

**Tesis para obtener la licenciatura de psicología**

**Título de la tesis: Actitudes y experiencias de los integrantes de  
AA hacia la psicoterapia.**

**Nombre: Luis Felipe Medina Rivera.**

**Universidad: Universidad Magna.**

**Año: 2009**

**Universidad Magna Cancún.**

**Licenciatura de Psicología.**



# **Las actitudes y experiencias de los integrantes AA hacia la psicoterapia.**

**2**

**Presenta**

**Luis Felipe Medina Rivera**

**Asesor de materia**

**Luis Castellanos Guevara**

**Cancún, Quintana Roo, México, 2009.**

## **Agradecimientos**

Quisiera agradecer a los directores de 4 y 5 paso, el pastor Jorge Reyes y el contador Marcial por su hermoso trato, me abrieron las puertas para poder aplicar un instrumento piloto, y posteriormente el instrumento revisado por la psicóloga y maestra Mónica Díaz y nos sirvió de base para aplicar en Grupos de AA.

La maestra Mónica Díaz por haber supervisado a diseñar el instrumento de medición de las actitudes y Experiencias en psicoterapia, y también por su ayuda en el análisis estadístico de los resultados.

También al director de salud mental el doctor Aly Cámara, al director del Centro de Rehabilitación para Adicciones (CRATOX), el psicólogo Juan Briones y finalmente al psicólogo Maestro en Terapia Sistémica Luis Castellanos Guevara, por sus entrevistas incluidas en los capítulos y por sus asesorías en Tesis.

## **Dedicatoria**

La dedicatoria de esta tesis va para todos los terapeutas que se dedican al campo de las adicciones, que en realidad cuando lean esta tesis puedan sacar datos que puedan cambiar en su práctica clínica, también a las instituciones que se dedican al tratamiento de las adicciones como son los Centros de Integración Juvenil que puedan sacar deducciones que les puedan ser útiles en sus programas de intervención.

A mis padres, por haberse esforzado económicamente para que pudiera concluir esta Licenciatura en Psicología.

A mi hermano Fernando, por siempre preguntarme como iba en mis estudios y por su interés hacia mí en todos los aspectos.

A la terapeuta Claudia Franco por su sesiones donde ponía a prueba mis pensamientos, mis creencias, y mis expectativas, y que de alguna manera rompió en mi esa actitud de creen en todo lo que dicen las personas, pero sobre todo por su amable trato y empatía.

A la terapeuta Mónica Díaz por sus intensas sesiones donde hubo una intensa descarga de emociones, sentimientos, conglomerado emocionales del pasado y por su calidez humana en las sesiones y por haber mostrado un interés de ayuda de terminar una tesis donde el camino parecía confuso, sin ayuda esta tesis no hubiese sido posible.

# Índice

|   |     |
|---|-----|
| Resumen .....   | 5   |
| Introducción .....  | 5   |
| Capítulo 1 Historia del consumo de las drogas .....                             | 6   |
| Capítulo 2 Tipos de drogas y su clasificación .....                             | 21  |
| Capítulo 3 Las psicoterapias en el tratamiento de las adicciones .....          | 55  |
| Capítulo 4 Instituciones dedicadas al tratamiento de adicciones en México ..... | 90  |
| Capítulo 5 Marco Teórico .....  | 107 |
| Capítulo 6 Metodología .....  | 112 |
| Capítulo 7 Resultados y Análisis .....  | 116 |
| Capítulo 8 Discusión .....  | 130 |
| Conclusiones .....  | 135 |
| Anexos .....  | 136 |
| Bibliografía .....  | 146 |

## Resumen

En este estudio la pregunta de investigación fue ¿Cuál es la actitud de los Integrantes de AA hacia la psicoterapia que se imparte para el tratamiento de alcoholismo o drogadicción? y ¿cómo han sido las experiencias que han vivido en psicoterapia?

En base a estas dos preguntas de investigación, se elaboró un instrumento que mida las actitudes y las experiencias en psicoterapia en base a una escala linkert, y se encontró que los integrantes tienen una actitud que está entre positiva y negativa y que sus experiencias hacia la psicoterapia están entre malas y buenas.

En base al análisis estadístico se llegó a la conclusión de que los integrantes tienen una actitud que no es positiva ni negativa y que sus experiencias hacia la psicoterapia están entre malas y buenas. Lo cual se acepta rechaza la hipótesis nula, la cual decía que los integrante de AA tienen una actitud negativa hacia la psicoterapia y que habían tenido malas experiencias en psicoterapia con los psicólogos.

Otro punto importante de esta investigación es que la terapia psicológica en realidad no está dando un control eficaz en el control de la adicción y de mejorar otros aspectos de la vida de los pacientes con alcoholismo y drogadicción; y que en instituciones privadas y públicas revisen la literatura, sobre que psicoterapia ha producido los mejores resultados en el tratamiento de las adicciones y que incorporen estos elementos en sus programas y tratamiento individuales.

## Introducción

El tema de esta tesis es las actitudes y experiencias de los integrantes AA hacia la psicoterapia. Básicamente AA es una asociación acaparar aproximadamente el 70% del tratamiento ambulatorio al tratamiento de las adicciones y, básicamente la mayor aportación de esta tesis no fue saber que los integrantes de AA están parcialmente abiertos al tratamiento de las adicciones, sino saber que aproximadamente la mitad a tenido experiencias en psicoterapia y que de esta mitad la mayoría la terapia no les ha servido para controlar su adicción y mejorar otros aspectos de su vida. De allí la importancia de que los psicoterapeutas dedicados al tratamiento de las adicciones se

replanteen que sus técnicas tienen que renovarse en base a la nueva literatura que ha logrado mejores logros en el tratamiento de las adicciones.

## **CAPÍTULO 1: HISTORIA DEL CONSUMO DE LAS DROGAS.**

---

### **1.1 Civilizaciones Antiguas y Drogas**

El ser humano desde las civilizaciones antiguas y desde tiempos más remotos ha consumido drogas para fines medicinales, religiosos y personales; es decir el hombre es un individuo que ha dependido de sustancias para poder curarse a sí mismo, para entrar en trance en sus rituales religiosos y para diversos fines como socializar, rendir más en las jornadas laborales y doblar turno para ganar más dinero; es decir las drogas sirven para un fin determinado.

Desde la época paleolítica el hombre ha buscado la manera de sanar sus dolencias a través de plantas que contienen sustancias que reducen los problemas somáticos y psicosomáticos a través de sus propiedades antiespasmódicas y sedantes para combatir el dolor, fiebre, paludismo, epilepsia, asma, dolores menstruales, gota, manifestaciones nerviosas y depresión. Para aliviar estas dolencias físicas y psicosomáticas el hombre ha recurrido a plantas como la valeriana, marihuana, opio, Belladona, efedrina, peyote, y Toloache que son diferentes hierbas medicinales que habitan en Europa, Asia y América.

En el ámbito religioso las sustancias alucinógenas han sido utilizadas para entrar en trance y predecir el futuro, como lo solían hacer las sibilas que vivían en cuevas o montañas y predecían los mandatos de los dioses y el destino de los hombres griegos y romanos, las sibilas eran mujeres que profetizaban el futuro por medio de sustancias alucinógenas como el laurel o cornezuelo de centeno en oráculos sagrados como lo de la Grecia Antigua como Dodona, Delfos, Atenas y Delos y muchos otros repartidos en otras parte del mundo donde consultaron personajes históricos como Alejandro Magno, Julio cesar y los emperadores romanos Tiberio, Calígula y Claudio y muchos otros personajes importantes.

7

Parker (2004) relata en su libro El libro de la profecías la situación de los oráculos: En los primeros tiempos del imperio romano, una fría mañana de diciembre, reinando Tiberio César, un joven de la familia imperial se dirigió, casi en secreto, a Cumas para consultar al oráculo. Se trataba de un joven no muy visto por sus parientes. Tímido, cojo, nervioso y tartamudo, era considerado casi como una vergüenza familiar. Muerto de miedo y cojeando lamentablemente, el joven se internó en el oscuro pasadizo que conducía a la cueva de la sibila de cumas, descendiente de aquella que engañara a Tarquino el soberbio. Al entrar en recinto mal iluminado, Claudio creyó encontrarse ante la misma y legendaria sibila suspendida del techo en su jaula de oro. Era tan vieja que parecía llevar allí cientos de años. Convencido de que estaba ante la gran sacerdotisa, el joven comenzó a tartamudear: sib... sib... sib...

Pero antes de que consiguiera completar la frase, en las paredes de la cueva resonó una voz en tono burlón: clau... clau... Claudio. La cabeza del joven comenzó a dar vueltas a causa del terror. Comprendió que lo había en la jaula no era más que la momia de la antigua sibila, y vio como la actual, mucho más joven, dejaba proyectar su sombra en las paredes de la cueva tenuemente

iluminada. Consiguió sobreponerse y, a trancas y barrancas, con un esfuerzo sobrehumano para superar su tartamudez, expuso la pregunta que lo había llevado hasta allí: he venido para preguntarte por el destino de Roma y por el mío. La sacerdotisa pareció entrar en trance y una profunda oscuridad se adueño de la gruta. Poco tiempo después, la sibila apareció más calmada y pronunció:

*Lo que tiembla bajo la maldición púnica*

*Y se ahoga a sí misma en la soga del vicio,*

*Antes de salvarse llegará a provocar repugnancia.*

*De su boca brotarán azules moscas*

*Y los gusanos le devorarán los ojos.*

*Pero nadie puede decir cuando morirá*

*Dentro de diez años y cincuenta y tres días*

*Clau... clau... Claudio recibirá un regalo*

*Que cualquiera, menos él, desearía. (p. 256).*

8

En Mesoamérica los rituales religiosos de los indígenas eran por medio del Peyote, el toloache y los hongos alucinógenos que le permitían al intermediario hacer profetizaciones de los dioses que se comunicaban con él. En general el peyote y toalache se usan no sólo para los rituales religiosos sino también para aliviar diferentes tipos de dolor en el cuerpo y el toloaches es famoso por aliviar el reumatismo en temporadas de lluvia que según los Mexicas era una enfermedad del dios tláloc. De hecho el toloache era recomendado por los indígenas para hacer enamorar a una persona deseada en contra de su voluntad, pero esto era debido en parte por los efectos tóxicos de la ingesta masiva.

En el México prehispánico la enfermedad era tratada por dos métodos: el primero era con prácticas mágico-religiosas, rezos y encantamientos; y el otro método era a través del uso de plantas medicinales que contenían sustancias que ayudaban a sanar los síntomas de las enfermedades que padecían los enfermos prehispánicos.

En la Edad Media un remedio para la locura era la hierba de San Juan, es un antidepresivo natural originario de Europa que era utilizado para combatir la depresión y problemas de desorden nervioso e histérico. Junto con la valeriana era los dos remedios más recomendados para combatir

la locura en la edad media. El hipérico fue una hierba mística que se creía que su olor al ser quemada alejaba a los malos Espíritus y solían quemarlas en las casas en brujeadas, además fue muy estigmatizada porque sus plantas de poros grandes, según la gente de la edad media parecían formar imágenes. Desde la época grecolatina, Hipócrates y Dioscórides habían mencionado los beneficios de la salud del hipérico para diversos padecimientos como las quemaduras.

Para los egipcios la cerveza era una bebida muy valorada. Los trabajadores de las pirámides que, contra lo que se cree, no eran esclavos, eran pagados por su trabajo en comida y cerveza.

En la china, en el siglo XXVIII antes de Cristo ya se consumía el té. Distintos pueblos indios ya conocían y experimentaban el chocolate antes de la llegada de colon al continente americano. En el neolítico (5400 antes de Cristo) se bebía vino, así como lo hicieron los griegos y los romanos más tarde. En los monasterios europeos se fabricaba cerveza y whisky además de ser centros de difusión de la cultura

Respeto al tabaco, ya era fumado por los indios antes de la llegada de los europeos al continente americano. Su llegada a Europa fue marcada por la polémica. En las religiones de habla alemana se prohibió fumar en público en el año 1649.

La marihuana fue de las primeras plantas alimenticias en el mundo. La marihuana es originaria del continente asiático de una región del Himalaya donde hoy se encuentra Afganistán. Las carabelas con las que Cristóbal Colón llegó a América y las de los todos los demás navegantes de los siglos XV y XVI tenían velas del cáñamo (fibra textil obtenida de la marihuana). Los europeos renacentistas ni si quiera la consideraban una planta alucinógena, para ello solían utilizar a otras como la mandrágora planta utilizada por las brujas.

La marihuana es la droga que más se le ha estigmatizado y que más controversia ha causado a los gobiernos más poderosos del mundo, por ejemplo Estados Unidos gastó mucho dinero haciendo propaganda amarillista del consumo de marihuana, esta propaganda ponía a la marihuana capaz de volver locos y animales salvajes a los usuarios que lo consumían, cuando investigaciones hechas por el gobierno americano han demostrado que la marihuana no logra dañar al cerebro humano como solían decir estas campañas amarillistas. Es a partir de investigaciones científicas que diversos estados federativos norteamericanos decidieron legalizar la marihuana.

En distintos países andinos se mastica la hoja de la coca porque quita la sensación de hambre, el mismo propósito por el que los niños mendigos de Brasil inhalan coca.

El opio es una droga que ya aparece mencionada en los primeros documentos escritos hacia el año 2000 a.c. por los sumerios. Los griegos y los romanos creían que protegía de las enfermedades y envenenamientos si se tomaba dos veces al día. Prácticamente la mayoría de los patricios (clase privilegiada romana) del siglo II a.c. Consumían muy a menudo opio mezclado con ingredientes más o menos exóticos como carne de víbora o especies orientales. Es importante destacar que el opio y las harinas fueron dos productos con subvenciones especiales por el estado.

## 1.2 El opio y sus guerras

Aproximadamente en el año 3400 antes de Cristo el opio era cultivado en la baja Mesopotamia. Los sumerios se referían a dicho vegetal como planta de la alegría. Los asirios aprendieron pronto de los sumerios y de éstos todos los pueblos de babilonia quienes a su vez transfirieron sus conocimientos a los egipcios. El opio llegó al mediterráneo. Durante los reinados de thutmosis IV, Akhetanon y Tutankamon el comercio del opio vivió su época de esplendor. Las rutas comerciales con los fenicios y los minoicos se consolidaron, y el opio ya llegaba a Cartago y Europa.

En el año 400 después de Cristo el opio llegó a China de la mano de comerciantes árabes. En el siglo XIV se produce un curioso fenómeno: el opio desaparece de los escritos de Europa durante dos siglos. La inquisición clasificó dicha sustancia como relacionada con el demonio.

Pero ya a principios de siglo XVI, los portugueses redescubren el opio. Sus marineros, recorriendo las rutas comerciales de la época, llegan a China y allí experimentan el opio y lo consumen. En aquel entonces los gobernantes chinos consideraban el opio como producto de bárbaros y degenerados.

Los barcos de la flota inglesa reciben el permiso de la Reina Elizabeth I para llevar el opio de la India hasta Inglaterra, en el año 1606, es decir que el opio prácticamente regresó al continente Europeo.

Ya en el siglo XVIII los holandeses exportan el opio de la india y lo llevan a la china para venderlo y, en 1729, el emperador Yung Cheng redacta un edicto prohibiendo el opio y su comercio para su uso doméstico. En 1750, la compañía de las indias orientales asume el control de bengala y Bihar, estados indios donde se cultiva el opio. El Reino Unido pasa a controlar la ruta comercial del opio que va de Calcuta a China, y en el año 1793 obtiene el monopolio. En 1799 el emperador Kia King prohíbe totalmente el consumo de opio en su territorio. Empieza la dialéctica de la guerra de opio. En 1800 la flota británica controlaba más de la mitad de las importancias que llegaban a Europa y Estados Unidos. En 1827, F. Merck empieza a fabricar morfina en sus laboratorios.

11

A pesar de su ilegalización y debido al gran consumo de de opio en China, el 18 de Marzo de 1839 el emperador Lin Tse Hsu ordena tirar al mar 20 000 cajas llenas de opio procedente de barcos británicos y exige a todos los comerciantes extranjeros que abandonen el comercio del opio en su territorio. La marina británica envía barcos de guerra al litoral Chino. Empieza la primera guerra del opio, que termina dos años más tarde con la victoria británica. Gran Bretaña, en el tratado de Nanquín consigue Hong Kong y la apertura de china al comercio Europeo, así como la rebaja de las tasas de aduanas. Además los europeos sólo podían ser juzgados por sus cónsules. Estas leyes abrieron China a las potencias Europeas.

En 1843 se descubre otro método para consumir morfina, la inyección. Los efectos son más rápidos y tres veces más potentes.

En 1856 empieza la segunda guerra del opio, esta vez con la participación de los franceses además de los ingleses. China es forzada a pagar otra fuerte indemnización y el opio es legalizado.

La industria farmacéutica Bayer, en 1895, al diluir morfina con otra sustancia descubre la diacetilmorfina, que recibirá el nombre de heroína, pero no será comercializada hasta tres años más tarde.

Sólo cinco años después de la comercialización de la heroína, las tasas de adictos a esta sustancia suben a cotas alarmantes y, en 1909 los Estados Unidos prohíben por primera vez la importación de opio a su territorio.

### **1.3 Dioses y Drogas**

Algunas drogas se asocian con cierta religión. A lo largo de la historia una misma religión puede emplear distintas drogas para su liturgia, y cuando se viven períodos de transición del consumo de una sustancia a otra se dan episodios de cierta importancia.

En el éxodo del pueblo judío desde Egipto, Moisés ordenó a su gente que recolectaran el alimento diariamente, y que no se comiera maná que no fuera fresco. El maná en el desierto, al fermentar era propenso a albergar un parásito que contenía alcaloides enteógenos (psicodélicos). Pero en la cultura cristiana, aunque ya hayan desaparecido las sustancias enteógenas, sustituidas por el vino, el valor de las experiencias místicas espontáneas aún sigue en pie.

Los personajes clave en la renovación de la cristiandad han sido los santos, y en cada uno de ellos encontramos el rastro de una experiencia mística. La iglesia sólo introducía una discusión: si habían sido introducidas por dios o el demonio.

Existen evidencias arqueológicas que permiten remontar la relación de esas plantas con los seres humanos hasta que se pierde en la noche de los tiempos.

Si el génesis se abre con la escena de la pareja original degustando el fruto del árbol de conocimiento, en el relato del diluvio- la segunda creación del mundo- Noé, agricultor siembra la primera vida (gén, 9, 20-21) entrando así el vino en la escena. Este mito parece indicar la sustitución de las enteógenas por los alcoholes, y aunque en un primer momento esto no parezca tener más trascendencia, puede ser que el hecho no sea tan trivial. La influencia de ambas sustancias sobre la consciencia humana es más bien opuesta: si los enteógenos abren las puertas de la percepción a nuevos mundos (son drogas alucinógenas), el vino invita al olvido (es una droga depresora), iniciando así un cambio de sentido. Los primeros habían hecho permeable la consciencia a la magia del universo, con el vino nace la racionalidad y se abandonan las divinidades.

13

#### **1.4 El chamanismo**

Uno de los elementos definitorios del chamán es el hecho de contactar a voluntad con la dimensión oculta de la realidad por medio de técnicas de modificación del estado de la consciencia: principalmente consumiendo enteógenos, pero también por medio de ritmos de percusión, ayunos y técnicas de privación sensorial.

Históricamente la cuna del chamanismo se sitúa en Siberia, desde donde pasaría al Nuevo Mundo durante las migraciones que poblaron el continente americano. Numerosos representantes de la etnosemiótica tienden también a atribuir orígenes chamánicos de las pinturas a las pinturas rupestres de Siberia (hacia el 1000 a.C.) en base a los rasgos distintivos que las figuras tienen en común con los vestidos y rituales chamánicos recogidos y descritos por los etnógrafos.

El chamanismo originario floreció en Asia central y septentrional (pueblos turcos- mongoles, Himalayos, Ugrofinenes, y árticos), pero parece ser que se extendió hasta Corea y Japón pasando por los pueblos fronterizos de Tíbet, China e India, hasta Indochina y América.

Sin embargo, en un sentido más amplio de la actuación chamánica, también hay datos de fuentes griegas del siglo IV a.C. que indican que todavía en el siglo V a.C. existía un tipo de chamán autóctono en Grecia, y es muy probable que los cultos a Dionisios sean la evolución ya institucionalizada de tales prácticas chamánicas.

## **1.5 Brujas**

Si nos ceñimos al término bruja cabría recordar que es palabra común en las tres lenguas romances hispánicas. Probablemente se trata de un término cuyos orígenes etimológicos se hallan en el mundo prerromano ubicado en los Pirineos y cuyo significado final sería "alto" por el hecho de que, según las tradiciones, las brujas volaban alto. No obstante, esta forma lingüística es engañosa ya que por brujas, en su origen, probablemente sólo se entendían aquellas mujeres que tenían poderes para volar, en forma simbólica o psíquica, y visitar otras realidades. Parece evidente que las brujas consumían sustancias alucinógenas de forma habitual en sus sesiones.

Con el tiempo la Inquisición fue demonizando este término y acabó etiquetando con él cualquier otra práctica que se desviara de la cosmovisión cristiana en lo que a relaciones con el mundo de los espíritus y de los poderes invisibles tocaba (adivinas, voladoras, curanderas por medios esotéricos o por medio de plantas, pitonisas, místicas no cristianas, etc.).

14

Las brujas empleaban las drogas alucinógenas que se encontraban en su alcance de forma silvestre (plantas como el opio, la mandrágora, distintas setas, etc.) y las consumían o bien las recetaban. Eran las brujas las que poseían el monopolio del conocimiento del conocimiento de dichas sustancias.

## **1.6 Drogas en el México Prehispánico**

### **1.6.1 Las metilxantinas prehispánicas**

Cuando los españoles llegaron a la capital del imperio azteca se sorprendieron de encontrar que la moneda de cambio más usual entre los mercaderes era el grano de cacao. Costumbre que se mantuvo muchos años después de la conquista.

Debido a la influencia de la corte española y a la persistencia de las costumbres indígenas, se sabe que a fines del siglo XVIII ya existían en la ciudad de México algunos expendios de bebidas elaboradas a base de café, cacao y maíz. Salvador Novo asegura que el primero de estos establecimientos se inauguró en 1758, entre las actuales calles de Tacuba y Monte de Piedad.

Durante los primeros años del siglo XIX, las cafeterías fueron punto de reunión de intelectuales y cita obligada entre los prestamistas y sus clientes. La carta del Café de la Gran Sociedad, además de café, ofrecía chocolate, atole y helados. Según cuenta Guillermo Prieto, en el Café del Sur: "la concurrencia iba muy de acuerdo con el destartado café: militares retirados, vagos consuetudinarios, abogados sin bufete, politiqueros sin ocupación, clérigos mundanos y residuos de covachuelas, sacristías, garitas y juzgados civiles y criminales".

El mismo autor comenta que los escritores puritanos de la época estaban escandalizados por la presencia creciente de las cafeterías. Cuenta también que las conversaciones giraban en torno al teatro, los toros, la literatura, los acontecimientos políticos y el juego de pelota. Sin duda, el establecimiento con más tradición es el Café Tacuba. Otro expendio histórico de alcaloides fue el extinto Café del Chino que en 1919 atestiguó el nacimiento del también extinto Partido Comunista Mexicano.

Todo lo anterior muestra hasta qué punto la cafeína es la droga socialmente más aceptada y una de las más consumidas en la historia de la humanidad. A pocos individuos les interesa renunciar a la sensación de bienestar y al aumento de actividad que les reporta el consumo diario de una taza de café, una bebida de cola, un té, o una barra de chocolate. No obstante, son pocos los que están conscientes sobre las repercusiones físicas que estos alimentos y bebidas tienen en el organismo humano.

### **1.6.2 El alcohol prehispánico**

Podemos afirmar que a partir del mito de Quetzalcóatl se justifican las drásticas penas morales que algunos pueblos del México antiguo y moderno han venido imponiendo al uso inmoderado de bebidas embriagantes.

Según registra la mitología prehispánica, el sanguinario dios Tezcatlipoca se enamoró de una princesa llamada Mayagüel. La abuela de ésta se opuso a la unión por lo que la pareja se vio

forzada a huir. La vieja los persiguió con tal insistencia que Mayagüel se convirtió en árbol pensando que así podría pasar inadvertida. La abuela descubrió el engaño y cortó en pedazos a su nieta hacha árbol. De esta manera Mayagüel pasó a convertirse en el primer maguey. El enamorado Tezcatlipoca no se amedrentó ante el cambio físico de Mayagüel, la desposó y engendró con ella 400 hijas, una para cada tipo de borrachera.

Más tarde Tezcatlipoca consiguió tentar a Quetzalcóatl utilizando los efectos embriagantes de la savia fermentada de Mayagüel, Gracias a esta artimaña el mítico Quetzalcóatl, dios humanista y mayor enemigo de los sacrificios humanos, rompió sus votos de castidad. Cuando despertó de la borrachera se sintió tan avergonzado frente a la comunidad que optó por el exilio.

### **1.6.3 El tabaco prehispánico**

El fuego era reconocido por los antiguos habitantes de América como un transmutador y liberador del poder de ciertas sustancias. Consideraban que hacía las cosas más activas que pasivas y liberaba la esencia de las sustancias. Por eso es que quemaban y fumaban una gran variedad de sustancias. Tenían diferentes mezclas fumables dependiendo de las necesidades del ritual y de la estación. Muchas de las variedades utilizadas se han extinguido o sus propiedades han sido olvidadas.

El tabaco era utilizado por sus propiedades para parar el pensamiento, enfocarse y centrarse en uno mismo, lo cual era una preparación previa para poder escuchar a los espíritus guías, a los espíritus de la naturaleza y a los seres que habitan en otras dimensiones o planos de conciencia. El tabaco servía como preparación, pero no abría las capacidades para escuchar a estos guías. Para esto se añadían otros ingredientes.

El tabaco sólo constituía entre el 5 o máximo el 10% de la mezcla para fumar. Los antiguos habitantes creían que las plantas nativas de las distintas regiones estaban creadas por los espíritus

de la naturaleza para satisfacer las necesidades específicas de las personas y animales nativos de cada área, por eso es que las diferentes tribus hacían uso de diferentes plantas, dependiendo de cuáles eran las que crecían en la localidad y del propósito de la ceremonia. Los chamanes eran quienes sabían cuáles usar en cada ocasión.

La salvia, de la cual hay por lo menos 20 distintas variedades, era considerada especialmente útil en los rituales de las mujeres. Otros ingredientes comunes eran lavanda, girasol, cortezas de distintos árboles y plantas secas y pulverizadas con propiedades psicoactivas.

Cada una de ellas era recogida con reverencia por los chamanes que sabían cuáles eran sus poderes, cuándo podían ser recolectadas y cómo secarlas al sol para que absorbiera sus propiedades energéticas. En los rituales de preparación, el tabaco y todas estas plantas eran alterados, purificados y elevados de vibración con la ayuda de las plegarias e invocaciones a los espíritus. Además, las piedras con las que tradicionalmente se manufacturaban las pipas eran en sí mismas transformadoras de la energía del tabaco y las demás plantas. Esto era parte del ritual y parte de lo que las hacía efectivas, ya que actuaban químicamente como liberadoras de las sustancias psicoactivas de ciertas plantas.

17

Otra parte importante de la sacralidad de fumar era que se realizaba en grupo, dentro de una ceremonia, para estrechar los lazos entre unos y otros. Esto se hacía para mezclar e integrar las energías al inhalar el mismo humo. Al término de una guerra tribal, pasar la pipa de la paz era una forma de cimentar la unión, de dejar ir las diferencias.

#### **1.6.4 El peyote prehispánico**

De uso ancestral, el peyote pertenece al grupo de los remedios herbolarios contra las enfermedades acuosas, (las provocadas por tláloc, el dios de la lluvia) y fue designado por los mexicas como péyotl.

Desde el punto de vista de los Indígenas mexicas comentaban que: “el que come o ingiere péyotl se posesiona de él, pero luego lo deja”. Francisco Hernández, protomédico renacentista, dice que:

Si hemos de dar fe a una creencia muy extendida, quien come de esta raíz predice el futuro". (Santiago y Erosa, 2000).

Aunque el ceremonial del peyotl fue desterrado por una instrucción del Santo Oficio español en 1638, su represión fue cada vez más extrema porque no se podía extirpar. El Padre Andrés Pérez de Rivas, jesuita del siglo XVII, denunciaba a sus superiores que los indígenas de Sinaloa consumían el cacto regular y clandestinamente, por lo que en la segunda mitad del XVII fue prohibido el consumo de peyote.

Los huicholes identifican al peyote con el venado y emprenden una auténtica cacería anual para obtener hikuri. Estas peregrinaciones culminan en Wirikuta, una región cercana a Real de Catorce en San Luis Potosí. En la geografía huichola Wirikuta es el centro del mundo, el lugar de los dioses antepasados, el sitio donde se origina la vida sagrada de la tribu. Hasta no hace mucho sus antepasados caminaban unos 300 kilómetros para llegar allí. Aunque actualmente buena parte del trayecto la hacen en vehículos, el viaje sigue siendo largo y pesado.

En 1960 un grupo de antropólogos recibió autorización de los huicholes para acompañarlos en algunos de sus viajes. Gracias a ello sabemos que un experimentado mara'akame o chamán, que está en contacto con Tatewari (Nuestro Abuelo Fuego) es quien guía el viaje. Tatewari, conocido también como Hikuri, el dios peyote, es la deidad huichola de mayor antigüedad. Tatewari condujo la primera peregrinación del peyote a Wirikuta y los participantes siguen sus pasos a fin de "encontrar su vida".

La preparación para emprender la cacería incluye la confesión y la purificación rituales. Al llegar ante las sagradas montañas de Wirikuta, los peregrinos reciben un baño ritual y realizan plegarias en favor de la fertilidad y la lluvia; posteriormente el chamán inicia una serie de prácticas ceremoniales, relata historias sobre la antigua tradición del peyote, invoca protección para lo que ha de venir y conduce a los participantes hasta los "umbrales cósmicos" donde sólo él puede ver las huellas del venado. Cuando localiza el peyote, lanza una flecha que va a dar al cacto. Entonces se lleva a cabo una ofrenda y todos buscan más peyote y llenan varias canastas para compartirlo con los que se quedaron en casa y para vendérselo a coras y tarahumaras que, aunque usan el peyote, no suelen ir en su búsqueda. Por la noche tiene lugar el rito a través del cual los cazadores del peyote entran en contacto con las Primeras Gentes. Se colocan cuatro flechas apuntando hacia los cuatro puntos cardinales y justo a la media noche se enciende una fogata.

Desde la práctica del chamán bendice tabaco tocándolo con plumas antes de distribuirlo entre los participantes. Después de fumar tabaco, cada uno ingiere entre 8 y 13 gajos de hikuri. Todos encienden velas y murmuran plegarias mientras el chamán se comunica con los elementos y maneja kupuri (fuerza de energía vital). Se inicia entonces "el peligroso camino hacia el otro mundo". Este paso tiene básicamente dos etapas: "la primera es el puente hacia las nubes estruendosas y la segunda, la separación de las nubes. Esto no representa un lugar en la Tierra sino que pertenece a la "geografía de la mente"; para los participantes, pasar de una etapa a otra es un evento lleno de emoción y ansiedad; la cacería del peyote es un regreso a Wirikuta, al paraíso, al arquetípico principio y final de un pasado mitológico.

### **1.6.5 El Toluache Prehispánico**

Según Otero (1998) el término toloache se deriva del azteca Toloa que significa "dormirse", y "che" que es un sufijo que solía añadirse a los nombres de los dioses, los indios lo llaman toloache a varias especies de datura.

19

El toloache es una datura de origen americano que se ha utilizado con un sinfín de propósitos desde antes de la llegada de los españoles al continente. En el Nuevo Mundo, los mexicas lo llamaban tolohuaxíhuatl y tlápatl. No sólo se le empleaba para provocar alucinaciones visuales, también tenía usos medicinales, en especial para aliviar dolores y reducir hinchazones. Un poco después de la conquista de México, Francisco Hernández, el médico del rey, menciona en un escrito sus valores medicinales, aunque advierte que el uso excesivo puede volver locos a los pacientes, provocando horripilantes imaginaciones.

Cuando el toloache es ingerido oralmente, sus efectos comienzan entre los 15 y los 30 minutos. La escopolamina que contiene esta planta es otro agente anticolinérgico que actúa bloqueando los receptores colinérgicos en el cerebro. En función de ello se deprimen los impulsos de las terminales nerviosas o, si la dosis ha sido elevada, se estimulan y posteriormente se deprimen.

Desde el manejo de las anestias por los aztecas, tenemos la descripción de Fernández del Castillo (1980, Citado por Figueroa, 2009). Los aztecas o mexicas llegaron a utilizar el toloache, como anestésico de los guerreros heridos, para ello utilizaban varios especialistas para la operación de las heridas. El tlama-terpatiticitl, era el médico internista porque curaba con medicinas ingeridas o aplicadas sobre la piel y también recurría a los medios físicos. El texoxotlan-ticitl eran

los cirujanos que tenían bastante trabajo dado el carácter belicoso de los guerreros aztecas. Algunas de las prácticas quirúrgicas que llegaban a realizar eran las trepanaciones, amputaciones y sutura de heridas con cabellos humanos. Se llamaba tezoc-tezoani a los sangradores, la tlamatquíticitl era la comadrona y el papiani panamacani era el boticario o más propiamente dicho el herbolario.

Otro uso de la escopolamina es para detener los ataques asmáticos. Durante mucho tiempo estuvo disponible en México bajo el nombre comercial de Asthmador con este propósito. Otra forma de usar la escopolamina consistía en enrollar hojas secas de toloache en cigarrillos. Fumar uno de éstos durante un ataque de asma puede detenerlo rápidamente en muchos casos. El mecanismo exacto es incierto, pero se cree que la escopolamina administrada en esta forma, relaja los bronquiolos de los pulmones. Otra aplicación de la escopolamina en la medicina moderna es como agente para combatir algunas manifestaciones del Mal de Parkinson.

No es un alucinógeno en el mismo sentido que el LSD o la mezcalina, por dos razones principales. Primero, las alucinaciones duran más - como tres días. Segundo, las alucinaciones son de una naturaleza diferente. Son auditivas y visuales, mientras que las alucinaciones inducidas por LSD o mescalina son primordialmente visuales. Además, el individuo que toma una dosis alucinógena de escopolamina a menudo pierde todo contacto con la realidad. Puede correr tras una fantasía o huir de objetos imaginarios. Frecuentemente sostiene conversaciones incoherentes con personas inexistentes.

Diversos pueblos indígenas de América han empleado el toloache con fines terapéuticos y rituales. Los yaquis y los zuni le atribuyen el poder de volar o transportar el alma hacia el infinito. Los navajos lo utilizan para inducir visiones, diagnosticar enfermedades y provocar curaciones. Los jíbaros se lo dan a los niños que se portan mal, creyendo que los espíritus de sus ancestros los castigarán. Algunas tribus norteamericanas también utilizan esta datura en los niños durante algunos ritos de iniciación a la adolescencia en los que el tránsito simbólico entre la muerte y el renacimiento justifica los potentes preparados.

## CAPÍTULO 2: TIPOS DE DROGAS Y SU CLASIFICACIÓN

Existen varias clasificaciones de las drogas en los libros de textos y en la literatura en general sobre drogas, su tipología y clasificación depende de su efecto, de la dependencia que crean, su toxicidad, el modo de consumirlas, si son legales e ilegales, sus orígenes y su uso recreativo.

Normalmente cuando se habla de drogas se establecen cinco grupos:

1. Narcóticos.
2. Depresores.
3. Estimulantes.
4. Alucinógenos.
5. Esteroides anabólicos.

Cada grupo tiene características similares y a menudo produce efectos parecidos. Con la excepción de los esteroides anabólicos, las drogas de las otras clases son utilizadas para cambiar sentimientos, pensamientos o sensaciones. Por ejemplo, muchas de estas drogas son utilizadas para aliviar dolores, ansiedades o depresiones. Algunas inducen al sueño y otras a la actividad. Esto se debe a que principalmente actúan en el sistema nervioso.

Cuando las drogas son consumidas de forma distinta a lo que establecen los patrones médicos y sociales, el consumo de la droga pasa a tener una connotación negativa para el individuo que las ingiere.

### **2.1 Clasificación según los efectos en el sistema nervioso**

Según los efectos en el sistema nervioso, las drogas se dividen en tres grandes grupos:

1. Los estimulantes como la cocaína, las anfetaminas o la cafeína
2. Las drogas sedantes o depresoras, como el alcohol, la morfina o la heroína
3. Las drogas alucinógenas, como el LSD, los pegamentos, y el peyote.

Las drogas alteran sistema nervioso de diferente modo, esto dependerá del modo en que la sustancia al cuerpo, altere cierto tipo de neurotransmisores determinado para poder lograr diferentes efectos.

Los estimulantes alteran al sistema nervioso alterando el neurotransmisor dopamina y Epinefrina, lo cual se traduce en un incremento en el ritmo cardíaco, de la presión arterial, de los impulsos nerviosos y de la actividad de alerta y atención. En este grupo entran la cocaína, las anfetaminas, la cafeína, y las bebidas energéticas.

Los depresores alteran al sistema nervioso alterando el neurotransmisor de la Gabapentina aumento su cantidad en las sinapsis de las conexiones de las neuronas, esto produce en el cuerpo una disminución del latido del corazón, de la presión arterial, de la actividad de lo intestinal, de una disminución de los reflejos, de una disminución del sistema de alerta y de atención y de la memoria a corto plazo. En esta sección entra los barbitúricos, benzodiacepinas, marihuana, y opiáceos.

22

Finalmente entran las drogas alucinógenas que alteran los neurotransmisores de serotonina y dopamina, produciendo una elevación anormal lo que se traduce en alucinaciones auditivas, visuales y táctiles. Esta categoría entran el LSD, las setas, el peyote, el toloache, la belladona, la mandrágora.

De forma muy similar en la esquizofrenia hay un nivel alto de dopamina en los cerebros de los pacientes enfermos, entonces lo que hicieron los farmacólogos y psiquiatras fue la creación de medicamentos que inhiben los niveles de dopamina como lo son los antipsicóticos. Los antipsicóticos disminuyen notablemente los delirios y alucinaciones, pero al disminuir los niveles de dopamina, crean un efecto colateral como lentitud en la

motricidad, en algunos casos trastornos del movimiento como la discinesia tardía, ya que estamos hablando de sedantes mayores.

Estos cambios en los neurotransmisores dependerán también de la dosis de la sustancia psicotrópica ya que una dosis baja de un benzodiazepina puede provocar estados de excitación similares a los de la cocaína, la misma cocaína puede provocar delirios de persecución, paranoia y alucinaciones táctiles y visuales.

Otro fenómeno que se es el de que cuando se abusa demasiado de una droga, viene un desgaste de neurotransmisores, lo cual se traduce en trastornos mentales como la depresión, ataques de pánico y alucinaciones, un claro ejemplo de esto es la llamada psicosis anfetaminica, este fenómeno consiste básicamente en que es una psicosis es un tipo de psicosis provocada por el cansancio psíquico tras el abuso prolongado de anfetaminas; este tipo de psicosis suele caracterizarse porque el sujeto sufre paranoias persecutorias o que atentan contra su persona, varían según la personalidad de cada persona; desde agresividad incontrolada hasta depresión, con ideas delirantes o paranoicas, también suele ir acompañada de alucinaciones auditivas y visuales ya que el cerebro no percibe correctamente las señales de los sentidos.

23

## **2.2 Clasificación según el tipo de dependencia**

En función del tipo de dependencia que provocan, las drogas se pueden clasificar en dos grupos:

1. Drogas que provocan dependencia física
2. Drogas que provocan dependencia psíquica (o muy poca dependencia física).

Las primeras producen dependencia que se da de forma ajena a la voluntad del consumidor. Se trata de la dependencia más fuerte.

Las drogas que crean dependencia psíquica son las que, por hábito, entran a formar parte de la rutina del individuo. En este grupo, la voluntad del sujeto aún tiene capacidad para decidir si quiere abandonar el consumo de la sustancia.

La dependencia física se refiere a los cambios que se han producido en el cuerpo del consumidor después de repetidas ingestiones. El organismo se adapta a la droga y al final precisa de ella para continuar funcionando.

Los síndromes de la dependencia física al abandonar el consumo de la droga tienen una duración diversa en función de:

Las dosis que se consumen.

El modo como se consume la sustancia.

El uso paralelo de otras drogas.

La frecuencia y la duración en que se ha consumido.

La edad.

El sexo.

La salud, y las características genéticas.

24

Para desintoxicarse de sustancias que causan dependencia física se tienen que realizar terapias que ocupan un espectro muy amplio, pero van desde tratamientos relativamente cortos y desagradables para el paciente, a tratamientos que es preciso realizar durante largas temporadas. Para ello siempre es adecuado implementar un tratamiento psiquiátrico que logre combatir adecuadamente el síndrome de abstinencia, para ello los psiquiatras suelen apoyarse de medicamentos como lo son los antidepresivos y los sedantes para bajar los niveles de ansiedad y depresión que suelen crear los estados cuando se deja de consumir la droga por la que se abuso de forma inusual. Como se había mencionado el abuso de una droga produce un desgaste de neurotransmisores y, no solamente de neurotransmisores; sino que también hay un desgaste físico en el cuerpo porque la persona deja de comer, de dormir, de hacer actividades fuera de su rendimiento que su cuerpo en condiciones normales no permitiría.

La dependencia psíquica se refiere a la percepción de necesidad del consumo de una droga. Los individuos que son dependientes psíquicamente muy a menudo perciben que no pueden vivir sin consumir la droga. Mientras que la dependencia psíquica desaparece días o semanas después de no consumir la droga, la dependencia física permanece mucho más tiempo y es una de las principales causas de reincidencia en el consumo después de un periodo de abstinencia. En realidad es un trabajo ardua donde tiene que haber una intervención multidisciplinaria donde psicólogos, psiquiatras, neurólogos, trabajadores sociales y en general la inclusión de varios abordajes terapéuticos, ya que una adicción es solo la punta del cosas aún más profundas como suele ser: problemas neurológicos, trastornos de aprendizajes, trastornos de personalidad, estados de depresión y ansiedad e inclusive de falta de límites de una familia que promueve la enfermedad del paciente para que el sistema familiar se mantenga como siempre, por miedo a que un cambio rompa con un supuesto equilibrio familiar.

### **2.3 Clasificación según su potencia y efectividad**

Las drogodependientes normalmente tienen una sustancia preferida en su consumo, pero pueden sustituirla por otra similar cuando tienen problemas para encontrarla. A menudo, las drogas de un mismo tipo son comparadas utilizando términos como potencia y efectividad.

La potencia hace referencia a la cantidad de droga que se precisa para percibir los efectos, y la efectividad se refiere a si la droga es capaz de producir o no los efectos deseados.

### **2.4 Clasificación según su grado de dependencia**

Cada droga tiene un grado de dependencia distinto. A mayor grado de dependencia, más difícil es abandonar su consumo. Otro factor a considerar es la velocidad en que se establece la dependencia, cuantas veces es necesario el consumo para pasar a tener una relación de dependencia con la droga, así como el tiempo que debe pasar entre consumo y consumo para no caer en la dependencia.

La lista del DR. John Hastings, (1990, citado por, guerrero, 2008) clasifica a la drogas según su poder adictivo en escala que va del 0 al 100 donde la nicotina es la droga más adictiva junto con la metanfetamina.

La metanfetamina es una droga 7 veces más potente que la cocaína y sus efectos psicoactivos duran alrededor de 12 horas, actualmente es la droga que más daño está provocando en las sociedades occidentales industrializadas del mundo. Muchos expertos consideran actualmente a la metanfetamina la droga más peligrosa, potente y adictiva del mundo. Y es que en realidad la metanfetamina produce una descarga de dopamina, adrenalina y serotonina superior a otras drogas y se esta droga se ha vinculado por conducta agresivas y delictivas serias en el mundo industrial.

Imagen I. Las drogas más adictivas según Lista del DR John Hastings (1990)



Fuente: Revista de la profeco *¿Drogas a mí? ¿Para qué?* Guerrero, A (2008).

Según las investigaciones del doctor John E.F. Hastings concluye que las drogas más adictivas por su tiempo y poca cantidad de provocar dependencia son la nicotina, el cristal y el crack.

Hastings recibió en (1998) por parte de la organización panamericana de la salud (OPS) y la salud el premio en administración de la salud por su destacado labor en actividades en el campo de la salud pública especialmente en la gestión administrativa, investigación y por sus publicaciones.

## **2.5 Clasificación según su toxicidad**

La toxicidad de una droga se establece comparando la cantidad de narcótico que se precisa para alcanzar los efectos deseados. Las drogas que crean tolerancia precisan cada vez de dosis más altas. Esto es, la toxicidad aumenta. A veces la frontera entre el grado de toxicidad deseado y la sobredosis es muy estrecha.

27

## **2.6 Clasificación según el modo de consumirlas**

Existen distintas formas de consumir las drogas y, algunas drogas, se pueden consumir más de una forma. La clasificación es la siguiente:

1. Intravenosa: La droga es consumida utilizando jeringuillas. Normalmente se disuelve con agua y se introduce dentro del cuerpo a través de una jeringuilla.
2. Humo: normalmente la droga es mezclada con tabaco y fumada a modo de cigarrillo, pipa o pipa de agua. Los pulmones son la puerta de entrada de estas sustancias en el sistema nervioso central.
3. Ingestión: el consumidor ingiere pastillas, cápsulas, jarabes y líquidos o disuelve sellos impregnados de droga en la boca. El aparato digestivo es el primero en tener contacto con la sustancia.

4. Piel: la droga es asimilada a través de parches cutáneos. Es un método minoritario pero se utiliza, por ejemplo, en los programas para abandonar el tabaco con los parches de nicotina.
5. Esnifar: el narcótico se encuentra en estado cristalino, a modo de polvo, o también a modo de gas. El usuario solo tiene que aspirar por las fosas nasales y la droga penetra en su cuerpo.

La cocaína es un ejemplo de droga que tiene distintas formas de consumo, pues se puede masticar, fumar, esnifar y administrar por vía intravenosa. Según el modo de consumo, los efectos son más o menos rápidos y la droga es más o menos tóxica. Además, las diferentes formas de consumo también se asocian a una serie de enfermedades distintas.

Debe mencionarse que los daños más graves al cuerpo se producen cuando se introduce una sustancia por vía intravenosa, porque lamentablemente la gran mayoría de los adictos termina consumiendo la droga en la calle, donde la droga viene adulterada con otros elementos que pueden dañar las venas, causando la obstrucción de las venas fenómeno que suele darse entre los heroimanos que se inyectan la heroína vía intravenosa provocando en casos graves gangrenas que pueden llegar a la amputación de los brazos y piernas de los consumidores que suelen usar esta vía de administración.

La heroína que se vende en la calle por lo general no es heroína pura sino que está cortada con otras sustancias (esto también pasa con la cocaína). La heroína pura se "corta" así con otros opiáceos sintéticos, lo cual puede generar complicaciones a quien la consume, porque seguramente el usuario no va a tener el efecto que está buscando a la vez que se va a colocar en una situación de mayor riesgo de sobredosis y otras reacciones adversas.

La inyección de heroína directamente en las venas es el método que acarrea más riesgos para la salud del usuario. Si son compartidos agujas, jeringas, algodones, filtros, cucharas infectadas existe una alta probabilidad de que a través del contacto sanguíneo se transmitan virus e infecciones como el HIV y la Hepatitis B y C. Pueden ocurrir asimismo infecciones bacteriales y contaminación de la sangre si ingresan bacterias a través de la

inyección o “tiro”. Se pueden generar también daños a la piel y los músculos como absesos, celulitis y otras lastimaduras relacionadas con las prácticas de inyección.

## 2.7 Clasificación según la OMS

La organización mundial de la salud (OMS) estableció en su clasificación sobre la peligrosidad de las drogas que las que más riesgos presentan son las que:

1. Crean dependencia física
2. Crean dependencia con rapidez
3. Presentan mayor toxicidad

Según la OMS, Las drogas menos peligrosas son las que:

1. Solo crean dependencia psíquica
2. Presentan una menor toxicidad
3. Crean dependencia con menos rapidez

El opio y sus derivados son clasificados como las más peligrosas, a un nivel intermedio se encuentran los barbitúricos, el alcohol, la coca y sus derivados. Las drogas consideradas por esta clasificación como menos peligrosas son el LSD y la mescalina.

Por orden de menor a mayor peligrosidad:

1. Alucinógenos
2. Estimulantes
3. Hipnóticos
4. Los opiáceos (el opio y sus derivados)

La carta de las naciones Unidas menciona que los gobiernos de los Estados Miembros tienen como responsabilidad, la salud de sus pueblos. Para proteger la salud de todas las personas, los Estados reunidos establecieron la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS define la Droga como toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Tanto las legales como las ilegales, de hecho, las drogas más consumidas en nuestra sociedad y que causan un mayor número de problemas son el tabaco y el alcohol cuyo uso está permitido. Por este motivo, la prevención, cuando se ocupa de las sustancias debería insistir principalmente en el tabaco y en el alcohol sin dejar de lado los riesgos de su consumo.

Cualquier vía de administración. No especifica la vía, las drogas pueden, ingerirse como por ejemplo el alcohol y los medicamentos, o bien se fuman como el tabaco y la marihuana, otras pueden administrarse por la vía endovenosa (inyectada), y algunas también pueden ser aspiradas por la nariz, etc.

30

## **2.8 Clasificación según su legalidad**

A lo largo de la historia, en todos los países y con todos los regímenes, la cuestión de las drogas ha sido polémica.

Es normal que ciertas drogas legales hayan sido declaradas ilegales un tiempo después, así como que ciertas drogas prohibidas fuesen consideradas legales al cabo de poco. Un caso muy conocido es el opio, que provocó guerras entre distintos países.

Cuando se habla de drogas ilegales se está utilizando se está utilizando consideraciones jurídico/políticas.

La legislación que prohíbe o permite el consumo de drogas varía en función de los países y también en función de los usos. Hay drogas de las que está prohibido su consumo sin prescripción médica. En algunos países se criminaliza el comercio pero no el consumo.

También existen drogas semi-legales además de las drogas legales y las ilegales.

## **2.8 Clasificación de las drogas según sus orígenes**

Según origen, las drogas pueden ser naturales o sintéticas. Las drogas naturales son las que se obtienen directamente de la naturaleza, como el café, el cannabis, la coca (hoja) o el opio. Las drogas sintéticas son las que se obtienen en laboratorios mediante la sintetización, como el LSD, las anfetaminas, el crack, la cocaína o la heroína.

## **2.9 Principales drogas**

### **2.9.1 Opiáceos (narcóticos)**

La palabra narcótico tiene orígenes griegos, y en un principio se refería a la gran variedad de sustancias que estimulaban los sentidos y disminuían el dolor. Hoy en día puede tener distintas acepciones. Algunos utilizan el término para referirse a las sustancias que se pegan a los receptores de los opiáceos, mientras otros se refieren a todas las sustancias ilícitas. En un contexto legal, los narcóticos son los opiáceos, esto es, el opio y sus derivados. También la palabra narcótico se refiere en alguna ocasión a las drogas con efectos parecidos a la morfina.

Los opiáceos son una serie de sustancias derivadas de la planta del opio (*Papaver Somniferum*), más conocida como adormidera. El más antiguo dentro de este grupo es el opio. Para su obtención se realizan cortes en el bulbo de la planta madura, extrayendo un líquido que tras su oxidación adquiere una consistencia gomosa y una coloración oscura. Tras un tiempo de reposo y secado, pasa a un estadio de fermentación con lo cual ya se puede consumir en pipa.

Históricamente es una de las drogas de la que se tiene referencias más antiguas, predominado en el área mediterránea donde llegó a ser muy popular, sobre todo en infusiones. Actualmente el mayor número de plantaciones se encuentra en Asia, en países como China, Tailandia, Birmania, Turquía o Afganistán. Pero el opio ha perdido su preponderancia como droga, para dejar paso a sus derivados, la morfina y sobre todo la heroína.

Los opiáceos son usados para combatir el dolor, aliviar diarreas y anestesiarse. Son administrados de distintas formas:

- Vía oral
- Vía cutánea
- Inyectados
- Supositorio
- Fumados
- Esnifados

La sensación de bienestar que causan, reduciendo la ansiedad y la agresividad son factores que provocan su consumo ilegal. El uso de narcóticos se asocia con una serie de efectos no deseados como:

- Incapacidad de concentrarse
- Apatía
- Estreñimiento
- Nauseas
- Vómitos
- Problemas respiratorios

32

Como en todas las drogas ilegales, existe cierto riesgo de infecciones, enfermedades y sobredosis en su consumo. Esto se debe a que, mientras los productos que se encuentran en las farmacias tienen un especificado su pureza, concentración y efectos, en las drogas ilegales nadie garantiza ni se responsabiliza de la calidad de las sustancias. Además su precio es más elevado (se cobran los riesgos consecuentes de la ilegalidad), provocando todos los problemas sociales, médicos, policiales y económicos, así como los familiares, ya conocidos.

Cuando no hay forma de determinar la pureza de las drogas que se venden en las calles, los efectos de estas son impredecibles y pueden ser fatales. Los signos físicos de una sobredosis son:

- Pupilas constreñidas
- Piel fría
- Piel pálida
- Confusión

- Convulsiones
- Problemas respiratorios

Con un consumo repetido de los narcóticos, la tolerancia y la dependencia aumentan. La tolerancia y la dependencia aumentan. El desarrollo de la tolerancia se caracteriza por una duración de los efectos cada vez más corta, decrece la intensidad de la analgesia, la euforia y los efectos sedantes, hecho que produce la necesidad de consumir cada vez dosis mayores para conseguir los mismos efectos. La dependencia física se refiere a los cambios en el organismo que produce el consumo de las drogas.

Al final el cuerpo no realiza correctamente las funciones que les son características si no es el consumo de estas sustancias.

Existen dos patrones de abuso de drogas. El primero incluye los individuos que son iniciados en el consumo de la droga en un contexto médico. El médico les receta cierto medicamento para realizar cierto tratamiento y el paciente, al terminar el tratamiento siente la necesidad, provocada por adicción física o psicológica de continuar consumiendo el medicamento. Es en esta fase cuando recurre a fuentes ilícitas o a médicos amigos para conseguir la droga deseada.

El segundo tipo de acceso a las drogas es iniciado fuera de los círculos médicos, y es el más común. El consumidor empieza a ingerir por inquietudes (ganas de experimentar ciertos efectos) o por su uso recreativo. La mayoría de individuos de esta segunda categoría abusa de los narcóticos sólo en algunas ocasiones. Pese a que los consumidores esporádicos no sean adictos, los riesgos que corren tanto en términos de salud como en términos legales, son importantes.

Los narcóticos pueden ser de origen natural, como la amapola *Paper Somniferum* (vegetal que crecía originalmente en la zona mediterránea y utilizado por las civilizaciones antiguas como sedante) o de origen sintético, procedente de laboratorios farmacéuticos o ilegales, producto de derivados del opio y narcóticos sintetizados.

La búsqueda de productos con efectos analgésicos similares a los de morfina pero sin sus peligrosas consecuencias de dependencia, tanto física como psicológica, no ha terminado, aunque por el momento no se han encontrado sustancias no adictivas.

### 2.9.2 Alcohol

El alcohol designa genéricamente a toda clase de bebidas espirituosas. En las civilizaciones occidentales, se considera legal el alcohol tanto uso privado como en su uso médico.

Etanol es el nombre químico que recibe el alcohol. Después de la cafeína es la droga más popular del mundo. El alcohol es una droga que debe ser fabricada, no es una sustancia que pueda extraerse directamente de la naturaleza. El alcohol surge de la fermentación de productos vegetales.

Grandes dosis de alcohol afectan el ritmo cardiaco y la respiración, incluso pueden provocar una muerte por intoxicación. Pese a todo, el alcohol actúa también como el Valium, son un agradable antídoto contra el estrés. Combinado con tranquilizantes, el alcohol puede producir efectos fatales.

El alcohol es un ejemplo claro de droga que disfruta de distintos estatus legales en distintos países: en algunos países islámicos es considerado ilegal y en muchos países occidentales ha disfrutado siempre de un status legal y un consumo popular.

Pese a todo, recuérdese el caso de la ley seca en los estados unidos. El alcohol, dada su toxicidad, su grado de adicción, su connotación social y su producción relativamente fácil, ha provocado siempre polémicas.

Los problemas psicológicos y la psicopatología en general viene muy relacionado con el consumo y abuso de alcohol, en general la drogadicción y psicopatología están muy relacionados entre sí, por ejemplo:

López y Ros encontraron lo siguiente:

El estudio de 324 adolescentes murcianos de los que 167 son chicos y 157 son chicas se encontró que los factores externalizantes : búsqueda de la atención, conducta antisocial, consumo de drogas, trastorno disocial, hiperactividad y delincuencia se encuentran significativamente correlacionados con el consumo de alcohol. También resulto significativo los problemas de pensamiento en el rubro de factores mixtos. (P.8)

Este estudio nos demuestra que las personas con problemas conductuales que dañan a terceras personas son más propensas a abusar de alcohol, y así sus problemas de agresividad y delictivos tienden a potenciar al consumir un depresor del sistema nervioso que hace que tengan poco control de sus impulsos y pierdan las consecuencias de sus actos y aumente el número de peleas y aumenta la posibilidad de cometer delitos graves como el homicidio bajo los efectos del alcohol.

Goldman (1995) dice lo siguiente:

Está incrementándose el riesgo de homicidio en personas que tienen psicosis caracterizado por delirio de persecución, y el riesgo es especialmente elevado cuando el delirio acaba de centrarse en un sujeto determinado. El riesgo a homicidio aumenta también en sujetos que tienen antecedentes de conducta violenta, desafío a la autoridad o rasgos de personalidad antisocial. Otros factores importantes de riesgo son pruebas de rivalidad, celos o conflictos sexuales, antecedentes recientes de aislamiento o abuso de sustancias. Todo lo que altere el control de los impulsos eleva el riesgo de agresión violenta, por ejemplo asesinato premeditados, después de consumo de alcohol o sustancias callejeras por el perpetrador. (P.256)

En México el consumo de alcohol es mayor en el sexo masculino que en el sexo femenino según las Encuestas Nacionales de adicciones realizadas por toda la república Mexicana de los Estados Unidos.

Como Caraveo, Colmenares y Saldívar (1999) señalan se ha apreciado que el hombre consume más copas que el sexo femenino, pero que esta tendencia tiende a disminuir conforme van pasando los años; Pero en las mujeres esta tendencia a consumir moderadamente alcohol se mantiene a través de los años e inclusive tiende a aumentar su frecuencia. El mayor consumo de alcohol del sexo femenino se está dando durante los años de gestación y crianza de los niños, es decir entre los 25 y 44 años.

La población masculina tiene más individuos considerados alcohólicos graves en alto riesgo en comparación al sexo femenino que tiene menos mujeres alcohólicas graves; pero llama la atención que las mujeres alcohólicas de alto riesgo se encuentren en la vida media donde se da la crianza de los hijos.

La falta de atención producto de una madre alcohólica incapacitada y un padre que trabaja y casi no está en casa, deja a los hijos vulnerables a los hijos para buscar amistades peligrosas que los mal encaminen al consumo de alcohol, drogas, vandalismo, robos, prostitución, ausentismo de la escuela. La deserción escolar en los jóvenes puede deberse en parte por la falta de una familia que los cuide, eduque y le brinde amor y comprensión; y al no encontrar más que una madre alcohólica y un padre ausente salen a buscar lo que no encuentran en casa con amistades de riesgo que los integran a una banda que vendría a ser un subsistema como lo es la familia.

Desde el punto de expectativas que se tiene sobre el alcohol se encontrado que las personas que tienen expectativas positivas sobre el alcohol, tienen un alto consumo de alcohol (más de cinco copas); y que más problemas en las relaciones interpersonales, con la policía, con la salud física y accidentes. Los hombres tienen mayores expectativas positivas sobre el consumo de alcohol que las mujeres, en especial de que el alcohol incremente su desempeño sexual. (Mora y Natera, 2001).

Este estudio explica porque los hombres consumen más alcohol que el sexo femenino, esto es debido en parte porque el sexo masculino piensa que el alcohol va mejorar su desempeño en las siguientes conductas: Interacción grupal, expresividad, desinhibición, incremento de la sexualidad, tensión psicológica y agresividad y poder. Esto viene a comprobar que el alcohol y las drogas sirven para un fin, mientras más expectativas tenga una persona que una sustancia va mejorar su rendimiento o va mejorar su situación mental o física más predispuesto estará a consumir dicha droga, pero para esto estaremos hablando de una persona vulnerable con factores de riesgos bien establecidos.

No podemos negar la influencia familiar en el consumo de alcohol en hombres y mujeres alcohólicas, Como Natera, Borges, Medina, Solís y Tiburcio (2001) señalan, el consumo de alcohol en el padre de manera frecuente o consuetudinariamente o la madre se embriaga poco frecuentemente o consuetudinariamente se correlaciona fuertemente con la dependencia de alcohol en hombres; y en el sexo femenino el consumo de alcohol de la madre de manera frecuentemente, a la embriaguez frecuentemente y al beber de los padres separados o juntos, se correlaciona frecuentemente con la dependencia de las mujeres.

Como se puede apreciar el ambiente familiar fomenta conductas aprendidas en el patrón de consumo y abuso del alcohol, es más propicio abusar de alcohol en una familia donde el consumo de alcohol no es estigmatizado. Es así como el individuo empieza su consumo de alcohol de forma más joven y busca amistades que no tengan prejuicios en el consumo de alcohol, y así forma una larga cadena de amistades consumidoras de alcohol, que conforma pasa el tiempo aumenta el consumo excesivo volviéndose dependientes del alcohol.

El consumo de alcohol en pocas dosis causa una sensación sedativa y de expansión ya que actúa sobre muchos mecanismos de control y autocrítica. Generalmente, el alcohol provocar:

- Placer
- Relajación
- Alivio para el dolor emocional
- Reducción de la ansiedad

El problema es que cuando el nivel de concentración alcohólica sobrepasa ese estadio del sistema nervioso, la persona va perdiendo la coordinación motriz y tiene deslices en la memoria y en el pensamiento.

Con la suma de esas dosis aumenta el prejuicio de la coordinación motriz, hasta llegar a la pérdida del raciocinio lógico. En ese nivel de intoxicación, la palabra aparece descontrolada, los párpados tienden a cerrarse, y el equilibrio está seriamente comprometido, así como la visión, la audición y el tiempo de reacción. Si todavía la persona sigue bebiendo, los efectos del alcohol.

El alcohol puede provocar efectos agudos y crónicos.

Efectos agudos

Claramente podemos definir dos etapas diferentes en los efectos de la ingesta de alcohol. En los primeros momentos, después del consumo se producen sensaciones estimulantes y una cierta euforia y desinhibición. A medida que pasa el tiempo comienzan a surgir los efectos depresores, que son la falta de coordinación motriz, el descontrol y el sueño. Un número excesivo de dosis pueden causar intoxicación grave, pudiendo llegar a una persona al estado de coma, por depresión profunda del sistema nervioso central, con el siguiente riesgo de muerte.

37

Efectos crónicos:

El abuso de alcohol de forma continuada a lo largo del tiempo puede causar serios daños a la salud física y mental, más allá de provocar en los ámbitos de la familia o el trabajo.

Problemas físicos:

Entre los más frecuentes están los del hígado (esteatosis hepática, hepatitis alcohólica, cirrosis), los del aparato digestivo (gastritis, dolor de estómago, síndrome de mala absorción, pancreatitis) los del sistema cardiovascular (hipertensión, problemas en el corazón) posibilidad de anemia, convulsiones, temblores en las piernas y disminución de las defensas contra las infecciones.

Problemas psicológicos:

Irritabilidad, nerviosismo, falta de concentración, insomnio, problemas de memoria.

Problemas sociales:

Involucrarse en accidentes, riñas y violencia, conflictos con familiares y amigos, faltas en el trabajo y pérdida de la productividad, debido a:

- Falta de coordinación motriz
- Descontrol
- Somnolencia

### 2.9.3 El tabaco

El tabaco se elabora a partir de las hojas secas de la planta del mismo nombre. Contiene varias sustancias, destacando la nicotina que es responsable de generar dependencia. Suele combinarse en forma de cigarrillos, puros o tabaco de pipa.

La nicotina es el producto activo más importante del tabaco (junto con el alquitrán). Es una droga estimulante, genera adicción y produce un incremento del pulso cardíaco y la tensión arterial.

Junto con el alcohol es la sustancia adictiva que más se consume y más problemas sanatorios acarrea. Es una droga legal, sin embargo, en la mayoría de los países no está permitida la venta de tabaco a menores de 16 – 18 años.

Los principales efectos del tabaco son: son efectos principalmente estimulantes:

- Sensación de placer y bienestar
- Aumento de la energía
- Aumento del estado de alerta
- Disminución del apetito y, consecuentemente, de la ingesta de alimentos.
- Placer, disminución de la cólera y la tensión
- Activación cortical, especialmente con los primeros cigarrillos del día.
- Relajación, en particular en situaciones de stress
- Aumento en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, volumen sistólico y gasto cardíaco, así como flujo sanguíneo coronario.
- Vasoconstricción cutánea con una disminución asociada de la temperatura cutánea y un aumento del flujo sanguíneo muscular.
- Aumento de los niveles circulantes de ácidos grasos libres, glicerol y lactato.
- La nicotina llega al cerebro en siete segundos, dos veces más rápida que la heroína al ser inyectada en el brazo. La inhalación es una forma particularmente adictiva de administrar una droga, como la evidencia el crack, que es inhalada como vapores.

Los principales efectos del tabaco son sentir mareo durante las primeras veces, padecer tos y hasta vómitos. Es común oír entre los fumadores que les relaja y ayuda a combatir los estados de ansiedad o aburrimiento.

El tabaco presenta distintos riesgos; los principales son:

- Genera adicción y, por lo tanto, los fumadores deben consumir un número determinado de cigarros cada día para mitigar la dependencia.
- Produce tos y problemas respiratorios de forma frecuente. En los fumadores regulares, y tras mucho tiempo de consumo, aumenta el riesgo a padecer cáncer en el pulmón, de garganta, problemas respiratorios.

Los efectos secundarios del consumo del tabaco son:

- Cáncer de pulmón
- Cáncer de boca
- Cáncer de esófago
- Enfisema
- Cataratas y ceguera
- Bronquitis
- Infarto cardio
- Cáncer de páncreas
- Cáncer de riñón
- Úlceras
- Cáncer de vejiga
- Gangrena

La facilidad con la que se encuentra la nicotina en nuestras sociedades dificulta mucho dejar el hábito de fumar tabaco. Cabe destacar que la nicotina no produce una dependencia física muy notable, pero sí crea una intensa dependencia psicológica.

En los fumadores habituales, existen algunas diferencias en los efectos de la nicotina. Por ejemplo, la presión no parece aumentar significativamente, probablemente como consecuencia del desarrollo de una tolerancia a la nicotina. El mayor aumento de la frecuencia cardiaca se produce con los primeros cigarrillos del día, pero posteriormente, pero posteriormente permanece inalterada.

La concentración máxima de nicotina alcanzada en el tabaquismo está implicada hiperactividad y función de las plaquetas, ya que la sangre de los fumadores tiende a coagularse más fácilmente.

Fumar puede favorecer la atención, el aprendizaje, el tiempo de reacción y la resolución de problemas. Muchos fumadores creen que fumar mejora su capacidad de concentrarse, estos efectos son provocados por la nicotina.

#### **2.9.4 Marihuana**

En 1839, el DR. O' Shaughnessy, profesor británico en escuela Médica de Calcuta, publicó el primer artículo sobre propiedades analgésicas, antiespasmódicas y relajantes musculares del cannabis. Durante los 60 años siguientes más de centenar de estudios científicos sobre esta planta y sus propiedades.

Existe una controversia en cuanto hacia la marihuana produce adicción o no produce, desde el punto Neuroanatómico experimentos con monos se les suministroo gas con marihuana por un año en donde se pudo observar una disminución de la actividad conductual, pero el examen postmortem no revelo cambios químicos y estructurales en el cerebro. (Braislowsky, 1995). Esto nos viene a comprobar que el uso de marihuana por ser un depresor del sistema nervioso produce cansancio y somnolencia que produce que los individuos se muestren a los demás apáticos dándose el llamado síndrome de desmotivación , más sin embargo, esto no significa que se alterado la personalidad o alguna estructurada del cerebro sea modificado.

Hasta el año 1937, en que fue prohibido, era el componente obligatorio en más de treinta preparados farmacéuticos en EEUU. Durante décadas todos los estudios sobre sus usos curativos fueron congelados.

En 1964, el químico R. Mechoulam, de la universidad de Jerusalem, aisló el principio activo de vegetal, el tetrahidrocannabinol o THC, logrando explicar sus mecanismos de acción.

El cannabis contiene los cannabinoides, sustancias químicas únicas en ese vegetal. Entre los cannabinoides se encuentran distintas sustancias, entre ellas está el tetrahidracannabinol, THC. Se cree que el THC es el responsable de la mayoría de los caracteres psicoactivos del cannabis.

El vegetal cannabis sativa crece en la mayor parte del trópico y en todas las zonas templadas en el planeta. Se ha cultivado y se cultiva en la actualidad con usos textiles dada las grandes resistencias de sus fibras.

El cannabis se suele consumir normalmente como el tabaco. Los efectos surgen al cabo de pocos minutos y perduran de media hora a las dos o tres horas. Los efectos a menudo dependen de las expectativas del consumidor así como de lo activa de la sustancia.

Dosis pequeñas provocan un estado de relajación e inducen al sueño, así como acentúan los sentidos del tacto el olfato, gusto y tacto. Ese estado de intoxicación es difícil de reconocer desde afuera. Se pueden producir accidentes domésticos o de tránsito bajo sus efectos, dado que el consumidor puede experimentar distorsiones en el tiempo y el espacio así como problemas de coordinación. Todos los efectos caducan cuando el THC se depura del cuerpo.

El modo más frecuente de consumir el cannabis es fumándolo. No se han registrado muertes relacionadas con sobredosis consumido a modo de cigarrillos o pipa. Es poco frecuente que se ingiera, pero existen libros de cocina del cannabis y es una opción cada vez más popular. Este modo es más peligroso.

Desde el punto de vista socio demográfico, la encuesta nacional de adicciones encontró que la droga más consumida es la mariguana con 2 430 385 personas, luego le sigue la cocaína con 857 766, en tercer lugar las drogas médicas con 845 561, en cuarto lugar otras drogas con 330 243 y en quinto lugar inhalables 314 760. En la población masculina la droga más consumida es la marihuana y en la población de las mujeres la droga más consumida son las drogas médicas (INEGI, 2002).

Los efectos inmediatos que produce su consumo son:

1. Sequedad de boca
2. Dilatación de pupilas
3. Ligera taquicardia
4. Posible hipotensión
5. Hipoglucemia
6. Euforia momentánea
7. Confusión mental
8. Sensación de hambre
9. Desinhibición

Todos estos efectos remiten a los pocos instantes y ninguno es irreversible.

Consecuencias de uso abuso:

1. Ansiedad intensa
2. Pánico
3. Cuadros psicóticos
4. Paranoia
5. Accidentes laborales y tráfico
6. Bajo rendimiento escolar y escolar

### 2.9.5 Cocaína

La coca es el estimulante más potente de origen natural. La planta de la coca (*Erythroxylon coca*) es consumida de forma tradicional por los indios de las tierras altas de los andes en sur América a modo de refrescante y revitalizante.

En 1880 se aisló la cocaína pura, y era usada en las operaciones como anestesia local.

La cocaína ilegal se distribuye en forma de polvos blancos. A menudo es disuelta con otras sustancias tales como lactosa, inositol, manitol y otras anestésicos locales. La cocaína adulterada aumenta su volumen y su peso, así como los beneficios económicos de quien la vende.

La cocaína es blanca, cristalina, amarga e inodora y entumece los labios y la lengua. Produce una sensación física que se puede describir como un incremento intenso y súbito de energía y vigor. Se dice que produce una sensación de fuerza y resistencia. Cuando es inhalada en forma de polvo, la cocaína tiene que traspasar la mucosa de la nariz hasta llegar a los vasos sanguíneos (venas). Entonces es absorbida por estos y circula a través del sistema circulatorio hasta ser enviado por el corazón a la sangre arterial para todo el cuerpo, inclusive el cerebro. Las formas de uso inyectables y la fumada hacen que la sustancia llegue al cerebro mucho más rápidamente. Después, ella se distribuye veloz en los vasos sanguíneos y llega rápidamente al cerebro a través del corazón. Produce por lo tanto efectos psíquicos al cabo de 15 segundos. Esos efectos desaparecen en cerca de 15 minutos.

Como el tiempo de la absorción a través de la mucosa de la nariz es mucho mayor, el inicio de los efectos psíquicos en esa forma de ingestión puede demorar hasta 15 minutos y desaparecen después de media hora. Como con otras sustancias psicoactivas, cuanto más rápido es el inicio del efecto y su final, mayor es la velocidad de establecimiento de la dependencia. Es por eso que el uso de crack o el consumo inyectable de la cocaína generan una dependencia tan férrea y tan rápida.

Estos efectos generalmente duran unos 30 minutos, y después el usuario debe aspirar cocaína en cantidad creciente para mantener las sensaciones mencionadas. Este fenómeno se denomina "tolerancia". De esta manera la citada droga se convierte en una sustancia peligrosa.

Los efectos del consumo de cocaína son los siguientes:

- Exaltación del estado del ánimo
- Aumento de vigor y fuerza física
- Disminución de la fatiga
- Aparente mayor lucidez intelectual

43

Las consecuencias del abuso de la cocaína son las siguientes:

- Dermatitis
- Perforación del tabique nasal
- Destrucción del velo del paladar
- Arritmias cardíacas graves
- Infarto miocardio
- Impotencia precoz
- Alteración de la personalidad: Grandiosidad, hipervigilancia, irritabilidad, Agitación psicomotora, prejuicio de juzgamiento.
- Alucinaciones o ilusiones visuales y táctiles
- Ideas paranoicas: sensación de estar siendo perseguido o de que alguien quiere perjudicarlo o atacarlo.
- Convulsiones
- Infartos cerebrales de repetición

Desde el punto de vista socio demográfico el uso de cocaína en México el uso de cocaína en la década de 1987 era prácticamente nula, casi nadie consumía cocaína en la década 1987, desde la perspectiva de mora (1978, citado por Ortiz, 2005) el uso de cocaína se limitaba a grupos de status económico Alto. Y es que para la década de 1990 la cocaína ya era una de las drogas más consumidas entre la población Mexicana. La mayoría de los consumidores de cocaína en la ciudad de México son, Hombres entre los 15 a 19 años, solteros y de nivel económico medio. (Ortiz, Soriana, Galván Y Meza; 2005).

Desde el punto de vista psicosocial el consumo de cocaína tiende a complicar los problemas que más se presentaban antes y después del consumo de la cocaína eran los familiares, es decir la cocaína en lugar de mejorar los problemas familiares los complica severamente, por ejemplo los problemas familiares antes del consumo terminan 3 veces más conflictuados de iniciar el consumo de cocaína. (Ortiz, Soriana, Galván Y Meza; 2005).

### **2.9.6 Anfetaminas**

Las anfetaminas son compuestos químicos derivados de la efedrina que estimulan el sistema nervioso central y liberan la norepinefrina y dopamina. Primero surgió el clorhidrato de anfetamina bajo el nombre comercial de Bazedrina, Casi enseguida salió al mercado su isómero más activo, la dextroanfetamina comercializada como dexedrina. Luego se fueron surgiendo varios derivados como la metanfetamina, metilfenidato, Fenilpropanolamina y los anoréxicos. También surgieron derivados anfetamínicos con propiedades alucinógenas como El éxtasis o tachas con el nombre de 3,4-metilelenodioximetanfetamina (MDMA).

En la segunda guerra mundial, las anfetaminas ocuparon el mismo papel que la morfina en las guerras anteriores. Soldados norteamericanos, alemanas y hasta los kamikazes japoneses eran movidos por las anfetaminas ofrecidas como aumentador de coraje. Después de la guerra, el mercado farmacéutico hizo una fortuna con las anfetaminas, indicadas para el combate del sueño, fatiga y hasta congestión nasal.

Anfetamina, dextroanfetamina, metanfetamina y sus sales son apodadas todas ellas como anfetaminas. De hecho, sus propiedades químicas y sus efectos generales son tan parecidos que

incluso quienes las han experimentado tienen problemas para saber de cuál de ellas están hablando.

En un potente agente simpaticomimético que además aumenta la vigilia y disminuye la sensación de fatiga. Fue precisamente por estos motivos que fue usada en la segunda guerra mundial por sus propiedades psicoestimulantes para mejorar el rendimiento del personal militar y civil. Las llamadas drogas de síntesis éxtasis, no son más que derivados de la anfetamina, cuando la anfetamina se administra por vía inhalatoria se le conoce como speed.

El consumo de las anfetaminas llegó a ser cada vez más popular. A medida que más gente la consumía, se generalizaba su utilización patógena. En la década de los sesenta eran utilizadas por los camioneros para resistir despiertos todas las horas de sus largos viajes, para controlar el peso de los atletas y mejorar sus resultados y también para tratar la depresión.

A mayor experiencia, mayor conocimiento de la droga. Los efectos que causa pronto fueron catalogados, y son similares a los de la cocaína. Las anfetaminas permanecen en el sistema nervioso central más tiempo que la cocaína y los efectos son más prolongados.

Actualmente se utiliza contra la enfermedad conocida como narcolepsia, en la cual sus víctimas padecen de sueño descontrolado, contra el desorden caracterizado por déficit de atención y, a corto plazo, para el control de la obesidad; pero estos usos médicos son limitados.

En su forma pura, es un cristal amarillento que se fabrica como un comprimido en cápsulas, píldoras o tabletas.

El consumo de anfetaminas a dosis bajas o moderadas produce los siguientes signos:

- Incrementan el nivel de atención y concentración
- Eliminan el apetito y la fatiga
- Producen una sensación de euforia y satisfacción
- Excitación nerviosa
- Insomnio
- Locuacidad
- Agresividad
- Hiperactividad
- Aumentan la tensión arterial
- Taquicardia
- Sudoración
- Náuseas
- Dolor de cabeza o vértigo

- Contracciones de la mandíbula

El abuso de las anfetaminas puede causar los siguientes problemas:

- Aumento de temperatura corporal que produce inquietud, alucinaciones, convulsiones y muerte
- Depresiones severas
- Psicosis tóxica anfetamínica: psicosis muy similar a la esquizofrenia
- Acné
- Cabello seco
- Trastornos en los dientes o encías

A continuación aporto una clasificación de los diversos anfetaminas desarrolladas en el laboratorio a lo largo de los años:

#### **A) anfetaminas y derivados**

- Anfetamina y dextroanfetamina
- Metanfetamina (speed, ice, crystal, crystal meth)
- Efedrina (éxtasis verde, herbal ecstasy)
- Catinona y catina
- Metilfenidato y Pemolina (utilizados para el déficit de atención)
- Fenilpropanolamina (anorexígeno, descongestivo nasal)
- Anorexígenos:

Fenfluramina, Dexfenfluramina, Fentermina, Fenproporex, Clobenzorex, Aminorex, Anfepramona (dietilpropion), Fenmetrazina, Mazindol

#### **B) drogas y síntesis ("drogas de diseño")**

Anfetaminas entactógenas (derivados metilenodioxianfetaminas)

3,4-metilenodioxianfetamina (MDA, "pildora del amor")

3,4-metilelenodioximetanfetamina (MDMA, "éxtasis", "Adán", XTC)

3,4-metilenodioxietilamfetamina (MDEA o MDE, "Eva")

N-metil-1-(3,4-metilenodioxifenil)-2 butamina (MBDB).

Anfetaminas alucinógenas (derivados metoxianfetaminas)

4-bromo-2,5-dimetoxianfetamina ((DOB)

4-metil-2,5-dimetoxianfetamina (DOM, serenity-tranquility-peace o STP)

2, 4,5-trimetoxianfetamina (TMA-2)

Parametoxianfetamina (PMA)

Normalmente la forma más común de consumir las anfetaminas es por vía oral o inyectada. A pesar de eso, la aparición de anfetamina en forma de hielo o cristalizada que es la metanfetamina una variante de anfetamina, ha promovido que se consuma también fumando. Así como el crack es la cocaína que se fuma, también lo son los cristales de las anfetaminas.

Inmediatamente después de fumar la droga o de inyectarla intravenosamente, el usuario siente una intensa sensación de euforia o flash que dura solo unos minutos y que describen como extremadamente placentera. El inhalar la droga produce una sensación de euforia pero menos intensa y produce efectos dentro 3 a 5 minutos. Tomarla oralmente produce efectos entre 15 y 20 minutos.

Fuentes (2004) dice que cuando las anfetaminas se usan para contrarrestar los efectos del alcohol o de los sedantes, o viceversa, el riesgo de a la dependencia en ambos tipos de drogas aumenta. (P.466).

Generalmente se refiere a la forma fumada de la droga como hielo, cristal, arranque y vidrio. Es un polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo que se disuelve fácilmente en agua o licor.

### 2.9.7 Drogas Depresoras

Históricamente, gente de casi todas las culturas ha utilizado agentes químicos para provocar el sueño, reducir el estrés y eliminar ansiedades. A pesar que el alcohol es la droga más universal y antigua consumida con estos propósitos, se han ido desarrollando centenares de sustancias que producen depresiones en el sistema nervioso. Este tipo de drogas han sido catalogadas como sedantes, hipnóticas o tranquilizantes.

Las drogas depresoras raramente son fabricadas ilegalmente y, dada su utilidad farmacéutica, son fabricados en los laboratorios de las compañías farmacéuticas. Pese a todo, existe un importante mercado clandestino. Los depresores que dominan el mercado lícito y el ilícito son dos: Los barbitúricos y las benzodiazepinas.

Los barbitúricos, tomados en dosis bajas producen unos efectos similares a los del alcohol, pero su consumo reiterado produce muy fácilmente dependencia física y psicológica, además de tolerancia.

Con el aumento de la tolerancia a la droga, el consumidor precisa de más cantidad de barbitúricos para experimentar los mismos efectos, hecho que provoca que el margen de seguridad entre una dosis efectiva y una dosis letal sea cada vez más pequeño. Se establece un juego peligroso entre el consumidor y la droga que puede provocar como o la muerte. Por estos motivos cada vez son menos los doctores que los prescriben.

Las benzodiazepinas se lanzaron en el mercado en la década de los sesenta. Siendo unos medicamentos más seguros que los barbitúricos presentan riesgos también: es común aumento de irritabilidad, de las jaquecas, de las depresiones o también entrar en estado de confusión. Un uso prologado puede causar también dependencia física, incluso con las dosis recetadas por los médicos.

En comparación con los barbitúricos, las benzodiazepinas raramente provocan la muerte si son tomadas en dosis altas. Sí se han detectado muertes en casos donde se mezclaban con alcohol, cocaína o heroína.

Los depresores son utilizados en discotecas, bares o fiestas, para asaltar sexualmente a personas. Se mezcla con el alcohol y al ser ingerido se cae en un estado sedado y semi-hipnótico que facilita la violación al agresor.

La vía de administración de las benzodiacepinas es vía oral o inyectable, estas son las principales vías de administración en la farmacéutica, aunque en la calle se puede encontrar en forma de polvo para ser inhalada por la vía nasal, aunque no se tiene una dosificación exacta.

Las benzodiacepinas tienen efectos ansiolíticos, hipnóticos sedantes y anticonvulsivos, los ansiolíticos mejoran el contacto social, producen desinhibición, locuacidad, excitación y agresividad. Dosis mayores producen náuseas, aturdimiento, confusión, disminución de la coordinación psicomotriz.

Los efectos secundarios más comunes son:

- Sedación
- Somnolencia
- Fatiga
- Pesadillas
- Mareos
- Lentitud psicomotriz

49

El principal riesgo es su capacidad de generar dependencia y tolerancia, pero su síndrome de abstinencia suele ser tan peligroso que su abandono debe hacerse en forma gradual, el síndrome de abstinencia produce:

- Aumento de la ansiedad
- Insomnio
- Irritabilidad
- Náuseas
- Dolor de cabeza
- Tensiones musculares
- Palpitaciones
- Disforia
- Convulsiones y epilepsia

### 2.9.8 LSD

Hay ciento de sustancias alucinógenas naturales entre los que están los hongos, los cactus, algunas de ellas con orígenes exóticos y otras se encuentran en la naturaleza o se cultivan, pero su consumo es muy minoritario; sin embargo en este apartado nos vamos a dedicar a describir el LSD.

LSD es el nombre que se le da al Lysergic Acid Diathelamid descubierto por Albert Hofmman en 1938. Es el alucinógeno más potente conocido. En 1938 fue originalmente sintetizado, pero sus poderes alucinógenos fueron desconocidos hasta el 1943 cuando Hoffman accidentalmente consumió LSD.

En un principio el LSD fue ampliamente estudiado para ser utilizado en psicosis, y fue comercializado con el nombre de Delysid. Posteriormente su utilidad terapéutica se vio cuestionada y se prohibió su venta internacionalmente.

La síntesis clandestina se extendió de forma importante en los años sesenta alrededor del movimiento hippie aunque su uso ha disminuido durante los últimos años.

En la naturaleza se halla presente en un hongo parásito de los cereales, el ergot o cornezuelo del centeno, junto a decenas de alcaloides, muchos de ellos altamente tóxicos y letales.

Sus efectos son muy variables: Comienzan entre los 20 minutos y las dos horas de haberlo tomado. Y suele durar entre siete y doce horas. Aumenta la capacidad de sugestión, cualquier asunto normal se puede percibir como un asunto fuera de lo común, pudiendo pasar de un estado depresivo a un estado hipomaniaco. Con una dosis de sólo 0'00025 gramos se experimentan importantes alucinaciones.

Físicamente produce:

1. Midriasis (Dilatación de las pupilas).
2. Sensación física de estar energizado con calor interno y hiperactivo
3. Taquicardia
4. Hormiguero y entumecimiento en las extremidades
5. Aumento de la temperatura corporal

Los efectos que produce en la mente humana son muy variados y dependen tanto del estado anímico de la persona, como del entorno que la rodea en los momentos que consume. En muchos casos se produce:

- Una ruptura del ego
- Absoluta imposibilidad de concentración
- Despersonalización y ausencia de realidad

- Risas inmotivadas típicas de la esquizofrenia
- Intenso autismo e incomunicación verbal
- Deformaciones de los objetos

Normalmente el LSD se vende impregnado en papel, a modo de sello, con impresos coloridos. También se encuentra en pastillas, en gelatina, en terrones de azúcar y, muy raramente, en estado líquido. En forma líquida se deposita de forma desigual en grandes hojas de papel secante y después se cortan, por lo que no existe la misma cantidad en distintos tripis (dosis) de la misma marca, al igual que el partirlo en cuartos o en medios, no significa repartir la dosis.

El LSD es una droga sin potencial de adicción física, pero sí crea tolerancia hasta los 3-4 días siguientes a la ingestión, por lo que los efectos serán muy inferiores a los del primer día.

Provoca atolondramiento de ideas, desorden mental y ataxia, distorsión en la percepción de las formas, hipersensibilidad en la que se desarrollan ilusiones e incluso alucinaciones. El uso de LSD puede producir graves alteraciones mentales como:

- Estados de paranoia
- Alucinaciones
- Esquizofrenia
- Ansiedad extrema
- Ataques de pánico

Hay peligros latentes en el uso de LSD, pues en ciertos casos, después de su consumo se manifiestan psicosis latentes o estados depresivos que lleven a un comportamiento irracional.

Los efectos crónicos son:

- Despersonalización
- Trastornos de ansiedad (A veces es necesario que el consumidor tome benzodiazepinas suministradas por los equipos sanitarios para lograr que se tranquilice)

Durante la primera hora, el consumidor experimenta cambios visuales. En el estado alucinógeno puede tener percepciones del tiempo erróneas y distorsiones visuales como aumento del tamaño de los objetos, movimientos, colores, cambios en la percepción de su cuerpo, tacto e imagen.

### 2.9.9 Heroína

Un químico alemán llamado Heinrich Dresser (1860-1924), que trabajaba para los laboratorios Bayer, produjo en 1893 la diacetilmorfina: un opiáceo derivado de la morfina tres veces más potente que su predecesora. Debido a su gran potencia, el producto fue bautizado como heroína, que viene de “heroish”, heroico, poderoso en alemán. Originalmente se aplicó a tratar a la dependencia de la morfina, y fue indicada para los tuberculosos debido al gran alivio sobre la tos proporcionada por la droga.

El consumo de este opiáceo se hace por vía nasal (aspirando el polvo o quemándolo sobre un papel laminado y así poder aspirar el humo). O Diluido en agua para ser aplicado por inyección en las venas. También puede ser administrado oralmente pero sus efectos son leves.

Los efectos del consumo de heroína son las siguientes:

Primera fase: Los efectos al principio del consumo instantáneos son desagradables

- Vómitos
- Mareos

Segunda fase: Luego después de los efectos desagradables se perciben los efectos agradables que durante dos o 3 años.

- Flashes
- Sedación
- Euforia y alivio
- Sequedad de boca
- Contracción de la pupila
- Pérdida de apetito
- Depresión del sistema respiratorio
- Desciende el ritmo cardíaco
- Desciende Temperatura corporal
- Desciende Tensión

Los efectos del consumo de heroína no son los mismos al inicio del consumo, que una vez generada la dependencia, en el primer caso el motivo para administrarse la droga será la búsqueda de placer y en el segundo se genera por necesidad fisiológica.

Riesgo del consumo continuado de la heroína se produce son los siguientes efectos:

- Alteraciones de la personalidad
- Trastornos de la memoria
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de depresión
- Dependencia que hace que la vida del sujeto gire en torno de la sustancia
- Alteraciones de la nutrición: adelgazamiento extremo, afecciones gastrointestinales, estreñimiento severo.
- Dolencias cardiovasculares
- Complicaciones pulmonares
- Alteraciones hepáticas y renales
- Problemas dentales
- Patologías ginecológicas
- Ausencia de deseo sexual e impotencia

53

Por otro lado el consumo crónico de la heroína puede conducir a serios déficits en el ámbito social del individuo: la desestructuración familiar, desempleo, rupturas de relaciones interpersonales y la caída en la marginalidad.

El síndrome de abstinencia aparece a las 8 horas después de la última dosis, el peor momento se produce a las 36/72 horas posteriores; y decrece progresivamente en los 5 o 10 días siguientes, y presenta varias fases que son:

Primera fase: en esta fase se producen un malestar de leve pero molesto

- Lagrimeo
- Sudoración
- Sensación de debilidad
- Deseo de droga
- Bostezos
- Secreción nasal

Fase intermedia: en esta fase se intensifican los síntomas de abstinencia

- Temblores
- Dolores musculares

- Irritabilidad
- Dilatación de las pupilas
- Insomnio
- Escalofríos
- Agitación psicomotriz
- Diarrea
- Náuseas
- Vómitos
- Fuertes dolores
- Calambres en las extremidades
- Fiebre

Estos síntomas suelen desaparecer en una semana, aunque permanece el recuerdo del consumo de la droga. Este síndrome aunque se percibe insoportable por muchos no existe gravedad y puede superarse sin riesgo para la salud, su intensidad depende de la motivación y expectativas del sujeto; así como el apoyo familiar y profesional con el que cuenta el sujeto.

### 3.1 Definición de psicoterapia

Primero que nada habrá que definir el término psicoterapia utilizado en el ámbito de la psicología, psiquiatría, asistencia social y personas que han recibido un entrenamiento en algún tipo de psicoterapia. Actualmente existen varios tipos de psicoterapia que se dedican al tratamiento de problemas psicológicos y del comportamiento en general cada una se centra en una determinada forma de producir cambios en el individuo o individuos si se trata de un subsistema como puede ser la familia.

Existen varias definiciones de la psicoterapia de varios diccionarios y libros que se pueden consultar, pero para evitar caer en varias revisiones de su definición se me hace más sencillo mencionar su definición etimológica. La palabra psicoterapia tiene su origen de la unión de las palabras griegas, *Psike* de la palabra psico que significa mente y *therapeia* de la palabra terapia que significa curar y atender. En conclusión podemos decir que la psicoterapia es la curación y atención de la mente, pero sería una definición muy ambigua ya que hay muchos remedios que se pueden utilizar para curar la mente: medicación, electroshocks, hierbas y brujería. Es importante precisar que la psicoterapia es la curación y atención por medio de la palabra y diálogo. Revisando la definición de otros autores, Drever (1975 citado por Campo, 2004). Quien afirma que en su diccionario de psicología, que la psicoterapia es el tratamiento de desórdenes a través de métodos psicológicos.

55

Sin embargo hay que decir que los terapeutas no sólo se interesan en ayudar a la gente que sufre algún desorden de la mente, sino también pueden atender a personas que no están enfermas de la mente y los pueden ayudar a conocerse mejor y ayudarlos a crecer como personas de manera satisfactoria.

La primera escuela o tipo de psicoterapia surgió a finales del siglo XIX fue con Sigmund Freud mediante la asociación libre que más tarde formaría el análisis de la mente o psicoanálisis a principios del siglo XX, y a partir de entonces formó la asociación de psicoanálisis que tenía varios integrantes alrededor de Europa y que más tarde Carl Jung y otros integrantes mostrarían su inconformidad con Freud por la rigidez de pensamiento y decidieron formar su propia visión del psicoanálisis, y así surgió nuevas modificaciones del psicoanálisis ortodoxo de Freud.

Varios personajes cuestionaron la validez del psicoanálisis como Karl Popper que tomó como ejemplo al psicoanálisis como pseudociencia a comparación de la teoría de la relatividad de Albert Einstein que si tenía evidencias lógicas y comprobables sus constructos. También Hans Eysenck recopiló varios estudios sobre la efectividad del psicoanálisis y concluyo: “El tratamiento psicoanalítico no supone ninguna mejora sobre la tasa de remisión espontánea (sin tratamiento) de las neurosis” en su libro decadencia y caída del imperio Freudiano.

56

La epistemología de la psicoterapia ha ido cambiando poco y ha ido evolucionando de una epistemología metafísica como la teoría de los instintos de Sigmund Freud donde era muy teórica y poco palpable; a una epistemología holística basada en la observación de bebés, investigaciones en la psicología de la percepción, la cognición y los afectos, la cibernética, la teoría de los sistemas, la neurociencia y la teoría de la información entre otros. (Campo, 2004).

La epistemología de la psicología moderna tiene bases científicas que la hacen menos blanco de los epistemólogos críticos que dudan de la psicología como ciencia. La epistemología de la psicología moderna está basada en las teorías de la psicopatología y del cambio humano, sin embargo los epistemólogos extremadamente críticos a la psicología rechazan los principios operantes del psicólogo como: intuición, confort, soporte, guía, orientación, apoyo, reducción de culpa y esperanza.

Sin embargo los defensores epistemólogos de la psicología dicen: que la intuición, confort, soporte y contratransferencia son solo una parte necesaria para abrir la exploración de la problemática del paciente y tomar otras fuentes científicas como el estudio de la psicopatología y

cambio de la personalidad para formular hipótesis de la problemática del paciente e ir descartando otras hipótesis erróneas, y es en base a esta hipótesis que se comienza aplicar las herramientas terapéuticas de estudios que avalan el cambio conductual y de personalidad.

En conclusión la psicoterapia es un proceso de comunicación entre dos personas, es decir un experto en psicoterapia y un consultante, que tiene como finalidad ayudar al consultante que participa en el proceso a cambiar y solucionar su problemática que lo aqueja.

### **3.2 Tipos de psicoterapia**

Las formas no médicas de tratamiento usan las palabras y las conductas como herramientas en lugar de rectas y bisturíes. Los psicoterapeutas no provocan cambios fisiológicos en los cuerpos de los pacientes. No recetan fármacos, no practican cirugía ni intervienen de ninguna otra forma físicamente, a no ser que ofrezcan fármacos y cirugía como apoyo de la psicoterapia.

Las tres escuelas principales de psicoterapia son la dinámica, la humanista y la terapia de la conducta.

La escuela dinámica, que subraya la importancia de los pensamientos, los sentimientos y la historia pasada del cliente, así como la necesidad de descubrir nuestro propio interior para cambiar la personalidad, ha surgido de la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud. Aunque actualmente hay pocos partidarios del análisis clásico, la filosofía freudiana sigue siendo el fundamento de la mayor parte de la psicoterapia contemporánea.

Las terapias humanistas que tienen fundamento básico en la visión de la personalidad adoptada por Jung y Adler, y enunciada después por Maslow y Rogers, se hallan más diversificadas, subrayan las cualidades únicas de la visión que cada individuo tiene de su propio yo intentan cambiar la imagen que uno tiene de sí mismo.

Las terapias de la conducta se basan en las teorías del aprendizaje que surgieron del trabajo de investigadores como Pavlov, Watson, Skinner y Bandura. Estas terapias no hurgan en los pensamientos y motivos del paciente, sino que se centran, en cambio, en las acciones específicas, observables. Se concentran en la conducta, que las dos primeras escuelas ven sólo como síntomas de un problema más profundo. Los terapeutas de la conducta trabajan principalmente en la modificación de la conducta trabajan

principalmente en la modificación de la conducta, usando técnicas desarrolladas por estudios controlados de la investigación.

Estas orientaciones han surgido de fuentes diferentes, desarrollando técnicas diferentes y enfatizando aspectos diferentes de desarrollo. Evolucionan constantemente y dan vida a nuevos resultados y planteamientos como el cognitivo conductual, los de terapia breve y la interpersonal. Y actualmente existe una variedad de subtipos de terapia de la terapia dinámica, humanista y conductual;

A continuación elabore un cuadro de los subtipos de terapia de las principales escuelas de psicoterapia

| <b>PRINCIPALES ESCUELAS PSICOTERAPÉUTICAS Y SUBMODALIDADES</b> |   |                               |   |   |
|--|---|-------------------------------|---|---|
| <b><i>DINÁMICA</i></b>   | <b><i>HUMANISTA</i></b>                       | <b><i>CONDUCTUAL</i></b>      | <b><i>CONSTRUCCIONISTA</i></b>  | <b><i>CONSTRUCTIVISTA</i></b>                             |
| Psicoanálisis  | Psicología humanista                          | Psicología conductista        | Terapia familiar  | Terapia cognitivo procesal sistémica de Vittorio Guidano  |
| Psicoanálisis lacaniano  | Terapia centrada en el cliente de Carl Rogers | Ingeniería del comportamiento | Terapia sistémica-estructural de Salvador Minuchin                    | Psicología de los constructos personales, de George Kelly |
| Psicoanálisis kleniana   | Logoterapia de Viktor Frankl                  | Modificación de conducta      | Terapia estratégica de Paul Watzlawick, Jay Haley. Grupo de Palo Alto |   |
| Psicología   | Psicología                                    | Terapia contextual            | Terapia sistémica   |   |

|                                   |  |   |   |  |
|-----------------------------------|--|---|---|--|
| analítica de Carl Jung            | transpersonal                              |   | de Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo & Gianfranco Cecchin. Grupo de Milán |  |
| Terapia Adleriana de Alfred Adler | Respiración holotrópica de Stanislav Grof  | Análisis contingencial                              |   |  |
| Terapia psicodinámica             | Psicología arquetípica de Carl Gustav Jung | Terapia de la conducta                              |   |  |
|                                   | Terapia gestáltica de Fritz Perls          | Terapia cognitiva analítica                         |   |  |
|                                   | Gestalt Theoretical Psychotherapy          | Terapia cognitiva, conductual-cognitiva o           |   |  |
|                                   | Análisis transaccional                     | Terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis |   |  |
|                                   | Terapia existencial                        | Medicina conductual y biorretroalimentación         |   |  |
|                                   | Psicodrama                                 | Terapia cognitivista de Aaron Beck                  |   |  |

### 3.2.1 Terapia psicoanalítica y Psicodinámica

### *El psicoanálisis:*

Muchos profesionales de la salud mental, incluyendo psicólogos, todavía se adhieren a la teoría y métodos originales bosquejados por Freud durante su carrera, practicando lo que se conoce como psicoanálisis ortodoxo. Sin embargo, no es sorprendente que existan muchas variaciones y derivaciones de las ideas de freudianas originales. Comenzando con los propios discípulos y contemporáneos de Freud y continuando hasta el presente, psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental han adaptado el trabajo de Freud para desarrollar una gran diversidad de métodos terapéuticos agrupados como psicoterapias psicodinámicas así como un grupo menos cercano de psicoterapias interpersonales. Estas variaciones del psicoanálisis ortodoxo se practican ahora más ampliamente que la terapia original.

La meta principal del psicoanálisis es ayudar a los pacientes a lograr insight o capacidad de introspección sobre las fuentes y orígenes de sus problemas. Este objetivo se basa en la formulación de Freud acerca de la importante contribución del inconsciente a la sensación de ansiedad y malestar general. Debido a que ese material inaceptable en el inconsciente es lo que provoca la ansiedad, el psicoanálisis intenta ayudar al individuo a ser consciente del material y la información inconscientes para llevarlos al nivel de la conciencia; es decir ayudar al individuo a ser consciente del material y la información inconsciente para llevarlos al nivel conciencia; es decir ayudar hacer consciente o inconsciente.

Esta transferencia de material del inconsciente a nivel consciente no sólo representa una ganancia de introspección (Insight) por parte del paciente, lo que facilita el proceso del cambio, sino que también reduce o elimina la necesidad del paciente de seguir utilizando mecanismos de defensa que mantenga ese material inaceptable en el inconsciente. Así esta reducción en el uso de los mecanismos de defensa libera la libido, por lo que su energía ahora puede usarse para un funcionamiento más adaptativo.

Los métodos que utiliza el psicoanálisis para consciente o inconsciente es:

1. La hipnosis: La meta principal del psicoanálisis es ayudar a los pacientes a ser conscientes de sus sentimientos y recuerdos inconscientes causantes de su ansiedad y que interfieren con su funcionamiento cotidiano.

Freud mientras trabajo con Breuer y Charcot descubrió que la hipnosis era un medio para explorar el inconsciente del paciente. Primero, Breuer y Freud emplearon la hipnosis para

tratar a una joven mujer, Anna O. y encontraron que sus síntomas desaparecían mientras estaba hipnotizada. Segundo, cuando Anna O. expresaba emociones fuertes bajo hipnosis, la intensidad de sus síntomas después de la sesión hipnótica parecía disminuir. Con base en esas observaciones, Freud creyó que la hipnosis podría ser la clave para desentrañar los secretos del inconsciente.

Freud comenzó a utilizar la hipnosis con sus pacientes, pero encontró que los resultados eran decepcionantes. Continuó, creyendo en la importancia de tener acceso al material inconsciente, pero sentía que si los pacientes habían de ser conscientes de este material, era necesaria la participación activa del yo en el proceso. Freud pensaba que hipnosis no producía efectos duraderos sobre todo porque pasaba sobre el yo en el acceso a los materiales inconscientes. Los pacientes tenían contacto con la información solo cuando estaban bajo hipnosis; después de salir del estado hipnótico sus mecanismos de defensa continuaban asegurando que estarían inconscientes de este material. Y si los pacientes olvidan que hablaron acerca de sentimientos o materiales ubicados en su inconsciente, no tendrán ganancias terapéuticas de tal proceso fuera del estado hipnótico. Para ello Freud busco otra herramienta de trabajo llamada asociación libre.

2. Asociación libre: En la asociación libre, al paciente, acostado sobre el diván, se le motiva a decir cualquier cosa que le venga en la mente durante el curso de la sesión terapéutica. En esencia, Freud deseaba que los pacientes aprendieran a ser recipientes pasivos y reporteros de sus trenes de pensamientos, eliminando el control consciente de este proceso mental. El terapeuta es sólo un escucha cuidadoso y atento, que no guía las verbalizaciones del paciente. De hecho, el terapeuta trata de no interrumpir los pensamientos y el discurso del paciente y el discurso del paciente a menos que la interrupción ayude al proceso de descubrimiento. Freud suponía que en esas condiciones no estructuradas y ambiguas, los mecanismos de defensa se relajarían y los procesos inconscientes podrían emerger. El proceso es muy importante ya que, como el paciente está despierto y consciente a lo largo de este proceso. Cualquier material que se descubra del inconsciente se vuelve parte de la experiencia y los recuerdos conscientes del paciente.

Es posible que el paciente no esté al tanto del significado o la importancia de lo que está diciendo en un momento dado; por ello, corresponde al analista entender e interpretar la importancia del habla algo intrincada del paciente.

3. Análisis de los sueños: Freud creía que durante el sueño los controles normales del yo están más relajados de lo que sucede mientras el paciente está despierto y, en

consecuencia, los procesos inconscientes están en mayor libertad de operar y ser expresados en los sueños. De hecho Freud creía que los sueños representan la satisfacción de los deseos y distinguía entre dos niveles de contenido en el análisis de los sueños: Contenido manifiesto y contenido latente. Mientras que el primero se refiere a lo que el contenido manifiesto simbólicamente. Por ejemplo, el contenido manifiesto de un sueño acerca de un tren que ingresa a un túnel oscuro son el tren y el túnel. En contraste, el contenido latente puede implicar los sentimientos del paciente acerca de involucrarse en actividad sexual.

4. Resistencia: La resistencia la forman los mecanismos de defensa que impiden que salga el material que causa ansiedad a través de las asociaciones libres y de los sueños que interpreta el psicoanalista. Durante todo el proceso terapéutico se trabaja con los mecanismos de defensa; cada asociación, cada acto de la persona sujeta a tratamiento debe vérselas con la resistencia y representan un compromiso entre las fuerzas que luchan por la recuperación y las opositoras.

5. Transferencia y la relación terapeuta-paciente: un aspecto primordial de esta alianza terapéutica o relación es el proceso de transferencia. Freud observó que sus pacientes experimentaban sentimientos hacia él. (Por ejemplo, ira, dependencia, atracción sexual) desproporcionados para la naturaleza real de su relación con ellos. Conjeturó que este comportamiento se debía a que los pacientes se encontraban reviviendo experiencias y sentimientos del pasado como si estuviesen ocurriendo en el presente: Es decir, los pacientes transfieren sus sentimientos inconscientes a su relación con Freud.

Freud reconocía que la transferencia no es una situación exclusiva de la relación psicoanalítica, sino que también se da en cualquier relación humana en la cual el individuo proyecta en otra persona sus propios conflictos, deseos, atributos, etc.

La relación de transferencia es fundamental en el psicoanálisis porque trae al presente necesidades y conflictos inconscientes del paciente, haciéndolos visibles y accesibles a su conciencia.

Los propios psicoanalistas no son del todo, inmunes a la transferencia; cuando el analista experimenta sentimientos de transferencia hacia el paciente, esto se conoce como contratransferencia. La contratransferencia puede tomar varias formas: soñar con un paciente, olvidar una cita, llegar tarde a una sesión, entre otras. Si no se reconoce y trata de manera temprana, la contratransferencia dificulta el progreso de la terapia.

6. Catarsis: Freud pensaba que un conocimiento no emocional e intelectual de los sentimientos y materiales previamente inconscientes es insuficiente para producir un cambio duradero de personalidad. El inconsciente no será afectado por el conocimiento estéril del conflicto. Se requiere, más bien, que el paciente experimente con profundidad esos sentimientos y conflictos y llegue a verlos de una nueva manera. A veces esta experiencia de los sentimientos toma la forma de la liberación de emociones poderosas reprimidas o cuya expresión directa ha sido bloqueada. A este proceso se le conoce como catarsis.

7. Interpretación y elaboración: entre las interpretaciones más importantes se encuentran las que se centran en la relación de transferencia entre el paciente y el terapeuta.

El analista también trata de formular interpretaciones concernientes a las defensas o resistencias del paciente antes de interpretar los conflictos o emociones que subyacen a ellas.

Como puede suponerse, suele ser difícil para el paciente aceptar una sola interpretación del uso de un mecanismo de defensa o de un conflicto subyacente. Después de todo, el paciente, ha pasado la mayor parte de su vida defendiéndose de los temas y conflictos inconscientes y evitando tratar con las defensas. Debido a eso, es poco probable que tenga mucho impacto una sola interpretación de que la indefensión del paciente en realidad es una forma inconsciente de agresión. En consecuencia, deben ofrecerse varias interpretaciones del mismo tema o conflicto, repetidas desde diferentes perspectivas y contextos para convencer al paciente de cómo el conflicto afecta su vida de manera penetrante y adversa en una variedad de dominios. Las repetidas interpretaciones de los deseos, sentimientos y recuerdos inconscientes del paciente por parte del analista y la experimentación y redescubrimiento de esas interpretaciones en muchos contextos por parte del cliente; se conoce como elaboración. Este proceso es, en gran medida, el responsable de la considerable duración del psicoanálisis.

## Terapia psicodinámica contemporánea

Si bien Freud fue el incuestionable fundador de la teoría y práctica psicoanalíticas, el desarrollo de los principios y la práctica del psicoanálisis no terminaron con su muerte en 1939. Desde las primeras etapas del desarrollo del psicoanálisis, algunos discípulos y colegas de Freud mostraron su desacuerdo con ciertos aspectos de la teoría o las técnicas freudianas. Este desacuerdo no fue sorprendente porque los seguidores de Freud eran un grupo excepcionalmente brillante y reflexivo que incluía a personajes como: Carl Jung y Adler con sus argumentos los llevaron a la expulsión del círculo interno de seguidores.

En general, los enfoques psicodinámicos más contemporáneos a la terapia difieren del psicoanálisis ortodoxo al menos de tres maneras:

1. Han reemplazado buena parte del lenguaje y los constructos complejos de la teoría freudiana con explicaciones más sencillas.
2. Destacan la relevancia de las relaciones interpersonales tanto como los procesos intrapsíquicos internos.
3. Tratamientos más breves y definidos que los del psicoanálisis tradicional. En la actualidad hay una serie de diferentes categorías de tratamiento de enfoques psicodinámicos, como la psicología del yo, las relaciones objétales, la psicoterapia psicodinámica breve y la psicoterapia interpersonal.

**Psicología del yo:** la psicología del yo la cual resalta la importancia del yo sobre las funciones del ello y del superyó. Freud había destacado la importancia de los factores biológicos en la comprensión de la conducta humana y escribió con gran detalle acerca del papel de los instintos, los cuales estaban albergados en el ello. Relegó al yo al papel de sirviente del ello y de sus pulsiones y minimizó el efecto que ejercía el ambiente sobre el funcionamiento de las personas.

La psicología del yo no es un salto cuántico que lo aleje del psicoanálisis ortodoxo; sin embargo, difiere en su punto de enfoque. En lugar de concentrarse en instintos y necesidades profundamente enraizados y de tomar como objetivo las experiencias de la niñez temprana, el análisis del yo se concentra de manera más directa, en las dificultades y conflictos actuales y se esfuerza por fortalecer el funcionamiento del yo. Estas metas se logran, en parte, al obtener la cooperación activa del paciente y fortificando en forma directa los aspectos efectivos y adaptativos del yo y su interacción con el ambiente, intentando ayudar a los pacientes a reconocer y construir sobre sus fortalezas.

Un aspecto que merece destacarse fue que el énfasis puesto por Anna Freud en el yo, los mecanismos de defensa y el ambiente como determinantes de la conducta, la llevó a desempeñar un papel importante en el desarrollo del tratamiento psicoanalítico dirigido a los niños.

### **Relaciones Objetales:**

Los teóricos de las relaciones objetales discrepan en esencia, con Freud en la idea de que lo que motiva a la gente son instintos sexuales y de agresión. En lugar de ello, postulaban una visión más positiva de la naturaleza humana, como la de que la gente se encuentra motivada por buscar contacto social y por vincular con otra persona u objeto. En particular, la relación entre un infante o niño pequeño y su cuidador es muy importante en el moldeamiento de las características del sí mismo y en calidad de las relaciones subsecuentes del individuo. La terapia basada en la teoría de las relaciones objetales explora la naturaleza de las relaciones interpersonales del paciente y razones de posibles deficiencias en esas relaciones que puedan surgir de las experiencias interpersonales tempranas.

Las relaciones objetales, un propósito importante del tratamiento no sólo es entender las relaciones interpersonales de la niñez y la forma en que esos patrones se repiten en la vida adulta sino también, y con igual importancia ayudar al paciente a reconocer las conductas y actitudes interpersonales problemáticas usando la relación de transferencia con el terapeuta como prototipo, o ejemplo principal, de esas dificultades interpersonales.

### **Terapia dinámica a corto plazo:**

Los métodos de psicoterapia psicodinámica breve o de tiempo limitado emergieron primero de la insatisfacción de varios de los seguidores de Freud, quienes sentían que el proceso de psicoanálisis se había vuelto innecesariamente largo y engorroso, señalaban que era posible motivar el desarrollo de la transferencia en la relación terapéutica, traer conflictos inconscientes a la conciencia mediante el análisis de la relación de transferencia y ofrecer interpretaciones de manera mucho más rápida de lo que Freud había permitido.

Los inicios más contemporáneos de las terapias actuales a corto plazo tuvieron lugar en la década de 1970, cuando varios grupos de clínicos empezaron a experimentar sistemáticamente con técnicas psicoanalíticas en el contexto de la psicoterapia a corto plazo. Las terapias a corto plazo se llevan de 12 a 50 sesiones y se centran más explícitamente en el problema que el psicoanálisis ortodoxo. De manera que demostraron

que los pacientes que sufrían de problemas caracterológicos y neuróticos podían mostrar un cambio duradero después del tratamiento con una terapia de orientación psicodinámica en un tiempo mucho más corto de lo que antes se creía posible.

Entre los pocos reportes de la efectividad de la terapia psicodinámica a corto plazo, está el reporte de Clark y Kernberg (1992, Citado por Cuevas, Camacho, Mejía, Rosario, Mendoza y López, 2000) que trabajaron con seis pacientes limítrofes con terapia psicodinámica por seis meses, en quienes primero disminuyó significativamente su impulsividad, y luego su inestabilidad afectiva, mientras que la alteración de su identidad se modificó muy poco. Pero una investigación posterior con 17 pacientes Clarking y Kernberg descubrieron que la alteración de la identidad se modifica poco después de un año de tratamiento.

En México solo existe un estudio reportado sobre la efectividad de la terapia psicodinámica a corto plazo, este estudio reportado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en el año 2000, fue llevado a cabo con 19 pacientes limítrofes de los cuales sólo 11 terminaron el tratamiento y en los que se reportó después de 72 sesiones, es decir 9 meses, una modificación de la impulsividad y la inestabilidad afectiva, sin embargo casi no se modificó la alteración de la identidad. (Cuevas, Camacho, Mejía, Rosario, Mendoza y López, 2000).

**Terapia interpersonal:** Dentro del desarrollo de los enfoques psicodinámicos de la psicoterapia, quizá el alejamiento más dramático de los conceptos y métodos originales freudianos se encuentran en las aproximaciones interpersonales a la psicoterapia. Los psiquiatras Harry Stack Sullivan y Adolfo Meyer ofrecieron las primeras teorías interpersonales sistemáticas de la psicopatología y la psicoterapia. Al igual que Freud, Sullivan sentía que las raíces de las relaciones interpersonales se encuentran en las experiencias de la niñez temprana. Sin embargo, a diferencia de Freud, Sullivan sentía que las manifestaciones más importantes de esas experiencias, y en última instancia su resolución estaban en las interacciones y relaciones sociales actuales de la persona. Por lo tanto, de acuerdo con Sullivan, era necesario que el énfasis del tratamiento cambiara del individuo y la resolución de las relaciones pasadas al desarrollo exitoso de las interacciones interpersonales actuales.

La terapia Interpersonal fue retomada y desarrollada como tal por Myrna Weissman y Gerald Klerman para el tratamiento de la depresión. La terapia interpersonal se conduce sobre todo como una terapia de corto plazo de aproximadamente 16 semanas. El propósito principal del terapeuta es cambiar los patrones de interacciones interpersonales autoderrotistas del paciente. La terapia es breve y el terapeuta es más directivo y activo que otras formas de psicoterapia psicodinámica; el terapeuta usa su relación con el

paciente como un medio importante de identificación de conductas y patrones de comunicación desadaptados.

### **3.2.3 Terapia Humanista**

La terapia humanista en oposición a las terapias dinámicas, que tienden a reconstruir personalidades, el objetivo de las terapias humanistas es liberarlas. Las personalidades potencialmente realizadas siguen estando ahí, enterradas bajo actitudes que la constriñen.

Este enfoque de terapia considera que siempre hay algo bueno en todas las personas, incluso cuando actúan de manera aterradora e inconsciente. Considera las siguientes suposiciones acerca de la gente:

- Todos los individuos son libres para determinar sus vidas y destinos; no son moldeados ni restringidos por pulsiones internas o por fuerzas en el ambiente externo.
- No existe una verdad externa, válida para el mundo; cada persona posee su propio punto de vista, el cual es único y válido por derecho propio.
- Los problemas surgen al perder contacto con la experiencia interna y las emociones. El crecimiento positivo ocurrirá en la medida en que los individuos se concentren y tomen mayor conciencia de sus emociones y experiencias.

Esas suposiciones son parte central de un conjunto diverso de terapias surgidas entre las décadas de 1940 y 1960. Estas terapias incluyen modelos que reciben varios nombres

como humanista, centrada en la persona, existencial, experiencial, modelos de psicoterapia de apoyo o expresivos; también son conocidos como modelos humanistas existenciales o más recientemente como Proceso experienciales.

La diferencia principal entre las psicoterapias psicodinámicas y las terapias humanistas existenciales involucra el papel del terapeuta en la interpretación de las experiencias del cliente. En la terapia psicodinámica, las interpretaciones formuladas por el terapeuta son cruciales para ayudar al cliente a lograr el Insight; el terapeuta ofrece una explicación de la conducta del cliente basada en el enfoque y punto de referencia del terapeuta, no del cliente. En la terapia humanista existencial, se asume la posibilidad de que el cliente obtenga Insight sin recibir interpretaciones del Terapeuta.

### **Psicoterapia centrada en la persona**

Las raíces de la psicoterapia humanista pueden rastrearse desde los trabajos de William James a principios del siglo XX. Sin embargo, la figura más destacada en la evolución de los modelos humanista, existencial y experiencial es el psicólogo estadounidense Carl Rogers. A partir de la década de 1940, Rogers elaboró una teoría de la personalidad y un enfoque a la psicoterapéutica llamado psicoterapia centrada en la persona.

En la filosofía rogeriana el cliente es una persona en busca de su propia identidad. El terapeuta no se ve a sí mismo como experto del que el cliente pueda depender, sino como un amigo que acepta, que entiende y que será como un compañero del cliente durante la búsqueda. El terapeuta no tiene una meta preconcebida, no pretende diagnosticar los problemas del cliente y no quiere dirigirle. Al contrario, lo contempla para ver el mundo como el cliente lo ve, para comprender el mundo a través de los ojos del cliente. El progreso hacia la auto-actualización del cliente se consigue a través de la relación entre cliente y terapeuta. Los elementos que se tienen que dar para una posible auto-actualización en el cliente son:

1. Aceptación, o consideración positiva incondicional: si el terapeuta acepta al cliente total o incondicionalmente, tal como es en ese momento, incluso cuando está expresando sentimientos negativos, éste conseguirá de tal aceptación, la fuerza necesaria para cambiar y desarrollarse. Ser aceptado por otra persona ayuda al cliente a desarrollar una actitud de mayor comprensión hacia sí mismo.

2. **Comprensión empática:** una escucha activa y sensible que permite al terapeuta comprender los sentimientos de su cliente, incluso aquéllos de lo que el paciente puede no ser consciente, clasificarlos y comunicarle este conocimiento. Ser escuchado de esta manera ayuda al cliente a escucharse a sí mismo con mayor exactitud. Puede entonces sentir emociones que había bloqueado.
3. **Congruencia:** un individuo congruente no trata de parecer una cosa distinta de lo que es. Es él mismo. No trata de levantar una fachada, no trata de enmascarar sus emociones, permite que la otra persona vea lo que siente y piensa. Cuando los clientes se comprendan y se enorgullezcan de sí mismos, aceptarán sus experiencias como reales y serán más auténticos.

### **Teoría del yo de Rogers**

El autoconcepto y la autoestima son nociones centrales en la mayoría de los modelos humanistas y existenciales. De acuerdo con Rogers (1961), por ejemplo, los individuos desarrollan un sentido real y uno idealizado de sí mismos. El yo verdadero se refiere a las percepciones del yo tal como el individuo funciona en el momento, aspectos del yo que en ese momento están incluidos en la conciencia. El yo ideal, en contraste, se relaciona con las percepciones del yo al cual aspira el individuo. El yo ideal a menudo se basa en los valores y metas interiorizados de otros, esto es, lo que otros esperan y desean de la persona en lugar de lo que la persona quiera para sí misma.

La psicopatología ocurre cuando los individuos tratan de vivir su vida de acuerdo a las metas y valores que otras personas mantienen para ellos en lugar de seguir sus propios motivos y metas. El resultado es una discrepancia entre el yo y el yo ideal. Además, concentrarse en las reacciones de los otros llevará a los individuos a desconfiar de su propia experiencia y de sus propias emociones y a tornarse ansiosos y preocupados por cumplir las expectativas de otros más que sus propias metas.

### **Psicoterapia existencial**

La psicoterapia existencial, aunque está muy cercana a las visiones humanistas y centrada en el cliente de Rogers, tiene orígenes separados y contiene varios rasgos que la distinguen del enfoque humanista. El enfoque existencial se deriva de los escritos de filósofos europeos como Sartre, Kierkegaard, y Heidegger, y de psiquiatras como Viktor Frankl de Austria. La tradición existencial resalta el potencial humano para el libre

albedrío, así como las limitaciones humanas y las dimensiones problemáticas y trágicas de la existencia; es decir, la creencia de que todas las personas están, finalmente, solas en su experiencia y se enfrentan a la inevitable ansiedad e incertidumbre provenientes del reconocimiento de la inevitable muerte. Las teorías existenciales destacan dos lados contrastantes característicos del libre albedrío.

Una mezcla de las tradiciones humanista y existencial se refleja en la terapia de la Gestalt desarrollada por Fritz Perls en las décadas de 1950 y 1960. Perls se recibió de médico en Alemania en 1921 y después se entrenó para convertirse en psicoanalista. Sin embargo, Perls cuestionó con fuerza algunos principios básicos del psicoanálisis, en particular la importancia del ello y su papel en el desarrollo de la neurosis. Perls abandonó Alemania en 1933, poco después de que Hitler asumiera el poder y se mudó, primero, a los países bajos, luego a Sudáfrica en 1934 y por último a Estados Unidos en 1946. A la postre se estableció en Esalen, un centro para la psicoterapia humanista-existencial en Big Sur, California. Perls compartía la idea de Rogers sobre la bondad innata de los seres humanos, pero él ponía énfasis en el papel de los individuos para asumir la responsabilidad de su propia conducta.

La meta principal de la terapia de la gestalt era ayudar a los clientes a entender y aceptar sus necesidades, deseos, fortalezas y temores para aumentar su conciencia de cómo ellos mismos se impedían alcanzar sus metas y satisfacer sus necesidades. Perls creía que uno de los mecanismos primarios para lograr el crecimiento personal era volverse más consciente de lo que uno estaba pensando y sintiendo en el momento; ser consciente del aquí y ahora y evitar las preocupaciones e inquietudes acerca del futuro. Perls sentía que la terapia pretendía ayudar a los individuos a ser más integrados y totales aumentando su conciencia de los sentimientos no reconocidos y al apoyarlos a reivindicar las partes de su personalidad negadas o repudiadas.

70

### **Teoría existencial**

La meta de la psicoterapia existencial no es abordar síntomas, aunque los síntomas de malestar pueden aliviarse como consecuencia de ayudar al individuo a reconocer y negociar las tareas de la vida, es decir que aprendan a enfrentar las tareas fundamentales de la vida.

La identidad personal y la dirección de la vida se reflejan en el concepto de un sistema de constructos del yo y el mundo, este concepto se conoce como SAW, es una forma en que un individuo se define a sí mismo y al mundo. Los problemas psicológicos se desarrollan cuando el SAWC no es funcional, por ejemplo, cuando no logra generar un sentido de

satisfacción o da lugar a mucha frustración o dolor. La aflicción psicológica resultante de la disfunción del SAWC es lo que lleva a una persona a buscar ayuda mediante la psicoterapia.

### ***Metas de la psicoterapia humanista-existencial***

Los enfoques humanista existencial psicoterapéuticos comparten metas comunes con las terapias psicodinámica y psicoanalítica, pero también discrepan de ellas en varios aspectos fundamentales. De manera análoga a la psicoterapia psicodinámica y psicoanalítica, los enfoques humanistas y existencial enfatizan el propósito de facilitar mayor introspección (Insight) y autocomprensión en el cliente con el fin de producir el cambio de personalidad. Sin embargo, los enfoques humanistas- existenciales se apartan de manera radical de los enfoques psicodinámicos y psicoanalíticos en el hecho de que destacan que el cliente debe establecer las metas concretas para la psicoterapia. Las metas de la psicoterapia humanista- existencial son:

- Ofrecer apoyo y empatía para auxiliar a los clientes a explorar la verdadera naturaleza y significado de sus conductas, emociones y relaciones pasadas o presentes con los demás.
- El terapeuta se esfuerza por permitir que los clientes enfrenten y aclaren sus elecciones pasadas y presentes; permitir que los clientes se relacionen de manera auténtica, abierta, honesta, espontánea y cariñosa con los otros, permitir que los clientes acepten su propia soledad en el mundo, y proporcionar a los clientes un encuentro o relación genuina y auténtica con otra persona en el contexto de la terapia.
- La meta principal de la terapia humanista existencia es facilitar el movimiento del cliente hacia una realidad del yo cada vez mayor. El proceso de la realidad del yo es convertirse en todo lo que se es capaz de ser y vivir así una vida que esté llena de significado y de logro.

### 3.2.3 Terapia de Conducta

La terapia de conducta, también conocida como modificación de conducta, es notablemente diferente de las otras corrientes. Esta terapia no se desarrolló a partir del tratamiento con individuos con problemas, como sucedió en las terapias dinámicas y humanistas, sino, en buena parte, de la investigación en el laboratorio sobre el aprendizaje en los seres humanos y los animales. Tiene sus raíces también en la psicología del aprendizaje, que explica la personalidad humana a partir de los principios básicos del aprendizaje. Si la conducta desadaptiva ha sido aprendida, también puede desaparecer. Así pues, podemos definir la terapia de conducta como el uso de principios del aprendizaje establecidos experimentalmente para superar hábitos que no permiten que el individuo se adapte a su medio.

Los conductistas sostienen que los hábitos y las actitudes negativas son respuestas aprendidas, y que la mejor manera de librarse de ellas es aprender respuestas nuevas y positivas. No se involucran en los posibles conflictos inconscientes que causan la conducta, sino que se ocupan tan sólo de la conducta en sí misma. Mientras que los terapeutas dinámicos creen que el eliminar cualquier conducta específica simplemente anulará un síntoma, que el individuo pronto reemplazará con otra conducta desadaptiva, los terapeutas de la conducta no están de acuerdo con ello. En su opinión, la conducta desadaptada es, en sí misma, el problema.

Los conductistas exploran en las experiencias pasadas de las personas sólo cuando es necesario para descubrir cómo lo que ocurrió entonces mantiene la conducta no deseada ahora.

Los terapeutas de la conducta aplican principios científicos extraídos del laboratorio y buscan la máxima precisión posible en los criterios para el uso de una técnica concreta para cada problema en la descripción de las técnicas y en la evaluación de los resultados.

Sin embargo, se han producido cambios en la aplicación estricta de algunos de estos métodos. En tanto que al principio los conductistas solían mantener una vehemente aproximación antimentalista que negaba que el pensamiento, los sentimientos o la interacción social tuvieran algo que ver en el control de la conducta, hoy estos mismos terapeutas reconocen que las personas pueden ejercitar el auto-control y la auto-dirección para modificar su conducta. Nuestras conductas no están determinadas sólo por nuestros ambientes, sino también por nuestros corazones y nuestras mentes.

Por ejemplo, si un paciente acude a la consulta con un problema de bebida, un terapeuta de la conducta contemporáneo podría decidir no dirigirse directamente a la conducta problemática, la bebida. Podría considerarse más productivo modificar las condiciones que crean la necesidad o el deseo de beber en el sujeto. Si el terapeuta creyera que el beber estaba relacionado con problemas laborales, podría ayudar a su paciente a ser más asertivo con su jefe o le enseñaría técnicas que le ayudaran a estar más relajado en su presencia. O bien podría utilizar también un enfoque cognitivo para elevar el nivel de autoestima del individuo, de manera que no se sintiera tan débil y desamparado en su relación con el jefe.

Todas estas técnicas siguen siendo consideradas conductistas, porque están basadas en principio del aprendizaje, se centran en el aquí y ahora y se orientan hacia la modificación de la conducta actual, al centrarse más en la relación que el beber en sí mismo, se refleja más una aproximación mentalista y compleja al problema de la bebida de lo que estrictamente admitirían los principios del aprendizaje.

Los terapeutas de la conducta han desarrollado una serie de técnicas diferentes. El uso de un procedimiento concreto dependerá del problema específico que haya que tratar, de la personalidad del cliente y de la orientación del terapeuta.

### *Métodos*

Los terapeutas conductuales disponen de una amplia variedad de técnicas para enseñar o incrementar las conductas adaptadas y eliminar las conductas desadaptadas. Debido al gran número de técnicas disponibles para cambiar la conducta, es tentador considerar la terapia conductual como una simple colección o arsenal de procedimientos.

### **Procedimientos para reducir el temor:**

A partir de los estudios epidemiológicos recientes, se sabe que los temores y las fobias se encuentran entre las formas más comunes de malestar psicológico. Los experimentos de Watson con el pequeño Alberto demostraron que los temores pueden aprenderse mediante la experiencia; es decir, gracias al condicionamiento clásico. Los temores también pueden aprenderse en forma indirecta, por medio de la observación. Por ejemplo, no debe ser difícil imaginar que un niño puede aprender a temer a las serpientes al mirar que su padre muestra signos manifiestos de dolor después de ser mordido por una serpiente. Dado que este temor es aversivo, es comprensible que el individuo evite entrar en contacto con el objeto o situación temidos. Sin embargo, desde la concepción conductual esta evitación del objeto temido significa que el individuo nunca tendrá una oportunidad de extinguir ese temor; es decir, de acercarse a una serpiente y encontrar que nada sucede. En ausencia de cualquier experiencia nueva de aprendizaje, el temor o fobia persistirá por tiempo indefinido.

La mayor parte de los enfoques conductuales a la reducción del temor implica algún tipo de exposición del paciente al estímulo temido. En ocasiones esta exposición se realiza utilizando la imaginación del paciente; es decir, se instruye al paciente para que imagine poniéndose en contacto con el objeto o situación temidos. En otras ocasiones la exposición es real, o en vivo, situación donde el individuo enfrenta en realidad el objetivo de su temor. La primera técnica utilizada para reducir el temor es la desensibilización sistemática.

74

### ***Desensibilización sistemática:***

La desensibilización sistemática es uno de los procedimientos conductuales más estudiados y da mayor aplicación para la reducción de temores y fobias. Por lo general se utiliza cuando el paciente tiene las habilidades para involucrarse en conductas apropiadas o adaptadas, pero en lugar de ello evita el estímulo o situación temidos. A menudo, esta evitación adquiere la forma de una fobia, la cual es un temor fuera de proporción con cualquier peligro real a un objeto o situación particular. Además, el temor o fobia debe presentar un problema serio en el funcionamiento o la vida diaria del individuo. Por ejemplo, es más probable que una paciente diabética incapaz de inyectarse insulina porque teme a las agujas busque tratamiento por su fobia a las agujas a que lo haga un contador que vive en Manhattan y que muestra una fobia que le impide aproximarse a las serpientes y manipularlas.

La desensibilización sistemática se encuentra entre las técnicas conductuales diseñadas para reducir la ansiedad en humanos que primero se definieron y probaron con claridad. La desensibilización sistemática la desarrolló y describió inicialmente Wolpe en 1958 en su libro *psicoterapia por inhibición recíproca*. El principio de inhibición recíproca simplemente señala la imposibilidad de estar ansioso y relajado al mismo tiempo, ya que esos dos estados se inhiben mutuamente entre sí. De este modo, no pueden experimentarse al mismo tiempo los componentes fisiológicos de la ansiedad (por ejemplo, un corazón que late de prisa, respiración incrementada, alta activación) y los componentes fisiológicos de la relajación (Por ejemplo, disminución del ritmo cardíaco respiración más lenta, baja activación), pues son incompatibles entre sí. Wolpe razonó que si se enseñaba a los pacientes ansiosos a permanecer relajados en presencia de estímulos cada vez más aversivos o fóbicos, no se sentirán ansiosos en el mismo momento.

Hay tres pasos distintos en la desensibilización sistemática. Primero, como el paciente no puede estar ansioso cuando se encuentra relajado, se le entrena en una o más técnicas específicas de relajación. El procedimiento de relajación utilizado con más frecuencia en la desensibilización sistemática se basa en la técnica progresiva de relajación muscular de E. Jacobson (1938). Este procedimiento implica tensar y relajar en forma alternada grupos de músculos de manera sistemática en todo el cuerpo. A menudo, el terapeuta dará al paciente una cinta con instrucciones de relajación para que éste pueda practicar en casa. Sin embargo, si el paciente o el terapeuta se dispone de otros procedimientos para enseñar al paciente a relajarse. Por ejemplo, muchos pacientes prefieren usar una técnica conocida como relajación autogénica, en la cual usan la imaginación para relajarse. De este modo, en lugar de tensar y relajar de manera alternada músculos específicos, los pacientes escuchan al terapeuta o un cliente que describe escenas relajantes (por ejemplo, “imagínese acostado en la arena cálida de la playa, escuchando la brisa marina pasar entre las palmas y sintiendo el calor del sol en su piel). Otros pacientes pueden usar la hipnosis, la biorretroalimentación o la meditación para relajarse.

La segunda etapa en la desensibilización sistemática supone la elaboración de una jerarquía de ansiedad. Una jerarquía de ansiedad es una lista de escenas o situaciones relacionadas que varían en la cantidad de ansiedad que provocan cuando el paciente las imagina o visualiza. El paciente trabaja con el terapeuta para elaborar una lista inicial grande de escenas relacionadas con el objeto o situación temida que causan la ansiedad

del paciente cuando se la imagina. El paciente califica luego cada escena indicando qué tan ansioso se siente cuando lo imagina o visualiza. Con base en las calificaciones del paciente, éste y el terapeuta seleccionan aproximadamente de 15 a 20 de las escenas que mejor abarcan el rango de calificaciones.

El proceso final en la sensibilización sistemática es realmente el corazón de este procedimiento: el aparamiento sucesivo de la relajación con cada uno de los estímulos en la jerarquía de ansiedad del paciente. Éste comienza la sesión relajándose, lo cual, como ya ha aprendido a relajarse por completo con rapidez, sólo se lleva de 10 a 15 minutos. Luego, empezando con el estímulo de menor rango en la jerarquía, se indica al paciente que imagine o visualice la escena durante cerca de 10 segundos mientras permanece relajado.

Cuando el paciente logra visualizar la escena de la jerarquía que induce la ansiedad más intensa sin experimentar ansiedad, la desensibilización sistemática está completa. Sin embargo, la mayoría de los terapeutas que practican este procedimiento también aconsejan, al paciente, buscar equivalentes reales de las escenas imaginadas en la jerarquía con el propósito de asegurar que la relajación se generalice a escenas reales. De hecho hay una variante de la desensibilización sistemática, llamada desensibilización en vivo, donde al paciente se le expone en realidad a los estímulos que inducen ansiedad. Por ejemplo, un individuo con acrofobia (temor a las alturas) puede acompañar al terapeuta al balcón de un segundo piso mientras intenta permanecer relajado. Este procedimiento se repite hasta que el paciente puede relajarse mientras permanece en el balcón, momento en el cual el paciente y el terapeuta pueden proceder a mirar por la ventana de un tercer piso.

76

### ***Tratamientos de exposición:***

Como sucede con muchos procedimientos en la terapia conductual, los tratamientos de exposición tienen sus raíces en los modelos de animales de psicopatología. Por ejemplo, el psicólogo Martin Seligman de la University of Penssylvania demostró en la década de 1990 que una forma efectiva de enseñar a un perro a reingresar a una jaula que previamente había sido asociada con una descarga es obligar al perro a entrar a la jaula e impedir su escape. Aunque al principio muestra signos de malestar considerable, con el tiempo la ansiedad y la emocionalidad se disipan (se extinguen) y el perro puede entrar a la jaula para obtener comida, algo que no podía hacer antes de su exposición a la situación que le provocaba ansiedad.

Los terapeutas conductuales se inspiraron en esos hallazgos científicos, lo cuales demuestran la efectividad de obligar a los perros a entrar en las jaulas en las que inicialmente habían experimentado temor, para desarrollar terapias de exposición para el tratamiento de los temores y las fobias. El primer ejemplo de dicho enfoque terapéutico es la terapia implosiva o de inundación. La terapia implosiva pretende extinguir la respuesta de temor exponiendo a los individuos ansiosos a las situaciones causantes de temor y obligándolos a permanecer en esas situaciones hasta que la activación se reduce o elimina.

Es importante reconocer que esta aproximación a la reducción del temor difiere de modo considerable en los procedimientos de desensibilización. En la desensibilización sistemática o desensibilización en vivo se enseña al individuo a relajarse y se le expone en pasos lentos y graduales a las situaciones que provocan un nivel creciente de ansiedad, nunca se permite al paciente experimentar más de un bajo nivel de ansiedad antes de que la situación se retire. En contraste, la terapia implosiva implica en muchos aspectos un enfoque opuesto, en esencia, al empezar en lo más alto de la jerarquía de ansiedad. No se enseñan al individuo métodos de relajación; de manera inmediata se le expone o instruye en imaginarse en las situaciones que producen más ansiedad por un periodo prologado. Es más se indica al paciente pensar en el peor resultado posible de la situación con el fin de provocar el mayor nivel de ansiedad. Por ejemplo, puede indicarse aún paciente claustrofóbico a imaginarse permaneciendo por dos horas en una habitación pequeña y que ésta se va reduciendo. En la terapia implosiva el individuo aprende a que no hay consecuencias aversivas a largo plazo por aproximarse al objeto temido o permanecer en la situación creadora de ansiedad. La gente ve que puede sobrevivir a sus peores temores y los estímulos temidos pierden su potencia para provocar la ansiedad.

77

### ***Capacitación en habilidades sociales***

Los terapeutas conductuales han utilizado la capacitación en habilidades sociales para tratar trastornos caracterizados por dificultades en el funcionamiento social o interpersonal. En las dos décadas pasadas, una gran cantidad de publicaciones de investigación psicológica ha demostrado una asociación consistente entre el funcionamiento social problemático y la psicopatología, por lo general depresión y ansiedad, pero también fobia social y esquizofrenia. Los individuos con esos trastornos indican que tienen menos amigos cercanos y, en general, redes sociales más pequeñas

que las personas que no experimentaban niveles elevados de psicopatología. Muchos investigadores han interpretado que esos hallazgos muestran que la gente con esas formas particulares de psicopatología son deficientes en sus habilidades sociales.

Los teóricos y terapeutas conductuales han identificado una serie de componentes verbales y no verbales de las habilidades sociales. Por ejemplo, los pacientes con problemas en las situaciones sociales a menudo tienen las siguientes dificultades: mantener el contacto ocular, adecuar el tono de su voz con el contenido de la conversación, percibir con precisión las emociones de los otros, sonreír en momentos apropiados, interpretar de manera correcta las conductas no verbales de los demás y presentar sus respuestas en el momento apropiado, por ejemplo, no interrumpir a la otra persona o terminar los enunciados de su compañero. Dependiendo de la situación específica, los individuos pueden mostrar también dificultad para iniciar o mantener las conversaciones, hacer peticiones a otra gente, o defender sus derechos. Todas esas deficiencias en las habilidades sociales básicas interfieren con el desarrollo y mantenimiento de las relaciones sociales.

Los terapeutas conductuales utilizan varios procedimientos para ayudar a un paciente a adquirir mayores habilidades sociales o ser más asertivo. La mayoría de los programas de capacitación de las habilidades sociales, incluyen los siguientes puntos:

1. Evaluación de las ventajas, déficits y excesos conductuales del paciente en las situaciones sociales.
2. Selección de conductas sociales específicas para modificación
3. Modelamiento de conductas apropiadas por el terapeuta
4. Instrucción o preparación de conductas apropiadas e interpretación de papeles y repaso por el cliente.
5. Retroalimentación y reforzamiento positivo de pasos pequeños que llevan a la conducta deseada.
6. Tareas frecuentes para involucrarse en conductas sociales particulares fuera de la terapia.

Todos esos componentes de entrenamiento se diseñaron para ayudar al paciente a aprender del terapeuta exactamente qué conductas son apropiadas en varias situaciones y a sentirse más cómodo y experto al realizar esas conductas. El mayor nivel de habilidad

social, a su vez, conducirá a una reducción en el nivel de ansiedad y depresión del paciente en situaciones sociales.

Esta aproximación al tratamiento del déficit de habilidades sociales y al incremento de la Asertividad se ha usado con éxito en el tratamiento de la timidez, aislamiento social, esquizofrenia y fobia social y en la reducción de los arrebatos de ira y violencia en los pacientes psiquiátricos. También se ha usado para tratar problemas interpersonales en los niños. La capacitación de habilidades sociales se ha usado junto con otros procedimientos para tratar el conflicto matrimonial, la depresión, y el abuso y dependencia del alcohol.

### ***Manejo de contingencias: Moldeamiento y contrato de contingencias***

El manejo de contingencias es un término general usado para describir una clase de procedimientos basados en los principios del condicionamiento operante que cambian la conducta controlando sus consecuencias. Existen pues tres tipos de técnicas de manejo de contingencias que son:

- Moldeamiento
- Contrato de contingencias
- Economía de fichas

Moldeamiento: se utiliza el moldeamiento para desarrollar una conducta final reforzando acercamientos sucesivos, o pasos graduales, a la meta final. Al principio, se refuerzan las conductas que representan el primer paso hacia la exhibición de la conducta deseada y luego se eleva de manera gradual el estándar de lo que representa una conducta reforzable, hasta que el individuo emite la conducta final deseada. Por lo general, se utiliza el moldeamiento en los casos donde la persona es capaz de emitir la conducta deseada pero no ha podido hacerlo. Por ejemplo, una persona tímida cuya meta última es interactuar con facilidad con la gente en las fiestas puede empezar por asistir simplemente a una fiesta sin expectativas o presiones para hablar con alguien, luego decir hola a una persona en la siguiente fiesta, y así sucesivamente hasta que se sienta cómoda interactuando con la gente en una situación social.

Contrato de contingencias: consiste en elaborar y formar un acuerdo formal que describe con exactitud las conductas que se esperan de cada participante y las consecuencias precisas de las conductas. Los contratos de contingencias pueden establecerse entre el terapeuta y el paciente, describiendo con detalle las conductas objetivo y las consecuencias de realizar o no hacerlo. Por ejemplo, un paciente que intenta dejar de fumar menos de 30 cigarrillos durante la siguiente semana sino no lo logra, puede donar una suma especificada de dinero a una organización que le disguste mucho. Con frecuencia se establecen contratos entre dos pacientes que van juntos a la terapia, por lo general cónyuges, o entre miembros de la familia que participan en la terapia.

Programas de economía de fichas: los programas de economía de fichas consiste en canjear fichas (fichas ganadas por cumplir con determinadas conductas) por bienes, servicios o privilegios, por ejemplo, puede permitirse a los pacientes que cambien sus fichas por privilegios específicos (por ejemplo, una hora extra de televisión, un viaje fuera de hospital) o por bienes como revistas; a los niños se les puede ofrecer bocadillos o tiempo de lectura a cambio de las fichas obtenidas al realizar conductas específicas. En todos los casos, debe especificarse la tasa precisa de canje antes de obtener fichas.

Los programas de economía de fichas se han desarrollado y utilizado de manera más general con poblaciones institucionalizadas. En efecto, uno de los primeros informes de un programa de economía de fichas organizado de manera sistemática describía el uso de fichas y reforzadores para incrementar conductas socialmente deseables en una muestra de pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados. Desde ese reporte, se han presentado numerosos estudios de la efectividad de los sistemas de economía de fichas tanto en muestras psicopatológicas como en poblaciones normales.

80

### **3.3 Abordajes psicoterapéuticos en el consumo de drogas**

La adicción a las drogas es una enfermedad progresiva y que al final termina por romper con el equilibrio de todos los órganos del cuerpo, en especial del cerebro, así podemos ver que drogas tan potentes como la metanfetamina termina por agotar las reservas de los neurotransmisores dopamina y serotonina produciendo depresiones crónicas, trastornos de ansiedad, delirios y alucinaciones cuando se presenta el síndrome de abstinencia después de abuso del psicotrópico y daño de la piel, dientes, anemia, desnutrición y enfermedades cardiovasculares y respiratorios.

Los tratamientos médicos para tratar las adicciones han sido muy limitados e inclusive reducidos, ya que hasta la fecha los psiquiatras y médicos han logrado crear medicamentos para prevenir el consumo como es el caso del antabus (Disulfiram) y la naltraxerona que neutraliza los efectos placenteros de la heroína; ya que es un antagonista opiáceo, y también se puede utilizar para la rehabilitación del alcoholismo. Más sin embargo, estos son muletas para evitar el consumo y para contrarrestar los síndromes de abstinencia, como suele suceder con la metadona para los síndrome de abstinencia en opiáceos, pero de ninguna manera logra que evitar recaídas ya que si no se trabaja la adicción desde la raíz como son los rasgos, los pensamientos, emociones, y en general las vulnerabilidades psicológicas y factores de riesgo como lo hace la psicoterapia.

La psicoterapia se ha convertido en la principal herramienta para tratar a la adicción y hoy en día existen varios centros que se dedican a brindar algún tipo de psicoterapia para el tratamiento de la drogadicción entre ellos están:

- Centro de integración juvenil: (CIJ) es una asociación civil no lucrativa incorporada al Sector Salud fundada en 1969, con el objetivo de atender el consumo de drogas entre los jóvenes, para aquellos tiempos el problema de drogadicción en México no era tan notable.
- Los Anexos, que son asociaciones civiles donde se brinda apoyo económico, emocional y psicológico a los consumidores crónicos de drogas que lo han perdido todo: la familia, trabajo, amigos, la estima propia y la propia salud mental y física.
- El DIF: el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) creado en 1977 por decreto presidencial a partir de la fusión del Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI) con la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN). El DIF se dedica a impartir psicoterapia individual y grupal con el desarrollo de su programa CHIMALLI que cuyo objetivo es Contribuir en la disminución de las adicciones y otros factores de riesgo en las niñas, niños, adolescentes y padres de familia, detectados en las comunidades.

Estos centros manejan por lo general varios enfoques de psicoterapia para el tratamiento de adicciones, sobre sale en especial el modelo De CHIMALLI del DIF, que procura no solo dar información sobre los riesgos, sino fundamental, también aportar los elementos para moldear actitudes de protección y desarrollar las habilidades de protección para afrontar los indicadores o riesgos psicosociales que inducen al consumo de drogas. Esto se logra con intervenciones grupales, y con técnicas:

- Psicoeducativas
- Psicosociales
- Psicocorporales
- De acción social educativa

También están los hospitales psiquiátricos, las cárceles, la consulta privada ambulatoria que atiende a personas con algún tipo de acción desde enfoque terapéutico en particular o manejando varios enfoques para ayudar al adicto que acude a sus servicios. Es muy importante destacar que no importa si se maneja dos o más enfoques de terapia.

A continuación podemos enunciar los diferentes abordajes terapéuticos para el consumo de drogas.

### ***3.1 Abordaje de la terapia psicodinámica***

La experiencia ha demostrado que los motivos y las razones por las que se presentan a tratamiento un gran porcentaje de presuntos pacientes, están vinculadas con la angustia y la demanda del otro (familiar, amigo, institución). El que no acuda por sí mismo, imposibilita realizar el tratamiento con él, que no demanda, ya que no ocupa su lugar como paciente, que es imprescindible para que el proceso terapéutico pueda fluir sin barreras.

Mientras, que el sujeto no admita la condición de dependiente, será difícil que acepte la posición de paciente, lo cual es un deslizamiento terapéutico que permite que cambie la dependencia de la droga al terapeuta, de forma transitoria y resolutive. Por lo tanto debe ser manejada como tal, manteniéndose estratégicamente, ya que este tipo de relación posibilita un tratamiento que de otra manera no se daría. La relación transferencial se resolverá esclareciéndola, poniéndole fin al tratamiento.

### ***3.3.2 Abordaje de la terapia cognitivo conductual***

La terapia cognitiva es un sistema que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones.

Una de las ideas básicas de la terapia cognitiva es ayudar al paciente a reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir la droga, mediante la refutación de las creencias subyacentes, y enseñarle técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos.

En el tratamiento de abuso de sustancias, esta terapia se caracteriza por los siguientes aspectos: a) supone un trabajo de colaboración basado en la confianza, b) es activa, c) se apoya en gran medida en el descubrimiento guiado y la comprobación empírica de las creencias, d) intenta contemplar el consumo de la droga o la bebida como un problema técnico, para que exista una solución concreta.

El tratamiento del cognitivo conductual según los estudios comparativos ha demostrado ser la terapia que más beneficiosa para contrarlar las adicciones, ya que no sólo logra que el paciente se abstenga, sino que enseña al paciente las habilidades necesarias para mejorar su vida laboral, social y familiar del paciente evitando que se vuelva codependiente a su grupo de terapia como sucede en Alcohólicos Anónimos.

Desde el modelo Cognitivo Conductual, En los Estados Unidos se diseñó un programa de intervención conocido como CRA: Community Reinforcement, reconocido por varios estudios científicos como el mejor método de tratamiento para las adicciones, y básicamente consiste en enseñarle habilidades y aptitudes al individuo para relacionarse mejor en su ambiente familiar, social y laboral. Una adaptación del modelo en México fue llevado con 9 usuarios con problemas con el alcohol y drogas obteniéndose un aumento en la autoeficacia, aumento en la satisfacción con la vida, disminución en los precipitadores y disminución del patrón de consumo. (Barragan, González, Medina y Ayala, 2005).

En México hace falta diseñar programas de tratamiento que sean avaladas por la literatura científica como es el método Community Reinforcement que estaba basado en los supuestos teóricos del condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje vicario, y que es un tratamiento novedoso que fue elaborado en base a la terapia cognitiva conductual que enseña habilidades y aptitudes a los pacientes para evitar recaídas y aprendan a lidiar de forma efectiva con su ambiente.

Leitenberg (1976) describe lo siguiente:

El programa de reforzamiento comunitario fue diseñado principalmente para alterar los reforzadores naturales del alcohólico- profesional, familiar y social, en el supuesto de que su

ausencia o el alejamiento de ellos se producían siempre que el sujeto comenzaba a beber. Para conseguirlo hicieron hincapié en el desarrollo de técnicas de adquisición y mantenimiento de habilidades que capacitarán al sujeto para encontrar trabajos satisfactorios. Además estos sujetos recibieron entrenamiento para desarrollar aptitudes matrimoniales y familiares (de modo que puedan actuar como padres cónyuges o padres responsables) y en destrezas sociales, para que les fuera posible relacionarse con otras personas que no fuesen alcohólicos. En las tres áreas objetivos se empleo: modelado, representación de papeles, exhortación, reforzamiento verbal e identificación de respuestas adecuadas, para ocasionar los cambios de conducta específicos deseados. (P. 50).

### ***3.3.3 Abordaje de la terapia Sistémica***

La terapia sistémica considera a la familia como paciente y al miembro adicto como el síntoma por el que se acude a tratamiento. Los procesos de la dinámica familiar, como la comunicación, roles, involucramiento afectivo, reglas y disciplinas, control, realización de tareas, valores e ideales, constituyen un modelo de abordaje terapéutico para detectar los factores que promueven y mantienen las conductas adictivas, favoreciendo el esclarecimiento de relaciones interpersonales y familiares que llevan a la solución del conflicto.

Una de las propuestas para el trabajo en terapia familiar con adicciones fue desarrollada por Stanton y Todd en 1982, que sugiere una aproximación estructural- estratégica, donde lo estratégico es el eje o la guía, pero integra también muchos elementos estructurales.

Básicamente Stanton y Todd desarrollaron una teoría familiar de la farmacodependencia recogiendo las aportaciones de Terapeutas familiares notables en su campo, como por ejemplo tenemos la teoría de Haley (1980, citado por Espina, 1996). Que dice que entre los padres de jóvenes perturbados existe un conflicto oculto que consiste en que la madre

encuentra apoyo emocional en el hijo y le encubre permitiéndole todo, y el padre es periférico, no ejerciendo la autoridad o tornándose violento. El patrón interaccional sería el siguiente: la madre mimica al hijo porque el marido no le hace caso y si éste intenta disciplinarlo ella socaba su autoridad, él se pone violento con el hijo y ella lo cuida más.

La cuestión es que si el farmacodependiente deja su consumo y se independiza, la madre pierde su apoyo emocional, se deprime y puede aumentar las demandas al marido, lo cual acaba casi siempre en pelea, entonces el hijo reincide en su consumo y los padres dejan sus peleas y la amenaza de separación y se unen para marcar límites al hijo drogadicto, pero son límites patológicos que mantienen el síntoma del consumo de droga.

Diferentes prácticas que prevalecen en el campo de abusos de las drogas, ponen énfasis continuo sobre el involucramiento activo de la familia de origen de los adictos en la terapia, aún si él no está viviendo con ellos. Por lo común, estas familias no son capaces de atreverse a evolucionar exitosamente esta etapa y, en lugar de ello se quedan fijadas en un círculo en el cual el adicto entra, sale o permanece de manera inapropiada ligado a su familia. Por bien de todo el grupo, el terapeuta puede ayudarlos a avanzar correctamente. En ese sentido, se les pide que regresen a una de las etapas tempranas donde se había negociado exitosamente, para hacerlo bien en esta ocasión. Además, se restablece el control parental de manera gradual y apropiada. Debe notarse que este proceso frecuentemente intensifica la experiencia total de la familia, que como miembros estén más unidos.

Con la experiencia, ha llegado a ser claro que el tratamiento de terapia familiar debe versar primeramente, sobre la triada compuesta por el adicto y ambos padres, antes que en cualquier otra cosa. Si este primer paso se pasa por alto, el proceso de la terapia vacilará y posiblemente fallará. En algunos casos con matrimonios adictos donde se ha empezado con la pareja, se ha encontrado que este trabajo solamente sirve para tensar o disolver el matrimonio, favoreciendo así, que el adicto termine regresando con sus padres.

Desde este enfoque, en la terapia familiar se intenta incluir a todos los integrantes que viven en el hogar, o a los que están en cercanía inmediata. La regla del juego es ver cómo interactúan los miembros de la familia, antes de concluir las sesiones. Por otro lado, los compañeros pueden servir para numerosas funciones, pueden actuar aliados al adicto y ayudarlo a afirmarse más apropiadamente. De igual modo, los compañeros proveen datos adicionales sobre las interacciones familiares, de los cuales los terapeutas pueden sacar ventaja.

Una investigación con 45 familias nucleares, monoparentales y reconstruidas con un hijo adolescente drogadicto se halló que, el adolescente drogadicto vive en una familia donde el padre no tiene ninguna responsabilidad alguna, cediéndole toda la jerarquía y deber a la madre y los demás integrantes de la familia, solo ven el lado negativo de drogadicción del consumidor y están constantemente rechazándolo, a pesar de que el adolescente trabaje y contribuya a los labores domésticos. (Soria, Montalvo y González, 2004).

Esta investigación nos confirma las consecuencias de la estigmatización y rechazo constante de un miembro en un sistema y gran parte de la problemática reside en el rechazo y exclusión del individuo como parte del sistema produce problemas a la autoestima que le provoca sentimientos de tristeza, depresión, ansiedad y frustración de que a pesar de lo que haga el sistema lo sigue rechazando y no lo tiene en cuenta. En realidad no importa que tanto el individuo mejore en una terapia individual si el sistema lo sigue viendo como un enfermo que no merece la misma atención y derecho que los que se encuentran en condiciones de salud mejor que el individuo en cuestión, en realidad tiene que ocurrir tanto cambios personales y de los integrantes de su familia y redes sociales del individuo que manifiesta el síntoma. En realidad tiene que ocurrir un cambio global en la sociedad en cuanto a la forma de ver los problemas emocionales, de alcoholismo, de drogadicción y enfermedad mental en general, hay mucha gente que cree que las personas que padecen un trastorno psicológico o mental pueden ser peligrosas o no merecen ser tratadas dignamente por cuestiones de prejuicios que los mismos medios de comunicación han transmitido al poner casos aislados de gente con enfermedad mental que comete crímenes, y de hecho esto es poco común que la gente que padece trastornos mentales cometa un crimen; y es que la mayoría de la gente que padece un trastorno psicológico son personas que no tienen conducta agresiva y peligrosa.

Se confirman también las conclusiones de Minuchin que dice que no debe haber coaliciones, centralidades negativas, miembros periféricos e hijos parentales; de lo contrario se posibilita la disfuncionalidad de la estructura y la aparición de un síntoma en alguno o algunos miembros de la familia.

Por lo anterior, queda claro el porqué se pone énfasis en la participación de los miembros de la familia en la terapia, ya que el consumo de droga forma parte de la interacción familiar y un terapeuta que no tiene acceso a ellos opera en una severa desventaja. La participación en el tratamiento regularmente está limitada al adicto y a su familia inmediata. Este puede ser un sistema primario, pero existen otros que están relacionados de manera apropiada e incluyen amigos, parientes importantes, consejeros vocacionales, empleados, autoridades legales o escolares y desde luego, un equipo especial de profesionales en el tratamiento de drogas.

### **3.3.4 Abordaje de la terapia grupal**

La terapia de grupo permite resolver directamente en el grupo, las transferencias múltiples (a la madre, al padre, a los hermanos y a los abuelos), que experimentan todos los pacientes, y que pueden explorarse simultáneamente. La terapia de grupo tiene la facultad de sacar inmediatamente las resistencias, ya que lo primero que se pide a los pacientes, es que expresen espontáneamente todos sus sentimientos. Así, las resistencias fundamentales de carácter salen involuntariamente en cada sesión como: el aislamiento, la sospecha, la seducción, la intelectualización, el estar absorto, la arrogancia, y la impulsividad, son ejemplos de lo que debe resolverse.

La terapia de grupo es un terreno productivo para el análisis de las resistencias, que por otras razones no pueden aparecer en las sesiones individuales. Así, la terapia de grupo permite, en primer lugar, que aparezcan comportamientos que, de otra forma, en las sesiones individuales nunca aparecerían; evidencia que las diferencias individuales de los miembros de un grupo pueden provocar múltiples resistencias; que los miembros del grupo pueden retroalimentarse mutuamente, considerando sus cualidades rechazadas. Y por último, que éstos pueden servir como objetos de observación, pues miran claramente en los demás la dinámica que temen ver en ellos mismos.

A pesar de estos beneficios, la terapia de grupo en adicciones guarda características muy particulares. Para realizar un trabajo eficaz con pacientes adictos, el terapeuta grupal tiene que plantear el tratamiento en dos etapas claramente diferenciadas.

En la primera, el paciente adicto generalmente se encuentra bajo la presión externa que procede de sus familiares, empleadores, entre otros y se ven juzgados u obligados, debido a los problemas de salud física relacionados con el consumo. El terapeuta en este primer momento, se percató inmediatamente que muchos pacientes se encuentran en un estado mental grave, caracterizado por sentimientos de culpa, vergüenza y depresión, o se sienten agresivos porque hay personas que les obligan a cumplir demandas que consideran injustas, desproporcionadas y vengativas. Incluso cuando es el propio paciente el que desea tratamiento, cree que podría consumir drogas y beber de una forma segura y "normal". La realización de la terapia está más motivada por sus remordimientos y por el deseo de eludir condenas mayores, que por el deseo de aprovechar activamente los aspectos más eficaces de ésta. Por lo anterior, el terapeuta grupal tiene que afrontar las dificultades de manejar a un paciente resistente en dos planos. Cuando el paciente no se opone y se rebela activamente contra el tratamiento, intenta convencer al terapeuta y a los demás miembros del personal que están implicados activamente en su recuperación.

La habilidad de tratar la adicción consiste en poder superar la enorme negación y resistencia, activa o pasiva, que se presenta en la mayoría de los pacientes adictos. Esto conlleva la consideración de algunos aspectos éticos y terapéuticos muy importantes. El

terapeuta grupal no puede mantenerse al margen adoptando una postura de neutralidad; el tiempo, grado de dependencia de la sustancia y ausencia de motivación son factores que juegan en contra de la evolución de la terapia, a diferencia de los tratamientos habituales con pacientes no adictos. El motor básico en los adictos, consiste en llevarles a que perciban y comprendan la relación que hay entre sus dificultades actuales en la vida diaria con el consumo de alcohol o drogas, Cuando esto se ha logrado se les debe transmitir las ventajas de no beber o no consumir drogas, comparadas con los problemas derivados del consumo continuo de ellas.

La mayoría de los terapeutas saben que no se debe decidir por los pacientes, ni se debe comprometer la alianza terapéutica. Pero, cuando se trata de un grupo de pacientes adictos en las primeras etapas de la recuperación, que están intentando tomar decisiones sobre las drogas o el alcohol, se debe reconsiderar esta afirmación.

En la segunda etapa, una vez que se ha utilizado la fuerza y la disuasión del grupo para ayudar a que los pacientes adictos interioricen su responsabilidad sobre la abstinencia, se debe llevar gradualmente al grupo a reconocer los factores internos que han contribuido a su propensión al consumo de drogas como fuente de gratificación y regulación efectiva. Los participantes deben explorar y comprender la conexión entre el consumo de drogas, su patología de carácter y su incapacidad para establecer relaciones íntimas sanas y satisfactorias. Asimismo, deben revisar su pasado y la historia de sus relaciones tempranas con la familia de origen.

En el contexto de la vivencia del aquí y el ahora el grupo comienza a vislumbrar la forma que tienen de recrear el pasado en el presente. Aprovechándose del apoyo y feedback grupales, los participantes empiezan a adquirir conciencia y a identificar sus estilos destructivos interpersonales, sutiles y no tan sutiles. El objetivo final en este momento, consiste en llevar a los pacientes a una posición que les permita desarrollar habilidades interpersonales sanas, de forma que éstas puedan generalizarse y llevarse a la práctica, en el mundo real. Los pacientes llegan a aprender cómo saborear, aprovechar y establecer relaciones recíprocas satisfactorias, sin sucumbir al impulso de sabotearlas.

En nuestro país la terapia grupal alcanza su mayor esplendor y riqueza con la aplicación del modelo CHIMALLI que es una terapia grupal que previene riesgos psicosociales a través de la aplicación de técnicas de diferentes enfoques, principalmente de enseñanza de habilidades del cognitivo conductual.

El programa CHIMALLI procura no sólo dar información sobre los riesgos sino fundamentalmente, también aportar los elementos para moldear actitudes de protección

y desarrollar las habilidades para afrontar los indicadores o riesgos psicosociales que inducen al consumo de drogas, esto se logra con intervenciones grupales con técnicas:

- Psicoeducativas
- Psicosociales
- Psicorporales
- De acción social Educativa

Estas intervenciones grupales van dirigidas a las escuelas y a las comunidades, e incluyen lecciones e ejercicios que fomentan las actividades de protección a las comunidades, los temas a tratar son:

- Consumo de drogas
- Conducta antisocial
- Eventos negativos de la vida
- Sexualidad
- Salud
- Consumismo

La psicoterapia es la principal línea de tratamiento de las adicciones y alcoholismo, como podemos ver existen varias abordajes terapéuticos disponibles para combatir la enfermedad de la drogadicción. En realidad el tipo de abordaje dependerá en parte de las características del paciente, su entorno y su historia personal. Sin embargo a veces es necesario una intervención con varios enfoques y multidisciplinaria como la psiquiatría, neurología, medicina familiar, trabajo social, etc. Ya que la drogadicción no sólo afecta el rendimiento laboral, académico, social y familiar; sino también afecta a la dualidad mente-cuerpo, ya que como dice el director de salud mental, Aly Cámara, en el municipio de Benito Juárez, en una entrevista que le realice personalmente: “ la terapia racional emotiva y cognitiva conductual permiten al adicto darse cuenta que la sustancia produce un daño a su salud mental, y al perder su salud mental también pierde su salud física; y por lo tanto es una persona enferma. Más sin embargo es necesario apoyarse en la medicación para combatir el síndrome de abstinencia, y utilizar antidepresivos, ansiolíticos durante tres meses” (Medina, 2009).

Es muy importante que la medicación psicotrópica la realice un psiquiatra ya que manejar la dosis correcta y, el medicamento correcto puede ser esencial para que el paciente no recaiga en el consumo de la droga por el fuerte síndrome de abstinencia que atraviesa.

En realidad una adecuada medicación a corta el ciclo vicioso de la adicción ya que

90

La adicción es una serie de etapas que concluyen con un síndrome de abstinencia que provoca malestar psicológico y físico y que dependiendo del tiempo de consumo y cantidad de la sustancia puede detonar en depresión, ataques de pánico, convulsiones, delirios y alucinaciones.

Como Virgen (2002) señala, la adicción a las drogas es un síndrome donde intervienen cuatro comportamientos: la intoxicación, la embriaguez, la abstinencia y el craving (deseo de consumir de nuevo la droga); donde se encuentra involucradas las estructuras límbicas subcorticales y otras áreas como la corteza frontal.

Varios estudios confirman que la dopamina un neurotransmisor relacionado con la sensación de bienestar y motivación, es liberada de forma excesiva cuando se consume drogas como la cocaína, anfetaminas y alcohol. Esto explica el mecanismo de recompensa de las drogas y el porqué las drogas son tan producen sensaciones de euforia y relajación. Obviamente al modificarse la cantidad de un neurotransmisor también se modifican otros neurotransmisores, es decir al aumentar la dopamina en el cerebro; también aumenta el nivel de serotonina, gabapentina y acetilcolina.

Las drogas son sustancias que alteran los niveles normales de los neurotransmisores para poder producir sensaciones alteradas como: euforia, estados de manía, aumento de energía y de percepción, aumento de fuerza o rendimiento, aumento de la empatía, ilusiones y alucinaciones; pero todo esto tiene una factura a pagar mientras más alto sea el aumento transmisor más desagradable va ser el síndrome de abstinencia o el deseo de consumir de nuevo la droga.

Uriarte encontró lo siguiente:

En medicina existe además el hecho de que cuando se le propone al paciente una terapia psiquiátrica, es común que lo experimente como una agresión y la rechace. Por todas estas causas, no es de extrañarse que la mayoría de las prescripciones de psicofármacos sean hechas por médicos no psiquiatras, en especial el médico general (66 %), en tanto que el psiquiatra sólo prescribe el 17%. (P.20).

El manejo del control del síndrome de abstinencia puede ser el factor principal para que el tratamiento de la adicción que se está tratando fracase, por eso es de suma importancia que un tratamiento médico junto con la psicoterapia se fusionen para dar un tratamiento integral, inclusive a veces es necesario dar varios abordajes terapéuticos, ya que mientras mayor número de factores de riesgo posee un individuo mayor será necesario trabajar varios enfoques como: cognitivo conductual, sistémico, psicoanálisis etc. Ya que de muy poco va servir entrenar a alguien en habilidades, si esta persona sufre de relaciones patológicas dentro su seno familiar, y además de esto tiene problemas de personalidad que se remontan en su pasado.

Todos los tipos de enfoques terapéuticos son útiles en realidad ninguno es mejor que otro siguiendo el modelo del postmodernismo, cada abordaje psicoterapéutico tiene su propia metodología y verdad acerca del origen y tratamiento de las adicciones. Lo que en realidad define el abordaje psicoterapéutico es que el paciente se adapta al modelo de trabajo de la terapia, por sus características personales y familiares.

La demanda de sustancias adictivas ilícitas surge como problema mundial de salud pública a finales de los años sesenta. En EEUU y otros países se observa un aumento acelerado del

consumo de drogas, asociado a la emergencia y difusión de diversos movimientos sociales y de contracultura. Estas tendencias tuvieron impacto en México, donde se comenzó a observar un crecimiento en el uso de sustancias en ciertos sectores, por lo que en ese periodo empiezan a generarse diversas iniciativas para enfrentar este problema.

En 1969, había iniciado su trabajo Centros de Integración Juvenil (CIJ), por iniciativa de un grupo de la comunidad preocupado por dar atención a los farmacodependientes que, al poco tiempo y hasta la actualidad, recibe el apoyo del gobierno federal. Actualmente existe toda red operativa de Centros de Integración Juvenil que cuenta con: 98 centros de prevención y tratamiento, 10 unidades de hospitalización y 2 clínicas para pacientes usuarios de heroína. En el estado de Quintana Roo cuenta con 4 CIJ que son: el CIJ de Cancún, CIJ de Chetumal, CIJ de Cozumel y el CIJ de playa de Carmen. El director del CIJ de Cancún es el Psicólogo Soilo Salazar García.

Imagen I: Centros de Integración Juvenil en la República Mexicana



Fuente: Centro de Integración Juvenil. [www.cij.gob.mx](http://www.cij.gob.mx)

La Secretaría de Salud (SSA) crea en 1972 el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), institución donde se desarrollan las primeras investigaciones epidemiológicas, biomédicas y clínicas para estudiar el uso y abuso de sustancias adictivas en México. Posteriormente, las funciones del CEMEF son absorbidas

por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), fundado en 1979, y que forma parte de los Institutos Nacionales de Salud de la SSA

Como Llanes (2003) señala en Nuestro país se observa que hasta antes de la década de 1970, no existen estudios epidemiológicos del consumo de drogas en nuestro país. Los conocimientos se reducían a casos y observaciones aislados. Los estudios sistemáticos se iniciaron en 1972 con la creación del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, transformado en centro Mexicano de Estudios en Salud Mental y luego en el Instituto Nacional de Psiquiatría Doctor Ramón de la fuente Muñiz. En la década de 1980 pudieron sistematizarse los datos para conocer los patrones de prevalencia, la incidencia, los grupos de riesgo, etcétera. Con las cifras obtenidas fue posible tener una visión epidemiológica más amplia concurrentes al consumo en distintas circunstancia esto se debió gracias a instituciones como el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, SISVEA, a cargo de la Secretaria de Salud, y el sistema de Recuperación de Información en Drogas, SRID.

En México el estudio y tratamiento de las adicciones fue progresando desde pocos aislados de casos, hasta investigaciones como las ENA (Encuesta Nacional sobre adicciones) y, las instituciones privadas, gubernamentales y asociaciones libres como AA, dedicadas al tratamiento de adicciones.

En nuestro país el tratamiento de las personas que consumen algún psicotrópico está a cargo en su mayoría de las asociaciones civiles la mayoría con programas de cristoterapia y de 12 pasos. Algunos centros conocidos mejor como los separos o anexos solicitan pagos de mil 500 pesos y cotas de 300, 400 o 500 pesos o más, mientras se sostienen de donativos y no cobran rehabilitación.

También existen otros lugares donde se brinda una atención ambulatoria, es decir, no es necesario internar al paciente, como los centros de integración juvenil, CIJ, lugar donde son atendidos personas con diferentes tipos de adicciones.

El tratamiento de las adicciones en nuestro país se ha intensificado sobretodo en el mandato presidencial del presidente Felipe Calderón, después de 12 administraciones presidenciales un presidente toma en su agenda la prioridad de combatir las adicciones en nuestro país, así lo dio a conocer en el programa Estrategia Nacional para la prevención de las adicciones y tratamiento de las adicciones. Es por ello que el programa contempló las construcciones de Centros de Atención de Adicciones (CAPA) en lugares estratégicos de la República Mexicana. Estos centros son denominados de forma popular como Centros de Nueva vida que cuyo objetivo principal es el de forma una red de servicios

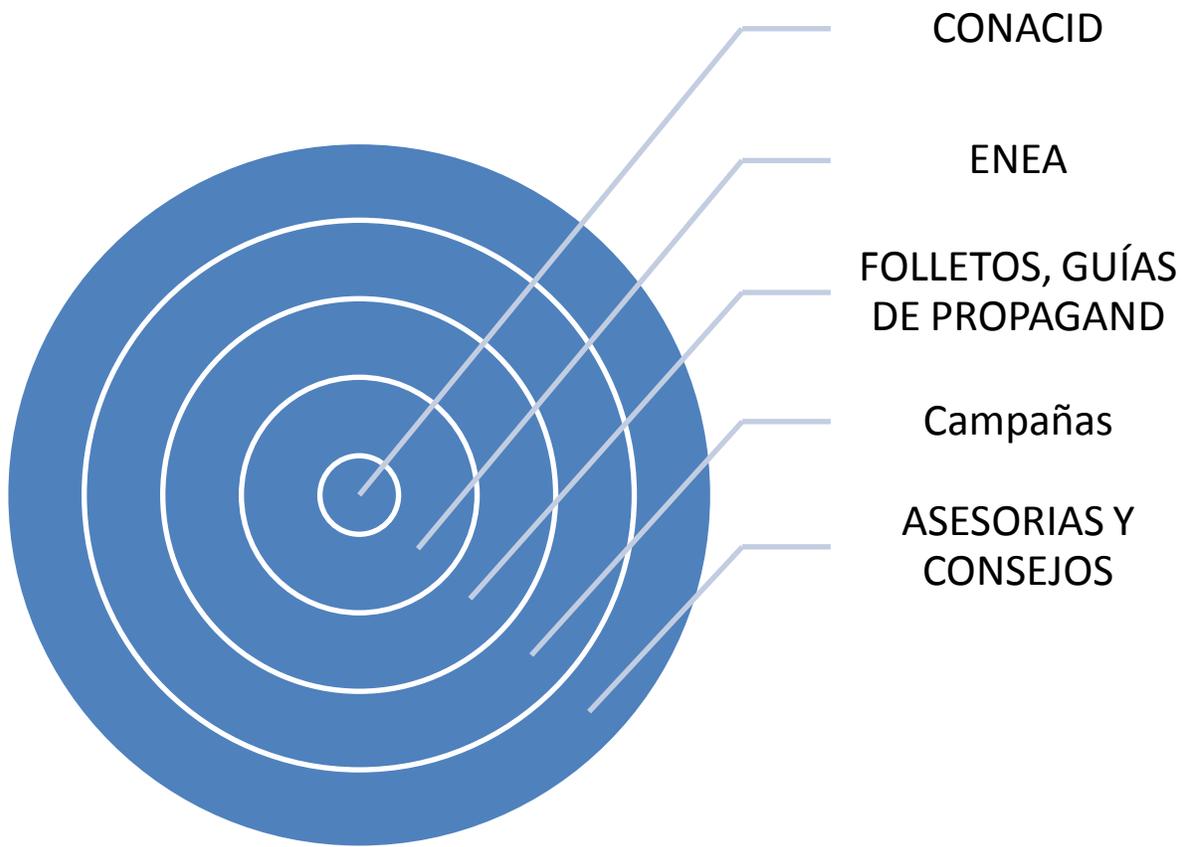
ambulatorios y residenciales para potencializar prevención, orientación, tratamiento y rehabilitación.

Desde el punto de vista del Secretario de salud Córdova Villalobos el adicto es una persona, no un criminal, que se necesita un tratamiento, atención y cuidados integrales, por ello se invierte 746 millones de pesos para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. (Díaz, 2007).

En resumen Nuestro país cuenta con un gran sistema de red en el combate de las adicciones, y el centro de sistema de red es el CONADIC creado en 1986, CONADIC es el órgano de la Administración Pública Federal de México, dependiente de la Secretaría de Salud, encargado de promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado en materia de prevención y combate de los problemas de salud pública ocasionados por el consumo excesivo de alcohol, el alcoholismo, el tabaquismo y la drogodependencia. El CONADIC también es responsable de proponer y evaluar los Programas Nacionales orientados a la resolución de estos problemas. El CONADIC se dedica principalmente a la investigación y estadística de las Encuestas Nacionales de adicción (ENA), de las creaciones de redes de atención (Centros Nueva Vida), Evaluar y asesorar las asociaciones civiles (AA, Separos, CIJ, Monte Fenix); Información Pública (Folletos, guías de propaganda), crea consejos estatales contra las adicciones y campañas.

El CONADIC es el epicentro de la red del tratamiento y prevención de las adicciones, es una institución que se dedica a estudiar a fondo la problemática de adicción en nuestra comunidad mexicana. De la CONADIC emergen las demás asociaciones civiles y privadas del tratamiento de las adicciones en nuestro país. Es importante que el CONADIC este en constante estudio de las psicoterapias modernas en el campo de las adicciones, que sus tratamientos estén muy apegados a métodos e intervenciones avaladas como útiles por la ciencia como lo son las intervenciones Cognitivas Conductuales modernas.

A continuación elabore un diagrama de cómo funciona la red de prevención y tratamiento en México, siendo el epicentro de todo este movimiento el CONADIC



La cifras en el consumo de drogas en México tanto ilegales y legales, es llevado a cabo por la Secretaría de Salud, (SS) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) con el propósito de generar información epidemiológica que facilite el estudio del consumo del tabaco, alcohol y otras drogas, y permita conocer la magnitud del problema. Es decir hasta ahorita se han realiza 5 Encuestas Nacionales sobre adicciones: 1888, 1993, 1998, 2003 y 2008.

La última Encuesta Nacional de adicciones 2008 nos indica que las cifras del consumo de drogas siguen progresivamente en aumento y que las cifras tienden a duplicarse cada vez que se realiza una nueva Encuesta Nacional de Adicciones. El fenómeno de la drogadicción es progresivo y crónico según las Cifras de todas las Encuestas Nacionales de Adicciones.

La encuesta nacional de adicciones 2008 duplicó en cifras de consumo, a su predecesora la Encuesta 2002, por ejemplo se puede ejemplificar que: en los últimos seis años, el número de adictos a drogas ilegales aumentó 51%, al ubicarse en alrededor de casi 500 mil personas. En tanto, los mexicanos que han probado en alguna ocasión alguna droga pasó de 3.5 millones, que se reportaban en 2002, a 4.5 millones en 2008, y el consumo experimental creció en un 28.9% en este periodo.

Lo más nuevo en el consumo de drogas, según el estudio, es la propagación de la cocaína, el crack y las metanfetaminas con varias combinaciones. En 1998, este consumo se registraba regularmente sólo en Tijuana y Baja California, pero hoy en día, estos químicos se consumen especialmente entre los jóvenes, en más de 100 ciudades de todo el país

Lo más nuevo en el consumo de drogas, según el estudio, es la propagación de la cocaína, el crack y las metanfetaminas con varias combinaciones. En 1998, este consumo se registraba regularmente sólo en Tijuana y Baja California, pero hoy en día, estos químicos se consumen especialmente entre los jóvenes, en más de 100 ciudades de todo el país.

Por su parte, los datos del sistema Institucional de información epidemiológica del consumo de drogas de centros de integración juvenil (2007) muestran tasas de uso metanfetaminas alguna vez en la vida superiores a la media nacional (12.5%); en ocho estados de la república mexicana reportan una elevada proporción de solicitantes de tratamiento por su consumo: Baja California (69.1%), Colima (63.1%), Baja California del sur (50%), Michoacán (39.1%), Sonora (34%), Sinaloa (32.6%), Durango (28.1) y Jalisco (16.8%). (Hernández, Arroyo y Parra, 1989).

Desde la encuesta de 1998 hay algunas variables que tienden a permanecer altas y otras bajas como los son el mayor consumo del Sexo masculino sobre el femenino, el mayor consumo de drogas en el rango de edad de 18-34 años; la marihuana como la droga más consumida, seguida de la cocaína y los inhalables como terceros. También se mantiene el consumo alto de los estados del norte del país y centro.

A continuación voy mostrar unas graficas que muestran estas variables que tienden mantenerse altas:

**Cuadro 1: Mayor consumo del Sexo Masculino**

| Sexo / Edad      | Alguna vez % | Último año % | Último mes % |
|------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Hombres</b>   |              |              |              |
| 12 - 17          | 3.57         | 2.14         | 1.40         |
| 18 - 34          | 15.61        | 4.07         | 2.72         |
| 35 - 65          | 10.65        | 1.12         | 0.85         |
| <b>Subtotal</b>  | <b>11.09</b> | <b>2.62</b>  | <b>1.78</b>  |
| <b>Mujeres</b>   |              |              |              |
| 12 - 17          | 0.60         | 0.45         | 0.31         |
| 18 - 34          | 1.18         | 0.20         | 0.13         |
| 35 - 65          | 0.62         | ---          | ---          |
| <b>Subtotal</b>  | <b>0.87</b>  | <b>0.18</b>  | <b>0.12</b>  |
| <b>T o t a l</b> | <b>5.27</b>  | <b>1.23</b>  | <b>0.83</b>  |

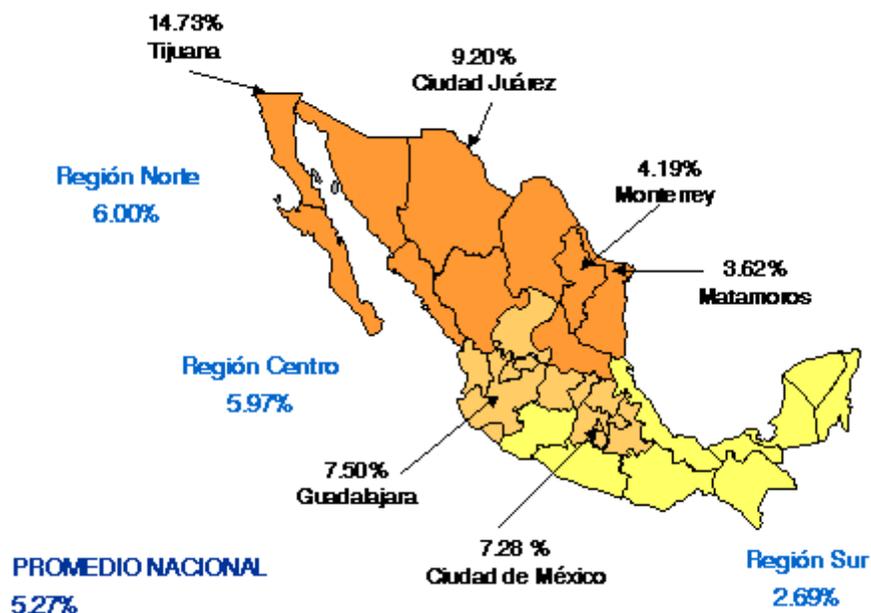
Fuente: Encuesta Nacional de las Adicciones, SSA, 1998.

**Cuadro 2: Mayor consumo de drogas en el rango de edad de 18 – 34 años y La marihuana la droga más consumida en México**

| Sexo/Edad        | Marihuana %  | Cocaína %   | Inhalables % | Alucinógenos % | Heroína %   |
|------------------|--------------|-------------|--------------|----------------|-------------|
| <b>Hombres</b>   |              |             |              |                |             |
| 12 - 17          | 2.47         | 0.99        | 1.08         | 0.19           | 0.07        |
| 18 - 34          | 14.42        | 4.81        | 2.52         | 0.62           | 0.25        |
| 35 - 65          | 9.81         | 2.05        | 1.11         | 1.21           | 0.26        |
| <b>Subtotal</b>  | <b>10.40</b> | <b>2.97</b> | <b>1.70</b>  | <b>0.72</b>    | <b>0.21</b> |
| <b>Mujeres</b>   |              |             |              |                |             |
| 12 - 17          | 0.45         | 0.22        | 0.20         | 0.06           | 0.01        |
| 18 - 34          | 0.79         | 0.56        | 0.17         | 0.18           | ---         |
| 35 - 65          | 0.62         | ---         | ---          | ---            | ---         |
| <b>Subtotal</b>  | <b>0.66</b>  | <b>0.29</b> | <b>0.11</b>  | <b>0.09</b>    | <b>0.00</b> |
| <b>T o t a l</b> | <b>4.70</b>  | <b>1.45</b> | <b>0.80</b>  | <b>0.36</b>    | <b>0.09</b> |

Fuente: Encuesta Nacional de las Adicciones, SSA, 1998.

Mapa 2: Consumo alto de drogas en el Norte y centro del país.



Fuente: Encuesta Nacional de las Adicciones, SSA, 1998.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2008. El consumo alto por encima de la media nacional de las ciudades nortenas (6.00%), en especial la ciudad de Tijuana, Ciudad de Juárez y, de las ciudades del centro con una media de 5.97% por encima de la media nacional, en especial las ciudades de Guadalajara y la ciudad de México, por último el consumo del sur está por debajo de la media nacional con 2.69% respectivamente.

Cabe mencionar que estos son los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, este consumo alto de las ciudades nortenas y del centro a aumentado, pero en la última encuesta nacional de adicciones, 2008, El estado de Quintana Roo ya está por encima del promedio nacional.

Los datos de la medición 2008 muestran que dos estados, Quintana Roo en el sureste y Tamaulipas en la frontera norte, tienen el mayor nivel de consumo, con una incidencia acumulada de 11.2, y 11.1% respectivamente. Se trata de dos de los 14 estados que tuvieron estimaciones de incidencia acumulada de cualquier clase de droga, en población rural y urbana entre 12 y 65 (Encuesta Nacional de Adicciones, 2008).

A continuación proporcionó una tabla de las incidencias por estado de la república Mexicana:

**Cuadro 3: Incidencia acumulada para el uso de drogas por entidad. Población total de 12 a 65 años.**

|                     |      |      |     |
|---------------------|------|------|-----|
| Aguascalientes      | 5.3  | 4.8  | .8  |
| Baja California     | 9.6  | 9.3  | .8  |
| Baja California Sur | 8.0  | 7.2  | 1.6 |
| Campeche            | 5.3  | 5.0  | .8  |
| Coahuila            | 3.6  | 3.1  | .9  |
| Colima              | 2.8  | 2.4  | .8  |
| Chiapas             | 2.2  | 1.7  | .6  |
| Chihuahua           | 8.2  | 7.5  | 2.4 |
| Distrito Federal    | 8.5  | 7.8  | 1.9 |
| Durango             | 8.2  | 7.8  | .8  |
| Guanajuato          | 6.9  | 5.7  | 1.2 |
| Guerrero            | 5.2  | 4.7  | .6  |
| Hidalgo             | 9.2  | 8.3  | 1.5 |
| Jalisco             | 5.3  | 5.0  | 1.0 |
| Estado de México    | 4.8  | 4.6  | .6  |
| Michoacán           | 5.6  | 4.3  | 2.5 |
| Morelos             | 4.6  | 4.1  | .5  |
| Nayarit             | 7.6  | 6.6  | 1.1 |
| Nuevo León          | 4.4  | 4.1  | .7  |
| Oaxaca              | 3.5  | 3.4  | .2  |
| Puebla              | 3.6  | 3.4  | .3  |
| Querétaro           | 6.8  | 6.7  | .1  |
| Quintana Roo        | 11.2 | 10.1 | 1.8 |
| San Luis Potosí     | 3.4  | 3.0  | .5  |
| Sinaloa             | 6.6  | 6.3  | .9  |
| Sonora              | 5.5  | 5.1  | 1.1 |
| Tabasco             | 6.4  | 5.9  | 1.0 |
| Tamaulipas          | 11.1 | 10.3 | 1.9 |
| Tlaxcala            | 3.0  | 2.2  | 1.1 |
| Veracruz            | 3.3  | 2.7  | .8  |
| Yucatán             | 4.7  | 3.9  | 1.3 |
| Zacatecas           | 6.4  | 6.0  | .8  |
| Nacional            | 5.7  | 5.2  | 1.0 |

100

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.

| Estados | Cualquier droga<br>% | Drogas ilegales<br>% | Drogas médicas<br>% |
|---------|----------------------|----------------------|---------------------|
|---------|----------------------|----------------------|---------------------|

Quintana Roo enfrente hoy ser unos de los estados con mayor índice de consumo en adicciones a nivel nacional, es un dato alarmante, pero real de lo que necesita tomar

cartas en el asunto, y lo que hoy es una realidad hace pocos años parecía un utopía ya que la Encuesta Nacional de las Adicciones de 1998, los estados del sureste tenían los índices de consumo más bajos a comparación de los del norte y centro de la república. Hoy el estado de Quintana Roo junto a tabasco comparten los índices más altos de consumo en el sureste de la república.

Esto puede ser debido a que Quintana Roo es un estado de la república con ciudades turísticas como Cancún, Cozumel, Isla mujeres y playa del Carmen, se trata de una población flotante cosmopolita con fuertes problemas de identidad cultural, desintegración familiar y alta competencia laboral.

La población de Cancún no llega al millón de habitantes, según la INEGI en el conteo de población y vivienda 2005 Cancún cuenta con 526, 701 habitantes. (INEGI, 2005). El municipio de Benito Juárez donde se encuentra localizada la ciudad turística y cosmopolita de Cancún enfrenta alto índices de violencia intrafamiliar, divorcios, Vandalismo, suicidios etc. Todos problemas sociales pueden estar siendo causados por el consumo de alcohol y drogas, pero la raíz del consumo de las drogas y los demás problemas sociales puede estar en la falta de identidad cultural, falta de unión familiar o desintegración familiar. En realidad en Cancún se vive en una mezcla de normas, hábitos, pensamientos de diferentes partes de la república y de otros países del mundo, esto produce un choque de culturas que produce separación y tensión. Por otra parte esta la falta de unión familiar ya que los padres se la pasan doblando turnos para traer más dinero a casa, prácticamente los hijos se la viven solos en casa a merced de las malas influencias y el inicio del consumo de alcohol y drogas en su etapa de la adolescencia, ya que dicha etapa es muy confusa y sin el apoyo de los padres como orientadores hay una proporción a caer en el consumo de sustancias. Y si esto le agregamos los divorcios por la situación de libertinaje que se vive en la ciudad, esto termina siendo el último factor que viene hacer que los chicos hundidos en la frustración y la soledad acudan a formar parte de las pandillas, ya que este es otro problema grave que enfrenta el municipio el creciente número de pandillas en la Ciudad de Cancún, que amenaza la seguridad de los civiles y el prestigio del turismo de Cancún que es su principal medio de ingreso.

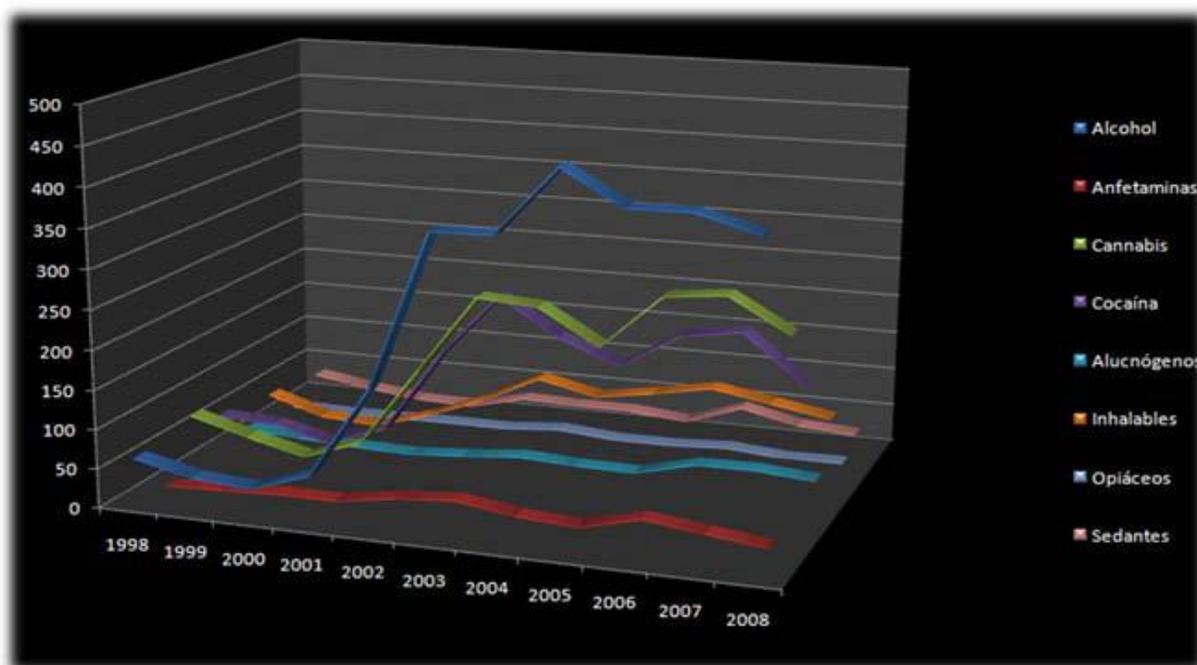
Según la dirección general de seguridad pública, tránsito y bomberos del municipio de Benito Juárez, hay 88 pandillas alrededor de 30 integrantes en cada una. Todas operan en las zonas populares de la ciudad de Cancún. La dependencia también documentó que

en la ciudad hay mil 744 expendios legales de bebidas alcohólicas y sólo 264 escuelas. Además, la Policía Federal Preventiva y la Procuraduría General de la República calculan que en Cancún hay entre 300 y 500 narcotiendas. (Martoccia, 2006). Esta situación nos habla de que en realidad la Ciudad de Cancún fue creada para la diversión y esto se ve reflejado en la realidad, cuando hay más licorerías y narcotienditas que escuelas para la educación. En realidad más estructura pública de establecimientos de ocio como los bares, licorerías y antros que dan pauta para el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias ilegales; y si a eso le agregamos los otras problemáticas sociales, la Ciudad de Cancún es olla a presión a punto de explotar, por eso no debe sorprendernos que Quintana Roo ocupe uno de los mayores índices de consumo de alcohol y drogas juntos con las ciudades del norte como Ciudad Juárez.

Según el CIJ de Cancún, La droga más consumida por el estado de Quintana Roo, es el alcohol, en segunda lugar está la marihuana y en tercer lugar está la cocaína, y posteriormente le siguen los inhalables, los sedantes, alucinógenos, opiáceos y último lugar las anfetaminas.

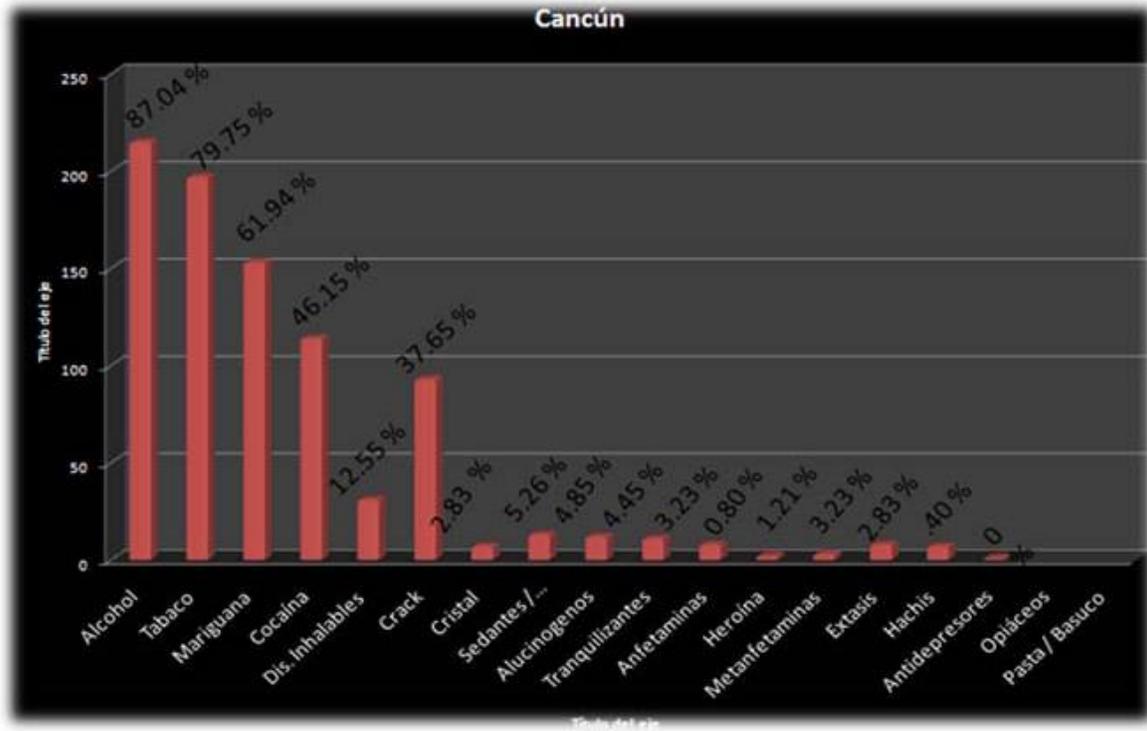
**Imagen 3: Drogas consumidas por pacientes atendidos en los CIJ de Quintana Roo.**

102



Fuente: Centro de Integración Juvenil Cancún. (2009).

Imagen 4: Prevalencia del uso de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en el centro Cancún, durante 2008.



103

Centro de integración Juvenil en Cancún atiende una población de rango promedio de edad entre los 15 y 24 años, ya que como lo han especificado las ENAS la población más consumidora drogas es la juvenil. Estos datos que nos proporciona el CIJ de Cancún nos proporciona una estadística probable de la frecuencia de consumo por droga, donde las drogas más consumidas en Cancún son en la población Juvenil son: Alcohol, tabaco, mariguana, cocaína y los inhalables. En realidad no se puede obtener hacer una cifra exacta del consumo por droga, porque en realidad CIJ atiende principalmente a la población Juvenil y, la población mayor tiene una fuerte tendencia acudir a AA y 4 y 5 paso; sin contar las clínicas privadas y la consulta ambulatoria de los psicólogos y psiquiatras. En todo caso solo tenemos una estadística aproximada o probable que alto consumo de alcohol, tabaco, mariguana y cocaína en Cancún, Quintana Roo.

Cancún, cuenta con una red extensa para la prevención y tratamiento de las adicciones, una red de instituciones gubernamentales y asociaciones civiles para el combate de las adicciones, entre las que podemos citar:

- Clínica alfa y omega
- Neuróticos anónimos
- Centro de Rehabilitación y Recuperación para enfermos alcohólicos y drogadictos.
- Cuarto y Quinto paso
- Alcance Victoria
- Grupos Alcohólicos anónimos
- Grupo condesa 24 horas
- Clínica Zazil A.C.
- Un clamor en el desierto
- Sálvate A.C.
- Grupo Ebén – Ezer
- Emperadores Mayas

104

También se cuenta con los grupos de familia Al- Anon (Esposas) Y Alateen (hijos) que son las madres e hijos de los padres alcohólicos, son grupos de reunión para la familia de los enfermos alcohólicos, estos grupos de reunión en Cancún son los siguientes:

- Aprendiendo a vivir
- Esperanza para hoy
- Una luz en mi camino
- Valor para cambiar
- Manos amigas
- Renacer
- Serenidad

- Amate
- Sendero de recuperación
- Senderos de luz
- Sembrando amor
- Libertad
- Let it Begin With me (Grupos en ingles)
- Siempre hay esperanza (ALateen)
- Vive la vida (Alateen)
- Gotitas de Amor (Alateen)

Otras asociaciones dedicadas a la atención de las adicciones en Cancún, Quintana Roo son:

- Centro de Integración Juvenil A.C
- Reto Familiar A.C
- Red Social por un Quintana Roo Libre de Adicciones A.C.
- Centro de Recuperación y Rehabilitación para enfermos de Alcoholismo y Drogadicción Michoacán A.C.
- Clister A.C.

## Capítulo 5: Marco teórico

### 5.1 Alcohólicos anónimos

Para fines operacionales vamos a definir a Alcohólicos Anónimo como una Comunidad de enfermos alcohólicos, no lucrativa, espiritual, que realiza reuniones entre sus miembros con el fin de ayudarse mutuamente para abandonar el alcoholismo mediante terapia de grupo.

La Comunidad de Alcohólicos Anónimos fue fundada en los Estados Unidos en los años treinta, el 10 de junio de 1935 por Bill Wilson y el médico Robert Smith. Ambos eran enfermos alcohólicos pero se dieron cuenta de que al compartir sus experiencias controlaban el impulso de beber. Cuenta con presencia en casi todos los países del mundo- la AA World Services de Estados Unidos y Canadá concentra el mayor número de grupos, y cumple una importante labor social dado que generalmente los servicios públicos de sanidad destinan pocos fondos al tratamiento de estos enfermos.

Establecen una serie de 12 pasos que el enfermo ha de seguir para ser capaz de superar la adicción o la enfermedad. Su base de funcionamiento son las terapias de grupo y además recomiendan utilizar la psicoterapia ocupacional, ya que son ellos mismos los que programan y llevan a cabo distintos eventos para informar al público en general.

106

Primer paso:

Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol. Que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.

Segundo paso:

Llegamos al convencimiento de que un poder superior podría devolvernos el sano juicio.

Tercer paso:

Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de dios, como nosotros lo concebimos.

Cuarto paso:

Sin miedo, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos

Quinto paso:

Admitimos ante dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros defectos.

Sexto paso:

Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.

Séptimo paso:

Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.

Octavo paso:

Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

Noveno paso:

Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implica perjuicio para ellos o para otros.

Decimo paso:

Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.

Onceavo paso:

Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.

Doceavo paso:

Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

## **5.2 Historia de AA en México**

A principios de 1945, en la ciudad de los Ángeles, Gilberto M. Recibe el mensaje de Alcohólicos Anónimos, para fundar en colaboración con su esposa, Francisca González, en Monterrey, N.L., el primer grupo de A.A. Desafortunadamente a inicios de 1946, y debido a controversias con algunas compañías cerveceras, deja de funcionar en septiembre del mismo año. La Sra. Francisca González

se da a la tarea de traducir varios folletos provenientes del extranjero, los cuales son publicados en los periódicos locales.

El 18 de septiembre de 1946 se llevó a cabo la Primer Junta de Información Pública en el Teatro del Pueblo de la Cd. De México, por el Coronel, Ricardo Pérez proveniente de Cleveland, Ohio y cónsul honorario de México en esta ciudad. El motivo era “transmitir el mensaje de Alcohólicos Anónimos a la sociedad mexicana”

Fue el 25 de septiembre de 1946, en que nació el primer grupo de habla inglesa de A.A. en México el “México City Group” fundado por Lexter Fox, Ramón C. y Daniel A., integrantes más tarde el Lic. Fernando I, y Pauline Doerr.

El año de 1956, nace el primer grupo de A.A. de habla hispana en la República Mexicana “Hospital Central Militar”, como consecuencia de la junta de información pública que se llevó a cabo el 16 de septiembre del mismo año, con duración de una hora. Sus fundadores fueron el Dr. González Varela y el mayor Joaquín Barrón con la colaboración de la Sra. Irma Reyes de Barrón. Dos años más tarde le es cambiado el nombre al grupo “Grupo Distrito Federal”.

108

Con fecha 15 de marzo de 1957 en el estado de Yucatán surge el grupo de A.A. denominado “Panteón Florido”, a él asistió el cofundador de A.A. Bill W., que en ese tiempo estaba de paso en Mérida con su esposa Lois.

Para el mes de marzo de 1961 se forma en Guadalajara, Jalisco, el “Grupo Tapatío” su fundador fue el Coronel Harry Olmstead, de origen americano, y su hijo Estanislao F., después se unió Rubén V., siendo el primer grupo a quien el Cardenal Garbi Rivera le otorga una carta de recomendación para A.A. solicitada por Harry Olmstead.

A partir de la década de los sesentas el crecimiento de los grupos de A.A. fue notorio: en 1961 nacieron 4; en 1962, 3; en 1963, 7 en 1967, 9 y para la actualidad existen un número de 13 000 grupos distribuidos en 63 comités de área, distritos, oficinas de información e intergrupales.

Para 1964, se forman las primeras Oficinas Intergrupales en el Distrito Federal y en Guadalajara. También a partir de los días 29 y 30 de agosto de 1964, se llevó el Primer Congreso Nacional de

A.A. en México. Más tarde, el 16 de septiembre de 1969 se lleva a cabo la Primera Asamblea Mexicana con la asistencia de 22 representantes de 21 estados de la República Mexicana, en la cual se asumió la responsabilidad del Tercer Legado en México y una de las primeras tareas fue la creación de la Oficina de Servicios Generales creada el 9 de diciembre de 1969.

Desde el punto de vista de Juan Briones, terapeuta en adicciones en Cancún, Quintana Roo dice que en lo que respecta al tratamiento de AA en adicciones, muchas personas acuden a sus reuniones, pero en la práctica son pocos los que se han salvado, y los pocos que se han salvado cambian su adicción al alcohol por el café, el cigarro y los grupos de reunión. (Medina, 2009).

Como Nava y Vega (2006) Señalan los alcohólicos que pertenecen al grupo AA tienen menos calidad en sus relaciones interpersonales que los individuos no alcohólicos, además los individuos de AA reportaron tener redes sociales más reducidas que los no alcohólicos.

Esto nos habla de que las personas que están en grupos de AA son personas con pocas habilidades sociales para lograr que sus relaciones interpersonales sean adecuadas, es por eso que una terapia como la cognitivo conductual que se dedica a enseñarle al paciente las habilidades necesarias a través de un adiestramiento para que pueda relacionarse mejor con las personas y así ser el capaz de solucionar las cosas que antes le causaba problemas y así evitar recaídas futuras, Este sería un tratamiento complementario al AA y haría que el paciente ya no sienta tan dependiente de su grupo de AA, sería como la segunda fase del tratamiento para evitar que el alcohólico se volviera dependiente de su grupo y pueda algún día con personas tomadoras de nuevo sin tener que recaer en el alcoholismo. Eso es lo que pasa con los grupos de AA hacen que los alcohólicos reduzcan sus redes sociales a personas no tomadoras para evitar que vuelvan a reactivar la adicción, es cierto les enseñan una filosofía de vida nueva y religiosa; pero no les enseñan las habilidades necesarias para que puedan relacionarse mejor con sus amigos, familia y conocidos y, además puedan ampliar su red social a personas tomadoras, porque el tratamiento AA ve al alcohólico como una persona enferma de por vida que puede recaer si reinicia su consumo, en cambio el modelo cognitivo conductual ve que el alcohólico puede volver a tomar sin caer en la adicción si realmente aprendió las habilidades sociales necesarias que evitan que sienta sentimientos de tristeza, depresión y ansiedad que impulsan al alcohólico a tomar de nuevo en exceso.

109

### **5.3 Actitudes**

Existen varias definiciones de actitudes de varios autores y varios diccionarios en la literatura, sin embargo para fines de Marco teórico y operacionales vamos a utilizar la definición de actitud desde la definición del Autor de Daniel Katz que define las actitudes como: "Es la disposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable

algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo". "Las actitudes incluyen el núcleo afectivo o sensible de agrado o desagrado y los elementos cognoscitivos o de creencias que describen el efecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos".

#### **5.4 Psicoterapia**

Existen varias definiciones de psicoterapia desde su definición etimológica hasta la definición de varios autores reconocidos, pero vamos a centrarnos en la definición que más se acomode a la investigación y el instrumento de investigación. Para ello usaremos la definición de James Drever en 1975 quien afirma en su diccionario de psicología que la psicoterapia es el tratamiento de desordenes mentales a través de métodos psicológicos.

#### **5.5 Experiencias en psicoterapia:**

Para fines operacionales vamos a definir experiencias en psicoterapia como el grado de atención, de esperanza, de información brindada por el terapeuta y la utilidad de la terapia en general en el control de la adicción.

## Capítulo 6. Metodología

En esta sección se describe la pregunta de investigación, el tipo que se llevo a cabo, los objetivos y una breve descripción de los instrumentos.

### 6.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la actitud de los Integrantes de AA hacia la psicoterapia que se imparte para el tratamiento de alcoholismo o drogadicción? y ¿cómo han sido las experiencias que han vivido en psicoterapia?

### 6.2 Hipótesis

Mi hipótesis surgió durante la carrera conocí a varias personas que acudían AA y manifestaban que los psicólogo no pudieron ayudarlos en su problemática de consumo de alcohol, también fui a grupos de AA, donde los padrinos comentaban que los psicólogos no están preparados para lidiar con los alcohólicos, que los alcohólicos tienen una habilidad barbara para sabotear la terapia, fue entonces cuando surgió mi interés por medir las actitudes de los integrantes AA acerca de la psicoterapia, más sin embargo conforme iba creando instrumentos para medir sus actitudes, me surgió la idea de no nada más quería medir las experiencias sino también de medir sus experiencias en psicoterapia; de allí mismo surgió la idea de una nueva hipótesis que fue la siguiente:

Hipótesis de trabajo: Los integrantes de AA tienen una actitud mala sobre la psicoterapia y han tenido malas experiencias durante el proceso terapéutico.

Hipótesis Nula: Los integrantes de AA no tienen una actitud mala sobre la psicoterapia y no han tenido malas experiencias durante el proceso terapéutico.

### 6.3 Procedimientos:

Se elaboro un instrumento en base a la escala linkert dividido en dos partes, la primera mide las actitudes hacia la psicoterapia que cuenta con 8 preguntas con respuesta en opción Múltiple y se les asigno un puntaje que fue el siguiente:

A cada reactivo se le asignó un puntaje entre 1 y 5.

Totalmente de Acuerdo = 5

De acuerdo = 4

Indiferente = 3

En desacuerdo = 2

Totalmente en Desacuerdo = 1

Las preguntas de la medición de las actitudes sobre la psicoterapia se puntuaron de dos modos diferentes, básicamente se elaboraron preguntas positivas y negativas, es decir las positivas miden una buena actitud que va de 3 a 5 puntos; y las negativa miden una actitud mala que van de 3 a 1; obviamente la manera de calificar las preguntas negativas se invierten los valores que fueron los siguientes:

En los reactivos de actitud negativa hacia la psicoterapia:

Totalmente de Acuerdo = 1

De Acuerdo = 2

Indiferentes = 3

En Desacuerdo = 4

Totalmente en Desacuerdo = 5

A continuación elaboro una tabla para esquematizar cuales fueron las preguntas positivas y las negativas.

| <b>Preguntas sobre actitudes</b> |                  |
|----------------------------------|------------------|
| <b>Positiva</b>                  | <b>Negativas</b> |
| A1                               | A2               |
| A3                               | A5               |
| A4                               | A7               |
| A6                               | A8               |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

La segunda parte mide experiencias en psicoterapia como pasados como actuales ya que se contemplo la posibilidad de las personas de ir a psicoterapias actuales y pasadas, que cuenta igualmente con 8 preguntas, el puntaje de las respuestas en opción múltiple fueron:

Siempre= 5

Casi Siempre= 4

A veces= 3

Casi Nunca= 2

Nunca= 1

Finalmente se sumaron los puntajes por reactivo y se saco un total y se dividieron entre 8 reactivos para obtener promedios tanto para los que han ido a psicoterapia como para lo que no han ido, y luego saco un promedio general. Ya para concluir se sacaron gráficas para cada reactivo de la actitud sobre la psicoterapia y de las experiencias en psicoterapia para poder hacer una descripción de las reactivos. La gráfica Excel donde se sacaron los totales y promedios está en los anexos junto con los instrumentos que se aplico en los grupos de AA.

113

#### **6.4 Sujetos**

El instrumento se aplico a personas integrantes de los grupos de AA, mayores de edad, de ambos sexos y diferentes grados de escolaridad. Se excluyo a los sujetos que tuvieran alguna problemática que no fuera alcoholismo y drogas; ya que en los grupos de AA hay personas que acuden por otras problemáticas como es neurosis, disturbios emocionales y otros padecimientos emocionales, pero fue la minoría ya que por lo general estos padecimientos emocionales van relacionados con el consumo de alcohol y drogas, de hecho fueron muy pocos los que padecían algún trastorno emocional que no hayan abusado de alcohol o drogas.

Los grupos donde se aplico los instrumentos fueron los siguientes:

Grupo éxito, Región 93

Grupo 7 Tradicional, Región 97

Grupo Conciencia, Región 96

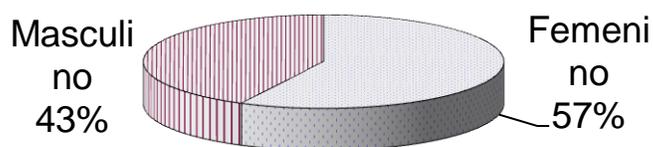
Grupo Reencuentro, 99

Cuarto y quinto paso del Caribe, A.C. Región 60.

## Capítulo 7. Resultados y análisis de resultados.

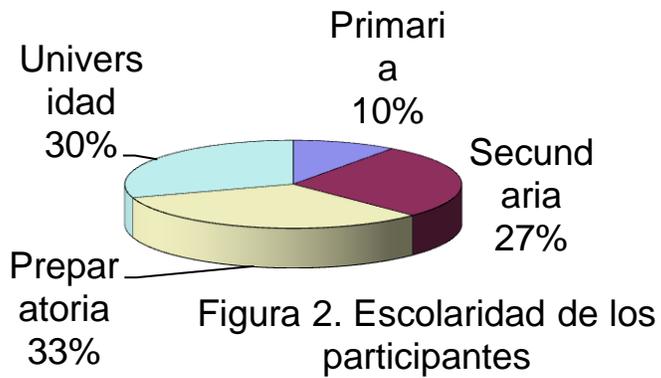
El cuestionario definitivo se aplicó en 5 grupos de AA. Todos los presentes en cada uno de los grupos aceptaron participar. En total se aplicaron 40 Cuestionarios en los cinco grupos de AA, incluyendo cuarto y quinto paso.

Como se puede apreciar en la figura 1, la mayoría de las personas participantes fueron mujeres.



**Figura 1. Sexo de los participantes**

La escolaridad está repartida en distintos niveles: desde unos cuantos con nivel primaria, hasta nivel de universidad.



El cuestionario de actitud hacia la psicoterapia se calificó de la siguiente manera:

A cada reactivo se le asignó un puntaje entre 1 y 5.

En los reactivos de actitud positiva hacia la psicoterapia:

Totalmente de Acuerdo = 5

De acuerdo = 4

Indiferente = 3

En desacuerdo = 2

Totalmente en Desacuerdo = 1

En los reactivos de actitud negativa hacia la psicoterapia:

Totalmente de Acuerdo = 1

De Acuerdo = 2

Indiferentes = 3

En Desacuerdo = 4

Totalmente en Desacuerdo = 5

Se sumaron los puntajes y se dividieron entre 8 reactivos. Luego se obtuvieron promedios para los que han ido a psicoterapia, los que no han ido y el promedio general.

Tabla I. Actitud hacia la psicoterapia de los miembros participantes en AA.

|           | Han ido a psicoterapia | No han ido a psicoterapia | Promedio general |
|-----------|------------------------|---------------------------|------------------|
| Media     | 2.93                   | 2.87                      | 2.90             |
| Desv. Std | 0.63                   | 0.54                      | 0.56             |

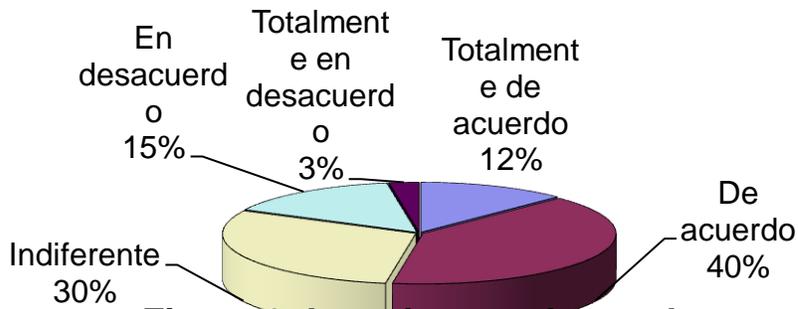
De acuerdo al promedio se puede concluir que la opinión de los miembros de AA hacia las psicoterapias no es positiva ni negativa, sino que está muy cerca del rango intermedio que corresponde a 3.

117

No existen diferencias estadísticamente significativas entre la actitud hacia la psicoterapia que tienen los que han asistido y los que no han asistido a psicoterapia.

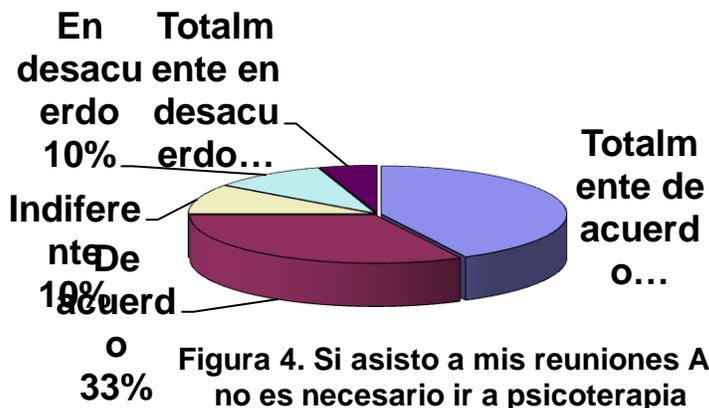
Analizando uno por uno los reactivos de actitud hacia la psicoterapia encontramos que:

Como podemos ver en la figura 3 hay una fuerte tendencia que considera que la psicoterapia puede ayudarle en su problema de alcoholismo y drogadicción, ya que la mayoría de la muestra, el 40% está de acuerdo que la psicoterapia puede ayudarle en su problema de alcoholismo o drogadicción.



**Figura 3. La psicoterapia puede ayudarme en mi problema de alcoholismo o drogadicción**

Como podemos ver en la figura 4 hay una fuerte tendencia a considerar que no es necesario ir a psicoterapia si asiste a sus reuniones de AA, ya que la mayoría de la muestra, el 42% está totalmente de acuerdo.

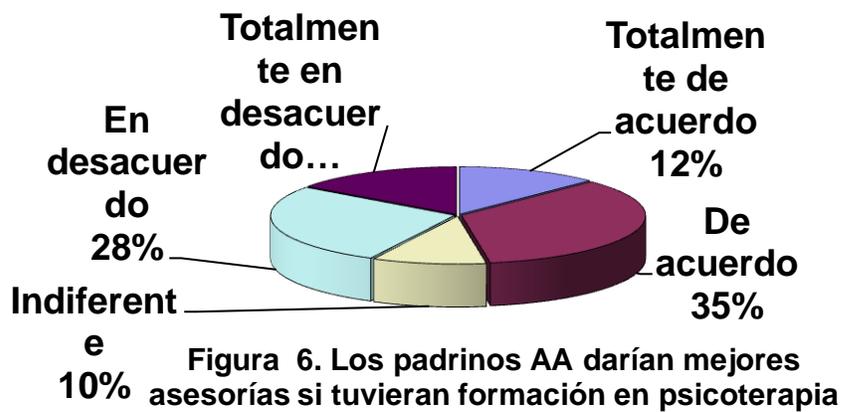


**Figura 4. Si asisto a mis reuniones AA no es necesario ir a psicoterapia**

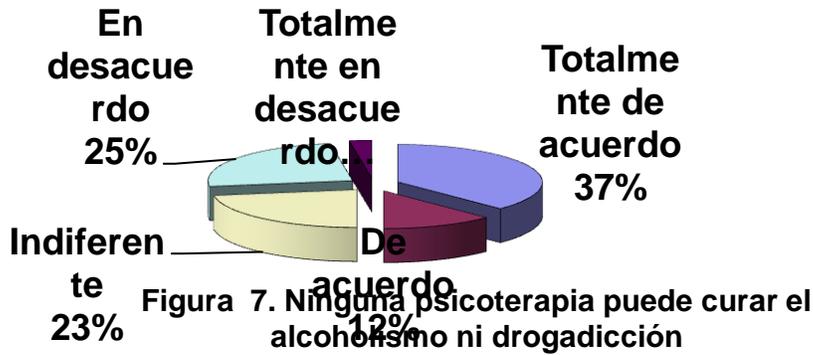
Como podemos ver en la figura 5, hay una tendencia fuerte a considerar que la terapia familiar podría ser útil para su problema de alcoholismo o drogadicción, ya que la mayoría de la muestra, el 37% está de acuerdo de que la terapia familiar podría ser útil.



Como podemos ver en la figura 6, hay una tendencia fuerte a considerar que los padrinos darían mejores asesorías si tuvieran formación en psicoterapia, ya que la mayoría de la muestra, el 35% está de acuerdo con esta situación.



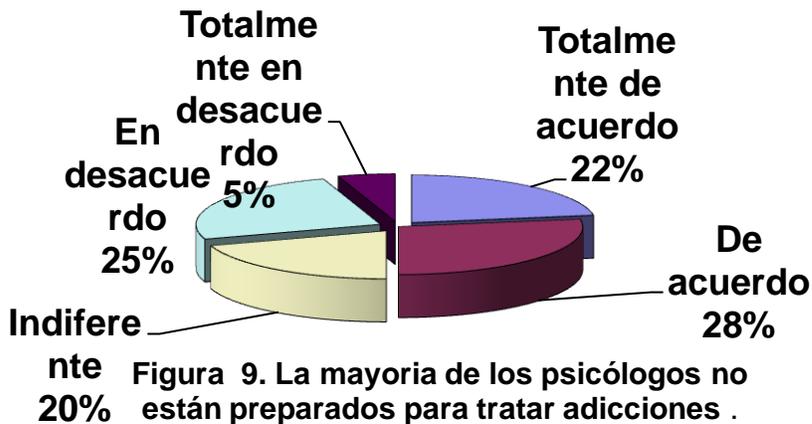
Como podemos ver en la figura 7 hay una tendencia fuerte a considerar que ninguna psicoterapia puede curar el alcoholismo, ya que la mayoría de la muestra el 35%, está totalmente de acuerdo de que ninguna psicoterapia, puede curar el alcoholismo.



Como podemos ver en la figura 8, hay una tendencia fuerte a estar dispuesto acudir a psicoterapia para resolver un problema diferente a la adicción, ya que 35% de la muestra que es la mayoría, esta de acuerdo.



Como podemos ver en la figura 9, hay una tendencia fuerte a considerar que los psicólogos no están preparados para tratar las adicciones, ya que el 28% de la muestra que es la mayoría, esta de acuerdo.



Como podemos ver en la figura 10, hay una tendencia fuerte a considerar que los psicólogos no entienden lo que es el alcoholismo en realidad, ya que el 27% de la muestra que es la mayoría, esta totalmente de acuerdo.



De las 44 personas que contestaron el cuestionario, 19 refieren que sí han acudido a psicoterapia. Los que han ido a psicoterapia, en promedio han acudido a 2.1 psicoterapeutas.

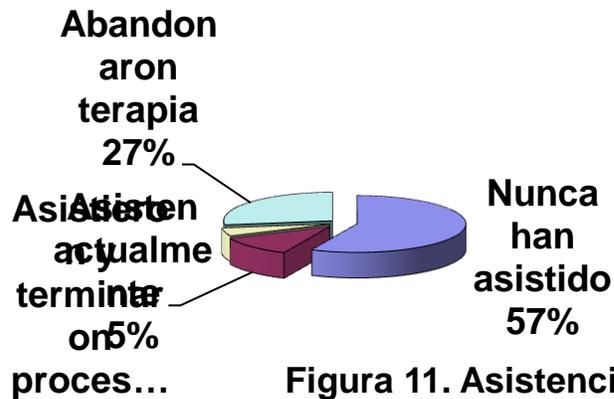
5 personas han ido con un terapeuta

9 Personas han ido con dos

3 Persona han ido con tres

2 personas han ido con cuatro terapeutas.

De las 19 personas que han acudido a psicoterapia, solamente 5 consideran que han concluido el proceso. Solamente dos están actualmente en proceso, lo cual significa que 12 personas abandonaron el proceso de psicoterapia sin haberlo concluido.

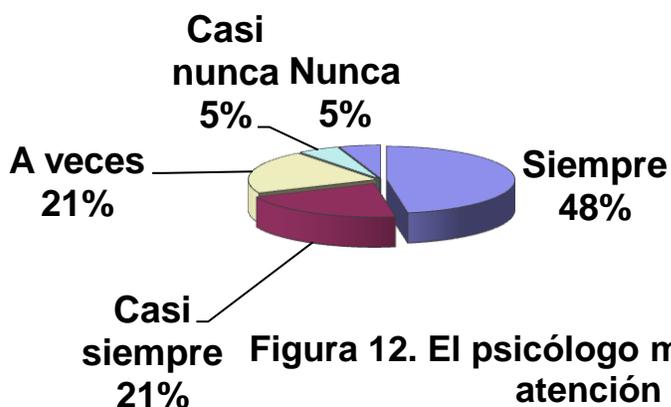


**Figura 11. Asistencia a psicoterapia**

En cuanto a la especialidad del psicoterapeuta, solamente 3 de los encuestados aseguran que su psicoterapeuta tiene especialidad en adicciones, 2 consideran que el terapeuta con el que asistieron no tiene especialidad en adicciones y 14 no saben si tiene o no esta especialidad.

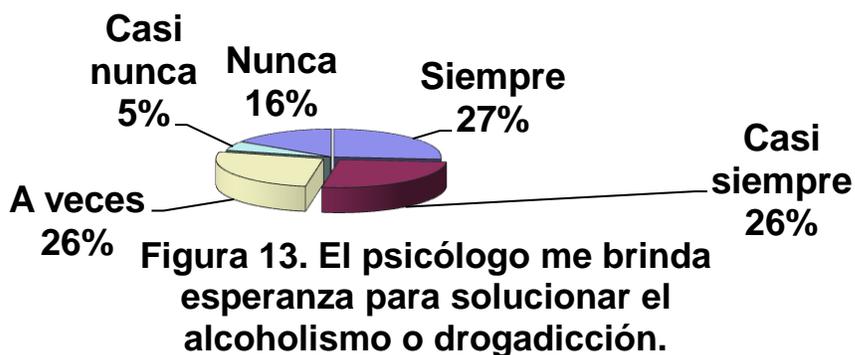
El cuestionario de experiencias en psicoterapia se calificó asignando números del 1 al 5, correspondiendo el 5 a una mejor experiencia en la psicoterapia. El promedio obtenido fue de 3.43, lo cual significa que en promedio reportan una experiencia entre regular y buena.

Como podemos ver en la figura 12, hay una fuerte tendencia de los psicólogos que atienden a personas con alcoholismo o drogadicción de escuchar a sus pacientes, ya que el 48% de la muestra que es la mayoría, siempre escucha con atención.



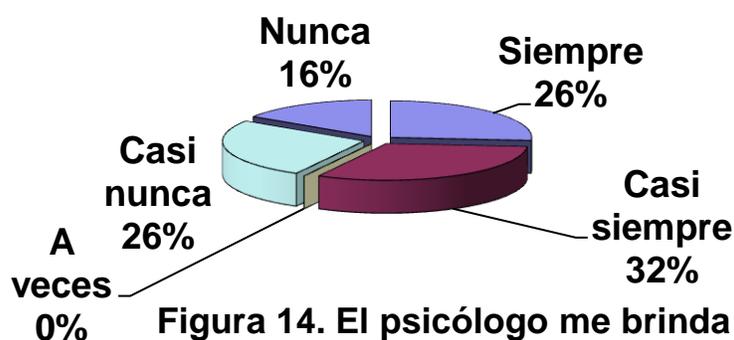
**Figura 12. El psicólogo me escucha con atención**

Como podemos ver en la figura 13, hay una fuerte tendencia de los psicólogos que atienden a personas con alcoholismo o drogadicción a brindar esperanza para solucionar el alcoholismo o drogadicción, ya que el 27% de la muestra que es la mayoría, siempre brinda esperanza para solucionar estas problemáticas.



**Figura 13. El psicólogo me brinda esperanza para solucionar el alcoholismo o drogadicción.**

Como podemos ver en la figura 14, hay una fuerte tendencia de los psicólogos que atienden a personas con alcoholismo o drogadicción a brindar información sobre las adicciones, ya que el 32% de la muestra que es la mayoría, casi siempre brindar información de esta problemática.

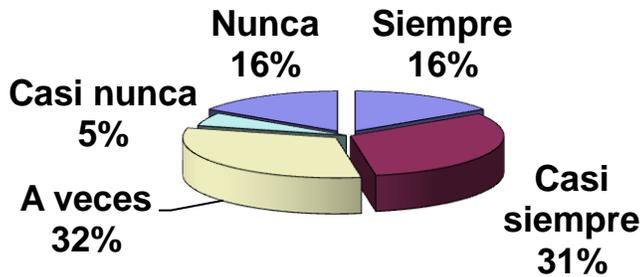


**Figura 14. El psicólogo me brinda información sobre las adicciones**

Como podemos ver en la figura 15, hay una fuerte tendencia de los psicólogos que atienden a personas con alcoholismo o drogadicción a expresarse de manera entendible, ya que el 32% de la muestra que es la mayoría, casi siempre se expresa de manera entendible.



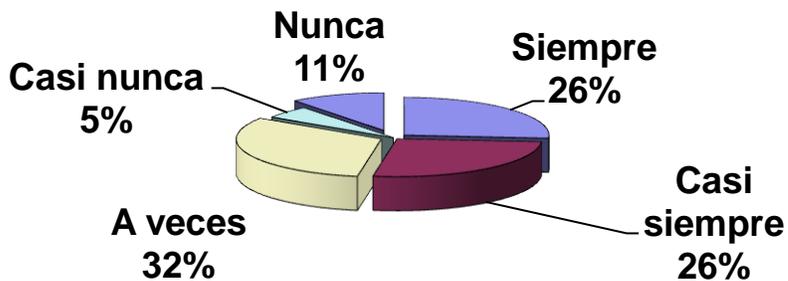
Como podemos ver en la figura 16, hay una fuerte tendencia regular de los psicólogos que atiende a personas con alcoholismo o drogadicción a ayudar a entender las causas del problema, ya que el 32% que es la mayoría de la muestra, a veces ayuda entender las causas del alcoholismo o drogadicción a sus pacientes.



**Figura 16. El psicólogo me ayuda a entender las causas o razones de mi problema**

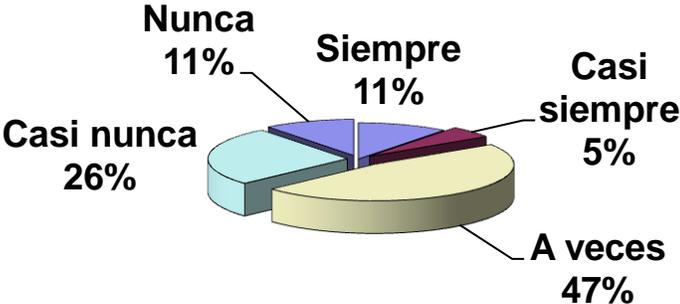
Como podemos ver en la figura 17, hay una tendencia regular de los psicólogos que atienden a personas con alcoholismo o drogadicción a dar consejos útiles que pueden aplicar los pacientes, ya que el 32% que es la mayoría de la muestra, a veces da consejos útiles.

126



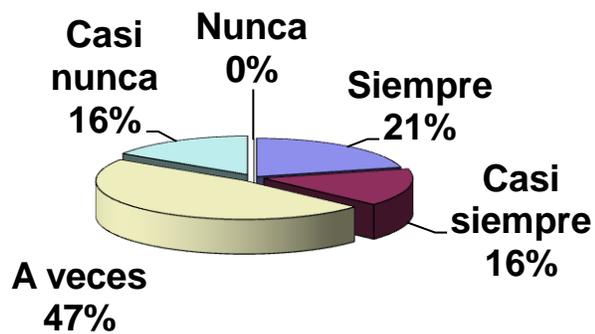
**Figura 17. El psicólogo me da consejos útiles que yo puedo aplicar**

Como podemos ver en la figura 18, hay una tendencia regular a que los pacientes la terapia les ayude en el control de la adicción, ya que el 47% de la muestra que es la mayoría, dice que a veces les ayuda la terapia a controlar su adicción.



**Figura 18. La terapia me ayuda en el control de la adicción**

Como podemos ver en la figura 19, hay una tendencia regular a que los pacientes la terapia les ayuda mejorar su vida en otros aspectos, ya que el 47% de la muestra que es la mayoría, dice que a veces les ayuda en otros aspectos de su vida.



**Figura 19. La terapia me ayuda a mejorar mi vida en otros aspectos**

## Capítulo 8. Discusión

Los resultados en cuanto al género nos indican que la mayoría de las participantes son mujeres, lo cual me sorprende ya que esperaba los grupos de AA como grupos en su mayoría del sexo masculino, más sin embargo esto se puede deber a la apertura del sexo femenino de poder expresar su problemática de adicciones de forma más abierta que en otras épocas, ya que de hecho no es nada sorprendente de que las mujeres tenga una tendencia mayor a padecer trastornos emocionales y como sabemos muchas veces los trastornos emocionales llevan al consumo de tabaco, alcohol y drogas para aminorar los sentimientos de depresión, ansiedad y enojo.

Los resultados en cuanto a escolaridad nos indican que es variada, más sin embargo la escolaridad en primaria es la más baja con 10%, lo cual me sorprende ya que yo esperaba encontrar a la población de AA con una escolaridad alta en primaria y secundaria por la cuestión económica de varios de no pagar una consulta con un terapeuta, ya que la consulta a un psicoterapeuta en su mayoría de los casos es accesible a personas con un estatus medio-Alto. La escolaridad universitaria sorprendentemente fue la segunda más alta con 33% quedando por atrás de la escolaridad de bachiller con 33%. Queda claro que la popularidad de AA en el tratamiento del alcoholismo y drogadicción atrae a varios sectores de la población sin distinción de sexo y escolaridad.

Los resultados en cuanto a la psicoterapia puede ayudarme en mi problema de alcoholismo y drogadicción, hay una fuerte tendencia que considera que la psicoterapia puede ayudarle en su problema de alcoholismo y drogadicción. Esto nos puede sugerir que hay algo en el tratamiento de AA que no termina de convérseles y, es muy probable que la intervención de AA no logre ayudarles en otros aspectos de su vida, solamente se enfoca en los síntomas, porque lamentablemente el tratamiento no trabaja otras áreas como la familiar, laboral y habilidad sociales en general que pueden dar un tratamiento más óptimo para estos padecimientos.

Los resultados en cuanto a si asisto a mis reuniones de AA no es necesario ir a psicoterapia, hay una tendencia fuerte a estar totalmente de acuerdo en que si asiste a la reuniones AA no es necesario acudir a AA. Esto nos habla de la importancia y la codependencia hacia acudir a la reuniones de AA.

Los resultados en cuanto a la terapia familiar podría ser útil para mi problema de alcoholismo y drogadicción, hay una tendencia fuerte a considerar que la terapia familiar podría ser útil para su problema de alcoholismo o drogadicción, esto nos viene a confirma necesidad de trabajar otras áreas que las intervenciones que AA no trabaja como la situación sistémica del entorno familiar, yo creo que uno de los graves problemas de AA es que no trabaja otras áreas

importantes como la familiar y, las habilidades sociales por mencionar algunas, solo se centra en la abstinencia, si realmente AA trabajaría otras áreas los que acuden a AA no sería tan dependientes de su juntas, y podría encontrar una cura a su problema y no volverse dependientes a su grupo que viene a sustituir su adicción al alcohol, de alguna manera también desplazan su adicción al alcohol a la cafeína y el cigarro en otros. Sin embargo el programa funciona en cuanto mantiene la sobriedad de los pacientes.

Los resultados en cuanto a que los padrinos daría mejores asesorías si tuvieran una formación en psicoterapia, hay una tendencia fuerte a considerar que los padrinos darían mejores asesorías si tuvieran formación en psicoterapia. Existe una demanda por parte de los integrantes de AA de entender su adicción desde terminos más científicos y desde una teoría de la personalidad que den una explicación más exacta de su consumo incontrolable al alcohol.

Los resultados en cuanto a que ninguna psicoterapia puede curar el alcoholismo, hay una tendencia fuerte a considerar que ninguna psicoterapia puede curar el alcoholismo, esta forma de pensar tan mecanizada es debido a la filosofía de AA de considerar al alcoholismo como una enfermedad crónica y progresiva; y AA sólo se preocupa por mantenerse sobriedad de sus pacientes, más sin embargo no les enseña a los pacientes a lidiar con otros problemas de su entorno en forma de una enseñanza de habilidades como suele suceder en los tratamientos cognitivos conductuales que se ha demostrado que no solo procuran la abstinencia sino que los pacientes se vuelven sus propios terapeutas, evitando ellos mismos su recaída de forma más eficaz y sólida en el consumo de alcoholismo.

Los resultados en cuanto a estaría dispuesto a acudir a una psicoterapia para resolver otros problemas, hay una tendencia fuerte a acudir a una psicoterapia, de nuevo yo estoy convencido que a pesar de que los integrantes AA logran su abstinencia, ellos se sienten insatisfechos para lidiar con los problemas familiares, de pareja y laboral, ya que los pacientes AA tienen pocas habilidades sociales para lograrlo, por ello sus redes sociales son limitadas como son el volverse dependientes a su grupo AA.

Los resultados en cuanto a la mayoría de los psicólogos no están preparados para tratar las adicciones, hay una tendencia fuerte a considerar que la mayoría de los psicólogos no están preparados para tratar las adicciones, esto se debe porque yo quiero suponer que en realidad la filosofía de AA de considerar al alcoholismo incurable, interfiere a dedicarle seriedad a otros médicos de salud mental, al final de cuentas que tanto pueden hacer los psicólogos o terapeutas ante una enfermedad incurable.

Los resultados en cuanto a que los psicólogos no entienden lo que es el alcoholismo en el alcoholismo en realidad, hay una tendencia a considerar los psicólogos no entienden que es el alcoholismo, esto puede hablar de cierta ignorancia acerca de lo que es lo estudia la

psicología, ya que incluso cuando yo estaba aplicando las pruebas AA, algunos me preguntaban que era la psicoterapia y a que era un psicólogo, yo creo que en realidad los pacientes siempre están con la idea de que nadie los comprende ni siquiera los que se dedican a los profesionistas que se dedican a salud mental. El psicólogo es un erudito del comportamiento humano y del cambio y, no tiene que experimentar los problemas de conducta o de personalidad a carne propia para entenderlos.

En términos generales podemos decir que la mitad tiene una actitud positiva y una actitud negativa, en general esta divide la actitud hacia la psicoterapia. Si recurrimos a la estadística se encontró que de acuerdo al promedio se puede concluir que la opinión de los miembros de AA hacia las psicoterapias no es positiva ni negativa, sino que tiene una tendencia central.

Tabla I. Actitud hacia la psicoterapia de los miembros participantes en AA.

|           | Han ido a psicoterapia | No han ido a psicoterapia | Promedio general |
|-----------|------------------------|---------------------------|------------------|
| Media     | 2.93                   | 2.87                      | 2.90             |
| Desv. Std | 0.63                   | 0.54                      | 0.56             |

De las 44 personas que contestaron el cuestionario, 19 refieren que sí han acudido a psicoterapia. Los que han ido a psicoterapia, en promedio han acudido a 2.1 psicoterapeutas. De las 19 personas que han acudido a psicoterapia, solamente 5 consideran que han concluido el proceso. Solamente dos están actualmente en proceso, lo cual significa que 12 personas abandonaron el proceso de psicoterapia sin haberlo concluido. Este dato de que 12 personas de 19 abandonaron el proceso me dice que en realidad que no se puede esperar que tengan una excelente actitud hacia el tratamiento psicológico sino les funciona como ellos deseaban, en realidad como lo muestra los resultados generales la actitud general hacia la psicoterapia fue entre regular y buena, y si además a esto le agregamos que la otra mitad no ha acudido a psicoterapia en realidad los resultados de entre regular y buena eran esperados.

En cuanto a la especialidad del psicoterapeuta, solamente 3 de los encuestados aseguran que su psicoterapeuta tiene especialidad en adicciones. 2 consideran que el terapeuta con el que asistieron no tiene especialidad en adicciones y 14 no saben si tiene o no esta especialidad. Es un dato alarmante que muy posiblemente dos tengan especialidad en adicciones, es algo real en la

práctica de salud mental de que varios no tienen una formación en psicoterapia, sin embargo yo no soy de la idea de que los que no sean psicoterapeutas no deben dar terapia porque en realidad es una imposición, es como decir que solo los jugadores de las grandes ligas deben jugar beisbol, más sin embargo yo si diría a los psicólogos de salud mental que realmente se preocupen en tomar diplomados, cursos y estén actualizados y que realmente lean a profundidad los autores en el campo de las adicciones.

Los resultados en cuanto el psicólogo me escucha con atención, hay una fuerte tendencia de los psicólogos a escuchar a sus pacientes con atención. La escucha atenta es la habilidad central de un psicólogo y que la mayoría de los psicólogos la lleven a cabo nos habla de brindarle acompañamiento al paciente.

Los resultados en cuanto los psicólogos me brindan esperanza para solucionar el alcoholismo, o drogadicción, hay una tendencia fuerte que los psicólogos brinden esperanza para solucionar el alcoholismo o drogadicción. Me parece a mí que es importante que los terapeutas brinden esperanza de solucionar la adicción y que tiene cura, ya que si se le dice que no tiene cura, entonces el paciente pierde la motivación de ir al proceso de terapia ya que de todas maneras que caso tiene ir si de todas maneras no se va logra nada, lo van a ver como una pérdida de tiempo y dinero.

Los resultados en cuanto los psicólogos me brindan información, hay una fuerte tendencia a que los psicólogos que brindan información sobre las adicciones. Es muy importante que el psicólogo explique que es la adicción, que factores la provocan y como interfiere en la vida diaria; básicamente la idea es que el psicólogo demuestra dominio sobre el tema para que el paciente se sienta en confianza de que está acudiendo con persona de salud mental preparada.

132

Los resultados en cuanto los psicólogos hablan o se expresan de manera entendible, hay una fuerte tendencia que los psicólogos que hablan o se expresen de manera entendible a la hora de abordar a sus pacientes. Es muy importante que el psicólogo no utilice una jerga clínica ni psicológica ya que el paciente se va quedar en duda, en muchas ocasiones esto puede ser una barrera al insight del paciente, pero sobretodo quisiera remarcar que el psicólogo debe acomodarse al nivel educativo del paciente, no es lo mismo tener en el proceso de terapia a una persona que solamente concluye la primaria que tener una persona con una licenciatura, obviamente de diferentes niveles culturales.

Los resultados en cuanto los psicólogos me ayudan a entender las causas de mi problema, hay una tendencia regular que los psicólogos que ayudan a entender a sus pacientes las causas de su alcoholismo o drogadicción. Yo si recomendaría no solo psicólogos que se dedican al tratamiento de las adicciones sino en general al cambio del comportamiento humano, a que explique las causas de la adicción, ya que los pacientes se sienten en confianza de estar con un profesional que

sabes que es lo que está provocando está adicción, de alguna manera le da esperanza de curarse o al menos alcanzar una estabilidad cuando está con una persona que sabe lo que está ocurriendo con él.

Los resultados en cuanto los psicólogos dan consejos útiles a los pacientes que pueden aplicar, hay una tendencia regular de los psicólogos a dar consejos útiles a las personas que padecen alguna adicción. En realidad, esta frase deber ser traducida a la Jerga psicológica como herramientas útiles, ya que los psicólogos no dan consejos. La principal característica de un psicólogo es la capacidad de solucionar problemáticas, y si los pacientes que acuden a terapia no ven el proceso que el terapeuta le brinda herramientas necesarias para lidiar con su vida laboral, académica, social y de pareja; entonces el paciente terminando desertando de un proceso no lo está ayudando a salir del círculo vicioso patológico que se encuentra.

Los resultados en cuanto la terapia me ayuda a controlar la adicción, hay una tendencia regular del proceso de ayudar al controlar la adicción. Yo creo realmente hay enfoques terapéuticas que tardan demasiado en poder lograr un cambio, sino un control del consumo del paciente, como es la terapia psicoanalítica, yo lamentablemente no cuento el dato de cuál es la terapia predominante en Cancún, Quintana Roo pues una pregunta abarca un área de investigación que escapa de este estudio. El terapeuta brindar herramientas que contengan el consumo excesivo de la droga, ya que de lo contrario los pacientes a pesar que se logren beneficios en otra áreas de su vida van a dejar la terapia sino logran controlar su síntoma principal, que es el síntoma principal por el que acuden a terapia psicológica.

Los resultados en cuento la terapia me ayuda a controlar me ayuda a controlar otros aspectos de mi vida, hay una tendencia regular de que el proceso ayuda a controlar otros aspectos de la vida, esto me pone a pensar que en términos generales, la terapia psicológica en realidad no está dando un control eficaz en el control de la adicción y de mejorar otros aspectos de la vida de los pacientes con alcoholismo y drogadicción.

## CONCLUSIONES

Conclusión sobre la actitud hacia la psicoterapia: de acuerdo al promedio se puede concluir que la opinión de los miembros de AA hacia las psicoterapias no es positiva ni negativa, sino que está muy cerca del rango intermedio que corresponde a 3. Y no existe diferencia en esta posición intermedia entre los que han acudido a terapia y lo que no han acudido.

Conclusiones sobre experiencias en psicoterapia: La media de las respuestas en las experiencias en psicoterapia fue de 3.4 lo cual quiere decir que la mayoría de las respuestas fue a veces, es decir las experiencias en psicoterapia fueron regulares.

En conclusión final rechazo hipótesis de trabajo y acepto Hipótesis en nula que dice lo siguiente.

Hipótesis Nula: Los integrantes de AA no tienen una actitud mala sobre la psicoterapia y no han tenido malas experiencias durante el proceso terapéutico. Sino que su actitud no es positiva ni negativa, sino que está muy cerca del rango intermedio que corresponde a 3. Y que sus experiencias hacia la psicoterapia están entre regulares y buenas.

De acuerdo al promedio se puede concluir que la opinión de los miembros de AA hacia las psicoterapias no es positiva ni negativa, sino que está muy cerca del rango intermedio que corresponde a 3.

## ANEXOS

### Instrumento aplicado en los grupos de AA

Instrucciones: Este documento busca conocer tu opinión sobre la psicología y la psicoterapia (tratamiento psicológico impartido por psicólogos), con fines de realizar una Tesis profesional.

### Primera sección

**Instrucciones:** en esta primera sección se te presenta 8 preguntas sobre tu opinión sobre la psicoterapia en el problema del alcoholismo o drogadicción, solo se permite subrayar una sola opción, no dejes una respuesta sin responder ya que el cuestionario se anula. Si existe una duda con alguna palabra no dudes en preguntar con gusto te respondemos. Antes tacha el sexo y la escolaridad a que llegaste

Sexo ( ) Masculino y/o ( ) Femenino

Escolaridad: ( ) Primaria; ( ) secundaria; ( ) Preparatoria ( ) Universidad

1. La psicoterapia puede ayudarme en mi problema de alcoholismo y/o drogadicción: (positiva)

1. totalmente de acuerdo
2. De Acuerdo
3. Indiferente
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

2. Si asisto a mis reuniones de AA no es necesario ir a terapias psicológicas para mantenerme sobrio: (negativa)

1. totalmente de acuerdo
2. De Acuerdo
3. Indiferente

4. En desacuerdo

5. Totalmente en desacuerdo

3. Considero que una terapia familiar podría ser útil como apoyo en mi problema de alcohol/drogas: (positiva)

1. totalmente de acuerdo

2. De Acuerdo

3. Indiferente

4. En desacuerdo

5. Totalmente en desacuerdo

4. Los padrinos de AA darían mejores asesorías si tuvieran una formación en psicoterapia: (positiva)

1. totalmente de acuerdo

2. De Acuerdo

3. Indiferente

4. En desacuerdo

5. Totalmente en desacuerdo

5. Ninguna psicoterapia puede curar el alcoholismo ni la drogadicción: (negativa).

1. totalmente de acuerdo

2. De Acuerdo

3. Indiferente

4. En desacuerdo

5. Totalmente en desacuerdo

6. Estaría dispuesto a ir a una terapia psicológica para resolver otros problemas diferentes a la adicción: (positiva)

1. totalmente de acuerdo

2. De Acuerdo

3. Indiferente

4. En desacuerdo

5. Totalmente en desacuerdo

137

7. La mayoría de los psicólogos no están preparados para tratar problemas de adicciones: (Negativa)

1. totalmente de acuerdo

2. De Acuerdo

3. Indiferente

4. En desacuerdo

5. Totalmente en desacuerdo

8. Los psicólogos no entienden lo que es el alcoholismo en realidad: (Negativa)

1. totalmente de acuerdo

2. De Acuerdo

3. Indiferente

4. En desacuerdo

5. Totalmente en desacuerdo

## **SECCIÓN II (Si nunca ha asistido a un psicólogo no conteste esta sección)**

Número de psicólogos a los que usted ha acudido \_\_\_\_\_

¿Terminó usted el tratamiento psicológico? SI NO

¿Asiste actualmente a psicoterapia? SI NO

¿Sabe si el psicólogo (o alguno de sus psicólogos) tenía especialización en alcoholismo y/o drogadicción?

a) Sí tiene especialización

b) No tiene especialización

c) No lo sé.

**Si asiste a psicoterapia, por favor conteste las siguientes preguntas pensando en su psicólogo actual. Si no asiste en este momento, conteste pensando en la psicoterapia con la que haya estado usted más satisfecho.**

1. El psicólogo me escucha o me escuchaba con atención:

1. Siempre

2. Casi siempre

3. A veces

4. Casi nunca

5. Nunca

2. El psicólogo me brinda esperanza para solucionar mi problema de alcoholismo y/o drogadicción:

1. Siempre

2. Casi siempre

3. A veces

4. Casi nunca

5. Nunca

3. El psicólogo me brinda información sobre las adicciones:

1. Siempre

2. Casi siempre

3. A veces

4. Casi nunca

5. Nunca

4. El psicólogo me habla o se expresa de una manera que yo lo puedo entender:

1. Siempre

2. Casi siempre

3. A veces

4. Casi nunca

5. Nunca

5. El psicólogo me ayuda a entender las causas o razones de mi problema:

1. Siempre

2. Casi siempre

3. A veces

4. Casi nunca

5. Nunca

6. El psicólogo me da consejos útiles que yo puedo aplicar:

1. Siempre

2. Casi siempre

3. A veces

4. Casi nunca

5. Nunca

7. La terapia psicológica me ayuda en el control de la adicción:

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Casi nunca
5. Nunca

8. La terapia me ayuda a mejorar mi vida en otros aspectos además de la adicción

1. Siempre
2. Casi siempre
3. A veces
4. Casi nunca
5. Nunca

**Parte 1: Resultados brutos de Actitudes hacia la psicoterapia. 40 folios aplicados**

| a1 | a2 | a3 | a4 | a5 | a6 | a7 | a8 | Total | Total entre8 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|--------------|
| 4  | 2  | 5  | 5  | 3  | 5  | 2  | 2  | 28    | 3.50         |
| 4  | 1  | 3  | 2  | 3  | 4  | 4  | 1  | 22    | 2.75         |
| 5  | 4  | 4  | 5  | 4  | 5  | 4  | 4  | 35    | 4.38         |
| 4  | 1  | 2  | 4  | 4  | 3  | 4  | 4  | 26    | 3.25         |
| 3  | 2  | 4  | 3  | 1  | 3  | 3  | 3  | 22    | 2.75         |
| 4  | 3  | 5  | 4  | 4  | 4  | 2  | 4  | 30    | 3.75         |
| 3  | 5  | 2  | 1  | 3  | 2  | 2  | 4  | 22    | 2.75         |
| 2  | 1  | 3  | 1  | 3  | 1  | 3  | 3  | 17    | 2.13         |
| 4  | 2  | 2  | 2  | 1  | 2  | 1  | 1  | 15    | 1.88         |
| 4  | 2  | 4  | 5  | 4  | 5  | 1  | 3  | 28    | 3.50         |
| 2  | 2  | 4  | 2  | 2  | 4  | 2  | 2  | 20    | 2.50         |
| 3  | 1  | 3  | 3  | 1  | 2  | 3  | 2  | 18    | 2.25         |
| 4  | 1  | 3  | 1  | 4  | 3  | 4  | 4  | 24    | 3.00         |
| 3  | 1  | 3  | 4  | 1  | 4  | 2  | 3  | 21    | 2.63         |
| 3  | 1  | 4  | 4  | 1  | 4  | 4  | 1  | 22    | 2.75         |
| 5  | 2  | 3  | 3  | 3  | 5  | 1  | 2  | 24    | 3.00         |

|   |   |   |   |   |   |   |   |    |      |
|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------|
| 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 26 | 3.25 |
| 4 | 2 | 5 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 26 | 3.25 |
| 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 20 | 2.50 |
| 3 | 5 | 2 | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 27 | 3.38 |
| 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 32 | 4.00 |
| 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 5 | 1 | 21 | 2.63 |
| 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 23 | 2.88 |
| 4 | 4 | 5 | 4 | 1 | 3 | 2 | 2 | 25 | 3.13 |
| 5 | 1 | 5 | 5 | 1 | 5 | 1 | 1 | 24 | 3.00 |
| 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 4 | 2 | 3 | 21 | 2.63 |
| 2 | 1 | 4 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 16 | 2.00 |
| 5 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 4 | 4 | 23 | 2.88 |
| 4 | 1 | 4 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 18 | 2.25 |
| 3 | 2 | 5 | 4 | 1 | 4 | 1 | 1 | 21 | 2.63 |
| 4 | 4 | 5 | 2 | 3 | 5 | 1 | 1 | 25 | 3.13 |
| 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 1 | 3 | 3 | 22 | 2.75 |
| 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 23 | 2.88 |
| 3 | 1 | 5 | 1 | 5 | 3 | 3 | 3 | 24 | 3.00 |
| 4 | 2 | 5 | 2 | 1 | 3 | 4 | 2 | 23 | 2.88 |
| 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 24 | 3.00 |
| 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 5 | 1 | 1 | 15 | 1.88 |
| 5 | 2 | 5 | 5 | 1 | 4 | 4 | 4 | 30 | 3.75 |
| 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 17 | 2.13 |
| 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 28 | 3.50 |

**Media 2.90**

**Desviación Std 0.56**

**Parte 2: Resultados brutos de experiencias en psicoterapia: 20 folios aplicados**

| S1 | s2 | s3 | s4 | s5 | s6 | s7 | s8 | total | total entre 8 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|---------------|
| 4  | 5  | 5  | 5  | 5  | 5  | 3  | 3  | 35    | 4.375         |
| 4  | 3  | 5  | 5  | 3  | 4  | 3  | 3  | 30    | 3.75          |
| 5  | 5  | 5  | 5  | 4  | 5  | 5  | 5  | 39    | 4.875         |
| 5  | 4  | 4  | 5  | 5  | 5  | 1  | 3  | 32    | 4             |
| 4  | 1  | 5  | 4  | 3  | 4  | 2  | 2  | 25    | 3.125         |
| 5  | 5  | 5  | 4  | 5  | 5  | 3  | 5  | 37    | 4.625         |
| 3  | 4  | 2  | 4  | 3  | 3  | 2  | 4  | 25    | 3.125         |
| 3  | 1  | 2  | 3  | 1  | 1  | 1  | 2  | 14    | 1.75          |
| 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 5  | 5  | 16    | 2             |
| 4  | 4  | 1  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  | 26    | 3.25          |
| 5  | 3  | 2  | 4  | 4  | 3  | 3  | 4  | 28    | 3.5           |
| 3  | 3  | 4  | 3  | 4  | 4  | 2  | 3  | 26    | 3.25          |
| 2  | 3  | 2  | 4  | 2  | 3  | 3  | 3  | 22    | 2.75          |
| 3  | 2  | 1  | 3  | 3  | 4  | 2  | 3  | 21    | 2.625         |
| 5  | 5  | 4  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 23    | 2.875         |

|   |   |   |   |   |   |   |   |                  |                    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|------------------|--------------------|
| 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 30               | 3.75               |
| 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 33               | 4.125              |
| 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 3 | 33               | 4.125              |
| 5 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 27               | 3.375              |
|   |   |   |   |   |   |   |   | <b>Promedio</b>  | <b>3.434210526</b> |
|   |   |   |   |   |   |   |   | <b>Desv. Std</b> | <b>0.831632035</b> |

## Bibliografía

1. Barragán, L; González, J; Medina, M; y Ayala H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana. Salud Mental.28 (001), 61-71. Recuperado el 27 de Agosto de 2009. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58212807>
2. Braislow, S. (1995). Las sustancias de los sueños. México, D.F.: Fondo de cultura económica.
3. Campo, M. (2004). Epistemología y psicoterapia. Opción. 20 (0044), 120-137. Recuperado el 9 de septiembre de 2009. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31004407>
4. Caraveo, J; Colmenares, B; y Saldívar, G. (1999). Diferencias por género en el consumo de alcohol en la ciudad de México. Salud pública de México, 41 (003), 177-188. Recuperado el 20 de Agosto del 2009. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10641306>
5. Centro de Integración juvenil de Cancún. (2009). *40 Aniversario de Centros de Integración Juvenil, A.C.* (Documento PDF). Recuperado el 29 de Noviembre de 2009. [http://www.cij.gob.mx/Paginas/A\\_donde\\_puedes\\_acudir/Resumen/9950R.pdf](http://www.cij.gob.mx/Paginas/A_donde_puedes_acudir/Resumen/9950R.pdf)
6. Cuevas, P; Camacho, J; Mejía, R; Rosario, I; Parres, R; Mendoza, J; y López, D. (2000). Cambios en la psicopatología del trastorno límite de la personalidad, en los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica. Salud Mental.23 (006). Recuperado el 24 de octubre de 2009. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58262301>
7. Díaz, G. (2007). *Consejo nacional contra las adicciones*. Recuperado el 26 de Noviembre de 2009. [http://www.conadic.salud.gob.mx/prensa/boletines2007/reunal\\_030907.html](http://www.conadic.salud.gob.mx/prensa/boletines2007/reunal_030907.html)

8. Encuesta Nacional de Adicciones. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones*. (Documento PDF). Recuperado el 28 de Noviembre de 2009.

[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08\\_NACIONAL.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf)

9. Espinosa, A y Garrido M. (1996). Terapia familiar sistémica: teoría, clínica e investigación. Madrid, España: Editorial Fundamentos.

10. Figueroa, N. (2009). Compilación sobre usos medicinales del toloache (*Datura innoxia* p. Mill) en México. (Documento Web). Recuperado el 4 de Febrero de 2009.

11. Fuentes, R. (2004). Psicología Médica. (2). D.F: Fondo de cultura económica

12. Goldman, H (200). Psiquiatría general. (F. Tinajero trad.). México: Manual moderno. (Trabajo original publicado en 1995).

13. Guerrero, A. (2008). *¿Drogas a mí? ¿Para qué?* (Documento web) Recuperado el 20 de septiembre de 2009. [http://www.profeco.gob.mx/revista/publicaciones/adelantos\\_08/34-40%20drogas%20KMM.pdf](http://www.profeco.gob.mx/revista/publicaciones/adelantos_08/34-40%20drogas%20KMM.pdf).

14. Hernández, V; Arroyo, M; y Parra, B; (2009). Prevención del consumo de metanfetaminas. CIJ Informa.14 (47), 9-13.

15. INEGI. *La encuesta nacional de adicciones 2002*. (Documento PDF). Recuperado el 18 de Octubre de 2009.

[http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf)

16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2005). *Conteo de población Y vivienda*. (Documento Web). ). Recuperado el 29 de Noviembre de 2009.  
[http://www.inegi.org.mx/lib/olap/general\\_ver4/MDXQueryDatos.asp](http://www.inegi.org.mx/lib/olap/general_ver4/MDXQueryDatos.asp)
17. Leitenberg (1982) La formación del símbolo en el niño (Lequerica Mejía Trad.). España: Morata. (Trabajo original publicado en 1976).
18. López, C; Y Ros, M. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. Anales de la psicopatología, 17 (0002), 177-187. . Recuperado el 26 de Agosto de 2009.  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16717204>
19. Martoccia, H. (2006). *Proliferan pandillas en Cancún; 11 mil 321 detenidos desde 2005*. (Documento Web). Recuperado el 29 de Noviembre de 2009.  
<http://www.jornada.unam.mx/2006/12/21/index.php?section=estados&article=030n1est>
20. Medina, L. (Director). (2009). Entrevista al terapeuta en Adicciones Juan Briones. (Videograbación). México.
21. Medina, L. (Director). (2009). Entrevista al Director de salud mental en Benito Juárez, Cancún. (Videograbación). México
22. Mora, J; y Natera, G (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud pública de México, 43 (2), 89-96.  
Recuperado el 21 de Agosto de 2009.  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10643204>
23. Natera, G; Borges, G; Medina, Ma; Solís, L y Tiburcio, M (2001). La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. Instituto nacional de salud pública, 43 (1),

17-26. Recuperado el 30 de Agosto de 2009.

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10643105>

24. Nava, C; y Vega, Z. (2006). Estructura y calidad de Red de alcohólicos anónimos. Anales de la psicología. 2 (002), 212-216. . Recuperado el 2 de Septiembre de 2009.

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16722206>

25. Ortiz, A; Soriano, A; Galván, j; Y Meza, D. (2005). Tendencias y usos de cocaína en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México. Salud mental, 28 (002). 91-97. Recuperado el 17 de Agosto del

2009. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58222809>

26. Otero, L (1998). Las plantas alucinógenas. Barcelona, España: Paidotribo.

27. Parker, C.M (2004). El libro de las profecías. Barcelona, España: Editorial océano, S.L.

28. Richard, E; y Hoffman, A. (1993). Plantas de los dioses. Orígenes de las plantas alucinógenas. (A. BlancoTrad.). México: Fondo de cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1979).

29. Santiago, A; y Erosa, C. (2000). Peyote. Rodríguez, A; Y Gaínza, M. (Eds), Herbolaria y dolor. México, D.F: Edimplas, S.A. de C.V.

30. Soria, R; Montalvo, J; Y Maricela, G; (2004). Análisis sistémico de familias con un hijo adolescente drogadicto. Psicología y ciencia social.6 (002), 3-12. Recuperado el 27 de Agosto de

2009. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58212807>

31. Uriarte, V; (2003). Psicofarmacología. (3). D.f.: Trillas.

32. Virgen, R. (2002). La adicción a las drogas y sus bases neurobiológicas fundamentales: De las estructuras subcorticales a la corteza frontal. Investigación en salud. 4 (003). Recuperado el 6 de septiembre de 2009. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14240310>

