la incidencia de recaídas de los sujetos.

Según Rice (1997), la selección de pareja depende de una serie de aspectos que son requisitos para la adecuación de esta; proximidad (geográfica), atracción (física y rasgos particulares), compatibilidad y homogamia o heterogamia; estas son dos variables entre las cuales las parejas se inclinan, ya sea la búsqueda de una persona que comparta características personales y socioculturales, o bien, la búsqueda de personas con las cuales haya diferencias de este tipo.

a) Parejas consumidoras

En este apartado, tal como lo menciona Cunillera (2006), en la misma condición de enfermo del sujeto se genera una percepción pasiva, que irresponsabiliza al mismo sujeto de poder manejar por su propia cuenta su problema.

Sujeto 1: “durante esos dos años he andado con esa mujer, que fue la causa de que volviera recaer cuando me anexaron. Porqué andaba con ella y como... Entonces la recaída fue esta: fui a... a cantina, ya andaba enhielado pues yo... y le di a la morra, la morra no más este... lo inhalaba. Hasta la fecha fue una de las causas de que me anexaran aquí”.

Sujeto 7: “y esta vez que salí ya iba a terminar los dos meses, y salí, yo me sentí bien fortalecido, me apegué a la palabra de Dios, sentía que me escuchaba, sentía algo, pero así... en un momento de pendejismo así de fácil, como una chava estaba consumiendo mota, así en cuanto iba saliendo a los dos días, le di una fumada, llegué a la casa. Se me hace fácil, me dejo llevar por las mujeres, me dicen -vente vamos a loquear-, me pongo a pensar... es que en mi ambiente conozco puras chicas drogadictas, y yo me cuelgo así con chavas que salimos y es para drogarnos, estar pues loqueando”.

Sujeto 13: “la verdad no, porque me va hacer volver a recaer. Yo lo que quiero es buscar una pareja, que no consume, sin consumir ninguno”.

Los sujetos se expresan a sí mismos, no como los responsables directos de sus recaídas, sino como un personaje pasivo de la situación, y que es orillado al consumo por aspectos de pareja.

b) Dinámica de pareja conflictiva:

Se vuelven a ver presentes situaciones y problemáticas que comúnmente lidian cualquier persona común, pero en diferentes contextos, sin embargo, los sujetos no afrontan estas situaciones y dejan en claro que su respuesta ante estas situaciones es refugiarse en el consumo, lo cual se menciona en el inicio de capítulo 1; esto refuerza el punto de Cunillera (2006: 71), sobre la separación de personas que tienen problemas de consumo; entre los que consumen “para estar en sintonía con el mundo que les ha tocado vivir y los que consumen porque quieren desconectar del mundo que les ha tocado vivir, de su entorno familiar, del momento por el que pasan, de cómo son ellos/as”; esto deja claro la incapacidad de los individuos para manejar estas situaciones.

Sujeto 6: “voy a estar recayendo porque ella me ofende, porque no me comprende, porque dice ella que no le digo la verdad y esa es la verdad. ¿Cómo voy a acabar? Si la otra vez acabe mal, esta vez voy a acabar más loco de lo que ya estoy”.

Sujeto 7: “otras anexadas, se enojaba ella y me dejaba solo y así, y yo generaba pendejadas y salía resentido, salía y decía -chingue a su madre, pos yo voy a salir y voy a buscar a tal y tal”.

Sujeto 11: “que regrese con una expareja, la madre de mi hija, me dio alas y yo sentí que iba a regresar a mi vida con ella y me emocione. De repente me enteré de cosas, me hizo pendejo, andaba con ‘weyes’ y a la vez conmigo y ella me lo dijo en la cara. Me agüite tan lo más culero, que lo primero en lo que me quise consolar fue en el foco”.

Sujeto 15: “pues el problema era mío de la drogadicción y la otra de ella, que también se hizo lesbiana, pues, y me afecto mucho a mí. Y de ahí recaí, empecé a recaer y recaer, recaer, entonces me puse a drogarme yo, de hecho, casi nunca me ha gustado el alcohol que digamos. Yo tuve problemas con ella porque me empezaba a sacar pláticas, teníamos relaciones con ella, y empezaba sacar pláticas de un trío y eso... me eché a la cabeza y recaí gacho”.

Esta condición de dependencia de la pareja y lo que suceda en sus relaciones es el factor que influye en que recaigan los sujetos; tal como se mencionó antes de las entrevistas, las condiciones problemáticas son abrumadoras, y las recaídas son por buscar un refugio.

c) Separación de pareja:

En este rubro se denota que la mayoría, al hablar de sus recaídas, lo que hacen es narrar episodios de sus vivencias con sus parejas pasadas y hacen mención de cómo se sintieron tras la separación y la incapacidad para soportar la soledad. Souza (2010), menciona esto, refiriéndose al modelo psicológico del objeto transaccional, en el que hace una comparación en las relaciones objetales de los adictos, con las relaciones objetales de personas con trastornos de personalidad egocéntrica.

Sujeto 3: “estuve con la hermana de mi padrastro, sí dure como un año y un mes con ella, las cosas iban bien, pero después mi adicción fue creciendo, destruí esa relación causando que fuera a caer más y más”.

Sujeto 6: “cuando salga, si ella me dice no, ya no volver y recaer, porque pues eso fue por lo que yo recaí aquella vez. Pero también influyo mi esposa porque... nos dejamos ¿edá? Este, pero yo pienso que también ella ya se había enfadado de tanto tiempo consumiendo droga, y yo creo que la enfadé... Nos separamos, entonces y al verme solo... pues ahí fue donde volví a recaer, edá, empecé este... la separación pues de mi esposa, yo empecé a inclinarme pues a la droga... pues al estar yo solo ya no hallaba que hacer. Me están orillando pues, me están sacando a mí de la jugada... Entonces ella no ‘pus’ alegando y discutiendo conmigo, pues de que no vamos a poder regresar, entonces yo lo primero que hacía era ir y refugiarme en las

drogas, esas eran mis recaídas... no sé si me afectaba o soy muy débil por ese lado, ¿verdad?, porque pues yo lo que debí haber hecho es dejar de drogarme”.

Sujeto 13: “fue porque me cortó una muchacha, yo le echaba la culpa, me había clavado en eso, y no quería consumir, andaba en el que sí y que no. Si no me hubiera pasado ningún problema yo no lo hubiera agarrado”.

Sujeto 18: “después de esos 4 años, a mitad del proceso, yo conocí a una chava, nos hicimos novios, iba por ella, casi todos los días en la prepa, empecé a tener problemas porque su papá no quería que anduviera con ella, entonces me prohibió que anduviera con ella, empecé a tener problemas emocionales, empecé a dejar de ir a la Iglesia, desanimado, sin motivación, y platicué con los papás de ella, el papá me prohibió verla, me prohibió volver a hablarle. Ese día bien lo recuerdo, estuve llorando en la regadera, y no pedía ayuda, o sea, no hablé con nadie, y al otro día lo que hice fue empezar a fumar ‘hielo”.

Al final, los adictos muestran ser incapaces de tolerar la pérdida y se busca una solución, en el caso del adicto, por medio de una dependencia un psicotrópico. De nuevo se aprecia la intolerancia para manejar el afecto explicada por Khantzian (1997). Las recaídas suceden ante la experiencia desagradable de separación y las implicaciones de quedarse sin en un sentido de desolación.

3.4.3 Aspecto social

En este aspecto, los sujetos entrevistados coincidieron en la presencia de amistades contemporáneas que los acompañaron en su consumo desde la adolescencia. Según Craig (2001), las relaciones sociales en la adolescencia propician el desarrollo de la identidad, ya que brindan apoyo emocional. En esta etapa, hay una búsqueda de sentirse identificados y aceptados con otras personas ajenas a la familia, por lo cual recurren a personas de las cuales perciban semejanzas.

En esta investigación, se refiere a las relaciones interpersonales que tienen los sujetos con otros consumidores y la forma en que esta misma interacción haya sido causa de recaídas de los sujetos.

a) Amistades consumidoras:

Los sujetos narraron los episodios de su vida en los que retomaron el consumo a los psicotrópicos, siendo estos episodios momentos en los que buscaron a sus amistades consumidoras y describiendo estas situaciones, y su interés por frecuentar esos ambientes lo que los hicieron recaer. Antes de recaer tienen pensamientos permisivos, toman decisiones aparentemente irrelevantes, como ir a la calle donde sabe que se encuentran otros consumidores o conseguir drogas, para otra persona, y se colocan en situaciones de riesgo, en las cuales se exponen o

acceden de nuevo a las sustancias. Después, tienen un enfrentamiento inadecuado al estímulo, y disminuyen sus esperanzas de poder vivir sin la droga.

Cañas (2004) también menciona las señales que advierten de futuras recaídas; en la información dada por los entrevistados, se puede identificar que algunos de ellos tenían la sensación de que ya estaba controlado su problema momentos antes de recaer.

Esto refuerza la afirmación que se hace en esta investigación sobre cómo, en muchos casos, salen recientemente de un proceso de rehabilitación sin que en dichos procesos se les den las herramientas para prevenir las situaciones de riesgo inmediatas en su entorno social, siendo que, al salir, ellos mismos manifiestan un sentimiento de vacío:

Sujeto 8: “le paré, y ya después por entrar en un ambiente que no; seguí usando, porque había creado un círculo social que me gustaba ese ambiente, pero ya no los podía yo entender, porque yo ya sentía que, si no usaba las drogas, no los entendía, por eso la volví a tomar”.

Sujeto 9: “casi no me gusta consumirla solo, pero en realidad pues... entre camaradas... pues no los puedo evitar, pero sí puedo hacerlos a un lado, pero el chiste es de, saliendo, no irlos a buscar porque sé dónde van a estar, porque en realidad amigos que tengo de que no se droguen”

Sujeto 12: “pero lo que me hizo recaer yo creo que fueron mis ganas tontas de consumir, de estar en la fiesta, en ambiente, no se mis tonterías... mi recaída fue con amigos”.

Sujeto 17: “no consumía por algún tipo de ansiedad, sino por andar en ambiente”.

Sujeto 19: “y empezarme a juntar con las viejas amistades, y empezar a ir a los mismos lugares”.

Aquí se pueden diferenciar dos tipos de situaciones: en el caso de algunos sujetos, describen en concreto que hubo una razón por la cual recayeron y fue sentirse parte de un ambiente social, lo cual va de nuevo relacionado con la necesidad de sentirse identificados y pertenecientes de algo socialmente (Craig; 2001); la segunda situación es narrada como experiencias en las que, simplemente se describen actuando de forma impulsiva, sin ninguna premeditación o razonamiento antes del acto, un comportamiento típicamente impulsivo en estos casos, indican González y Matute (2013). Los individuos recaen por una cuestión adaptativa, socialmente hablando, de forma impulsiva y sin verse implicada una toma de decisiones consciente.

3.4.4 Aspecto laboral

Es en lo referente al ejercicio o labor de un servicio que se presta a la sociedad a cambio de una remuneración económica, el cómo esta labor en sí o las implicaciones que tiene en la vida del sujeto, lo puedan llevar al consumo de nuevo. La Real Academia Española (2016) lo define como actividad humana que produce riqueza y es remunerada con capital.

a) Mejorar el rendimiento laboral

Con la información que se transcribió en esta parte se puede señalar que “la persona adicta encaja dentro de un continuum de actuaciones vitales en el que no hay separación entre las conductas adictivas y las que no lo son” (Cañas; 2004: 41). Se puede apreciar cómo en el comportamiento de los sujetos, no hay una separación clara de cómo manejar las situaciones que se les presentan constantemente y cualquier situación que les pueda generar estrés, o que implique problemas con su cotidianidad, se puede volver un factor precipitante de recaídas.

Se puede afirmar que en lo que refiere al desarrollo humano durante la juventud, “las sustancias adictivas no propician el desarrollo sano de la personalidad. Su consumo disminuye la productividad y favorece la indolencia precisamente en la etapa de la vida en la que los seres humanos han de ser más activos y creativos” (Velasco; 2000: 27).

Sujeto 14: “duré un tiempo sin consumir, duré como 6 meses, pero ya cuando estuve con ella (refiriéndose a una de sus antiguas parejas), el trabajo y todo eso, y... se me hacía pesado, y como la muchacha tenía dos niñas y eso, yo para relajarme y para no sentir el cansancio del cuerpo con la droga, con la marihuana pues”.

Sujeto 15: “y mi drogadicción ahí estuvo, porque no soportaba las desveladas con mi esposa en el hospital, yo del hospital me iba al trabajo para mantener los gastos”.

Los individuos pueden justificar su comportamiento en la necesidad de mejorar su rendimiento laboral recurriendo a los psicotrópicos, pero los efectos consecuentes de su psicoactivo obstruyen después su efectividad y se vuelve contraproducente.

b) Trabajo implicado con droga

Se puede identificar en este apartado que los individuos se exponen a situaciones que los ponen en riesgo de acceder de nuevo a las sustancias, pero estas son parte del mismo proceso de recaída; la misma autora señala que son implícitas en el proceso de rehabilitación. Los individuos se exponen no solamente a condiciones que favorezcan de nuevo el consumo, sino además que son de carácter ilícito.

Sujeto 1: “pues mi primera recaída: fue porqué empecé a cocinar ‘jale’, me ofrecieron trabajar y pues... de mirar de la tentación de mirar de cómo salía del trabajo; se me hizo fácil agarrar primero una astillita para probarlo, para ver cómo estaba... Conseguí una cierta cantidad de dinero y dije -pues me la jalo en tanto tiempo-. En mi mente no está el consumir, pero al ver que ya estaba saliendo y tenía montones grandes, tuve la desgracia de seguir drogando, ya de ahí empecé a drogarme”.

Sujeto 11: “de hecho estas últimas veces, me drogaba y tenía la capacidad para dejar de drogarme, durar dos tres días, o sea, no más me drogaba cuando quería hacer algo, porque esa madre, el ‘hielo’ como que te trae bien activo. Entonces decía: me voy a aventar este trabajo, y me drogaba y hacia el trabajo”.

Sujeto 12: “solo, y ya... lo que pasa es que yo vendía ‘cristal’ y con el mismo cliente fuimos a una ‘rave’, y me ganó la tentación y me di dos ‘tanques”.

Sujeto 19: “pues me empecé a meter en los mismos trabajos, en que me dio una reserva, ya nada más vendo ‘cristal’ y no lo consumo”.

Con la información brindada en este nivel, se puede notar que no hay presencia externa de un factor que perturbe el estado emocional de los sujetos, ni mucho menos experiencias de acontecimientos sociales idiosincrásicos que sean inesperados para los sujetos y afecten su estabilidad (Craig; 2001), por lo cual el

factor influyente es la búsqueda no premeditada y la autoexposición riesgosa de los adictos al estímulo.

3.4.5 Aspectos personales

Los aspectos personales son las características en particular que dependen más del sujeto en cuestión que, de las esferas de su vida social o su relación con otras personas, aspectos relacionados con su percepción de las circunstancias y de él mismo, su comportamiento, cualidades y condiciones que surgen de los rasgos temperamento y carácter que el individuo posee, que tengan que ver con las recaídas del mismo.

a) Autoconmiseración

López (2010) describe la autoconmiseración como un rasgo de personalidad, y que se compone en de una actitud de pesimismo en el que el sujeto se percibe como víctima, considerando su vida como una tragedia. El sujeto tiende a este sentimiento egoísta que se origina en el miedo.

Sujeto 1: “te quedas ahí, porque, porque te haces irresponsable, te haces flojo”.

Sujeto 3: “decía -no me quiere y nada más me parto la madre, quién me va a querer- esos eran mis pensamientos, seguí consumiendo... a pesar de que había durado tanto en mi abstinencia, como que todavía guardaba rencores, sentimientos o no sé qué pedo, o será pues mi pendejez, la neta... pues lo que más sentía yo era como frustración, porque... una y otra y otra vez me encerraban”.

Sujeto 6: “yo le echo la culpa pues... me echo la culpa a mí mismo, porque yo fui el culpable, pero le echo la culpa a la droga, porque con la droga ya no puedes hacer nada, dejas de hacer las actividades que haces normalmente... yo le echo la culpa pues a... ‘pus’ a mi persona”.

Sujeto 7: “o sea, yo no te puedo decir que voy a fumar un día y ya voy a dejar fumar, me atrapo en eso y ya me vale madre todo”.

Sujeto 9: “tuve un tiempo de locura a causa de la droga, que del sufrimiento dice uno: hasta aquí; pero en veces es tan arraigada la adicción, y llevo años tratando de controlarlo. Así tenga un año o dos años de sobrio, yo todavía ando activo en eso, la droga anda sobre mí... simplemente traía mi adicción bien arraigada, traía mi adicción bien fuerte y no quería cambiar. Quería consumir la droga”.

El punto que más destaca en la información expresada para este rubro, es un bajo nivel de autoestima por los sujetos que hablan de ellos mismos y su percepción

sobre cómo los valoran los demás, de forma sumamente pesimista y menospreciativa. En la autoconmiseración, tal como lo explica López (2010), el sujeto se pone en el papel de víctima, es una percepción egocéntrica en que se considera amenazado por el exterior, indefenso e incapaz de protegerse por sí mismo. Souza (2010), ya hablaba de esto, expresaba que por medio de los padres se aprende a desarrollar las habilidades de supervivencia necesarias, que brindan a los individuos en su desarrollo de adultos, la seguridad respecto a su autosuficiencia, la valoración adecuada de su autoestima y acertada capacidad para emitir juicios. Todo eso se ve deteriorado en los sujetos.

b) Abstinencia

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España (OMS; 2008), define la abstinencia como la privación de consumo de cualquier droga, refiriéndose al quien deja el consumo como abstemio, especificando también que la persona no ha consumido en al menos 12 meses.

Solamente hay un aspecto a resaltar de la información dada en este apartado: la dificultad que experimentaron los individuos, físicamente hablando, para desintoxicarse de la droga. Esto queda bien abarcado en la explicación de Souza (2010), en la cual expone que después de un consumo constante de cualquier psicotrópico, hay modificaciones graduales del sistema neuronal, haciéndolo cada vez más sensible, a la sustancia y a los estímulos relacionados con la sustancia.

Sujeto 1: “pero ya estaba yo en un problema ya muy de... muy de una adicción muy avanzada, ya tenía miedo dejar de drogarme porque, si dejaba de drogarme... le tengo yo miedo a las ‘malillas’ y, eh, es por eso... fue porque el cuerpo se hace adicto, y como consumía todos los días, ya también no... ni se disfruta, o sea, ya es por un temor... te agarra escalofríos, calenturas, o sea te afecta en varios aspectos de la vida de ser humano, tanto como el cuerpo”.

Sujeto 2: “máximo trabajé como dos semanas bien sin consumir, -ya voy a dejar de consumir- ya no consumía por gusto, consumía por necesidad”.

Sujeto 9: “ya lo único que me importaba era sentir esa sensación cada vez que consumía la droga en mi cuerpo... como te digo, simple y sencillamente traía esa alergia corporal de la droga, simple y sencillamente quería consumirla y sentir otra vez el... a mí no me oprimía ningún resentimiento, ningún coraje, nada, simplemente tenía esa alergia corporal de la droga, todavía quería sentir ese *rush*”.

Sujeto 20: “la heroína es una de las que me generó más problema, el síndrome de abstinencia es fuerte, es desesperante, es algo que tuve que pasar con tratamiento médico; la heroína una vez que intenté dejarla no pude hacerlo, entonces cuando intenté dejarla, empezó diarrea, vómito, mareo, náuseas, la presión baja, como si fueran todas las enfermedades en un rato, cuando la volvía usar otra vez se me quito todo de inmediato, entonces me di cuenta de que me volví prácticamente

totalmente dependiente a esa droga, y para dejarla si dura como un mes más o menos con el malestar, baño en agua fría en las noches y sudoración, controlado con medicamento, pero sí fue algo bastante duro”.

En la información brindada por los sujetos en este ámbito se puede identificar, cómo los malestares físicos fueron la principal causa de que regresaran a su consumo habitual y la dificultad que implica el proceso de rehabilitación.

c) Creencias religiosas

En los textos presentados a continuación, se pone de manifiesto que clase de juicios realizan los sujetos para tratar de dar explicación al porqué de sus recaídas.

Sujeto 1: “yo pienso que uno agarra o que extraña el vicio tanto: porque estás mal espiritualmente, ¿sí me entiendes? O sea, de que tú, mira... empiezas jugando, y como empiezas jugando con esa droga... y cuando menos sientes, ya termina atrapado, ya no puedes dejarlo porque te pega... si vuelvo a usar drogas voy a acabar en la cárcel o muerto, es la última oportunidad que me da el jefe”.

Sujeto 14: “más que nada, cuando estoy adentro, si la he querido dejar en todas, pero el diablo también se manifiesta pues... ajá, que me digan pues, porque yo como estoy solo, si tengo en la mente... si tengo el deseo, pero ya vez que como

existe el diablo existe Dios, que me gana el diablo, se me mete el deseo -no vayas o relájate aquí- o me topo con un amigo y se me hace fácil”.

Finalmente, destaca más que en los rubros anteriores la evasiva de la realidad por medio del consumo repetido, planteada por Cunillera (2006).

d) Problemas de manejo emocional

Cualquier emoción experimentada por los sujetos, que se refleja tener repercusiones o cierta influencia en el comportamiento y sensación de malestar del individuo, que obstruya su vida cotidiana, o que lo lleve a la persistencia de pensamientos negativos y pesimistas, se le debe considerar en esta subcategoría como un problema de manejo emocional.

Los sujetos responden a preguntas como: qué sentían con el consumo como para volver a hacerlo, qué sintieron antes y cuando volvieron a su consumo habitual y por qué lo hicieron... en las respuestas de los sujetos se puede encontrar una coincidencia clara con la explicación de Khantzian (1997), de su “Hipótesis de la automedicación” en la cual los individuos tienen una intolerancia a los afectos, la cual los lleva al consumo de psicotrópicos, esto sucede también de manera viceversa.

Sujeto 1: “de que te agarra depresión, te sientes mal psicológicamente, como mental”.

Sujeto 5: “no sé. La de hace 4 años. Era que... tuve un disgusto, que perdí un partido de futbol, me tomé una ‘caguama’ y me empecé a drogar otra vez”.

Sujeto 9: “cuando ya lo dejaba de consumir... se fue haciendo más difícil, por problemas que tuviera de... yo me refugiaba en ese vicio por sentir alucines diferentes a la realidad, se fue agravando más la enfermedad, la adicción”.

Sujeto 18: “pues esa droga es ‘coca’, es base, te entumece el cuerpo, en mi caso personal te mantiene callado, yo siento que me quería sentir así, no quería sentir, no quería sentir esa emoción, quería sentir mi cuerpo entumecido callado, esa fue la razón más que nada por la que escogí esa”.

Sujeto 20: “este lugar me tiene muchas emociones, muchos recuerdos... que me hacen como sentir algo, aquí volví a recaer. Yo creo que una de las causas principales es... las malas asociaciones y otra de las causas es que yo crecí en este lugar... Cuando llego a Uruapan, el olor a pino, eh, no sé... esas cosas a mí me causan una sensación emocional, la cual no puedo manejar, y la asocio con el consumo de drogas... antes del consumo hubo una serie de emociones como enojo, como aburrimiento, como desagrado, como descontento, como indeciso y después de eso vino el consumo... pueden ser varios factores... le podría llamar poca tolerancia a la frustración, otro de los factores es minimizar la consecuencia, y otro que haya un acontecimiento que este muy eufórico... también, hasta por los propios

logros hay un saboteador interno, fue tanto la carrera de adicción que difícilmente... hasta se me olvidó el cómo estar bien, y al momento en que estoy bien; inconscientemente busco un problema para no estar tan bien, porque desconozco ese estado de ánimo, no sé cómo manejar tanta euforia”.

La justificación o explicación que dan los sujetos acerca de sus recaídas, de algún esfuerzo por lidiar con las problemáticas que los afectaban emocionalmente, compagina con lo plantea desde el principio del capítulo 1, acerca del deseo del sujeto de evadir la realidad y lidiar con el dolor emocional, recurriendo al consumo para lograr esto.

Se puede encontrar también una relación con el malestar descrito por los entrevistados con los resultados de la tesis de Villegas (2014), en la cual se encontró en su muestra poblacional un nivel significativo de perturbación del estado del ánimo

e) Negación del problema de consumo

En este rubro se puede identificar la presencia de una alteración de los procesos mentales como la percepción y la conciencia, ya que pese a sus obvias condiciones dependientes y las problemáticas que les han generado a los sujetos, estos aun insisten en tener un control de su situación y no parece que perciban el problema como tal. García y cols. (2008) mencionan algo al respecto: exponen las consecuencias del consumo en el cerebro y el daño de las funciones ejecutivas,

ofreciendo esta distorsión la posibilidad para el adicto para deslindarse de la responsabilidad de su consumo.

Sujeto 2: “salí...estaba pues yo mi idea de drogadicto, en mi idea de que la podía controlar, consumir solo un poco, solo una fumada y pararlo, tenía la conciencia en mí de qué... de que podía solo. Y pues fue mi error, a pensar que yo podía controlar la droga, ya había vuelto a la vida de antes, peor, más cantidad de droga, más agresividad, se multiplicaban las cosas, y la verdad quería dejar la droga así por fuerza de voluntad y pues no podía, simplemente lo dejaba como una semana... no supe pensarla”.

Sujeto 4: “y pues si ya le hablé al tipo de adelante, y otra vez, como que ya me estaba dando el gusanito de querer, no más una fumada y no va a pasar nada, y pues fui y le toqué y le dije, ey, ¿no me puede conseguir un sesenta?, le compré un sesenta”.

Sujeto 13: “fue cuando mi papá abrió la tienda, que ya yo le empecé a echar ganas, que fue la diferencia. Cambié, si cambié, pero de nuevo me empecé a drogar, ya cuando miré la tienda así ‘surtidona’ y dije -a vamos a fumar otro poco, al cabo lo puedo dejar-... dije -ah ya tengo moto, la tienda la tengo bien surtida. Una semana que dure y ya después la dejo”.

Sujeto 16: “eran... como que mi consciencia me decía que estaba mal, si era como algo muy de consciencia, muy de... ¿cómo se dice? Mi subconsciente, como que decía -la estás cagando- pero, por otra parte, decía -no hay bronca, la voy a controlar-, pero si algo muy adentro me decía que... sí había un remordimiento, pero no muy profundo, pero sí sentía que estaba haciendo algo mal”.

La perseverancia de los sujetos en la afirmación de que pueden dejar el consumo por voluntad y que tienen control de su condición, es solamente una justificación permisiva para volver al consumo, los individuos pueden darse cuenta de que lo que dicen carece de congruencia, sin embargo, deciden ignorarlo.

CONCLUSIONES

Para finalizar a continuación, se señalarán los objetivos logrados de la investigación. Se establece, además, cual es la resolución de la pregunta de investigación planteada desde el comienzo, tras haber indagado en las clínicas de rehabilitación a la muestra poblacional de personas con dependencia al consumo de sustancias psicoactivas.

Se logró el objetivo 1, que planteaba definir el concepto de adicción por la recopilación e integración de antecedentes de investigaciones relacionadas con el tema de las recaídas, definiéndolo como un trastorno que tiene un carácter psicológico y fisiológico, que está determinado por un conjunto de elementos externos e internos que van desde la historia de vida del sujeto, relaciones interpersonales, crianza, características particulares, como personalidad, condiciones biológicas, que existe una autoadministración incontrolada de las sustancias y que tiene repercusiones en la salud y calidad de vida de la persona.

Se logró satisfactoriamente el objetivo 2, el cual consistía en definir y clasificar los tipos de psicoactivos; para ello se describieron los tipos opiáceos, estimulantes, antidepresivos, psicodélicos y sedantes o hipnóticos. Junto con ellos se enlistaron, de manera concreta, las sustancias más comúnmente representativas de cada tipo; como la heroína, tabaco, metanfetamina, LCD y alcohol entre otros.

Se logró el objetivo 3, el cual consistió en describir el proceso de desarrollo de adicción. Al respecto, se explicaron de manera general los cambios y alteraciones que ocurren en el organismo a nivel neurológico, las implicaciones que ocurren desde el carácter psicológico al presentarse comorbilidad con diversos trastornos mentales, también se tomaron en cuenta ámbitos como la crianza y la influencia de las figuras paternas, niñez, características de personalidad y el ambiente, como predisponentes a la conformación del desarrollo del trastorno del consumo de sustancias

Se logró el objetivo 4, el cual consistió de definir la etapa de desarrollo en la que se ubican los sujetos de la muestra poblacional, la cual es la juventud adulta, se expuso desde la perspectiva de diversos autores el desarrollo del ser humano a nivel fisiológico, social, cognitivo y afectivo; características que poseen las personas en estas etapas, retos comunes y la relación que existe entre el consumo de sustancias psicotrópicas y esta etapa de desarrollo.

Se logró el objetivo 5, el cual consistió en Identificar las áreas de mayor influencia en el proceso de recaída de los internos de las clínicas “Nueva Era”, “Despertar” y “La Paz”, en la ciudad de Uruapan, Michoacán y se da respuesta a la pregunta de investigación sobre el área con mayor influencia, que fue la social, mientras que el factor con mayor influencia en las recaídas, fueron las amistades consumidoras, seguido por la negación del problema de consumo, problemas de manejo emocional, autoconmiseración, características familiares, separación de

pareja, abstinencia, dinámica de pareja conflictiva, trabajo implicado con drogas, parejas consumidoras, abandono y pérdida, mejorar el rendimiento laboral, creencias religiosas y relación madre-hijo.

Finalmente, se puede dar respuesta a la pregunta de investigación, sobre qué factor psicosocial tiene mayor influencia en las recaídas de los internos de la clínica de drogadicciones “Nueva Era”, “Despertar” y la clínica “La Paz”, en la ciudad de Uruapan, Michoacán. En este sentido, las amistades consumidoras constituyen el factor psicosocial de mayor influencia.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez-Gayou Jugerson, Juan Luis. (2003)
Como hacer investigación cualitativa.
Paidós. México.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014)
El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V.
Médica Panamericana. Argentina.

Baron, Robert A. (2003)
Psicología.
Prentice Hall. México.

Bucio López, Vanessa Bianet (2014)
Nivel de autoestima entre hombres y mujeres internos en centros de rehabilitación de adicciones de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, México.

Cañas, José Luis. (2004)
Antropología de las adicciones.
Dykinson, S.L. España.

Castro Sariñana, María Elena. (1998)
Construye tu vida sin adicciones: modelo de prevención.
Tiraje. México.

Coleman, Vernon. (1988)
Adictos y adicciones.
Grijalbo. México.

Craig, Grace J. (2001)
Desarrollo psicológico.
Pearson. México.

Cunillera i Forns, Carme. (2006)
Personas con problemas de alcohol
Paidós Ibérica. Barcelona.

Diccionario de la Lengua Española. (2001)
Espasa Calpe. España.

Echeverría San Vicente, Leticia; Carrascoza Vegas, César; Reidl Martínez, Lucy María. (2007)
Prevención y tratamiento de conductas adictivas.
Editor UNAM. México.

González Garrido, Andrés Antonio; Matute, Esmeralda. (2013)
Cerebro y drogas.
Manual Moderno. México.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2006)
Metodología de la investigación.
McGraw-Hill. México.

Jiménez Sánchez, Guadalupe. (2012)
Teoría del desarrollo
Red tercer milenio. México.

Lucas Martínez, Karla Natividad. (2013)
Motivación hacia el consumo de drogas que presentan las mujeres de un centro de rehabilitación.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, México.

Mack, Avram H.; Franklin, John E.; Frances, Richard J. (2003)
Guía: tratamiento de alcoholismo y las adicciones.
Masson, S.H. México.

Morris, Charles G. (2010)
Introducción a la psicología.
Pearson. México.

Rice, Philip F. (1994)
Desarrollo Humano: estudio del ciclo vital
Pearson. México.

Sánchez Cerezo, Sergio (1983)
Diccionario de las ciencias de la educación
Grupo Santilla Ediciones. España.

Seco, Manuel; Andrés, Olimpia; Ramos, Gabino. (1999)
Diccionario del español actual.
Grupo Santilla Ediciones. España.

Solomon, Snyder H. (1996)
Drogas y cerebro.

Egedsa. España.

Souza y Machorro, Mario. (2010)
Psiquiatría de las adicciones: guía para profesionales de la salud.
Dewey. México.

Turchette, María Andrea. (2013)
Guía para preadolescente: todo lo que quieres saber sobre adicciones.
Arquetipo. Uruguay.

Velasco Fernández, Rafael. (2000)
La familia ante las drogas.
Trillas. México.

Villanueva, Martín A. (1995)
Hacia un modelo integral de la personalidad.
Manual Moderno. México.

Villegas Mendoza, Cindy Saraí. (2014)
Nivel de depresión en hombres dependientes al alcohol de cinco grupos de
Alcohólicos Anónimos de Uruapan, Michoacán
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco, A.C.
Uruapan, México.

MESOGRAFÍA

Álvarez, Armando Alonso. (2011)

“El proceso de recaída en el alcoholismo”

Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana. Cuba.

<http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph12211.html>

Asociación de Academias de la Lengua Española. (2014)

“Definición de trabajo”

Real Academia Española. Rae.es. España.

<http://dle.rae.es/?id=aBuhX28>

Cacho Carranza, Yureli. (2015)

“Epidemiología del consumo de drogas en México”

Conacyt. México.

<http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/3725-drogadiccion-mexico>

García Moreno, Luis Miguel; Expósito, Javier; Sanhueza, Claudia; Angulo, M. Teresa. (2008)

“Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes”.

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías. España

<http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122035007.pdf>

Fericgla, Josep M. (2008)

“Carajillo y cubata: drogas para esclavos”.

Can-men. España.

<http://www.elblogalternativo.com/2008/12/12/carajillo-y-cubata-drogas-para-esclavos-entrevista-a-josep-m-fericgla/>

Hernández Fonseca, Karla; Martinell, Paula; Reyes-Guzmán, Cosette; Méndez, Milagros (2015)

“¿La exposición crónica al alcohol induce neurodegeneración en el Sistema nervioso central de la rata?”

Salud mental

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58239891003>

López Carrillo, Licia. (2010)

“Auto conmiseración”

Psicología diaria. México.

<http://diaadiapsicologia.blogspot.mx/2010/09/au.html>

Mansilla A., María Eugenia. (2000)

“Etapas del desarrollo humano”.

Revista de investigación en psicología, Vol. 3 No. 2. México.

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf

Martínez M., Miguel. (2006)

“La investigación cualitativa (síntesis conceptual)”

Revista IIPSI. México.

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008)

“Glosario de términos de alcohol y droga”

Ministerio de Sanidad y Consumo de España. España.

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Moscoso, Manolete S. (2009)

“De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología”.

University of South Florida/Health. Perú

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272009000200008&script=sci_arttext

Torres, Cerino. (2001)

“Cuadernillo de toxicología”

Docplayer.

<http://docplayer.es/12380828-Cuadernillo-de-toxicologia-2001.html>

Trueta, Citlali; Cercós, Montserrat G. (2012)

Regulación de la liberación de serotonina en distintos comportamientos neuronales

Salud mental

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58225155011>

UNODC. (2016)

“Informe Mundial sobre las Drogas 2015 encuentra estable el consumo de drogas, y el acceso a tratamiento por Drogas y VIH aún bajo”.

Unodc Everywhere. México.

<https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2015/informe-mundial-sobre-las-drogas-2015.html>

ANEXO 1

Formato de aplicación de entrevista

Ángel Alejandro Malvárez Pardo

1. ¿Cuál es tu nombre?
2. ¿Qué edad tienes?
3. ¿Qué tipo de drogas son las que tú consumes?
4. ¿Cómo han sido tus experiencias con las recaídas?
5. ¿Qué pasó momentos antes de que recayeras?
6. ¿Cómo percibe tu familia tu problema con las adicciones?
7. ¿Tu problema con la adicción ha afectado tu vida laboral?
8. ¿Qué familiares cercanos han tenido problemas con adicciones?
9. ¿Cómo ha sido tu experiencia laboral al pasar por rehabilitación?
10. ¿Cuáles son los pensamientos más frecuentes que tienen momentos antes de haber pasado por una recaída?
11. ¿Qué áreas de tu vida se han visto más afectadas?
12. ¿Cómo influyen las amistades en la facilidad o dificultad para evitar las drogas?
13. ¿Cómo es mantener una relación de pareja, cuando uno de los dos tiene problemas con las drogas?
14. ¿Quiénes han sido su mayor apoyo en su proceso de rehabilitación?
15. ¿Cuál ha sido su motivación más grande para mantenerse sobrio?
16. ¿Cuáles son los pensamientos más frecuentes que tienen momentos antes de haber pasado por una recaída?

17. ¿Cómo te sientes cuando recaes?

18. ¿Qué es lo que mejor te ha funcionado para mantenerte sobrio?

19. ¿Qué pasaría si continúan con su estilo de vida tal como ha sido hasta este momento?