UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA

"FACTORES PSICOSOCIALES Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA ADICTIVA EN ADOLESCENTES DEL CENTRO MIXTO DE ADOLESCENTES INFRACTORES DE LOJA, PERIODO JUNIO- NOVIEMBRE 2011"

Proyecto de Tesis previa a la obtención del Título de Psicólogo Clínico

AUTORA*:* *Sara Paulina Ayora Cevallos.*

LOJA- ECUADOR

2011.

1. TEMA:

Factores psicosociales y su relación con la conducta adictiva en adolescentes del “Centro Mixto de Adolescentes Infractores de Loja”, período Junio - Noviembre 2011.

2. PROBLEMATICA

Para profundizar el estudio del problema planteando es necesario iniciar señalando que Ecuador es un país mal llamado tercermundista, el que padece de muchos problemas que atañan a nuestra sociedad, entre ellos el tráfico y consumo de drogas, el mismo que ha variado mucho en los últimos años. Ha dejado de ser aquel problema estructural que enfrentan todas las sociedades del mundo, para convertirse en uno de los fenómenos más lacerantes y violatorios de la dignidad humana; una realidad que pocos quieren verla y muchos desearían ocultarla.

En la actualidad nuestro Ecuador es considerado un país de tránsito debido a que está ubicado entre los dos principales países productores de hoja de coca en el mundo como son Perú y Colombia, las mismas que son traficadas por tierra y mar a los puertos y aeropuertos ecuatorianos para la distribución internacional. Los volúmenes de tráfico pueden ser desde gramos injeridos por personas llamadas mulas, hasta grandes toneladas que son los que salen vía marítima por las costas del Pacifico, actualmente y de acuerdo a Informes Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), los resultados antinarcóticos ecuatorianos han sido diversos en el los últimos años, es así que en el año 2006 se realizaron incautaciones de cocaína, las mismas que disminuyeron; mientras que las incautaciones de la heroína y de productos químicos continuaron incrementándose hasta llegar ha altos niveles.

Es importante destacar cuales son los objetivos de esta institución y entre ellos tenemos la prevención del desvío de las sustancias químicas y productos farmacéuticos, así como también controlar y buscar la disminución de la producción, exportación, importación y distribución de éstas sustancias.

A pesar del incremento del trabajo y los planes encaminados a lograr cumplir con estos objetivos, no se ha logrado una total erradicación en la producción y venta de las drogas ilícitas y muy al contrario en los últimos años hemos visto como consecuencia un incremento incontrolado y alarmante del consumo de drogas, de manera especial en establecimientos de enseñanza media y los resultados a una encuesta realizada por el CONSEP nos proyectan los siguiente datos "el consumo de licor y tabaco entre los estudiantes de los colegios, inicia desde edades más tempranas. En efecto, de acuerdo al estudio, que abarcó a más de 280 mil colegiales en 12 ciudades ecuatorianas, el nivel de prevalencia de consumo del licor y cigarrillos pasó del 53,9%, en la primera encuesta de hace 10 años, al 79,4%, en la encuesta de 2008. Al mismo tiempo, en ese lapso, la edad promedio de consumo del licor se ha reducido: en 1998, aquella edad fue de 14,8 años; en la última encuesta, se registró que se inician los colegiales en la ingestión del licor a los 12,8 años".[1]

Los datos señalados en esta encuesta nos revelan un grave problema que merece la atención seria y prioritaria, no solo de las autoridades sino también de la sociedad en la que estamos inmersos.

El consumo a temprana edad de las drogas licitas o denominadas sociales como son el licor y cigarrillo pueden anticipar el consumo de otras drogas conocidas como drogas duras o blandas que son causantes de dependencia física y psicosocial en quien las consume; de esta manera se evidencia un gran problema de salud pública que afecta sobre todo a los ámbitos: educativo, social y cultural, sumándose también la desintegración familiar que en algunos casos puede ser la migración de un miembro de la familia producto del desempleo y pobreza en nuestro país, así como también la muerte o abandono de uno de los progenitores, además la presencia de una cultura permisiva en cuanto al consumo de alcohol o a la falta de orientación educativa y de incentivos para que los jóvenes ocupen el tiempo libre de forma creativa en actividades lúdicas, deportes, desarrollo de aptitudes artísticas, etc.

[1] • Plan Nacional de Prevención integral y control de Drogas 2009-2012 Ecuador.

Los cambios de estilos de vida, las influencias de los medios de comunicación actuales como el internet y la comunicación de masas se ven reflejados en los comportamientos juveniles.

Sin alejarme mucho del tema elegido para desarrollarlo, es importante destacar que mi proyecto investigativo va encaminado al trabajo con la población mas vulnerable de la sociedad como son los niños y adolescentes ya que son los principales consumidores de sustancias psicotrópicas, siendo las mas comunes en ellos: el alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas como inhalantes, marihuana, cocaína, bazuco, anfetaminas.

Para trabajar con adolescentes es importante partir de una definición previa de lo que es la Adolescencia, es así que *"La adolescencia es un período de transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas"*[2].

Es importante destacar que el crecimiento con salud biológica, psicológica y social en lo países en vías de desarrollo se ha convertido en una aspiración no fácil de alcanzar. El ámbito donde crecen los adolescentes de Latinoamérica no es el adecuado, la inestabilidad política, la falta de continuidad de los gobiernos y de actualización del sistema educativo a los avances de la ciencia y de la técnica, crean condiciones desfavorables, donde la frustración y marginación ya sea educativa o laboral, crean las condiciones necesarias para la aparición de conductas marginales como la farmacodependencia, la violencia, la delincuencia en las poblaciones juveniles, entre otras, se constituyen en condiciones para el aparecimiento y se desarrollen distintos trastornos.

No solo como estudiantes y futuros profesionales de la salud mental de la comunidad sino también como miembros activos de nuestra sociedad, es

[2] GUTIERREZ DULANTO, Enrique Dr.,EL ADOLESCENTE, Editorial Mc Graw-Hill. 1ra edición. México-Distrito Federal. (1989).

necesario tomar conciencia de que el problema de drogas es un problema serio y en crecimiento, pues incluso sociedades tan desarrolladas como las de América del Norte y Europa están inmersas en esta realidad. Dentro de esta perspectiva, es importante considerar que las estadísticas señalan que la edad con mayor incidencia de consumo de drogas va desde los 13 a 17 años.

Una vez detallada la problemática propuesta para la presente investigación busco ser un apoyo para la sociedad dentro de este problema y al mismo tiempo me surge la siguiente interrogante: *¿Cuales son los factores psicológicos y sociales que contribuyen al consumo de drogas de uso indebido por adolescentes que se encuentran en Internamiento permanente y ambulatorio en el "Centro mixto de Adolescentes Infractores de Loja"?.* A mi modo de ver si no se trata este problema no se lograra una rehabilitación eficaz en los adolescentes del Centro de Adolescentes Infractores de Loja y por ende nuestro deber como futuros profesionales de la salud mental en cuanto al trabajo de prevención en esta población de riesgo la misma que esta enmarcada en nuestra sociedad será insuficiente.

Con estos antecedentes considero que es importante realizar un estudio y análisis minucioso de este problema ya que requiere una solución inminente.

3. JUSTIFICACIÓN:

Como estudiante de la carrera de Psicología Clínica, del Área de la Salud Humana y siguiendo los lineamientos metodológicos del Sistema Académico Modular por Objetos de Transformación implantado en la Universidad Nacional de Loja desde 1990, el cual prioriza la investigación científica, y, tomando en cuenta el pensum estudiado alrededor de los 4 años de carrera, he señalado como tema de investigación: "Factores Psicosociales y su relación con la conducta adictiva en los adolescentes del Centro de Adolescentes Infractores de Loja, período Junio- Noviembre 2011". Del tema planteado, podemos resaltar sus cualidades significativas dentro de los aspectos de trascendencia actual, social e importancia científica, psicológica y académica, así como desde el punto de vista de su factibilidad. El problema de investigación se relaciona directamente con temas estudiados dentro del Pensúm de la Carrera de Psicología Clínica.

Con respecto a su trascendencia actual, social y psicológica, podemos mencionar que el problema de investigación planteado constituye un conflicto muy frecuente dentro del ámbito social, ya que en nuestra sociedad contemporánea se han venido desarrollando diversos fenómenos sociales que han incidido en el incremento de esta problemática; la importancia de investigar esta situación, radica en la preocupación personal, de prevenir este fenómeno, que esta devastando a la Humanidad, como son las complejidades de las adicciones, las mismas que causan daños, físicos, psicológicos, biológicos, afectando directamente, el ambiente familiar, teniendo en cuenta que este sistema es el núcleo de la sociedad en general. Al proponer esta investigación uno de mis objetivos es apoyar y asesorar de manera psicológica a los adolescentes que se encuentran en este periodo de transición en los que se ven inmersos en una serie de cambios físicos y emocionales en donde el entorno cumple un papel importante en el desarrollo de los mismos.

La incidencia de drogas en la adolescencia se encuentra con tendencia ascendente en las últimas tres décadas en el mundo, además de su uso tradicional y cultural característico en algunos países. "La edad de mayor

incidencia es de 13 a 17 años: Marihuana de 30-50%, Cocaína de 25-45%, Bazuco de 30-35%, Anfetaminas de 12-15%, Inhalantes un 10%."[3]

No hay una respuesta simple, acerca de los factores que contribuyen al abuso de drogas de uso indebido en los adolescentes, pero, probablemente en el caso de muchos jóvenes influyen de forma inmediata, sus amigos y compañeros, así como también la situación social. Para algunas personas estas influencias no son nocivas, pero no todos son tan fuertes. Sin embargo en todos los casos, el primer uso de drogas es peligroso.

Cuando los problemas en su entorno social son muy fuertes, afectan negativamente pudiendo causar una gran variedad de perturbaciones. La pobreza, la violencia y los problemas psicosociales, son también un factor determinante en el abuso de drogas en el adolescente. Asimismo, la necesidad y la búsqueda intensa y ávida de gratificaciones inmediatas sin importar las consecuencias, podrían ser puerta de entrada fácil para la droga.

Diversos investigadores señalan que "una conducta impulsiva-agresiva en los adolescentes y adultos, y estar bajo la influencia de procesos morbosos "condicionan" al uso de drogas. Así por ejemplo, vivir con personas que abusan del alcohol o usan drogas, o vivir en un ambiente que propicie otras adicciones."[4]

Evidentemente, que esta investigación, va a permitir la difusión de información sobre diversos aspectos relevantes relacionados con las drogas, a través de la publicación de informes periódicos, por otra parte esta investigación puede ser utilizada como antecedente y fuente, por personas interesadas en el tema.

En el desarrollo de la investigación propuesta, se me permitirá aplicar los diferentes lineamientos metodológicos, técnicas e instrumentos sobre las distintas fases de problematización, investigación, ejecución y comunicación de los resultados, lo que me propiciará un aprendizaje no solo teórico sino práctico

[3] Estudios Cualitativos sobre el consumo de Drogas en grupos de Riesgo Informe Ecuador- 2009.

[4] BRUMA P. Fernando B. Factores psicosociales en el consumo de drogas en el adolescente. (2007).

de la comprensión y realización de un trabajo investigativo; así como también aplicaré las herramientas metodológicas propias del SAMOT para una adecuada interiorización de los contenidos, del abordaje de la problemática objeto de investigación y manejo adecuado del proceso investigativo.

En cuanto a la importancia psicológica, podemos destacar que el análisis del problema me permitirá desarrollar prácticas fundamentales para mi futura vida profesional, tomando en cuenta que el fenómeno de las Adicciones abarca muchísimos temas importantes y muy usuales para el profesional de la Salud Mental, así como para la sociedad en la que nos desenvolvemos.

Es de total relevancia puesto que en la sociedad en la que estamos inmersos nos interesa sacar a relucir los problemas que nos están afectando y porque no la importancia que les merece y por ende estudiarlos, analizarlos y tratar de proponer una solución y desde mi lugar como estudiante y futura profesional de la Psicología Clínica, proponer estrategias de prevención en cuanto a temas como las adicciones que afectan a nuestra sociedad.

En esta investigación debo resaltar la factibilidad de su realización, por cuanto cuento con las fuentes bibliográficas e informáticas necesarias para la elaboración del marco teórico, así mismo como el acceso a textos sobre Adicciones, asesorías del Docente- Asesor del presente trabajo investigativo, cuento con el tiempo necesario para realizar la investigación, es decir, con los meses de **Junio a Noviembre del 2011**; con los recursos materiales, técnicos, humanos y financieros necesarios para su ejecución y socialización del presente trabajo.

Finalmente, en el ámbito académico, la elaboración de la presente investigación es de gran importancia pues se constituye en el trabajo final de mi carrera universitaria y tomando en cuenta que será mi tesis previa a la obtención del Grado de Psicóloga Clínica, sin dejar de lado todos los conocimientos y experiencia que como estudiante adquiera con el desarrollo de este trabajo investigativo.

OBJETIVO GENERAL

Describir los factores psicosociales que se relacionan en el consumo de drogas en los adolescentes del “Centro Mixto de Adolescentes Infractores de Loja” en el periodo comprendido entre Junio a Noviembre del 2011.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar los factores predisponentes que influyen en el adolescente para el consumo de drogas.
- Identificar las secuelas conductuales del abuso de sustancias en los adolescentes internos en el Centro de Adolescentes Infractores.
- Conocer la dinámica familiar del Paciente Adicto y cómo afecta el consumo en la misma.
- Establecer un modelo de intervención psicológica integral para pacientes que presentan consumo de sustancias.

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

FACTORES PSICOSOCIALES

1.1 FACTORES INDIVIDUALES 13
1.1.1 Un alto nivel de inseguridad, ... 14
1.1.2 La baja autoestima o auto concepto 15
1.1.3 Locus de control externo. 15
1.1.4 Rebeldía. 15
1.1.5 Baja tolerancia a la frustración. 15
1.2 Conocimientos. 16
1.3 Creencias. 16
1.4 Actitudes. 16
1.5 Expectativas. 17
1.6 Factores Sociales 18
1.6.1 NIVEL MICROSOCIAL 18
1.6.1.1 La Familia 18
1.6.1.2 Influencias de los hermanos 20
1.6.1.3 Influencias de los compañeros-amigos. 21
1.6.1.4 Factores Escolares 22
1.7 NIVEL MACROSOCIAL 23
1.7.1 Influencia de los medios de comunicación 23
1.7.2 Contexto social 24
1.7.3 Oferta y disponibilidad de las sustancias 25

CAPITULO II

ADOLESCENTE.

2.1 Definición 27
2.2 CAMBIOS DURANTE LA ADOLESCENCIA 27
2.2.1 CAMBIOS BIOLÓGICOS: 27
2.2.1.1 Pubertad 27
2.2.1.2 Efectos de las hormonas en la conducta 28

2.2.2. Cambios Cognoscitivos 29
2.2.2.1 Capacidad de pensamiento con abstracciones 29
2.2.3. Cambios emocionales 29
2.2.3.1 Búsqueda de identidad 29
2.2.3.2 Necesidad de Autonomía 30
2.2.3.3 Egocentrismo 31
2.2.3.4 Sensación de Invulnerabilidad 31
2.2.3.5 Necesidad de pertenencia 32
2.2.3.6 Desarrollo Moral 33
2.2.3.7 Ascetismo y Altruismo 33
2.2.3.8 Erotismo y Sexualidad 34

CAPITULO III

ABUSO, ADICCIÓN Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

3.1. Definiciones generales. 35
3.2 TIPOS DE DROGAS 38
3.2.1 Estimulantes del sistema nervioso central 38
3.2.1.1. Cocaína 39
3.2.1.2. Efectos físicos 40
3.2.1.3 Efectos psicológicos 40
3.2.1.1.2. Crack de cocaína 41
3.2.1.2 ANFETAMINAS 42
3.2.2 Depresores del Sistema Nervioso Central 44
3.2.2.1. Opiáceos 44
3.2.2.2 Benzodiazepínicos o sedantes menores 45
3.2.2.3 Barbitúricos 46
3.2.3 Cannabis y derivados 47
3.2.4 Drogas alucinógenas o psicodélicas 49
3.2.5. Dietilamida del ácido lisérgico (LSD-25) 50
3.2.6. Mescalina 50
3.2.7. Psilocibina 51
3.2.8. Otras sustancias alucinógenas 51
3.2.9. Inhalantes 51

CAPITULO IV

PRINCIPIOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO GENERAL

4.1 Fases del Tratamiento. 53
4.2 Objetivos del Tratamiento:..... 54
4.2.1. Evitación o reducción del consumo y los efectos de las sustancias. 54
4.2.2 Reducción de la frecuencia y gravedad de las recidivas 55
4.2.3 Mejoría de la función psicológica y social/adaptativa. 55
4.3 EVALUACIÓN 56
4.3.1 Establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica 56
4.4. TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS DE INTOXICACIÓN Y ABSTINENCIA. 57
4.4.1 Reducción de la morbilidad y las secuelas de los trastornos por consumo de sustancias. 57
4.4.2 Facilitación del cumplimiento de un plan de tratamiento y prevención de recidivas..... 58
4.5 TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES 59
4.5.1 Terapias conductuales cognitivas 60
4.5.2 Terapias conductuales 61
4.5.3 Terapia de grupo 61
4.5.4 Terapias familiares 62
4.5.5 Grupos de autoayuda..... 64

CAPITULO I
FACTORES PSICOSOCIALES

1.1 FACTORES INDIVIDUALES

Con respecto a la dimensión personal se ha encontrado que la edad es una variable fuertemente relacionada con el consumo de drogas; y la precocidad en el uso de sustancias uno de los principales predictores del abuso en la adolescencia. Las frecuencias de consumo más altas coinciden, generalmente, con una mayor antigüedad en el inicio del consumo.

Según Bailey y Hubbard (1991), "la probabilidad de iniciarse en el consumo de drogas se incrementa entre 6º y 8º. Existe un considerable aumento del consumo en el período de transición de la enseñanza primaria a la enseñanza secundaria, pudiendo ser ésta una etapa vulnerable para la iniciación (García-Señorán, 1994). La edad crítica en el inicio del consumo de drogas podemos situarla entre los 11-12 y los 15-16 años, aproximadamente, y varía en función de la sustancia."[5]

La relación entre los patrones de consumo y la edad se describe en términos de una función curvilínea -aumenta con la edad, alcanzando su punto máximo entre los 18-24 años y posteriormente desciende.

En cuanto al sexo, en algunas investigaciones se aprecian diferencias en el uso de sustancias (García-Señorán, 1994; Kumpfer y Turner, 1991; Novacek, Raskin y Hogan, 1991), generalmente los varones son más precoces y presentan un mayor consumo habitual. Sin embargo debemos destacar que estas desigualdades han ido descendiendo a lo largo del tiempo y para algunas sustancias el sexo ya no es una variable discriminante en el consumo pues las diferencias no alcanzan el nivel de significatividad.

Estos resultados quizás nos estén sugiriendo que los jóvenes cada vez se distinguen menos en sus actitudes, valores y comportamientos según el sexo.

---

[5] GONZÁLEZ CALLEJA, Francisco M. GARCÍA - SEÑORAN Mar. y GONZÁLEZ Salvador G. Consumo de drogas en la adolescencia. (1996). Madrid España. Vol. 8. Edición. 0214- 9915. Pág. 259.

Dentro de las variables individuales, los rasgos de personalidad han acaparado la atención de numerosos investigadores.

Los estudios sobre la personalidad del toxicómano son muchos y dispares sus resultados; por una parte tenemos aquellos en que no se manifiestan rasgos diferenciales entre los sujetos toxicómanos y los no consumidores, y otros en donde se admite que existe una personalidad prototípica del toxicómano.

Entre las variables de personalidad que han mostrado una relación consistente con las conductas de consumo tenemos la búsqueda de sensaciones, que parece ser la más relevante. Los consumidores puntúan más alto en las escalas que miden dicho constructo que los no consumidores. La tendencia a buscar nuevas sensaciones puede interpretarse como una reacción frente a los sentimientos de "hastío y aburrimiento"[6] que experimentan los consumidores; también se ha relacionado con la necesidad real de una mayor estimulación (derivada de factores biofisiológicos) que caracteriza a estos sujetos.

Existen otras variables de personalidad vinculadas con el consumo de drogas, aunque no de forma tan consistente. A continuación una breve descripción de las mismas.

1.1.1 Un alto nivel de inseguridad,

lo que conlleva habitualmente una baja autoestima. En la adolescencia es frecuente que surjan dudas acerca de la propia valía. Los cambios producidos durante esta edad pueden inducir a experimentar con drogas para tratar de ser diferente o hacer algo que implique un riesgo. Crockett y Petersen (1993) observan un incremento de la autoestima durante la segunda década de la vida; sin embargo esta mejora parece ir seguida de un declive en la adolescencia temprana, particularmente en las chicas.

[6]GONZÁLEZ CALLEJA, Francisco M. GARCÍA - SEÑORAN Mar. y GONZÁLEZ Salvador G. Consumo de drogas en la adolescencia. (1996). Madrid España. Vol. 8. Edición. 0214- 9915. Pag. 260.

1.1.2 La baja autoestima o auto concepto

Ha sido identificado como un precursor del uso de sustancias y del comportamiento delictivo en la adolescencia en algunos estudios (Crockett y Petersen, 1993). La autoestima sería un factor de protección contra el abuso de drogas, puesto que los jóvenes serían más resistentes y menos influenciables por la presión de sus compañeros.

1.1.3 Locus de control externo.

Los adolescentes con un locus de control externo son más influenciables por los amigos, favoreciendo de este modo el consumo de sustancias.

1.1.4 Rebeldía.

Un factor que sobresale consistentemente como precursor del consumo de drogas es una predisposición hacia la rebelión, independencia y no conformidad. Un comportamiento rebelde suele estar vinculado con el uso más frecuente de sustancias ilegales.

1.1.5 Baja tolerancia a la frustración.

En algunos casos, los consumidores de drogas han pasado por una situación vital estresante incontrolable, lo que desencadena una sensación de pérdida de control sobre el medio ambiente por parte de la persona, así como del sentido de la propia existencia y le conduce al consumo abusivo de drogas, que sería una estrategia de afrontamiento y a la que se recurriría cuando otras estrategias fracasan. En otras ocasiones son personas caprichosas que no toleran la tensión, el dolor, la frustración y las situaciones de espera. Los rasgos depresivos de la adolescencia se agudizarían en este grupo de jóvenes que experimentan una “crisis de identidad” [7]más intensa y conflictiva.

---

[7]GONZÁLEZ CALLEJA, Francisco M. GARCÍA - SEÑORAN Mar. y GONZÁLEZ Salvador G. Consumo de drogas en la adolescencia. (1996). Madrid España. Vol. 8. Edición. 0214- 9915. Pág. 260.

Dentro de los posibles factores cognitivos y orécticos (Botvin y Botvin, 1992; García-Señorán, 1994). se incluyen conocimientos, creencias, actitudes y expectativas relacionadas con el comportamiento en cuestión.

1.2 Conocimientos.

Las investigaciones parecen coincidir en que las personas más conscientes de los efectos dañinos de las drogas son menos tolerantes con el uso de sustancias y es menos probable que desarrollen la adicción. Sin embargo, no debemos olvidar que los conocimientos sobre los daños ocasionados por las drogas jugarán un papel poco significativo en el adolescente, si posee un bajo autoconcepto y siente la necesidad de usar drogas para realzar su posición en el grupo.

En la adolescencia, a pesar de las advertencias de padres, profesores y profesionales de la salud, tiende a ignorarse las consecuencias adversas relacionadas con el uso de sustancias y a sobreestimar las capacidades para hacer frente a la destrucción personal que conlleva el uso de drogas. Con frecuencia, los jóvenes creen que pueden controlar dicho comportamiento y abandonarlo en el momento que lo deseen.

1.3 Creencias.

Las creencias se van conformando a lo largo de todo el ciclo vital y se verán influidas por las características de la fuente de información, la naturaleza de la comunicación y las características del receptor. La conducta de los individuos está regulada, al menos en gran parte, por su sistema de creencias y valores.

1.4 Actitudes.

Estudios han demostrado que existe un estrecho vínculo entre las actitudes hacia las drogas y su consumo ya que es posible encontrar correlaciones entre unas y otras (Lignell y Davidhizar, 1991; Botvin y Botvin, 1992; García-Señorán, 1994).

Para Fishbein y Ajzen (1975), las actitudes que representarían la evaluación global de la acción por parte del individuo- y las normas subjetivas que representarían la percepción de las expectativas de otras personas, importantes para el individuo, en relación con esa conducta en concreto son los principales predictores de las intenciones comportamentales, que a su vez son las responsables de que se produzca o no una conducta. Los autores señalan que si se desea cambiar una conducta es necesario influir en las intenciones, lo que exige a su vez, intervenir y cambiar las actitudes hacia la conducta y, la norma subjetiva.

1.5 Expectativas.

Existe una relación funcional entre las expectativas y el uso de drogas; aquellos individuos que abusan de las drogas tienen unas expectativas diferentes a los que no las utilizan respecto a los efectos de dichas sustancias.

En la medida en que las expectativas son más positivas y el individuo espera conseguir resultados más satisfactorios puede observarse un mayor consumo. Y por último, dentro de este apartado nos referiremos a los factores comportamentales, que representan el grado de implicación en diversos problemas conductuales así como en conductas desaprobadas socialmente.

Para algunos autores, el uso de sustancias forma parte de un conjunto de problemas comportamentales y obedece a leyes similares (Eggert, Seyl y Nicholas, 1990; Botvin y Botvin, 1992). Luego et al. (1990) señalan que la involucración del individuo en otro tipo de conductas desviadas distintas a las relacionadas con el consumo es otro factor de riesgo al que no se le ha prestado demasiada atención. "Las conductas problemáticas"[8] a edades tempranas son un buen predictor del consumo de drogas en la adolescencia y juventud, es más frecuente que los consumidores de drogas estén implicados

[8]GONZÁLEZ CALLEJA, Francisco M. GARCÍA - SEÑORAN Mar. y GONZÁLEZ Salvador G. Consumo de drogas en la adolescencia. (1996). Madrid España. Vol. 8. Edición. 0214- 9915. Pág. 261.

en actividades delictivas que los no consumidores. Por otra parte, el uso de una droga es un buen predictor del uso de cualquiera de las otras.

1.6 Factores Sociales

1.6.1 NIVEL MICROSOCIAL

1.6.1.1 La Familia

Según el Instituto Interamericano del Niño, la Niña y el Adolescente (IIN), familia "Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (Padre, Madre, Hermanos, etc.), con vínculos de consanguinidad o no, identidad y afectividad, que tienen modos de existencia económica y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan".[9]

Así también, Gómez y Domínguez (2002) consideran a la familia como la institución social más importante ya que en ella nace y se educa la persona, y se regulan y estabilizan las relaciones sexuales y la procreación. Estos autores consideran que la familia ha cambiado y cambiara su forma a lo largo de la historia, pero permanecerá como el mejor instrumento para dar estabilidad emocional al individuo.

La sociología ha estudiado los tipos de familia que han existido en otras épocas y sus diferencias con los tipos de familia de hoy en día. Es así como, se han establecidos muchas clasificaciones del tipo de familia y según autores como Gómez (2002), Domínguez (2002), y Vila (2003), estos serían los más frecuentes:

- ✓ Familia nuclear: Formada por los cónyuges e hijos.
- ✓ Familia extensa: Aquella que agrupa familias nucleares de varias generaciones, viviendo todos bajo el mismo el techo: padres, hijos, abuelos, tíos, primos, etc.

[9] http//.www.iin.oea.org/

Sin embargo, en la actualidad, a más de las clases de familias anteriormente descritas, lo más frecuente en nuestra cultura Occidental es encontrar los siguientes tipos de familia en los cuales coinciden autores como Natalia Nieto (1997), Carrillo (2008), Camacho (2007), Nyberg (2008)y Herrera (2008).

- ✓ ***Familia Monoparental:*** Aquella en la cual vive solo uno de los dos progenitores, ya sea el padre o la madre, con los hijos de la pareja. Fenómenos como el divorcio y la migración han dado lugar a la formación de estas familias.
- ✓ ***Familia reconstruida o simultánea:*** Aquella formada por personas separadas o divorciadas que viven con una nueva pareja, de forma que los niños que forman parte del hogar no son necesariamente hijos biológicos de los dos cónyuges.
- ✓ ***Familia Padrastral o madrastral:*** Dependiendo de si es el hombre o la mujer quien entra a cumplir funciones parentales con los hijos de la nueva pareja.
- ✓ ***Hogar o Unidad Domestica:*** Es una estrategia de supervivencia donde las personas están unidas voluntariamente para aumentar el número de perceptores económicos y lograr economías de escalas. Pueden o no incluir vínculos sentimentales, de autoridad, de solidaridad, poder o solo presentarse una de ellas, lo imprescindible es la relación económica de sus componentes.[10]

Es necesario recalcar, que las familias no son “mejores” ni “peores”, en función de la tipología familiar. Lo que determina su calidad se basa en que sus miembros mantengan entre si relaciones positivas de cariño, apoyo y estimulo, en donde el desarrollo emocional de los niños se vea fortalecido y en donde los adultos obtengan la fuerza necesaria para enfrentar las dificultades (Vila 2004).

[10] NIETO Natalia, LA FAMILIA, Una mirada Integradora desde la Complejidad, Revista La Familia.

Es así que la familia puede ejercer una gran influencia sobre el consumo de drogas en sus miembros, puede actuar facilitando, neutralizando o inhibiendo tales conductas (Denton y Kampfe, 1994).

Según Bailey y Hubbard (1991) existen diferencias desde el punto de vista evolutivo que influyen en la iniciación del consumo de drogas. Los padres tienen mayor influencia en la niñez y en los adolescentes más jóvenes, ésta disminuirá progresivamente conforme aumenta la edad. En las primeras fases de consumo, el comportamiento de los padres es crítico, y de su actuación va a depender que el adolescente se inicie en el consumo de cerveza, vino, experimentando cada vez con bebidas de más alta graduación. En fases posteriores a la iniciación, la calidad de las relaciones padre-hijo cobra importancia, si los vínculos son estrechos el consumo se frenará, de lo contrario evolucionará a formas más graves de abuso (Rhodes y Jason, 1990).

El modelo directo de los padres, las relaciones familiares deficitarias, actitudes de sobreprotección materna con conducta paterna ineficaz, prácticas educativas inadecuadas caracterizadas por una excesiva permisividad o dureza, incomunicación y tensión, se encuentran relacionados con un mayor consumo de drogas (Hualde, 1990).

1.6.1.2 Influencias de los hermanos. La presencia de hermanos mayores es un claro factor de riesgo (Brook, Whiteman, Gordon y Brook, 1989; García Señorán, 1994). “Las influencias pueden deberse al modelado directo que ejercen sobre la conducta de los más pequeños; a sus actitudes y orientaciones hacia el consumo; juegan un papel importante en la elección de los compañeros de sus hermanos pequeños; también pueden actuar como una fuente de suministro de drogas.”[11] Los hermanos podrían considerarse como un subgrupo especial de compañeros, cuya influencia sería menor que la de los propios compañeros pero mayor que la de los padres.

[11] RODRÍGUEZ, J. y GARCÍA, J. A. Psicología social de la salud. En J. L. Álvaro, A. Garrido y J. R. Torregrosa (Eds.). Psicología social aplicada. España: McGrawHill. (1999).

1.6.1.3 Influencias de los compañeros-amigos.

Los amigos desempeñan un papel muy importante en el mundo del adolescente; este hecho ha sido demostrado repetidamente al observar la similaridad del comportamiento entre los miembros de un grupo o pandilla. La mayoría de los adolescentes que consumen drogas son introducidos en el consumo por sus amigos, bien porque sus compañeros los presionan o porque necesitan sentirse aceptados por su grupo.

Por ello tratarán de desarrollar las actividades valoradas por sus compañeros, sean éstas admitidas socialmente o no.

Una serie de investigaciones detectaron la influencia de los amigos como el más claro predictor del consumo de drogas en el adolescente (Brook et al., 1989; Bailey y Hubbard, 1991; Epstein, Botvin, Diaz y Schinke, 1995; García-Pindado, 1993; García-Señorán, 1994). Existe una relación altamente significativa entre la interacción del adolescente con amigos consumidores y su propio consumo. Se ha demostrado que un adolescente que consume drogas es más probable que tenga amigos consumidores que un no consumidor. También existe una fuerte interrelación entre la percepción del consumo de los amigos y el consumo propio. Cuando se producen cambios en dichas percepciones también se producen variaciones en el consumo (Epstein et al., 1995).

El proceso mediante el que los adolescentes son influidos por sus iguales incluye diferentes mecanismos: el modelado o aprendizaje social parece ser el más importante; destaca también el refuerzo selectivo de ciertas conductas del individuo por parte de sus compañeros. Es probable que los adolescentes manifiesten un comportamiento acorde a las normas establecidas y expresadas por el grupo, el grupo establece sus propias normas y el sujeto que pertenece a él debe adaptarse a ellas. El aceptar y poner en práctica sugerencias de amigos podría actuar de forma indirecta en el comportamiento del adolescente afectando la formación de sus propias actitudes y preferencias.

Por otra parte, la reciprocidad es el corazón de la amistad e implica unas normas, los participantes del grupo deben colaborar entre sí. Las drogas pueden transformarse en un símbolo del grupo. Las relaciones amistosas implicarán unos determinados comportamientos que serán vistos como elecciones personales en vez de como una influencia social, por tanto, la influencia de los compañeros se hace más sutil y difícil de definir.

1.6.1.4 Factores Escolares. Las variables escolares que se relacionan de forma más significativa con el consumo de drogas son: las características de la escuela, la insatisfacción escolar, un nivel más bajo de compromiso con las actividades académicas, un mayor nivel de absentismo escolar y una peor ejecución académica. Todos estos factores también inciden en el fracaso escolar.

En algunas ocasiones, cuando el adolescente no puede alcanzar el mismo nivel de logro que sus compañeros, por unas causas u otras, aumenta la probabilidad de que presente conductas problemáticas en el aula. Esta desadaptación podría inducirle a unirse con compañeros no convencionales.

Se ha detectado que "en algunas escuelas las tasas de comportamientos desviados son más bajas; estas escuelas procuran que las clases sean relevantes e interesantes para los alumnos; a los estudiantes se le reconocen sus avances; las relaciones entre los alumnos y profesores son satisfactorias"[12]. Todo ello mejora el rendimiento académico, acrecienta la autoestima y mejora el control de los alumnos sobre sí mismos.

El clima escolar influye notablemente sobre el logro académico y el comportamiento del escolar. La escuela puede ser vivida como la primera experiencia de fracaso social generando un proceso de ruptura con el mundo de los adultos y compañeros, llevando al joven a buscar su autoestima y satisfacción en otros ambientes, muchas veces en la calle (Hualde, 1990).

[12] RODRÍGUEZ, J. y GARCÍA, J. A. Psicología social de la salud. En J. L. Álvaro, A. Garrido y J. R. Torregrosa (Eds.). Psicología social aplicada. España: McGrawHill. (1999)

1.7 NIVEL MACROSOCIAL

1.7.1 Influencia de los medios de comunicación. Los medios de comunicación juegan un importante papel en el aprendizaje de cuestiones relacionadas con el tema de las drogas en los adolescentes, y son percibidos por los jóvenes como una fuente fidedigna de información. Una revisión de nuestros “mass media” podría sugerir que potencian el consumo de drogas; si se observan los mensajes enviados podrá advertirse que rara vez predomina una información objetiva.

Es curioso que dos productos, tabaco y alcohol, altamente nocivos para nuestro bienestar se nos intenten presentar siempre con imágenes y mensajes sugestivos de salud, seguridad, encanto, atractivo, éxito social y sexual. Muchos eslogans publicitarios sugieren representaciones ideales, nostalgias e ídolos de los jóvenes y con ello estimulan los deseos en la dirección deseada.

Es natural que los supuestos y esfuerzos realizados por la Organización Mundial de la Salud, así como por otros organismos y entidades, para promover una estrategia de salud para todos, queden diluidos en todo este alud de potencia financiera, económica y de manipulación.

Los adolescentes son el primer objetivo del mercado para la industria del tabaco, pues muchos fumadores están muriendo a causa de su hábito y un creciente número de ellos se están esforzando por dejarlo; por tanto, es necesario mantener el número de fumadores a fin de conservar los beneficios de la industria; de ahí que se utilicen atractivas y persuasivas imágenes que sirven para minar la credibilidad de las campañas de educación contra el tabaco.

Por otra parte los continuos anuncios publicitarios de medicamentos pueden formar la creencia errónea, tanto en niños como adolescentes, de que es imposible funcionar en nuestra sociedad sin la ayuda de algún fármaco y que todos los problemas se resuelven consumiendo algún medicamento. Por lo que respecta a la influencia de los medios de comunicación sobre el consumo de drogas ilegales, es muy difícil de establecer, pues existe una falta de control

sobre la exposición a dichos mensajes, por lo que sería necesario una situación experimental donde se controlase la cantidad e intensidad de dichos mensajes y la forma en que repercute sobre el individuo.

1.7.2 Contexto social. Las toxicomanías como un problema de salud más, tienen que ver fundamentalmente con los estilos de vida que una población posee. Dichos estilos de vida están condicionados por contextos económico-sociales y presentan unas características que condicionan modelos de consumo y de respuesta social.

La influencia de los modelos sociales parece crucial en la iniciación al consumo de drogas. Ciertos hábitos y estilos de vida se muestran como conductas de prestigio social y expresiones de placer a imitar por los adolescentes. Otro aspecto digno de mencionarse es la "sociedad consumista"[13] que nos rodea, nuestro ambiente forma parte y está fuertemente enraizado en una sociedad de consumo.

Los adolescentes no son ajenos al bombardeo consumista; a pesar de su dependencia económica hoy en día la adolescencia posee un poder adquisitivo mediatizado que nunca tuvo, de hecho, un sector cada vez más importante del mercado se dirige a ellos casi en exclusiva, pues constituyen una especie de grupo o clase social. En este contexto debe situarse también el consumo de drogas; como señala Hualde (1990).

"... ser punki, macarra, heavy,.. Implica, entre otras cosas, 'identificarse con y frente a' por llevar el pelo de cierta manera, vestir cazadora, pantalones y botas adecuados, y escuchar una música concreta o asistir a determinados conciertos. También en determinadas circunstancias implica consumir drogas".

Por otra parte, los adolescentes han asumido la "cultura del coloque". Nuestros adolescentes están recibiendo constantemente el mensaje de que la única forma de estar bien en la vida, de tener marcha, es estar colocado. Estamos acostumbrados a tomar continuamente sustancias que afectan nuestro estado

[13] BRUMA P. Fernando B. Factores psicosociales en el consumo de drogas en el adolescente. (2007).

de ánimo, comportamiento y percepción. Usamos infinidad de sustancias que producen excitación, tranquilizan, ayudan a dormir, alivian el dolor o mejoran nuestra resistencia a las enfermedades. Constantemente nuestra sociedad incita al consumo para sentirse bien.

Si ser sano en nuestra sociedad es no tener marcha, Funes (1991) se plantea: "¿Cómo le vamos a vender a un adolescente la idea de tener consumos más sanos si eso equivale a ser un muermo, a no tener diversión, a no pasárselo bien, y ser diferente de los otros...".[14]

1.7.3 Oferta y disponibilidad de las sustancias. Hay una relación directa entre la disponibilidad de las drogas y el aumento del problema en los últimos años. El alcohol, el tabaco y los psicofármacos están al alcance de cualquier persona incluso niños, y son las sustancias más consumidas.

Cuanto mayor sea la cantidad de droga en el mercado, un número mayor de sujetos se iniciará en el consumo, se consumirán mayores cantidades y el número de individuos que se convertirán en consumidores habituales será mayor. Valoración final e implicaciones para la prevención del uso indebido de sustancias adictivas

Como hemos visto, el uso de drogas se nos presenta como un fenómeno complejo y de naturaleza multicausal.

Tras la revisión de la abundante literatura sobre el tema, autores señalan que inicialmente el uso de sustancias se explicaba utilizando variables individuales, se enfocaba el problema desde una perspectiva médica, desviacionista. Dichos estudios se centraban en la relación entre la sustancia y la psicodinámica individual.

Posteriormente, se incorporaron variables de tipo social en el origen de dicha conducta, entre ellas el rol de los padres, de los hermanos, de los amigos, y toda una serie de factores que nos permiten afirmar que se trata de un

---

[14] • BRUMA P. Fernando B. Factores psicosociales en el consumo de drogas en el adolescente. (2007).

fenómeno con fundamentos sociales. Kandel (1975) intenta explicar estos hallazgos contradictorios, recalcando que los diferentes conjuntos de variables están relacionadas con diversas fases del consumo de drogas. En las primeras etapas los factores sociales jugarían un papel más importante y en las últimas serían decisivos los factores individuales y farmacológicos. Sin embargo, no tiene en cuenta el hecho de que predictores de diferentes categorías se encuentren asociados en la misma fase de dicha conducta. Para solucionar este inconveniente, investigaciones ulteriores intentaron dividir la población en grupos pequeños, apareciendo tantas combinaciones de variables etiológicas relevantes casi como drogadictos.

Es por ello que la labor preventiva se iniciará evaluando qué factores etiológicos están presentes en una población determinada, estudiando la interrelación de los mismos y, posteriormente, se desarrollará un programa preventivo adaptado a las necesidades detectadas.

CAPITULO II
ADOLESCENTE.

2.1. Definición

La adolescencia es un período que tiene sus antecedentes en la infancia y tiene consecuencias en la vida adulta posterior. "Se caracteriza por cambios que ocurren cuantitativamente y cualitativamente, estos son Biológicos, que desembocan en la plena maduración de los órganos sexuales y la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente, además cambios Psicológicos y sociales en los que se da una nueva organización de la personalidad acompañada de nuevas necesidades, motivos, capacidades e intereses."[15]

2.2 CAMBIOS DURANTE LA ADOLESCENCIA

2.2.1 CAMBIOS BIOLOGICOS:

2.2.1.1 Pubertad

La pubertad empieza más tarde en los varones que en las mujeres.

Previamente a los cambios en las características sexuales secundarias hay un periodo de crecimiento corporal rápido, seguido de un número de transformaciones corporales. En el varón aumenta el ancho de los hombros, y en las mujeres el de la pelvis. Aumenta en los hombres la masa muscular en el varón, y también disminuyen los depósitos de grasa, mientras que al final de la pubertad se registra en las niñas un aumento absoluto en la cantidad de grasa corporal.

En términos fisiológicos, en ambos sexos es claro que antes de los cambios anatómicos han existido aumentos en la producción de hormonas sexuales. En ambos sexos aumenta la secreción de la hormona Gonadotropina que precede a la maduración de las glándulas sexuales. Además existe un incremento gradual de la concentración de estrógenos, desde los siete años de edad y también crece la cantidad de hormonas andrógenos suprarrenales, los mismos que al parecer son los factores causales del aumento, en ambos sexos, del

[15] PHILIP RICE F. Adolescencia Desarrollo, relaciones y cultura. Novena Edicion. University of Maine.

grosor de la piel y la secreción de sustancias grasas por las glándulas sebáceas lo cual es más pronunciado en el sexo masculino. En el varón hay una mayor cantidad de estrógenos pero sobretodo de testosterona, con la maduración de los túbulos testiculares.

Es así que el primer signo de maduración es el crecimiento de los testículos, un mayor volumen de escroto y la producción de espermatozoides antes de la aparición de otras características secundarias. Luego aparece generalmente el vello púbico, y después suele producirse el estiramiento o aceleración del crecimiento. Poco después aparece el facial, y en otras partes del cuerpo, más tarde crece la laringe y hay cambio del tono de voz, también hay crecimiento temporal de las glándulas mamarias y aumento del diámetro de la areola.

En la mujer, con la pubertad hay mucha mayor producción de estrógenos con la maduración del folículo ovárico. El primer signo de maduración es el incremento en el tamaño de las mamas, que puede tener lugar entre los 8 a 13 años de edad. Luego aparecen las otras características sexuales secundarias, inicialmente el vello púbico y luego el axilar. La menarquia tiene comienzo en promedio a los 13 anos, y puede ocurrir entre los 10 y 16 años.

Estos marcados cambios no solo se dan en las glándulas y en las características sexuales primarias y secundarias sino también en el sistema nervioso central. Las conexiones interneuronales continúan modificándose, refinándose, ciertas vías y conexiones referenciales mientras que otras desaparecen.

2.2.1.2 Efectos de las hormonas en la conducta

Posiblemente los andrógenos suprarrenales en ambos sexos sean son el factor determinante del aumento del deseo sexual y el interés en asuntos eróticos. Además factores como el estrés y la tensión pueden producir una disminución en la cantidad de testosterona en el varón, lo que sugiere que en varones los factores que producen ansiedad o tensión crónica podrían tener influencia en la cantidad de testosterona finalmente. En cambio en la mujer la cantidad de hormonas previamente a la menstruación puede estar asociada a los estados de irritabilidad, y a un estado de ánimo bajo o tristeza.

En los casos en que los jóvenes alcanzan un periodo de madurez mucho más pronto tienden a iniciar experiencias sexuales más temprano, suelen tener una alta incidencia en dificultades psicosociales, desobediencia, conflictos interpersonales o violar las reglas de la conducta.

"Los cambios fisiológicos de la pubertad tienen influencia en la autoestima, el interés por lo erótico y la imagen corporal. Cada cultura determina la percepción de los cambios relacionados con la pubertad".[16]

2.2.2. Cambios Cognoscitivos

2.2.2.1 Capacidad de pensamiento con abstracciones

Jean Piaget llamo a esta etapa la de las operaciones formales, porque solo en la adolescencia la persona es capaz del pensamiento abstracto y lógico formal, que le permite entender situaciones complejas y resolver problemas tomando diferentes variables en cuenta a la vez. Este tipo de problemas son difícil de comprender en la etapa anterior al desarrollo.

En esta etapa el adolescente puede mantener simultáneamente dos o tres variables en el pensamiento y realizar "operaciones", para resolver problemas. Puede entender las reglas de deducción, inducción, y cuando una proposición lleva a una generalización falsa. Puede formular hipótesis y deducir conclusiones lógicamente basadas en las proposiciones anteriores. Es decir el adolescente en esta etapa puede encontrar argumentos en Pro y en contra de una solución o de un sistema de valores, de tal modo que puede suspender su juicio de la realidad de imaginar cómo pensaría alguien que estuviese en desacuerdo con él.

2.2.3. Cambios emocionales

2.2.3.1 Búsqueda de identidad

En la adolescencia la búsqueda de identidad se vuelve una "lucha primordial", como lo señala EriK Erikson.

[16]PHILIP RICE F. Adolescencia Desarrollo, relaciones y cultura. Novena Edicion. University of Maine.

A la edad de un año seis meses o 2 años seis meses está establecida su identidad de género, es decir se siente niña o niño y más tarde va conociendo aspectos de si mismos. Es así que en la adolescencia el desarrollo intelectual permite hacerse preguntas trascendentales como para que estoy en el mundo? y se pregunta quien es el realmente. A esta edad tiene mayores conocimientos y principalmente la capacidad para cuestionarse a sí mismo y a los demás. Lo que antes aceptaba como verdad dogmática ahora lo analiza y cuestiona y a veces lo descarta.

Esta revolución intelectual viene acompañada de los cambios corporales anteriormente mencionados. "En esta etapa los adolescentes suelen sentirse inseguros y buscan identificarse con alguien que por lo general son personajes que no pertenecen a la familia inmediata"[17], pueden ser personas a las que ellos admiran como un maestro (a), repentinamente adoptan gesticulaciones y preferencias o bien un ídolo histórico o del mundo de los espectáculos, trata de tomar prestados fragmentos de lo que constituirán su identidad.

2.2.3.2 Necesidad de Autonomía

El grado de autonomía o independencia que se considera óptimo en las diferentes edades de la vida, está determinado por los valores culturales de la sociedad a que se pertenece. En la adolescencia existe una mayor necesidad psicológica de autonomía o independencia, necesita crear un espacio propio en el cual experimenta sus nuevas capacidades, ideas y deseos. A diferencia de los niños en edad escolar, este requiere mayor intimidad sino física, por lo menos psicológica y emocional. Algunas lecturas preferencias e ideas son solo suyas o suyas y de sus amigos y no desea compartir ni con sus padres ni hermanos. Necesita sentir que lagunas cosas son personales y de nadie más, privadas e inviolables.

Estas para los padres constituyen experiencias nuevas, en donde sus hijos se muestran distanciados emocionalmente, en donde espera tener

[17] SAUCEDA GARCÍA Juan Manuel; MALDONADO DURAN J. Martin. La Familia: Su Dinámica y Tratamiento, Organización Panamericana de la Salud, Ano de publicación (2003), Washington.

conversaciones privadas con sus amigos y que sus diarios o escritos se respeten.

2.2.3.3 Egocentrismo

El adolescente suele pensar o sentir que es el centro de atención en situaciones sociales y empieza a preocuparse de pequeños detalles de su aspecto físico como una mancha en la ropa, el olor corporal, un cabello fuera de lugar, situaciones que para los adultos no son importantes sin embargo para los adolescentes tiene una importancia significativa.

Una aparente e insignificante pústula en la cara puede convertirse temporalmente en una tragedia, lo mismo que una experiencia negativa en la que haya sido avergonzada en público en especial si tuvo lugar con sus amigos o compañeros.

El adolescente siente la satisfacción de descubrir un mundo nuevo, a medida que razona y descubre conexiones nuevas y como funciona algunos aspectos como la política o de lo social y se siente único al haber notado estos mecanismos. Sienta que nadie ha experimentado en forma tan especial como el ciertas sensaciones o ideas y que tiene la solución lógica para la desigualdad social y problemas de política.

2.2.3.4 Sensación de Invulnerabilidad

Margaret Mahler describió como el niño que empieza a caminar experimenta un enamoramiento del mundo y tiene un deseo incesante de explorar y conocerlo, ya que el entorno se ha vuelto mucho más interesante con la locomoción. El adolescente vuelve a experimentar metafóricamente ese enamoramiento del mundo (las relaciones

Interpersonales, de emociones, etc.), busca experiencias y sensaciones y tienen curiosidad por lo desconocido. En este afán por conocer y descubrir tiende a sentirse invulnerable y a creer que nada desagradable o desafortunado le ocurrirá.

El pensar de los adolescentes de que “a mí no me pasara nada malo”, constituye un aspecto cognitivo propio de su edad. La percepción de la realidad del azar, y los riesgos solo se adquieren con la edad y la maduración ulterior.

“La invulnerabilidad de los jóvenes los lleva a creer que no necesitan protección, restricciones o limites lo cual puede crear una tensión y conflictos con los adultos”.[18] Para ello es necesario que los padres expliquen con claridad cuáles son sus reglas no negociables y los límites de tolerancia, o experimentación por parte del hijo.

2.2.3.5 Necesidad de pertenencia

El grupo de amigo al ocurrir la separación psicológica de los padres, aparece una mayor necesidad de encontrar tras personas con quienes sentirse identificado emocionalmente, y ser parte de ellos. El adolescente quiere pertenecer a un grupo de iguales, vestirse como ellos, pasar tiempo juntos y el grupo de amigos forma una especie de pequeña comunidad en la que todos tienen algo común.

El adolescente necesita el apoyo emocional de los amigos, y compañeros que están experimentando cambios similares a los de él o ella, que tienen los mismos conflictos, luchan con la escuela o el trabajo y tienen dudas parecidas. Los padres están presentes como una base de seguridad en situaciones importantes y es necesario que sigan estando presentes y disponibles emocionalmente. Además los compañeros y amigos son muy importantes en parte por lo in mediato de sus experiencias comunes, el apoyo mutuo y la sensación de ser comprendido.

Es en la adolescencia cuando se desarrolla verdaderamente la capacidad de tener amigos, al poder contar con un amigo o amiga, el adolescente ejercerá capacidades nuevas: Poder confiar en alguien fuera de la familia, dar y recibir apoyo emocional, interesarse por alguien más y sentir que se interesan por él. Los amigos o amigas son un factor psicosocial de protección muy importante para enfrenar los retos de esta edad y los cambios que representa.

[18] SAUCEDA GARCÍA Juan Manuel; MALDONADO DURAN J. Martin. La Familia: Su Dinámica y Tratamiento, Organización Panamericana de la Salud, Ano de publicación (2003), Washington.

Cuando existen problemas en la familia y en sus actividades en común se pueden crear conflictos con las necesidades del adolescente que le obliguen a separarse y a establecer su propio grupo de amigos. En el caso óptimo la familia entenderá que su hijo puede pertenecer a ambos grupos y ahora querrá pasar más tiempo que antes con sus amigos para esto se requiere de un proceso de negociación en el que si los padres entienden el deseo de sus hijos de hacer esto habrá una transición más armónica que si insisten en que todo siga igual que antes.

2.2.3.6 Desarrollo Moral

Aunque la moralidad es asunto social y cultural, también hay una evolución en el niño en términos de su capacidad para el razonamiento moral. Es así que un niño de edad escolar tiene un razonamiento moral denominado realismo moral, que da más importancia a hechos o transgresiones que a las intenciones, en cambio que un adolescente tiende a pensar de modo menos convencional, es decir ahora piensa menos en términos tan concretos y simplistas, y es capaz de pensar en la intensión y en las circunstancias atenuantes y está más interesado en principios y valores morales.

El desarrollo moral tiene causes diferentes para los varones y las mujeres. Es decir en las mujeres existe un menor interés en los principios morales impersonales y globales, y más compenetración de lo que es bueno para alguien en particular. La joven podría estar menos preocupada de los principios y leyes abstractos que por lo que considera que sería bueno para alguien en particular o para mantener o preservar una relación con alguien.

2.2.3.7 Ascetismo y Altruismo

Como consecuencia de los cambios cognitivos y emocionales y de la percepción de un mayor número de fenómenos en el mundo que le rodea el joven puede protestar y preocuparse por lo que ha descubierto recientemente. Algunos desarrollan un profundo interés por los temas trascendentales y exploran temas filosóficos o exploran el contenido de varias religiones.

El joven es capaz de grandes sacrificios por un ideal que abraza con todas sus capacidades, tal vez en ninguna otra época de la vida es tan factible que las

personas muestren tal devoción a una causa o línea del pensamiento como en la adolescencia.

2.2.3.8 Erotismo y Sexualidad

El interés por la sexualidad y los deseos sexuales no aparecen por primera vez en la adolescencia como se pensaba, sin embargo "en la adolescencia y en gran parte debido a la maduración sexual y la producción de hormonas sexuales el adolescente tiene mayor interés en los temas eróticos y sexuales"[19], curiosidad por descubrir información y deseos sexuales mucho más prominentes que antes.

Necesita y busca información sobre el desarrollo de los órganos genitales, la reproducción y el acto sexual así como otros temas relacionados con esto, para ello obtiene información de sus compañeros que a veces es inexacta y llena de distorsiones. Temas como la sexualidad y masturbación provocan mucha ansiedad en los padres, y aun en los médicos y otros miembros del personal de salud, cuando estos hablan de sexualidad tienden a mencionar solo los asuntos fisiológicos y anatómicos de la reproducción y la gestación.

Los adolescentes tienen el deseo y la necesidad de explorar su funcionamiento sexual y sus cambios anatómicos y también de saber si son sexualmente atractivos. Parte de esta exploración es la masturbación que la practica una gran mayoría de varones y mujeres aunque nos e habla abiertamente de ella.

Al momento de valorar la virginidad y la falta de experiencia sexual en las mujeres mientras que en los hombres se incentiva a una conducta opuesta se crea un conflicto importante entra ambos sexos, pues adema de ser un doble mensaje puede empujar al varón a tener relaciones sin estar enamorado y catalogar al coito como un asunto puramente fisiológico que ha de practicarse de una manera u otra. Mientras que en las mujeres puede haber un temor prolongado a lo sexual, miedo a ser criticada por su interés y errores relacionados con la falta de información adecuada sobre la fertilidad, la prevención del embarazo y otros temas similares.

---

[19]SARAFINO Edward P; Armstrong James W; Desarrollo del Niño y del Adolescente. Editorial Trillas. Segunda Reimpresión. México-Distrito Federal. (2000).

CAPITULO III

ABUSO, ADICCIÓN Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

3.1. Definiciones generales.

DROGA

Toda sustancia farmacológicamente que activa el organismo es una droga; en esta acepción todo medicamento es pues una droga; en un sentido más amplio, se emplea el término droga para referirse a toda sustancia psicoactiva susceptible de un consumo abusivo y que puede implicar manifestaciones de dependencia.

El término droga se utiliza para referirse a "aquellas sustancias que provocan una alteración del estado de ánimo y son capaces de producir adicción."[20] Este término incluye no solo las sustancias que popularmente son consideradas como drogas por su condición de ilegales, sino también diversos psicofármacos y sustancias de consumo legal como el tabaco, el alcohol o las bebidas que contienen xantinas como el café; además de sustancias de uso doméstico o laboral como las colas, los pegamentos y los disolventes volátiles.

ABUSO DE DROGAS

El abuso de las drogas es una enfermedad que se caracteriza por el uso dañino de las mismas para hacer frente a dificultades familiares, de salud o legales, o incluso si se tiene un trabajo relacionado con las drogas. Los problemas asociados con el abuso de éstas deben presentarse por un mínimo de 12 meses para que el diagnóstico sea válido.

ADICCIONES

Las adicciones son un síndrome constituido por un conjunto de signos y síntomas característicos. El origen de esta es multifactorial, entre los factores que podemos mencionar se encuentran los biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

---

[20] VIDAL, G; Alarcón; R. Abuso y dependencia de substancias psicoactivas. Edit. Médica-Panamericana (1989)

Las características de personalidad de los usuarios, la influencia del medio familiar y social, y las consecuencias personales relativas al deterioro físico y psíquico en un número sustancial de pacientes. De esto se infiere que el estudio y el manejo de las adiciones deban ser encarados desde un punto de vista multidisciplinario: psiquiátrico, médico, social.

“Se puede hablar de distintos tipos de Adicciones entre las más comunes podemos mencionar que existen adicciones a:

1. Electrónicas

    - ✓ Computadoras,
    - ✓ Ciberadiccion,
    - ✓ internet y chat,
    - ✓ videojuegos)

2. Ludopatía

    - ✓ Pinball,
    - ✓ Juegos de Azar,
    - ✓ Tragamonedas,
    - ✓ Billar

3. Conductuales

    - ✓ Teleadicción,
    - ✓ Velocidad,
    - ✓ Música Estridente,
    - ✓ Riesgo,
    - ✓ Trabajo, Poder, Sexo.

4. Químicas (Drogas)

    - ✓ Legales: Alcohol, nicotina, psicofármacos, cafeína.
    - ✓ Ilegales: PBC, Cocaína, Marihuana, Opio, Heroína, Hachís, Éxtasis, GBH, LSD, Ketamina, (anestesia), etc.
    - ✓ Industriales: Inhalantes, (Pegamentos, thiner).

- ✓ Folklóricas: San pedro, Ayahuasca, Floripondio".[21]

Algunos síntomas característicos de las adicciones son:

- Daño o deterioro progresivo de la calidad de vida de la persona, debido a las consecuencias negativas de la práctica de la conducta adictiva.
- Pérdida de control caracterizada por la práctica compulsiva de la conducta adictiva.
- Negación o auto engaño que se presenta como una dificultad para percibir la relación entre la conducta adictiva y el deterioro personal.
- Uso a pesar del daño, lo cual se manifiesta como la práctica continuada de la conducta adictiva. Este daño es tanto para la persona como para los familiares.

Adicción Física o dependencia Física.- Es un habito formado físicamente por el que el cuerpo crea una necesidad física de una droga, de tal forma que la ausencia repentina da lugar a síntomas de Abstinencia.

Dependencia Psicológica.- Es el desarrollo de una necesidad psicológica persistente, algunas veces dominante, de una droga que origina una compulsión por tomarla. Frecuentemente la dependencia psicológica es más difícil de superar en relación a la dependencia física, sobre todo si la persona está involucrada en la droga y no puede pasar sin ella.

Síndrome de Abstinencia.- Presencia de signos y síntomas como respuesta al cese o la reducción del consumo de una sustancia especifica que previamente había sido prolongado o en grandes cantidades. El comienzo y evolución del estado de abstinencia están limitados en tiempo y relacionados directamente con el tipo de sustancia y dosis consumida. Este síndrome causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

[21] VALLADOLID Martin Nizama, Guía para el manejo Familiar de las adicciones. Fondo Editorial Universidad Alas Peruanas. Lima-Perú (2003).

Tolerancia.- Es cuando se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producirán dosis más bajas.

3.2 TIPOS DE DROGAS

Las drogas en las que se suele abusar más se pueden agrupar en varias categorías:

1. Estimulantes del SNC: anfetaminas y ano-rexígenos, cocaína.
2. . Depresores del SNC: opiáceos, sedantes menores, barbitúricos
3. Cannabis y derivados.
4. Alucinógenos o psicodélicos
5. Inhalantes
6. Otras drogas

3.2.1 Estimulantes del sistema nervioso central

Los estimulantes son una clase de drogas que intensifican la actividad cerebral, ocasionan un aumento en la agudeza mental, en la atención y en la energía, que son acompañados por un alza en la presión arterial y un aumento en la velocidad del corazón y en la respiración.

Tienen una estructura química similar a la de una familia clave de neurotransmisores cerebrales llamados monoaminas, que incluyen la norepinefrina y la dopamina. “Los estimulantes aumentan la cantidad de estas sustancias químicas en el cerebro. Esto, a su vez, aumenta la presión arterial y la velocidad del corazón, oprime los vasos sanguíneos, aumenta la glucosa en la sangre y abre los conductos del sistema respiratorio”[22]. Además, el aumento en la dopamina está asociado con un sentimiento eufórico que puede acompañar al uso de estas drogas.

Las consecuencias del abuso de estimulantes pueden ser peligrosas. Cuando se toman dosis altas de algunos estimulantes repetidamente durante un corto

[22] VIDAL, G; Alarcón; R. Abuso y dependencia de substancias psicoactivas. Edit. Médica-Panamericana (1989).

período de tiempo, se pueden producir sentimientos de hostilidad o de paranoia. Además, el uso de dosis altas de un estimulante puede ocasionar que la temperatura del cuerpo suba peligrosamente y causar latidos irregulares del corazón. También existe la posibilidad de un fallo cardiovascular o convulsiones letales.

Los Estimulantes se clasifican en: Cocaína, Alucinógenos De Origen Natural y Sintético, Anfetaminas, Metanfetaminas.

3.2.1.1. Cocaína

Es un alcaloide contenido en las hojas del arbusto «Erythroxylon coca» siendo químicamente un derivado de la latropina. Es un estimulante cerebral extremadamente potente, de efectos similares a las anfetaminas, además, es un enérgico vasoconstrictor y anestésico local, siendo absorbido por las mucosas nasales cuando se la aspira, se metaboliza en el hígado y se elimina por la orina. Inicialmente se utilizó como anestésico local y como parte de un tónico estimulante, pero al evidenciarse su efecto adictivo se consideró como droga ilegal desde principios del siglo XX.

Es altamente adictiva físicamente ya que el organismo no presenta síntomas de saturación (como en el alcohol o la nicotina). El adicto, si tiene acceso a ella, puede suministrarse dosis constantemente provocando la muerte por agotamiento, ataque al corazón o bien derrame cerebral.

Su potencial adictivo en promedio es "Alto" y su consumo puede ser: Inhalada (Clorhidrato de cocaína, polvo blanco); Fumada (base libre, CRACK); o bien por inyección intravenosa, siendo estas dos últimas las formas de consumo más adictivas.

Produce un alto grado de tolerancia y desarrolla una intensa dependencia tanto física como psicológica. Presenta un grave síndrome de supresión al dejar el consumo.

3.2.1.2. Efectos físicos

Anestésico local Energizante cerebral Insomnio y Anorexia, Aumento de pulso, temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria. Vaso constricción y dilatación pupilar. Se presentan múltiples síntomas físicos como ojos vidriosos, tos crónica, taquicardia, dilatación pupilar, pérdida de sueño, irritación y sangrado nasal, elevación de tensión arterial, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales y táctiles, gripas crónicas y pérdida del apetito.

3.2.1.3 Efectos psicológicos

Producen sensación de euforia y de extrema seguridad en si mismo además de un estado de alerta intenso, seguido de depresión. Provoca actitudes agresivas y temerarias, así como estados de paranoia. Cambios en el estado de ánimo.

También los cambios conductuales son numerosos; euforia, agresión, grandiosidad, estado de alerta, agitación psicomotriz, sentimientos paranoicos y deterioro en el proceso de pensamiento. La cocaína aumenta la potencia sexual y la seguridad en sí mismo, que da mayor claridad mental y que posibilita un mejor rendimiento en las labores escolares y deportivas. Con el paso del tiempo el consumidor se vuelve altamente inseguro, sobre todo al dejar de usarla, pierde la capacidad de coordinar un pensamiento lógico y coherente; provoca un deterioro paulatino en la capacidad de aprendizaje. El mecanismo de acción de la Cocaína implica a las Catecolaminas y muy en especial a la Dopamina (neurotransmisor asociado con las sensaciones placenteras, provocando un exceso de estimulación).

Esta droga aumenta la eficacia sináptica de la Dopamina e inhibe su recaptura lo que genera un estado de excitación y aumento de la energía mental y física, desaparece la fatiga y se eleva el estado de ánimo. Cuando la cocaína es mezclada con carbonato de manganeso por algunos comercializadores, puede provocar síntomas parecidos al mal de Parkinson. Además de la dopamina, la cocaína incrementa enormemente los niveles de adrenalina, elevando la presión sanguínea y el ritmo cardiaco.

Al contraer los vasos sanguíneos, reduce el aporte de sangre al corazón, mientras que la adrenalina exige mayor actividad; esta contradicción provoca

enfermedades cardiacas severas. Asimismo, produce lesiones perforantes en el tejido de soporte de la nariz desde la primera vez que se aspira, rinitis, sangrado nasal, sinusitis y dificultad para respirar. Cuando se fuma, produce bronquitis y edema pulmonar.

Aunque los efectos inmediatos son una sensación de euforia, claridad mental y alta sociabilidad, estos efectos son utilizados para atraer a más adictos, éstos difícilmente están conscientes de que posteriormente aparecen síntomas dañinos y aterrorizadores, como depresión, impotencia, irritabilidad, ansiedad, insomnio, incapacidad de concentración, alucinaciones táctiles (gusanos en la piel), paranoia, psicosis(muy similar a la sufrida en la esquizofrenia), comportamiento violento, taquicardia y vómito.

3.2.1.1.2. Crack de cocaína

El crack son piedras o cristales blancos o amarillentos con un olor dulce y agradable; se la conoce como roca, wash, o piedra. Se fuma en pipa y se utilizan para su consumo pequeñas botellas de vidrio, pipas de agua, mecheros, probetas, pipetas y tubos de vidrio conocidos como las estufas del crack. Se le conoce como base, baserola o base-ball.

El crack es cocaína pura y, como que no es soluble en agua, ha de fumarse. Su nombre proviene del sonido de crujido que produce cuando se fuma. El crack se absorbe en el organismo mucho más rápidamente que cuando se esnifa la cocaína en polvo, y por ello hace efecto muy rápidamente. Es una forma muy potente de la cocaína, es altamente adictiva y se consume mucho. Generalmente, la cocaína produce sentimientos de bienestar mental y euforia. El consumidor se siente lleno de energía, hablador y mentalmente alerta, especialmente a las sensaciones visuales, sonoras y táctiles.

Cuando la cocaína se esnifa, el efecto aparece poco después de tomársela, con un máximo en aproximadamente 15 a 30 minutos y que desaparecen entre los 30 minutos y las 2 horas. Ya que el 'estímulo' dura poco tiempo, esto hace que el consumidor se anime a repetir la dosis para mantener el efecto, a menudo en menos de media hora. Muchas dosis reiteradas en un corto período

de tiempo pueden causar extrema agitación, ansiedad o paranoia. El deseo de consumar de nuevo la cocaína es incluso más fuerte en el caso de la cocaína crack, ya que sus efectos ocurren inmediatamente que se fuma la droga, y comienzan a desaparecer poco después. Los consumidores de crack suelen repetir la dosis a intervalos cortos en un intento de mantener el efecto.

"Entre los consumidores muy habituales de cocaína, puede producirse una intensa dependencia psicológica; sufren depresión grave cuando se acaba el suministro de cocaína, que únicamente se quita cuando la toman de nuevo". [23]La muerte por sobredosis de cocaína puede deberse a convulsiones, fallo cardíaco, o depresión de las partes del cerebro que controlan la respiración.

La esnifación crónica de cocaína suele provocar congestión, moqueo y eccema, y daños en las membranas nasales y en el tabique de separación de las ventanas nasales y en el caso de los consumidores que se inyectan la droga corren el riesgo de padecer infecciones por usar agujas compartidas con otros.

3.2.1.2 ANFETAMINAS

Conocidas en la jerga de los consumidores como sulfato, velocidad, 'billy whizz', 'fast', 'uppers'. Las anfetaminas con receta son conocidas en la jerga de los consumidores como 'black beauties', 'black bombers', 'black 'n whites', 'blues'.

Las anfetaminas fueron muy utilizadas para el tratamiento de la depresión leve en un principio pero, debido a sus efectos secundarios y propiedades adictivas, la mayoría de ellas fueron eliminadas del uso médico. Si se utilizan correctamente, las anfetaminas aumentan la actitud alerta y la habilidad física.

El sulfato de anfetamina, es el tipo de anfetamina del que se abusa más frecuentemente. Es un polvo fino, de color blancuzco, que generalmente contiene del 6 al 10% de anfetamina (siendo el resto cualquier cosa, desde

[23] VIDAL, G; Alarcón; R. Abuso y dependencia de substancias psicoactivas. Edit. Médica-Panamericana (1989).

levadura en polvo hasta laxante). Los consumidores toman anfetaminas esnifándolas por la nariz, poniendo una pizca en la lengua, disolviéndolas en una bebida, liadas en papel de fumar e ingiriéndolas, inyectándolas o fumándolas con tabaco.

Bajo la influencia de la droga, los consumidores de anfetaminas suelen experimentar un refuerzo temporal en su autoconfianza y sentirse con más energía que de costumbre. Pueden estar excesivamente habladores y muy activos, con poco o ningún apetito. Sin embargo, las anfetaminas no eliminan la necesidad de descansar o alimentarse, tan solo la posponen.

Cuando se inyecta, la anfetamina produce un efecto inmediato. Si las anfetaminas en polvo se ingieren o se esnifan, su efecto se produce al cabo de 10 a 40 minutos. Las anfetaminas con prescripción facultativa pueden ser de acción lenta o rápida, ya que algunas son medicinas de acción corta y otras de acción a la larga. Los efectos de una sola dosis de anfetaminas suelen durar entre 3 y 6 horas.

Las anfetaminas pueden causar irritabilidad, inquietud, tensión de los músculos de la mandíbula y rechinar de dientes. Debido a que los consumidores tienden a dejar de comer o de dormir y son demasiado activos, los efectos posteriores del consumo prolongado de la anfetamina incluyen cansancio extremo, hambre y aumento del apetito, apatía y depresión. Otros efectos secundarios incluyen la visión borrosa, el insomnio y los mareos.

Para mantener el efecto deseado, los asiduos a las anfetaminas necesitan tomar dosis cada vez más altas. Cuando dejan de tomarlas, suelen sentirse deprimidos y apáticos. Las dosis elevadas, especialmente si se repiten con frecuencia, pueden producir delirio, ataques de pánico, alucinaciones y sensaciones de paranoia.

Las anfetaminas crean dependencia psicológica, de tal manera que los consumidores suelen hacerse dependientes de la droga para evitar la depresión que experimentan cuando desaparecen sus efectos.

3.2.2 Depresores del Sistema Nervioso Central

Se las denomina “depresoras porque provocan disminución en la actividad del sistema nervioso central”[24], han sido conocidos desde la antigüedad por sus propiedades hipnóticas, sedantes y, en algunos casos, analgésicas, produciendo normalmente sedación, intoxicación, y sueno.

Entre estas se incluyen:

a) Opiáceos
b) Benzodiazepínicos
c) Barbitúricos

3.2.2.1. Opiáceos

Los opiáceos han sido considerados como los primeros medicamentos psicotrópicos utilizados en la historia de la humanidad. En la práctica médica actual se utilizan con frecuencia derivados tales como la morfina, en cirugía general, y los narcóticos sintéticos tipo meperidina y metadona.

En el caso de la heroína los riesgos de producir una severa dependencia superan los beneficios que pudieran derivarse de su acción analgésica. Heroína y cocaína, que tienen acciones farmacológicas totalmente opuestas, convergen sin embargo en un núcleo específico, el nucleus accumbens o' 'centro de la gratificación". La dependencia a morfina se da mayoritaria-mente en personas que tienen una relación directa con la actividad médica, lo cual hace difícil su detección y control.

La edad de comienzo del abuso de opiáceos oscila entre los 12 y 13 años en Bolivia, Colombia, Perú, Ecuador, México y Puerto Rico pues parecen ser los países más afectados. Adolescentes y adultos jóvenes son los segmentos

[24] VIDAL, G; Alarcón; R. Abuso y dependencia de substancias psicoactivas. Edit. Médica-Panamericana (1989)

poblacionales de más alto riesgo. La mortalidad es mayormente debida a complicaciones cardiorrespiratorias.

Los consumidores utilizan de preferencia la vía endovenosa para la administración de la droga, creándose rápidamente una dependencia física; la tolerancia parece estar directamente relacionada con la utilización de 15 mg de morfina o su equivalente de heroína o metadona, cuatro veces al día durante 2 o 3 días.

3.2.2.2 Benzodiazepínicos o sedantes menores

Los tranquilizantes menores son las drogas habitoformativas más frecuentes después del alcohol. Entre estos compuestos citaremos el clordiazepóxido (Librium), diazepam (Valium), oxazepam (Serepax), flurazepam (Dalmadorm), lorazepam (Ativán), nitrazepam (Mogadón), bromazepam (Lexotán) y el flunitrazepam (Rohypnol).

Todos estos compuestos son medicamentos bastante seguros cuando son utilizados dentro de los límites terapéuticos y para los efectos específicos, principalmente como hipnóticos y como ansiolíticos. En varios estudios epidemiológicos se ha encontrado que el mayor índice de utilización se da en mujeres entre los 25 y 45 años, con tendencia al aumento progresivo; por otra parte se puede advertir que su uso es predominante en las ciudades y principalmente en las de mayor densidad demográfica. Los benzodiazepínicos provocan raramente la muerte, aun en sobredosis, pero sí producen dependencia física con presencia de síndromes de abstinencia a la supresión de su administración.

Efectos.

La mayoría de los benzodiazepínicos produce una baja manifiesta de la ansiedad, inducción del sueño, y un estado de bienestar, confort y relajación muscular. En la práctica diaria, se pueden ver consumidores habituales de clordiazepóxido y diazepam, en dosis de 60 a 80 miligramos diarios; se ha

comprobado la fácil inducción del abuso de lorazepam, con presencia de dependencia física marcada y un concomitante síndrome de abstinencia.
La tolerancia no parece ser tan intensa como con los barbitúricos, la descontinuación abrupta de benzodiazepinas puede producir crisis convulsivas tipo gran mal; por lo tanto, el manejo de la abstinencia requerirá control de las convulsiones mediante administración intravenosa de difanilhidantoinato sódico. Cuando se sobrepasan las dosis habituales, se presentan somnolencia, ataxia, Romberg positivo y caída violenta de la presión sistólica con mareos y náuseas. Es conveniente la reducción paulatina de la dosis en el lapso de 10 días, aun cuando en algunos casos puede provocarse una suspensión brusca, utilizando suero glucosado o levulosa isotónica que puede asociarse con antidepresivos tricíclicos diluidos en el suero o por vía oral.

3.2.2.3 Barbitúricos

Los barbitúricos son "compuestos utilizados principalmente como hipnóticos y anticonvulsivos; estos potencializan en forma peligrosa la acción del alcohol. La utilización de estas drogas ha ido en aumento no sólo por la sobredosificación espontánea del paciente, sino por un crecimiento notable de su fabricación y comercialización ilegal"[25]. Hay una incidencia marcada de abuso y dependencia de barbitúricos en niños de entre 8 y 14 años y en personas por encima de los 50 años.

Los efectos de los barbitúricos son similares a los del alcohol; producen inicialmente y a pequeñas dosis desinhibición de las estructuras cerebrales frontales. A dosis más altas inducen calma y relajación muscular y a dosis aun mayores pueden causar dificultades en el lenguaje, ataxia, juicio pobre e hiporreflexia. En las intoxicaciones crónicas el estado de sopor es permanente, alterando desde luego todas las funciones intelectuales y las capacidades laborales, sociales y familiares del individuo. La utilización a largo plazo produce marcado deterioro cerebral, con lesiones neuronales difusas que

[25] Trastornos por Abuso de Sustancias, Edición Española, Traducción española, 2000 Barcelona. Impreso en Colombia por D'Vinni Ltda.

convergen hacia un síndrome cerebral orgánico crónico y numerosos signos neurológicos.

3.2.3 Cannabis y derivados

La marihuana, marijuana (México) o maconha (Brasil) es una mezcla de hojas y sumidades floridas de la Cannabis sativa L., planta que se cultiva desde antiguo en zonas templadas y tropicales, y cuyo principio activo es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). En la actualidad tiende a ser aceptada socialmente, sobre todo por la presión de fuertes organizaciones comerciales que insisten en legalizar su consumo, aduciendo que la marihuana es menos perjudicial para la salud qué el tabaco y el alcohol.

La juventud es la más afectada por este tipo de farmacodependencia. Puede comenzar hacia los 12 o 13 años, pero la mayor frecuencia ocurre entre los 22 y 25, decreciendo paulatinamente después conforme aumenta la edad. Todas las clases sociales están expuestas al uso y abuso de la marihuana. De ordinario se fuma diariamente, día por medio o en forma ocasional. Sus usuarios están convencidos de la inocuidad de la droga; según ellos, ésta no produce dependencia ni tiene efectos secundarios.

La marihuana se presenta en tres formas:

a) La marihuana propiamente dicha que está hecha de la planta macho y de sus hojas y tallos disecados.
b) El hashish, que se elabora de la resina de las flores de la planta hembra; esta forma se expende en forma de pequeños envoltorios ("queques", "quetes" o "tortas") y es mucho más potente que la marihuana pura ya que contiene cinco a diez veces más THC.
c) El aceite de hashish, que se extrae de la resina produciendo un aceite grueso que contiene 50% de THC.

Sintomatología

La marihuana provoca taquicardia, congestión de la conjuntiva ocular y sequedad de boca y garganta. Las sensaciones difieren según la personalidad del consumidor y, por lo tanto, son sumamente variables: se han descripto sensaciones de aumento de la audición, de la vista, así como una mayor sensibilidad de la piel (hiper-sensorialidad). Sin embargo, las investigaciones realizadas hasta ahora no corroboran esta impresión subjetiva. Los principales trastornos psíquicos se refieren a la memoria anterógrada, al sentido del tiempo y a la habilidad para efectuar maniobras que requieren una mayor concentración (manejar un vehículo y operar máquinas de precisión). Muchos accidentes de tránsito se deben a que los conductores se hallan bajo los efectos del cannabis. Es frecuente que la droga provoque, además, la sensación subjetiva de "hiperalerta"; sin embargo, pruebas científicas demuestran todo lo contrario, pues un solo cigarrillo de marihuana basta para causar distracción manifiesta, incoordinación motora, inhabilidad para controlar la distancia, la velocidad y el tiempo; estos efectos persisten hasta 3-5 horas después de la administración ("fumada") de la droga.

Suele observarse: “baja tolerancia a la frustración y a la autoridad; explosiones de ira, llanto y risa; alteraciones de la memoria inmediata; depresión e introversión, conducta manipuladora y dejadez patológica; mengua del rendimiento tanto a nivel escolar como laboral; transgresiones frecuentes de normas y costumbres, reacciones violentas, vandalismo, hurtos, etc.”[26]; en usuarios crónicos se perciben cambios permanentes de personalidad y de los patrones de sociabilidad, con apatía marcada, aislamiento, hosquedad, pérdida total de la iniciativa e hipersomnia, configurando el llamado "síndrome amotivacional".

Efectos de la marihuana en otras áreas

Alteraciones evidentes en el sistema respiratorio y reproductivo. Las primeras pueden resumirse así:

[26] Trastornos por Abuso de Sustancias, Edición Española, Traducción española, 2000 Barcelona. Impreso en Colombia por D’Vinni Ltda.

a) Aumento de la secreción de mucus con subsecuente disminución de la capacidad de ventilación.
b) Lesión específica de los alvéolos pulmonares, interfiriendo con el intercambio de oxígeno y anhídrido carbónico y aumentando en un 50% la frecuencia cardíaca por la mayor necesidad de oxígeno.
c) Menor resistencia de los sistemas de defensa contra las infecciones pulmonares, con irritación marcada de las células ciliares que limpian las vías respiratorias.
d) Trastornos de la división celular y tisular que pueden ser considerados como cambios pre-cancerosos. En este sentido, un solo cigarrillo de marihuana equivale aproximadamente a 100 cigarrillos comunes. La acción cancerígena parece ligada a la persistencia de agentes irritantes y gases tóxicos, como el monóxido de carbono, amoníaco, acetona, benzeno, benzetraceno y benzopireno.

3.2.4 Drogas alucinógenas o psicodélicas

Las drogas alucinógenas "son sustancias naturales o sintéticas, derivadas en su mayoría de hongos y otras plantas que, cuando son ingeridas, producen estados alucinatorios, en ocasiones francamente psicóticos y de tipo esquizofreniforme"[27]. En nuestro continente tienen importancia por su uso frecuente en prácticas de la llamada medicina folklórica. Por otra parte, algunas escuelas psiquiátricas han utilizado sustancias como dietilamida del ácido lisérgico para el tratamiento de neurosis o cuadros limítrofes, en un intento de precipitar síntomas psicóticos y llevar a cabo entonces un tratamiento más específico y dirigido.

3.2.5. Dietilamida del ácido lisérgico (LSD-25)

Este alucinógeno es sintetizado del alcaloide del cornezuelo de centeno. Produce efectos específicos tales como euforia y alteraciones del pensamiento; también provoca estados mórbidos de ensimismamiento y perplejidad que se

[27] Trastornos por Abuso de Sustancias, Edición Española, Traducción española, 2000 Barcelona. Impreso en Colombia por D'Vinni Ltda.

asemejan a la regresión autística de los esquizofrénicos. En estadios avanzados o de uso crónico, se presentan alteraciones evidentes de la personalidad. Se han reportado también cuadros hipomaníacos y francas reacciones paranoides con agitación psicomotora subsecuente.

El abuso de este tipo de drogas ha ido disminuyendo paulatinamente por las reacciones tóxicas, las reacciones de pánico y los cuadros psicotomores que suelen durar períodos largos. No es infrecuente que LSD desencadene psicosis esquizofrénica en individuos predispuestos. Se han descripto también roturas cromosómicas y algunas alteraciones genéticas así como efectos teratogénicos indiferenciados en descendientes de usuarios crónicos.

La sintomatología general secundaria a la utilización de LSD se denomina "viaje" y se caracteriza además por la presencia de alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas. Se produce además despersonalización, sensación de pérdida del esquema corporal y, en muchos casos, actos impulsivos que han conducido a suicidio, homicidio u otras formas de conducta destructiva. En cuanto al manejo de la intoxicación por LSD (y por cualquier otro alucinógeno) es menester controlar antes que nada la ansiedad y la angustia, lo cual puede lograrse muchas veces mediante una comunicación oral tranquila y pausada que instile seguridad, confianza y confort. No puede desestimarse el uso de neurolépticos en dosis adecuadas.

3.2.6. Mescalina

Esta sustancia se encuentra en un buen número de cactus de los desiertos en la parte norte del subcontinente americano y sudoeste de Norteamérica. Los indios huicholes del norte de México y algunas tribus pieles rojas del sur de los Estados Unidos tienden a utilizar el peyote en ceremonias religiosas, para producir alucinaciones místicas y estados de éxtasis. En América del Sur se ha utilizado una cocción del cactus llamado ' 'San Pedro", que produce estados confusionales, alucinaciones visuales y fenómenos místicos directamente relacionadas con las creencias del usuario.

3.2.7. Psilocibina

Sustancia alucinógena que se extrae del Psilo-cibe mexicans, hongo originario de la región de Huautla, Estado de Morelos, México. Se utiliza igualmente en ceremonias religiosas por sus efectos psicodélicos y místicos. Produce alteraciones sensoriales marcadas tales como hipersensibilidad a los colores, a la textura de los objetos, alucinaciones místicas y principalmente ilusiones. No produce tolerancia o posibilidades de adicción.

3.2.8. **Otras sustancias alucinógenas**

En las áreas tropicales de América se han utilizado en forma tradicional algunas sustancias psicodélicas, principalmente por tribus selvícolas del Brasil, Bolivia, Colombia, Venezuela, Perú y algunos países de Centroamérica y las Antillas. Entre éstas podemos citar la ayahuasca y el floripondio (Datura estramonium) que contiene gran cantidad de estramonio y nuez moscada, productores de síndromes psicotomorfos que, al igual que los anteriores, aguardan estudios clínicos y farmacodinámicos exhaustivos.

3.2.9. Inhalantes

“Uno de los problemas que se ha presentado en los países hispanoparlantes durante las últimas dos décadas y que ha ido manteniéndose en forma tórpida, es la utilización por niños y jóvenes de inhalantes como la gasolina o nafta, "thinner" pegamentos, solventes y otras sustancias volátiles como el éter y la acetona. Dentro de estos inhalantes, la gasolina y el "thinner" son los de mayor abuso por su actividad intensa, bajo costo y fácil obtención”[28]. México está entre los países que más ha sufrido este problema; otros países como Venezuela y Argentina han presentado un incremento importante durante los últimos años. La dependencia a inhalantes se observa en niños de 8 a 15 años,

[28] Trastornos por Abuso de Sustancias, Edición Española, Traducción española, 2000 Barcelona. Impreso en Colombia por D’Vinni Ltda.

de condiciones culturales y socioeconómicas paupérrimas, en las áreas marginales de las urbes latinoamericanas.

Los efectos clínicos incluyen alucinaciones muy vividas, un estado de desinhibición y euforia. Las muertes ocasionadas por los inhalantes son generalmente de características accidentales, condicionadas por la forma de utilización. Generalmente los niños se cubren con bolsas de polietileno para evitar la evaporación excesiva y cuando llegan al estado de sopor, la misma bolsa de polietileno suele asfixiarlos.

La sintomatología en casos de adicción crónica es la de una lesión cerebral difusa, al tiempo que existen alteraciones evidentes en los nervios periféricos, principalmente en los grandes plexos, con parestesias, paraplejías y otras. Muchos de los usuarios crónicos presentan cataratas de posible etiología tóxica. Se han reportado también casos de anemia aplástica. El pronóstico de esta dependencia es sumamente reservado por la presencia de lesiones irreversibles tanto del sistema nervioso central como del periférico.

CAPITULO IV

PRINCIPIOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO GENERAL

Los individuos con trastornos por consumo de sustancias presentan diversas características como:

- ✓ El número y tipo de sustancias consumida
- ✓ La gravedad y el grado de deterioro funcional que se asocia al trastorno.
- ✓ Las alteraciones medicas generales y psiquiatrías asociadas.
- ✓ Los puntos fuertes (factores de protección/ adaptación) y los puntos vulnerables.
- ✓ El contexto social en el que el individuo vive y va a ser tratado.

4.1 Fases del Tratamiento.

Fase de Evaluación.- Durante esta fase, se obtiene y se integra la información relativa a las características transversales y longitudinales antes mencionadas, así como otros datos informativos cruciales.

Tratamiento de la intoxicación /abstinencia.- Se aplica según las necesidades del paciente.

Desarrollo y aplicación de una estrategia de tratamiento global.

Esta estrategia de tratamiento puede resaltar la necesidad del individuo de evitar la droga o puede comportar una sustitución de esta por un producto que se considere más seguro. Los trastornos por consumo de sustancias pueden afectar a muchos dominios de la función del individuo, por lo que, con frecuencia, requieren un tratamiento con varias modalidades terapéuticas.

Algunos de los componentes del tratamiento pueden centrarse en el consumo de la sustancia y otras pueden orientarse a los trastornos asociados que han contribuido a producir o han causado el trastorno por consumo de sustancias.

4.2 Objetivos del Tratamiento:

Los objetivos a largo plazo de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias son la reducción del consumo y los efectos de las sustancias objeto de abuso, la evitación del consumo, la reducción de la frecuencia de las recidivas y la rehabilitación.

Durante las fases de tratamiento e puede conseguir reducciones importantes de la morbilidad y mortalidad mediante la disminución de la frecuencia e intensidad del consumo de las sustancias y las secuelas asociadas.

4.2.1. Evitación o reducción del consumo y los efectos de las sustancias.

El resultado ideal en los pacientes con trastornos por consumo de sustancias es el cese completo del consumo. Sin embargo, muchos pacientes no son capaces de alcanzar este objetivo o no están motivados para ello, en especial en las fases iniciales del tratamiento. No obstante, es posible ayudar a estos pacientes a reducir al mínimo los efectos directos e indirectos del consumo de esta sustancia.

Los diferentes tipos de intervenciones pueden dar lugar a reducciones sustanciales de las dificultades médicas generales, Psiquiátricas, interpersonales, familiares, paternas, laborales, y de otro tipo que se asocien al abuso de sustancias.

En algunos pacientes "conseguir una evitación completa mantenida de la sustancia constituye un objetivo a largo plazo"[29], pero el psiquiatra y el propio paciente pueden decidir, por motivos clínicos, que la reducción del consumo y/o de las consecuencias nocivas de este constituye un objetivo intermedio razonable.

Los pacientes que alcanzan una evitación total de las sustancias objeto de abuso son los que tienen un mejor propósito a largo plazo sin embargo se cree

[29] Trastornos por Abuso de Sustancias, Edición Española, Traducción española, 2000 Barcelona. Impreso en Colombia por D'Vinni Ltda.

que si el consumo de sustancias de estos pacientes pueden acompañarse de una deshinbicion, un aumento del deseo de otras drogas, una mala capacidad de juicio y un mayor riesgo de recidiva, los pacientes deben evitar todas las posibles drogas de abuso, incluyendo el alcohol.

4.2.2 Reducción de la frecuencia y gravedad de las recidivas

"La reducción de la frecuencia y gravedad de las recidivas es un objetivo crucial del tratamiento, pues un importante elemento de la prevención de las recidivas es ayudar a los pacientes a identificar las situaciones que comportan un riesgo elevado de recidiva y a desarrollar respuestas alternativas al consumo de la sustancia"[30].

Las situaciones de alto riesgo pueden ser el deseo de la droga, un fenómeno complejo que se debe a las respuestas fisiológicas agudas o crónicas de los pacientes o a la abstinencia de la sustancia o a sus respuestas condicionadas clásicas a pistas asociadas a la disponibilidad o abstinencia de la sustancia. Una reducción de la frecuencia y gravedad de las recidivas puede constituir a menudo un objetivo más realista que la prevención completa de todo episodio posterior.

4.2.3 Mejoría de la función psicológica y social/adaptativa.

Los trastornos por consumo de sustancias se asocian a problema psicológicos y de adaptación social, distanciamiento respecto a los amigos y la familia, deterioro del rendimiento escolar o laboral, problemas económicos y legales y deterioro de la salud general de los pacientes.

La dependencia de sustancias se asocia a una falta de desarrollo de las capacidades de relación interpersonal apropiadas para la edad o a una atrofia gradual de estas. Una minoría sustancial de individuos con dependencia de sustancias carece de las capacidades educativas, sociales, o profesionales necesarias para triunfar en nuestra sociedad.

---

[30] Trastornos por Abuso de Sustancias, Edición Española, Traducción española, 2000 Barcelona. Impreso en Colombia por D'Vinni Ltda.

El tratamiento orientado específicamente al restablecimiento de las relaciones alteradas, la reducción de la impulsividad, el desarrollo de capacidades sociales y profesionales, y la obtención y mantenimiento del empleo es importante de por sí, así como para ayudar al paciente a optimizar las posibilidades de mantener la evitación de la sustancia.

4.3 EVALUACION

En pacientes de quienes se sospecha o se ha confirmado un trastorno por consumo de sustancias es esencial realizar una evaluación psicológica completa. Debe obtenerse información del paciente y con su consentimiento preguntar a sus amigos y familiares, a quienes le estén tratando o lo hayan hecho anteriormente, a los jefes del trabajo y a otras personas que pueden aportar una información útil.

4.3.1 Establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica

Una de las características esenciales de la psicologia es la de mantener una "alianza terapéutica"[31], en la que se puede obtener información diagnóstica y terapéutica necesaria, consigue la confianza del paciente y de otras personas relevantes y está disponible en momentos de crisis.

La frecuencia y los contactos terapéuticos deben ser suficientes para conseguir el compromiso del paciente y cuando ello sea apropiado, de otras personas relevantes, en un esfuerzo continuado de participación en todas las modalidades de tratamiento y, cuando sea conveniente, en grupos de auto-apoyo. En el contexto de esta alianza, el aprendizaje, práctica e internalización de los cambios de actitudes y de conducta que conduzcan a la prevención de las recidivas constituyen el objetivo principal del tratamiento. De esta alianza terapéutica dependen los resultados de la psicoterapia.

[31] VALLADOLID Martin Nizama, Guía para el manejo Familiar de las adicciones. Fondo Editorial Universidad Alas Peruanas. Lima-Perú (2003)

4.4. Tratamiento de los estados de intoxicación y abstinencia.

Los pacientes con intoxicación requieren tranquilizacion y mantenimiento en un lugar seguro y controlado en el que se apliquen medidas para reducir la estimulación externa, y proporcionar orientación y contacto con la realidad. La evaluación clinica se orienta a examinar que sustancias se han consumido, vía administración, dosis, tiempo transcurrido desde la última dosis, si el grado de intoxicación es variable o no y otras informaciones diagnósticas.

El tratamiento de la intoxicación aguda se orienta también a acelerar le eliminación del organismo de las sustancias, mediante u lavado gástrico en el caso de sustancias que hayan sido ingeridas en las últimas horas o también se puede utilizar técnicas que aumenten la rapidez de excreción de las drogas o de sus metabolitos.

No todos los individuos con intoxicación presentaran síntomas de abstinencia. Los "síntomas de abstinencia se producen, generalmente en individuos con una tolerancia y/o una dependencia física que suspenden o reducen el consumo después de un periodo de uso intenso y prolongado de la sustancia"[32].

Los signos y síntomas de un síndrome de abstinencia varían en función de la sustancia utilizada, tiempo transcurrido desde la última dosis, rapidez de eliminación y duración de acción de la sustancia, empleo simultáneo de otras sustancias prescritas o no, presencia o ausencia de trastornos médicos generales o psiquiátricos simultáneos y las variables biológicas y psicosociales individuales.

4.4.1 Reducción de la morbilidad y las secuelas de los trastornos por consumo de sustancias.

El terapeuta debe conseguir el compromiso del paciente y de otras personas relevantes para la elaboración de un plan de tratamiento global que aborde todas las áreas de la función biológica, psicológica, y social, las necesidades profesionales, educativas y de ocio del paciente y el tratamiento de todo posible

[32] CIE 10 Decima Revisión De La Clasificación Internacional De Las Enfermedades.

trastorno médico general o psiquiátrico coexistente. Incluyendo los debidos al consumo de otras sustancias.

4.4.2 Facilitación del cumplimiento de un plan de tratamiento y prevención de recidivas

"Dado que los pacientes con dependencias de sustancias son, a menudo, altamente ambivalentes respecto al abandono del consumo de sustancia, los psiquiatras y personal de salud deben mantener durante todas las fases del tratamiento una vigilancia de las actitudes del paciente respecto a la participación en este y el cumplimiento de las recomendaciones específicas"[33].

Los elementos que constituyen una barrera para la participación en el tratamiento son:

- La negación del problema por parte del paciente y la familia o su entorno social
- Los patrones de conducta que facilitan el consumo de la sustancia (actividad delictiva, o contacto persistente con compañeros que consumen la droga);
- La probable reaparición del deseo de tomar las sustancias objeto de abuso;
- Las actitudes improductivas respecto al trabajo;
- El tratamiento o las relaciones interpersonales;
- La disfunción psicosocial o laboral persistente,
- Y los problemas psiquiátricos, o médicos generales asociados, todas estas barreras deben comentarse al inicio del tratamiento y durante toda su aplicación.

Se puede abordar estas barreras de la siguiente manera: intentando activamente aumentar la motivación con técnicas de potenciación específicas, fomentando la participación del paciente en grupos de autoayuda o grupos

[33] http://www.adicciones.org/diagnostico/criterios.html

dirigidos por profesionales en los que participen individuos en fase de recuperación; facilitando la participación de u grupo de compañeros que hayan dejado la droga y el correspondiente estilo de vida, ayudando al paciente a desarrollar técnicas de mejora de las relaciones interpersonales en el contexto familiar, laboral y social; fomentando que el paciente experimente nuevos roles compatibles con una vida sin consumo de sustancias.

Las "medidas destinadas a la prevención de recidivas"[34] pueden consistir en ayudar a los pacientes a prever y evitar las pistas que motivan el consumo de la droga, ensenarles la forma de realizar una auto-vigilancia de los estados afectivos o cognitivos asociados a un aumento del deseo de la droga y al consumo, establecer contratos de contingencia, ensenar técnicas de desensibilización y relajación para reducir la potencia de los estímulos relacionados con la droga y modular la intensidad del deseo esta, ayudarles a desarrollar respuestas alternativas y no basadas en productos químicos ante las sensaciones y situaciones desagradables, y ensenarles técnicas de relación social y de afrontamiento de problemas, con objeto de que participen en actividades alternativas sin drogas que les satisfagan.

Es necesario elaborar un plan terapéutico que sea aceptable y aplicable para la intervención en situaciones de elevada probabilidad de recidiva en las fases iniciales del tratamiento, en los pacientes en los que la recidiva constituye una preocupación inmediata.

4.5 TRATAMIENTOS PSICOSOCIALES

Las principales orientaciones de psicoterapia que se han estudiado en pacientes con trastornos por consumo de sustancias son las terapias conductuales cognitivas y la psicodinámica/interpersonal. Los tratamientos psicosociales pueden ser útiles si se adaptan a las necesidades específicas de cada paciente.

---

[34] http://www.adicciones.org/diagnostico/criterios.html

4.5.1 Terapias conductuales cognitivas

Las terapias conductuales - cognitivas se centran en:

a) "Modificación de los procesos cognitivas que dan lugar a las conductas de mala adaptación en las personas que consumen las sustancias;
b) Intervención en la cadena conductual de fenómenos que conducen al consumo de la sustancia;
c) Ayuda a los pacientes para resolver con éxito las situaciones de deseo agudo o crónico de la droga;
d) Fomento y refuerzo del establecimiento de capacidades y conductas sociales compatibles con el mantenimiento de la evitación de la droga"[35].

Terapia cognitiva.- el objetivo de las terapias cognitivas en dependencias es lograr la modificaciones de patrones de pensamiento mal adaptados, los pacientes pueden reducir o eliminar los sentimientos y conductas negativas.

Prevención de recidivas.- La prevención de recidivas es un enfoque del tratamiento en el que se utiliza técnicas conductuales cognitivas para tratar de ayudar a los pacientes a desarrollar un mayor autocontrol con objeto de evitar las recidivas.

Las estrategias específicas de la prevención de recidivas son las siguientes:

Discusión de la ambivalencia, Identificación de desencadenantes emocionales y ambivalentes del deseo y consumo de la sustancia, desarrollo y revisión de estrategias específicas para hacer frente a los factores de estrés internos o externos, exploración de la cadena de decisión que conduce a la reanudación del consumo de la sustancia, aprendizaje de los episodios breves de recidiva para averiguar los desencadenantes que conducen a la recidiva y desarrollar técnicas eficaces para una intervención precoz.

---

[35] BECK Aaron T, y otros, Terapia Cognitiva de las Drogo dependencias Ediciones Paidos Iberca, S.A. Impreso en Espana Printed S.A, (1999). Pag. 71

Terapia de potenciación de la motivación.- Este tipo de terapia está basada en sistemas conductuales cognitivos centrados en el cliente en técnicas de persuasión socio-psicológica.

Es un tipo de modalidad terapéutica que se caracteriza por un enfoque de empatía en el que el terapeuta ayuda a motivar al paciente preguntándole acerca de las ventajas e inconvenientes de conductas específicas, explorando los objetivos del paciente y la ambivalencia asociada a la consecución de los mismos y escuchando al paciente de manera reflexiva.

4.5.2 Terapias conductuales

Este tipo de tratamiento conductual está basado en la recompensa o el castigo operativos de los pacientes por las conductas deseables o indeseables. Los contratos de contingencia son un tratamiento conductual que se basa en el empleo de unas consecuencias positivas o negativas predeterminadas para recompensar la abstinencia o castigar las conductas relacionadas con la droga.

La eficacia del tratamiento de contingencia en gran medida depende, del empleo simultaneo de una vigilancia frecuente y aleatoria del posible consumo de la sustancia que se puede hacer mediante el análisis de muestras de orina obtenidas bajo supervisión.

La exposición a pistas puede combinarse con técnicas de relajación y un entrenamiento en rechazo de la droga con objeto de facilitar la extinción del deseo de droga de tipo condicionado clásico.

4.5.3 Terapia de grupo

Las terapias de grupo son la modalidad de tratamiento psicoterapéutico preferible para los pacientes con dependencia de sustancias. En este tipo de población se han utilizado diferentes tipos de terapia de grupo, como la psicodinámica modificada, la interpersonal, la interactiva, la emotiva racional, la Gestalt y el psicodrama.

“En los pacientes que son capaces de tolerar la dinámica de la interacción del grupo, incluyendo la confrontación grupal de la negación, la consideración de cuestiones de conflicto o proximidad interpersonal y la puesta en común de experiencias o estados afectivos dolorosos, la terapia de grupo puede ser una experiencia de apoyo, terapéutica y educativa, que puede motivar y mantener en los pacientes la lucha por hacer frente a las tensiones de la vida y al deseo de droga sin volver a consumirla”[36].

Este tipo de terapia proporciona a los pacientes la posibilidad de identificarse con otro grupo de pacientes que están pasando por problemas similares, comprender la influencia que tienen el consumo de sustancias en sus vidas, averiguar más cosas acerca de sus propios sentimientos y reacciones y los de los demás, y aprender a comunicar las necesidades y sentimientos de una forma más adaptada. La terapia de grupo puede ser útil como foro de discusión y actualización del plan de tratamiento y para la elaboración y vigilancia de los contratos de conducta específicos que ayuden a evitar las recidivas.

Aunque el paciente no se encuentre en peligro inmediato de volver a consumir sustancias es importante la asistencia a grupos de apoyo semanalmente y la posibilidad de escuchar las preocupaciones de otras personas respecto a la abstinencia. La participación en un grupo de terapia aumenta la fiabilidad al proporcionar al terapeuta y a los demás componentes del grupo la posibilidad de detectar y responder a las señales de alarma iniciales de una recidiva.

4.5.4 Terapias familiares

“La disfunción familiar caracterizada por un deterioro de la comunicación entre los componentes de la familia y una incapacidad para establecer unos límites apropiados o mantener unas normas de conducta, se asocia a un mal resultado del tratamiento a corto y a largo plazo en pacientes con trastornos de consumo de sustancias.”[37] Los objetivos de la terapia familiar, en una relación

[36] SAUCEDA GARCÍA Juan Manuel; MALDONADO DURAN J. Martin. La Familia: Su Dinámica y Tratamiento, Organización Panamericana de la Salud, Ano de publicación (2003), Washington.

[37] http://www.vidahumana.org/vidafam/violence/brevedef-codepend.html

terapéutica continuada y formalizada o a través de un contacto periódico, incluyen el fomento del apoyo familiar a la evitación de la droga aporte de información acerca de actitudes actuales del paciente respecto al consumo de drogas, cumplimiento del tratamiento, adaptación social y laboral, grado de contacto con compañeros que consumen droga y grado de abstinencia, mantenimiento de las relaciones conyugales, y mejora del cumplimiento del tratamiento y de los resultados a largo plazo.

Las intervenciones familiares pueden centrarse en la familia nuclear, en el paciente y su cónyuge, en el tratamiento simultaneo de pacientes, cónyuges, hermanos, en grupos multifamiliares y en redes de relación social.

Las intervenciones familiares están indicadas en circunstancias en las que la evitación de la droga por parte del paciente altera un estilo de interacción familiar mal adaptado pero bien establecido anteriormente, ene le que otros familiares necesitan ayuda para adaptarse a un nuevo conjunto de objetivos, actitudes y conductas individuales y familiares. “La terapia familiar que aborda las interacciones interpersonales y familiares que conducen al conflicto o a conductas de facilitación puede reducir el riesgo de recidiva en los pacientes con un alto grado de participación familiar”[38].

Las técnicas de intervención familiar estructurada resultan eficaces a menudo para romper la negación, y la resistencia al tratamiento y son apropiadas cuando fracasan las medidas de menor confrontación. La coerción ejercida por los familiares, los jefes de trabajo, constituyen un medio eficaz y apropiado de facilitar la participación en el tratamiento de pacientes que en otro caso no lo cumplen. Las terapias de la pareja y familiar son útiles también para fomentar la diferenciación psicológica de los familiares, proporcionar un foro para el intercambio de información y de ideas acerca del plan de tratamiento, desarrollar contratos de conducta y reglas básicas para el apoyo familiar continuado y reforzar las conductas que ayuden a prevenir las recidivas y aumentar las perspectivas de recuperación.

[38] http://www.vidahumana.org/vidafam/violence/brevedef-codepend.html

La duración de la terapia de pareja viene dada por la progresión en el abordaje y modificación de los patrones de interacción familiar que pueden haber contribuido a producir el abuso inicial de la sustancia en el paciente, así como las dificultades interpersonales y sistémicas, que pueden surgir como consecuencia de que el paciente mantenga la evitación de la droga y que pueden aumentar el riesgo de recidivas.

En el caso de adolescentes o pacientes sujetos a tutoría la terapia familiar, debe abordar cuestiones de importancia especial como el papel de los familiares, responsables en las decisiones relativas al tratamiento farmacológico, pruebas de detección de drogas, hospitalización, financiación del tratamiento, mantenimiento de la confidencialidad, exigencia de vivir en el propio hogar, y la forma de compartir la responsabilidad paterna, en especial cuando los padres están separados o divorciados.

4.5.5 Grupos de autoayuda

"La participación de grupos de autoayuda puede ser un refuerzo importante en el tratamiento de muchos pacientes con trastornos con consumo de sustancias"[39]. Estos grupos son adecuados en todas las fases del proceso de tratamiento, por lo general se basan en el planteamiento de las doce etapas o fases de AA y de otros grupos similares, como narcóticos anónimos y cocaína anónimos, pueden proporcionar un apoyo decisivo para los pacientes en la fase de recuperación.

Los pacientes que acuden a AA o NA, de manera general reciben un apoyo de grupo y un recordatorio repetido de las desastrosas consecuencias del consumo de alcohol o de otras drogas y de los beneficios que comportan la evitación y la abstinencia. El apoyo personalizado de un patrocinador en fase de recuperación, y la posibilidad de una relación e interacción social tanto estructurada como no estructurada, sin la presencia de la sustancia son

[39] Trastornos por Abuso de Sustancias, Edición Española, Traducción española, 2000 Barcelona. Impreso en Colombia por D'Vinni Ltda.

características importantes de los grupos de autoayuda. Además, el proceso de trabajo a través de las 12 etapas con un patrocinador establece un medio de estructurado de volver a evaluar el papel de las experiencias de vida previas y de la identidad personal en el establecimiento y mantenimiento de los trastornos por consumo de sustancias.

Los miembros de los grupos de autoayuda pueden acudir a las reuniones según un programa determinado por ellos mismo o prescrito por otras personas, diariamente si es necesario. Los periodos asociados a un alto riesgo de recidiva son apropiados especialmente para acudir a las reuniones. Un patrocinador que sea compatible con el paciente puede proporcionarle una orientación y apoyo importante durante el proceso de recuperación, en especial durante los periodos de alteración emocional y aumento del deseo de la droga. Los pacientes que están siendo tratados con medicación por trastornos psiquiátricos asociados deben asistir a grupos de autoayuda en los que se apoye el empleo de estos tratamientos.

La negativa a participar en grupos de autoayuda no es un sinónimo de resistencia al tratamiento en general. Las personas jóvenes generalmente, se encuentran mejor en grupos que incluyen a compañeros de una edad apropiada además de algunos miembros de mayor edad que están en fase de recuperación. Los que necesitan medicaciones psicoactivas deben asistir a grupos en los que esta actividad sea reconocida y apoyada como tratamiento útil en lugar de ser considerada como otra forma de abuso de sustancias. También existen grupos de autoayuda, que se basan en las doce etapas y que están dirigidos a familiares y amigos (Al-Anon, Alateen, Nar-Anon), estos sistemas proporcionan un apoyo de grupo y una formación respecto a la enfermedad, y reducen las conductas facilitadoras de mala adaptación de familiares y amigos.

METODOLOGIA.

Es preciso indicar que el presente Proyecto de Tesis es totalmente confiable por cuanto la información que se recolectara para su posterior desarrollo serán tomados de fuentes fidedignas, el presente proyecto y el posterior desarrollo de tesis podrán ser medidos por distintas personas, en diferentes tiempos y aun utilizando instrumentos distintos; y dando el mismo efecto.

La validez de este proyecto se podrá comprobar mediante la efectividad de los medios utilizados para medir la confiabilidad de los resultados obtenidos.

También utilizare distintos métodos, procedimientos y técnicas que la investigación científica proporciona, o sea, las formas o medios que me permiten descubrir, sistematizar, enseñar y aplicar nuevos conocimientos, el método científico es el instrumento adecuado que permite llegar al conocimiento de los fenómenos que se producen en la naturaleza y en la sociedad mediante la conjugación de la reflexión comprensiva y el contacto directo con la realidad objetiva, es por ello que en el presente trabajo investigativo me apoyaré en el método científico, como el método general del conocimiento, así como también en los siguientes: ***inductivo*** *y* ***deductivo;*** estos métodos me permitirán, primero conocer la realidad del problema a investigar partiendo desde lo particular hasta llegar a lo general, en algunos casos, y segundo partiendo de lo general para arribar a lo particular y singular del problema, en otros casos.

Método ***materialista histórico;*** el mismo que me permitirá conocer el pasado del problema sobre su origen y evolución y así realizar una diferenciación con la realidad en la que actualmente nos desenvolvemos. Método ***descriptivo;*** este método me compromete a realizar una descripción objetiva de la realidad actual en la que se desarrolla el problema y así demostrar los problemas existentes en nuestra sociedad. Método ***analítico*** me permitirá estudiar el problema enfocándolo desde el punto de vista Psicológico, social, y cultural; y, analizar así sus efectos.

La investigación será de carácter documental, bibliográfica y de campo.

Como técnicas de investigación para la recolección de la información utilizaré fichas bibliográficas, así mismo utilizare, técnicas como la Observación, Entrevista Psicológica, la aplicación de Encuestas y Reactivos Psicológicos, para obtener información necesaria acerca de todos los aspectos relevantes que servirán durante la investigación de campo.

La encuesta será aplicada en la población de personas que permanezcan internos en El centro de Adolescentes Infractores Loja, las entrevistas Psicológicas y aplicación de Reactivos serán aplicadas en la población a estudiar.

El tipo de estudio que pretendo utilizar, es el cuasi experimental ya que con anterioridad al desarrollo de la tesis se señaló a un grupo dado de adolescentes que permanecen en el Centro Mixto de Adolescentes Infractores, y de esta forma se cumplen con características del tipo de estudio cuasi-experimental ya que la muestra fue seleccionada y no han sido escogidos al azar; también tiene característica de un tipo de estudio transversal o sincrónica ya que el estudio se lo realizara en un periodo de tiempo determinado como es Junio- Noviembre del 2011.

Posteriormente los resultados de la investigación recopilada durante su desarrollo serán expuestas en el informe final, el que contendrá la recopilación bibliográfica y análisis de los resultados que serán expresados mediante cuadros estadísticos; y, culminaré realizando la comprobación de los objetivos y la verificación de la hipótesis planteadas, para finalizar redactando las conclusiones , recomendaciones y elaborando los propuestas Terapéuticas que servirán en el futuro como una forma de Intervención en este tipo de casos.

Finalmente hacer contar la bibliografía utilizada en el presente trabajo investigativo, posteriormente adjuntare los anexos que me servirán como sustento en el desarrollo de esta investigación y para concluir realizare el respectivo índice en el cual contaran cada una de las partes de la investigación con sus respectivos temas.

8. CRONOGRAMA DE TRABAJO.

Tiempo en meses	Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
Actividades																								
Problematización	X																							
Presentación del		X	X																					
Proyecto																								
Aprobación del					X	X																		
Proyecto																								
Recolección de						X	X	X	X															
la Información																								
Bibliográfica																								
Investigación de										X	X	X												
Campo																								
Análisis de la													X	X	X									
Información																								
Elaboración del															X	X	X	X	X					
Informe Final																								
Sesión																			X	X				
Reservada																								
Defensa Pública																					X	X	X	X
y Graduación																								

9. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

En toda investigación, se hace necesario contar con recursos económicos, materiales y humanos que permitan la ejecución y desarrollo de la investigación a efectuarse, en este ítem, presento los recursos que requeriré para realizar mi investigación.

9.1 Recursos Humanos.

Director de Tesis: Por Designar.

Proponente del Proyecto: Sara Paulina Ayora Cevallos.

Población Investigada: Adolescentes internos en el Centro Mixto de Adolescentes Infractores Loja.

9.2 Recursos Materiales.

• Material de Escritorio	$ 320.00
• Bibliografía Especializada	$ 450.00
• Contratación de servicios de Internet	$ 350.00
• Transporte y Movilización	$ 350.00
• Reproducción del Informe Final de la Investigación	$ 400.00
• Imprevistos	$ 300.00
	……..
TOTAL	**$ 2.170.00**

El Total de gastos asciende a la suma de **DOS MIL CIENTO SETENTA DOLARES AMERICANOS**, que serán financiados con recursos propios de la autora, sin perjuicio de requerir un crédito educativo para el efecto.

BIBLIOGRAFIA:

- SARAFINO Edward P; Armstrong James W; Desarrollo del Niño y del Adolescente. Editorial Trillas. Segunda Reimpresión. México-Distrito Federal. (2000).
- GUTIÉRREZ Enrique Dulanto. EL ADOLESCENTE. Editorial Mc Graw-Hill. 1ra edición. México-Distrito Federal. (1989)
- VIDAL, G; Alarcón; R. Abuso y dependencia de substancias psicoactivas. Edit. Médica-Panamericana (1989)
- SAUCEDA GARCÍA Juan Manuel; MALDONADO DURAN J. Martin. La Familia: Su Dinámica y Tratamiento, Organización Panamericana de la Salud, Ano de publicación (2003), Washington.
- MORAL, M., OVEJERO, A., SIRVENT, C. y RODRÍGUEZ, F. Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. Intervención Psicosocial, (2005). 14, 198-208.
- RODRÍGUEZ, J. y GARCÍA, J. A. Psicología social de la salud. En J. L. Álvaro, A. Garrido y J. R. Torregrosa (Eds.). Psicología social aplicada. España: McGrawHill. (1999)
- VALLADOLID Martin Nizama, Guía para el manejo Familiar de las adicciones. Fondo Editorial Universidad Alas Peruanas. Lima-Perú (2003)
- BRUMA P. Fernando B. Factores psicosociales en el consumo de drogas en el adolescente. (2007).
- Plan Nacional de Prevención integral y control de Drogas 2009-20012 Ecuador.
- Estudios Cualitativos sobre el consumo de Drogas en grupos de Riesgo Informe Ecuador- 2009.
- ARELLANEZ Jorge L; DIAZ N. David B; WAGNER E. Fernando; PEREZ I. Verónica. Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis Bivariados de un estudio de casos y Controles. (2004).

- CIE 10 Decima Revisión De La Clasificación Internacional De Las Enfermedades.
- PHILIP RICE F. Adolescencia Desarrollo, relaciones y cultura. Novena Edicion. University of Maine.

CYBERGRAFIA:

- http://www.adicciones.org/familia/index.html
- http://www.vidahumana.org/vidafam/violence/brevedef-codepend.html
- http://healthlibrary.epnet.com
- http://www.adicciones.org/diagnostico/criterios.html
- http://www.psiquiatria24x7.com
- http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/eng/National%2520Plans/ECUADOR%25202009-2012
- http://www.sename.cl/wsename/otros/observador5/el_observador_5__%252036-56.pd
- http://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Publicaciones/La_Relacion_Droga.pdf