

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA  
UNIDAD IZTAPALAPA**

**FACTORES PSICOSOCIALES ATRIBUIDOS A LA  
DROGADICCION EN ADOLESCENTES**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN  
PSICOLOGIA SOCIAL**

**P R E S E N T A :**

**MA. ADRIANA PATIÑO JASSO**

90336808

**ASESOR: LIC. JOSE LUIS TORRES FRANCO**

**MEXICO, D.F., 2000**

---

# INDICE

## PÁGINA

### INTRODUCCIÓN

#### **CAPITULO 1**

##### **MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL**

1.1 Antecedentes	1
1.2 Conceptos relativos a las drogas	7
1.2.1 Clasificación de las drogas	8
1.3 Planteamiento del problema	13
1.4 Justificación	13

#### **CAPITULO 2**

##### **MARCO PSICOSOCIAL**

2.1 Psicología Social de la Salud	14
2.1.1 Comportamiento social y salud	14
2.1.2 La Psicología de la Salud	15
2.1.3 Psicología Social de la Salud	18
2.1.4 Campo de estudio de la Psicología Social de la Salud	20
2.1.5 Estilos de vida y salud	22
2.1.6 Algunos modelos relevantes del comportamiento saludable	24
2.1.7 Estrés psicosocial y su afrontamiento	31
2.1.8 Fuentes de estrés	33
2.1.9 Las respuestas al estrés	35

#### **CAPITULO 3**

##### **EL PROBLEMA DE LA DROGA**

3.1 La droga: una realidad trágica	37
3.2 El consumo de drogas	38
3.2.1 Los consumidores	39
3.3 Inadaptación y droga	44
3.4 El proceso de la drogadicción	46
3.4.1 Cómo se llega a ser consumidor de drogas	47

**CAPITULO 4**

***FACTORES PSICOSOCIALES ATRIBUIDOS A LA DROGADICCIÓN EN ADOLESCENTES***

4.1 Factores psicosociales del consumo	48
4.2 Conductas nocivas de la familia	48
4.2.1 Anomalías familiares	49
4.2.2 Permisividad de los padres	50
4.2.3 Desviación de la socialización	50
4.2.4 El alcoholismo y divorcio	50
4.2.5 Los malos tratos	51
4.2.6 Conclusiones de los conflictos familiares	51
4.2.7 Causas más significativas	52
4.3 Influencias de la sociedad	53
4.3.1 La crisis de la cultura	55
4.3.2 Ambiente social nocivo	
4.4 La influencia del grupo de amigos	55
4.4.1 Escuela y conflictividad	56
4.5 La desorganización en la calle	57
4.5.1 La calle: centro de conflictos	58
4.5.2 Conductas inadaptadas y causas	58
4.5.3 Bandas juveniles	59
4.5.4 Comportamiento en grupo	59
4.5.5 Marginación, droga y delincuencia	60
4.6 La búsqueda equivocada en las drogas	61
4.6.1 Curiosidad	62
4.6.2 Desafío	63
4.6.3 Placer	63
4.6.4 Consuelo	63
4.6.5 Seguridad	63
4.6.6 Evasión	63
4.6.7 Negación de la personalidad	64
4.6.8 Autodestrucción	64
4.7 Factores de aprendizaje	65
4.7.1 Factores sociales	65
4.7.2 Ignorancia y desorientación	66
4.7.3 Personalidad endeble e indefinida	66

	PAGINA
4.7.4 Carencia de metas y valores	66
4.7.5 Familia como grupo sin cohesión	67
4.7.6 Imagen pobre de sí mismos	67
4.7.7 Los que se compadecen de sí mismos	68
4.7.8 Los que manifiestan odio, rencor y venganza	68
4.8 El drogadicto : ¿ enfermo o delincuente ?	68
4.8.1 Problema complejo	68
4.8.2 Manipulación de la sociedad	69
<b>CAPITULO 5</b>	
<b><i>ANALISIS Y RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</i></b>	<b>70</b>
<b>CAPITULO 6</b>	
<b><i>COMENTARIOS FINALES</i></b>	<b>82</b>
<b><i>BIBLIOGRAFIA</i></b>	

## INTRODUCCION

Uno de los retos más importantes que enfrentamos hoy en día se refiere al problema de las drogas . Su uso y abuso se ha convertido en un fenómeno global que afecta a toda la sociedad. La demanda por las drogas genera un aumento en su producto, con lo que se incrementa el consumo. Se trata de un círculo perverso, en que particularmente los jóvenes se encuentran inmersos. Éste fenómeno tiene complejas raíces que rebasa fronteras geográficas , pero que cada país tiene características propias. Sus consecuencias nocivas se muestran tanto en el individuo, cuya salud y conducta son afectadas, como en la familia y la sociedad, cuya seguridad se ve amenazada.

No todos los usuarios de drogas son adictos, ni todos los adictos son delincuentes, si bien las personas que abusan de ciertas drogas son más proclives a participar en la delincuencia . Sin embargo, es necesario distinguirse entre los usuarios de distintas drogas , y entre ellos distinguir a quienes son usuarios ocasionales, de los habituales. Un adicto puede ser o no ser un delincuente, pero en todo caso es un enfermo.

Por diversos medios se difunde, de manera generalizada, costumbres y estilos de vida, falsos valores llevados a cabo mediante la percepción que las personas tienen de la drogadicción. Jones (1965) afirma que cuando las personas juzgan el comportamiento de otras, en general atribuyen las causas de éste a los actores, más que

a las situaciones en que éstos se desenvuelven, este tipo de error en el cual existe una atribución exacta lo llamó “error de atribución fundamental”. Es decir, como si tratáramos de controlar nuestro complejo mundo sobrestimando la capacidad de las personas para determinar su propio comportamiento y el resultado de sus actos. Hay más posibilidades de cometer un error fundamental de atribución cuando pensamos sobre los comportamientos de otros más que del nuestro.

Por otra parte, tendemos a ver lo que acontece a nuestro alrededor desde nuestro punto de vista, sin coincidir con el de los demás . A esto llamamos falso consenso, hablamos de términos poco usuales e inesperados, que con frecuencia se definen desde nuestro propio punto de vista .

Es por ello, que el objetivo del presente trabajo es mostrar las distintas atribuciones psicosociales que distintos tipos de población de jóvenes – no adictos, adictos institucionalizados y adictos no institucionalizados - ( mujeres y hombres ) entre 15 a 20 años, y de distintos grupos sociales, estructuran el fenómeno de la drogadicción.

La localización de estas representaciones sociocognitivas, se presentan en el capítulo 5, donde se lleva a cabo un análisis realizado con la metodología adecuada.

En los cuatro primeros capítulos, se tratará de brindar conceptualizaciones teóricas de la drogadicción, así como de brindar un panorama de la misma a través de la Psicología Social como

---

estudio de los factores psicosociales que intervienen en la etiología de problemas de salud: estudiando cómo el sistema sociocultural afecta a la salud a través de estilos de vida imperante, y sobre todo de las actitudes de la población (Barriga, 1990).

En las conclusiones finales, trataremos de dar un conocimiento general de las atribuciones psicosociales que los propios actores brindan en relación al fenómeno de la drogadicción.

# CAPITULO 1

## MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

### 1.1 Antecedentes

El uso y abuso de sustancias que alteran el sistema nerviosos, el estado de ánimo y la conducta, se ha convertido en un reto creciente para casi todas las sociedades. Todos los sectores de la sociedad tienen un papel y una responsabilidad para enfrentar este problema.

Aunque la oferta y disponibilidad de las drogas es un factor importante para su consumo, y se requieren medidas de control racionales y eficientes, es indudable que las variaciones que se observan en el consumo no dependen simple o únicamente de la accesibilidad. Presenciamos importantes cambios hasta en las sociedades más aisladas, con la desaparición de modelos tradicionales de vida, éxodos masivos del medio rural y urbano, cuestionamientos de ideales y valores, y confusión en las expectativas y aspiraciones individuales y sociales.

Los niños y los jóvenes son particularmente vulnerables a sufrir daños en su desarrollo e integridad cuando consumen tabaco, alcohol u otras drogas, sean lícitas o ilícitas. La adicción a estas sustancias generalmente comienza con el uso experimental y recreacional en edades tempranas. Por ello es de la mayor importancia desarrollar acciones preventivas en el ámbito familiar, laboral, comunitario, escolar y de los medios de comunicación.

Para entender la etiología de algunos problemas de salud mental debemos considerar, además, las características culturales de nuestra sociedad. Siguiendo el modelo propuesto por el Dr. Morad (1989), hemos de recordar el carácter profundamente hedonista que se propicia a raíz de los importantes cambios característicos de una sociedad, donde los medios masivos de comunicación, la familia y la escuela participan en la creación de una cultura del placer y del consumo, de la comodidad y de la riqueza, dejando muy de lado la salud física y mental.

“ ... Sugiero conceptualizar a la farmacodependencia como síntoma o indicador de las incongruencias, deficiencias o limitaciones de las estructuras sociales de un país. Entendida como una *enfermedad social*, considerando que la sociedad es mucho más que la suma o reunión de individuos. En consecuencia, podríamos adherirnos a una concepción que ubicará a la salud y a la enfermedad en la dinámica social: en síntesis, el proceso de salud-enfermedad desde el punto de vista social se determina por las condiciones materiales de vida, las que a su

vez dependen del grado de dominio humano sobre la naturaleza y del grado de igualdad en la distribución de los beneficios que de ellos deriven. Como las condiciones materiales de vida y los factores educativos y culturales están desigualmente distribuidos entre la población, los cambios favorables en los niveles de salud-enfermedad son diferentes entre los grupos de ésta...” (Morad,1989).

En 1972, N. Seldin llevó a cabo una revisión de trabajos relacionados con la familia del adicto; en ésta incluyó un conjunto de investigaciones realizadas bajo diversas perspectivas (trabajo social, psicología, psiquiatría y sociología). Como resultado reporto los siguientes datos: “ los pocos estudios sociológicos que trataban directamente con adictos, encontraron una alta incidencia de familias de origen quebrantadas, ya sea por divorcio, separación o una patente hostilidad entre los padres. En las aproximaciones psicológicas, psiquiátricas y de trabajo social la familia del adicto era usualmente inestable, marcado por el divorcio o separación; la madre era vista como la figura dominante y ambivalente hacia su rol. Era reportada como sobreindulgente y altamente interdependiente con los hijos adictos. El padre era descrito, generalmente, como ausente a través de la separación emocional o física. Los matrimonios de adictos repetían la misma dinámica de sus familias nucleares”.

Donald y Kegsbrun, en 1977, efectuaron una revisión casi exhaustiva, de la literatura concerniente a la farmacodependencia e interacción familiar. la clasificación de los estudios incluidos fue similar a la que establecieron Harbin y Maziar en su compilación. Sin embargo, agregan áreas que deberían investigarse en este campo; asimismo, sugieren cambios en la metodología que habría que utilizar en estudios posteriores. “No sólo el uso de drogas apareció como funcional para el individuo, sino que también para servir a una función estabilizadora de la familia, distraendo la atención en conflictos subyacentes. Frecuentemente, los drogadictos debían proteger la unión entre el padre y la madre atrayendo hacia sí mismo el conflicto y el dolor de la relación marital”.

Se ha visto por lo general, que la familia provee de ciertos mecanismos, que hacen que el individuo al enfrentarse con situaciones difíciles, sepa cómo resolverlos pero no a través del consumo de drogas. sin embargo, un sujeto con problemas de personalidad y familiares y una estructura mental no sana es más proclive a caer en el consumo desmedido y los denominados factores de riesgo, se incrementan en este caso. Es por ello que se insiste tanto en que la familia es tanto protectora como propiciadora ante el problema del consumo de drogas. Asimismo, fuera de la familia, existen grupos de pares, bandas juveniles y asociaciones de diversos tipos de amigos que pueden influir decisivamente en el consumo de drogas (Hawkins y cols., 1992).

En este sentido, resalta la importancia que tiene la historia de la dinámica familiar de un sujeto en relación particular con su desarrollo infantil, de donde surgen los puntos nodales a considerar en el posible surgimiento de conductas problemáticas posteriores, tales como el uso y abuso de sustancias que causan

dependencia (Berruecos, 1989, CEMESAM, 1979, CESAAL, 1991, CONADIC,1992-93).

Las normas sociales tienen que ver con factores de precios, impuestos y restricciones de venta de sustancias legales y con las expectativas socioculturales relacionadas con el consumo de sustancias ilícitas. En México se observa que las regiones del país en donde los índices de consumo son mayores, sus habitantes reportan también los índices de percepción de disponibilidad más elevados (Otero y cols., 1990); este mismo fenómeno se observa entre estudiantes, y se asocia con la probabilidad de consumir drogas y en la elección del tipo específico de sustancia elegida (Medina-Mora.López,1994).

Indicadores de desventaja económica tales como la pobreza, hacinamiento, condiciones de vivienda, se asocian con un incremento en el riesgo de aparición de problemas de conducta durante la niñez y con la delincuencia (Farrington y cols., 1988). Sin embargo, investigaciones sobre la relación entre clase social y uso de drogas, no han confirmado los estereotipos populares. Robins y cols. (1979) , encontraron que la pobreza extrema, pero no la clase social baja en sí misma, era una de tres factores que aumentaron el riesgo de conducta antisocial en la edad adulta, incluyendo alcoholismo y uso ilegal de drogas entre niños muy antisociales, es decir, a pesar de que existe una relación negativa entre estatus socioeconómico y delincuencia, no se ha encontrado una relación igual para el uso de drogas. Solamente cuando hay pobreza extrema y ésta ocurre junto con problemas de conducta en la infancia, hay un aumento en el alcoholismo y el uso de enervantes.

En México, la inhalación de solventes entre estudiantes empezó como un fenómeno propio de adolescentes que asistían a escuelas ubicadas en zonas de nivel socioeconómico bajo (Chao y cols., 1976); sin embargo, en 1978, esta practica era ya similar en las escuelas ubicadas en todos los estratos (Castro, 1982). Entre menores de clases socioeconómicas desprotegidas que trabajan en la vía pública, la inhalación es frecuente (Lealy cols, 1977) especialmente entre aquellos que empezaron a trabajar antes de los 10 años y quienes tienen poco contacto con su familia.

Entre jóvenes mexicanos de enseñanza media y media superior se han encontrado niveles similares de consumo de drogas ilegales (inhalables, marihuana, alucinógenos, cocaína y drogas medicas fuera de prescripción), en los diferentes sectores definidos en términos de la escolaridad del jefe de familia (Medina-Mora,1994). Si bien cuando se compara a los jóvenes que incluyen a los inhalables entre sus drogas de consumo, se encuentra que estos tienen padres con menor grado de escolaridad.

Con la aparición de las bandas juveniles en la década de los años 80, el uso de drogas en México adquiere un matiz hasta entonces poco observado; en realidad esto no es más que el reflejo de una patología social provocada y agudizada por el exceso de población, los movimientos migratorios, la escasez de

vivienda, lo depresión económica, etc., que dio como resultado que aumentarían los actos violentos, los accidentes, el vandalismo, el desempleo y la formación de grupos socioeconómicos deprimidos. Dentro de este contexto surge el interés por estudiar la relación entre la conducta adictiva y la violencia.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría ha llevado a cabo investigaciones en diferentes tipos de poblaciones para indagar sobre este particular: estudios en población general (hogares) y en población escolar (estudiantes), que se han venido realizando desde hace más de quince años. Los instrumentos que se han empleado contienen secciones que evalúan el tipo de problemas y consecuencias relacionadas con el consumo de drogas (Medina - Mora, 1991,1992).

El fenómeno de la drogadicción representa para México, así como para cualquier país que lo padece, un problema económico, social y de salud, que se refleja en una serie de indicadores que debilitan su desarrollo de manera importante , tal es el caso de los incrementos en los índices de la delincuencia, deserción escolar, desempleo, desintegración familiar, ausentismo laboral, costos por atención médica y social, etc., de donde resulta claro el alto costo que implica para el país.

De acuerdo con la investigación epidemiológica que ha venido realizando sistemáticamente el Instituto de Psiquiatría, desde el año de 1974, sobre la extensión y la tendencia de éste fenómeno en México, se ha podido determinar que éste va en continuo aumento, no sólo en cuanto a su magnitud, sino también porque se está extendiendo a núcleos de población especialmente vulnerables, como es el de los niños y los jóvenes entre los 7 y los 18 años de edad que recurren a la inhalación voluntaria de diversos tipos de disolventes industriales, a pesar de considerarse dichas sustancias como las drogas o fármacos más tóxicos y que mayores daños producen en el organismo de quienes las consumen. Se ha citado la degeneración cerebelosa, el daño hepático, renal, la depresión de la médula ósea, la neuritis periférica, la degeneración de los nervios ópticos, la congestión pulmonar y los trastornos del ritmo cardíaco, así como diversas neuropatías que, desafortunadamente, implican un daño irreversible para el organismo.

La popularidad que ha cobrado este tipo de sustancias como drogas potenciales se debe a que, por un lado, son ampliamente utilizadas tanto a nivel industrial como doméstico, encontrándose a muy bajo costo y, por consiguiente, fácilmente disponibles para la población. Por otro lado, los efectos que provocan dichas sustancias suelen ser más rápidos y más intensos que los efectos que provocan otras drogas administradas por vía oral ya que, como se sabe, al absorberse los fluidos y gases volátiles producen efectos sistemáticos a lo largo del conducto respiratorio.

Ante este panorama y con el propósito de contar con un modelo alternativo de tratamiento y rehabilitación psicológico que permitiera contender con el problema de la farmacodependencia, durante el año de 1977, el Instituto Mexicano

de Psiquiatría, en colaboración interinstitucional con la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México, y con el apoyo de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, iniciaron el co-financiamiento de un proyecto piloto de investigación dirigido a adaptar y evaluar un modelo de tratamiento y rehabilitación conductual, denominado "La Familia Enseñante" aplicado a niños y jóvenes farmacodependientes que se caracterizaran, principalmente, por inhalar disolventes industriales.

Dicho modelo de tratamiento y rehabilitación fue seleccionado, fundamentalmente, porque ofrecía la posibilidad de que se pudiera instrumentar un programa comprensivo, altamente estructurado, cuyos componentes fundamentales se basan en principios, técnicas y procedimientos conductuales validados empíricamente por medio de una metodología experimental rigurosa, que han sido identificados como altamente afectivos por expertos en la materia. Cabe señalar que, en la actualidad, dicho modelo ha sido aplicado exitosamente en una amplia gama de poblaciones con diversas problemáticas. Así, por ejemplo, en México se han aplicado en niños y jóvenes con retardo en el desarrollo y con autismo, con pacientes mentales crónicos hospitalizados y, por supuesto en niños y jóvenes farmacodependientes.

De una manera general, el modelo de la "Familia Enseñante" propone que los problemas, tales como la farmacodependencia, deben considerarse fundamentalmente, como un problema de aprendizaje que se manifiesta como una conducta inapropiada o desadaptada, de acuerdo con ciertas normas sociales establecidas, por lo que el abuso de drogas llega a convertirse en un estilo de vida diferente al que tiene la mayoría de la población. Concretamente, este modelo señala que entre las causas principales de que surjan problemas tales como la farmacodependencia se debe a que el medio ambiente al que estuvo expuesto el individuo, no logró proveerlo de las instrucciones, ejemplos y retroalimentación necesaria para que desarrollara conductas apropiadas, lo que origina que se presenten diversos déficits y excesos conductuales importantes. En su lugar, el sujeto farmacodependiente se ve expuesto a un grupo de compañeros que se encargan de favorecer y reforzar el consumo de drogas, y constituyen, de esta manera, el grupo de referencia que se encarga de proporcionar a sus miembros, las instrucciones, modelos, actitudes, retroalimentación y reforzamiento de conductas socialmente desadaptadas o inapropiadas. De ahí que resulte más clara la relación entre el consumo de drogas y la incidencia de conductas delictivas, posición que está acorde con la concepción de la subcultura de la farmacodependencia.

Las hipótesis utilizadas para explicar la transmisión familiar de las dependencias, incluyen explicaciones de transmisión genética y de aprendizaje social. Se ha observado alcoholismo entre un 18% y un 27% de hijos de alcohólicos adoptados y solamente una incidencia de 5% a 6% en sujetos sin padre biológico con el problema (Goodwin y cols., 1977; Codoret y cols., 1978). Sin embargo, menos del 30% de los hijos de alcohólicos se vuelven dependientes,

y cerca de la mitad de alcohólicos hospitalizados no tienen historia familiar de alcoholismo (Goodwin, 1985).

El abuso de alcohol y drogas por parte de los padres y hermanos se ha asociado consistentemente con el uso de sustancias entre menores (Medina-Mora, 1982). Se ha observado que cuando los padres usan drogas, existe un riesgo incrementado de iniciar el uso en la adolescencia (McDermott, 1984) y de consumir marihuana con mayor frecuencia (Brook y cols., 1990). También se ha observado que cuando los padres usan marihuana, los hijos ingieren con más frecuencia drogas ilegales incluyendo cocaína y barbitúricos (Johnson y cols., 1984). La percepción del hijo, del abuso de alcohol en su madre, predice su grado de involucramiento en el mismo (Natera, 1992) y con la inhalación (Medina-Mora y cols., 1982).

Otros factores que se han asociado significativamente con el uso y el abuso de drogas son:

- a). La asociación con pares usuarios (Newcomb, 1986)
- b). Las actitudes favorables al uso (Kandel, 1978)
- c). El inicio temprano

En México se ha encontrado que los estudiantes que conocían consumidores de drogas tenían más probabilidad de ser a su vez usuarios y también aquellos que percibían más tolerancia de parte de sus amigos (Medina-Mora y cols., 1994). Se ha encontrado que las personas que abusan del alcohol empezaron a beber a edades más tempranas (Rachal y col., 1982). El inicio precoz de cualquier droga incrementa el riesgo de consumo de otros tóxicos (Kandel, 1982); de consumir con más frecuencia, de involucrarse en la ingesta de drogas más peligrosas, de participar de actividades desviadas, incluyendo la venta de sustancias (Brunswick y cols., 1979; O'Donnell y cols., 1979) .

La relación entre conducta antisocial y consumo de drogas es muy controversial. Se ha observado que a más variedad, frecuencia y severidad de conductas antisociales durante la infancia, es más probable que persista la pauta (Robins, 1978). Cuando se presenta el comportamiento agresivo alrededor de los cinco o seis años, no sigue invariablemente conducta antisocial en etapas posteriores; solamente se ha observado persistencia entre 30% y 40% de los casos (Loeber y cols., 1983). Sin embargo, cuando la conducta antisocial persiste en la infancia, se observan problemas de conducta durante la adolescencia incluyendo uso frecuente de drogas y delincuencia y casos de drogas en edad adulta (Loeber, 1988). Pocos niños y adolescentes desarrollan comportamientos agresivos en la infancia y adolescencia, si no estuvieron involucrados en ese tipo de problemas, la mayoría se sobrepone a la conducta agresiva temprana. Sin embargo, si la agresividad persiste después de los 13 años de edad, ésta es un fuerte predictor de actitud violenta en la adolescencia y posteriormente de alcoholismo (Loeber, 1988).

En México, Castro y cols. (1988), al estudiar la relación entre conducta antisocial y el uso de drogas, encontraron que los usuarios de drogas, reportaron mayor incidencia de comportamiento antisocial que los no usuarios.

Los estados de ánimo negativos y la actitud ausente, análogas a depresión y alineación social, son más frecuentes entre usuarios de drogas (Lerner, 1984).

## **1.2 Conceptos relativos a la drogas**

### *Drogadicción o Farmacodependencia*

Se define como el estado psíquico y físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso incontrolable para consumir la sustancia adictiva en forma periódica o continua a fin de experimentar sus efectos psíquicos o bien para evitar el malestar producido por la privación. Entendiendo como una droga a aquella sustancia ajena al organismo que al introducirla en él, puede modificar una o más de sus funciones.

### *Alcaloide*

Sustancia orgánica obtenida por síntesis química, cuyas propiedades son similares a la de álcalis, la cual precipita reacciones fisiológicas de carácter tóxico, por ejemplo, la nicotina del tabaco o el canabinol de la marihuana.

### *Estupefaciente*

Clasificación, que desde el punto legal, se les da a las drogas en estado natural.

### *Psicotrópicos*

Clasificación, que desde el punto legal, se les da a las sustancias obtenidas que a través de procedimientos químicos, obtenidas de drogas en estado natural.

### *Dependencia psíquica*

Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exige la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar.

### Dependencia física

Estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o que influye en su acción por la administración de su antagonista específico. Estos trastornos constituyen el **síndrome de abstinencia**, que se manifiesta por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada droga.

### Tolerancia

Estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico.

### Tolerancia cruzada

Fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo.

## **1.2.1 Clasificación de las drogas**

En este punto es frecuente encontrarse con clasificaciones realizadas según criterios muy diferentes. De entre todos ellos, hemos escogido una clasificación oficial (la que proporciona la OMS), y una clasificación de tipo sociológico.

### *Clasificación según la OMS*

#### 1.- Opio, alcaloides del opio y derivados

Estas drogas producen inicialmente una sensación de euforia que muy a menudo va seguida de modorra, náusea y vómito. Los usuarios pueden padecer también contracción de las pupilas, ojos llorosos y comezón. Las sobredosis llegan a provocar una respiración lenta y profunda, la piel se vuelve pegajosa y se presentan convulsiones, estados de coma y a veces la muerte.

La tolerancia a los opiáceos se desarrolla con rapidez creando casi inmediatamente la dependencia física. El uso de jeringas contaminadas puede propiciar enfermedades como el SIDA, endocarditis y hepatitis. En las embarazadas la adicción puede provocar nacimientos prematuros, mortinatos o recién nacidos que ya son adictos a la droga y que sufren graves problemas de abstinencia.

Sus derivados son:

- Heroína
- Metadona

- Codeína
- Morfina
- Meperidina

## 2.- Barbitúricos, sedantes y tranquilizantes (Depresores del sistema nervioso central)

En muchos aspectos, los efectos de las sustancias depresoras son similares a las del alcohol: en pequeñas dosis pueden producir tranquilidad y relajamiento muscular, pero en cantidades un poco mayores llegan a provocar torpeza en el habla, pasos vacilantes y alteraciones de la percepción. En dosis muy grandes pueden causar depresión respiratoria, estado de coma y muerte. La combinación de sustancias depresoras y alcohol pueden multiplicar los efectos de las drogas, con lo cual se multiplican los riesgos.

El consumo de agentes depresores provocan dependencia física y psicológica. Su uso habitual a través del tiempo puede resultar en tolerancia a la droga, obligando al adicto en acrecentar las cantidades que consume. Cuando los usuarios consuetudinarios interrumpen bruscamente la ingestión de grandes dosis, presentan síntomas de privación o abstinencia, que van desde la inquietud, insomnio y ansiedad hasta convulsiones y muerte.

Los recién nacidos cuyas madres abusaron durante el embarazo de las sustancias depresoras pueden ser fisiológicamente dependientes de esas drogas y presentan síntomas de privación poco después de nacer. Los defectos congénitos y los problemas conductuales son otros posibles resultados.

## 3.- Cannabis

En todas sus formas, la cannabis produce efectos físicos y mentales negativos. Varios efectos fisiológicos de esta sustancia que han sido observados con regularidad consisten en un incremento apreciable del ritmo cardíaco, irritación en los ojos, resequedad de boca y garganta y la intensificación del apetito.

El consumo de cannabis puede anular o debilitar la memoria inmediata y la comprensión, alterar el sentido del tiempo y reducir la capacidad de realizar tareas que requieren concentración y coordinación. La motivación y el entendimiento pueden sufrir alteraciones, lo cual dificulta la adquisición de nuevos conocimientos. La marihuana puede producir también paranoia y psicosis.

Dado que los usuarios acostumbran inhalar profundamente el humo no filtrado y lo retienen en sus pulmones el mayor tiempo posible, la marihuana resulta nociva para dichos órganos y para todo el sistema pulmonar. El humo de esta droga contiene más agentes cancerígenos que el tabaco.

En quienes consumen por mucho tiempo la cannabis caen en una dependencia psicológica que los obliga a absorber mayores dosis de la droga para obtener el mismo resultado.

Sus derivados son:

- Tetrahidrocannabinol (sustancia psicoactiva)
- Hachís (resina)

#### 4.- Cocaína (Estimulante)

Estimula el sistema nervioso central. Entre sus efectos inmediatos se incluyen: la dilatación de las pupilas y la elevación de la presión sanguínea, la aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, y el aumento de la temperatura corporal. Su uso ocasional puede provocar obstrucción o mucosidad nasal, mientras que su consumo consuetudinario llega a ulcerar la membrana mucosa de la nariz. La cocaína inyectada con instrumentos no esterilizados puede provocar SIDA, hepatitis y otras enfermedades. La preparación de la base libre, que requiere el empleo de solventes volátiles, puede ser causa de lesiones o muerte cuando se producen incendios o explosiones. La cocaína puede provocar dependencia física y psicológica, y la sensación de que el usuario no puede vivir sin ella. Además, la tolerancia a la droga se desarrolla con rapidez.

El crack o polvo en base libre, provoca una adicción extrema y sus efectos se empiezan a sentir antes de 10 segundos. Entre sus efectos físicos figuran los siguientes: dilatación de las pupilas, aceleración del pulso, elevación de la presión sanguínea, insomnio, pérdida de apetito, alucinaciones táctiles, paranoia y ataques de apoplejía.

#### 5.- Alucinógenos

La fenciclidina (PCP) interrumpe las funciones del neocórtex, la sección del cerebro que controla el intelecto y modera los instintos. Puesto que la droga inhibe los receptores del dolor, los episodios violentos de intoxicación dan lugar a heridas que el adicto se provoca.

Los efectos del PCP varían, pero los adictos suelen referirse a un sentimiento de distanciamiento y extrañeza. El tiempo y los movimientos corporales se retardan. La coordinación se entorpece y los sentidos se embotan. El habla se torna incongruente.

Los consumidores habituales del PCP informan que tienen anomalías persistentes de la memoria y dificultades al hablar. Algunos de esos efectos pueden durar hasta seis meses y un año después del consumo diario y prolongado. Se presentan también trastornos de ánimo: depresión, ansiedad y conducta violenta. En etapas posteriores del consumo regular, los adictos muestran un comportamiento paranoide y violento y sufren alucinaciones.

En grandes dosis estas sustancias pueden provocar convulsiones y estado de coma, paros cardíacos y pulmonares o la ruptura de vasos sanguíneos en el cerebro.

El ácido lisérgico (LSD), la mescalina (droga psicoactiva del peyote) y la psilocibina (droga psicoactiva de hongos) provocan fantasías y alucinaciones. Los efectos fisiológicos pueden incluir dilatación de las pupilas, alta temperatura, incremento del ritmo cardíaco y de la presión arterial, pérdida de apetito, somnolencia y temblor.

Las sensaciones y sentimientos pueden cambiar con rapidez. Es frecuente que se observe una reacción psicológica adversa al LSD, la mescalina y la psilocibina. El usuario puede sentir pánico, confusión, desconfianza, ansiedad y pérdida del control. Se pueden presentar efectos o sensaciones retrospectivas después de la suspensión de esa droga.

## 6.- Inhalantes

Entre los efectos negativos inmediatos de los inhalantes se mencionan: náusea, estornudos, tos, hemorragias nasales, fatiga, falta de coordinación y pérdida de apetito. Las aspersiones de solventes y aerosoles disminuyen también el ritmo cardíaco y respiratorio, y obnibulan la razón. Los nitritos de amilo y butilo aceleran el pulso y provocan dolores de cabeza y la excreción involuntaria de orina y heces. A largo plazo, su consumo puede desembocar en hepatitis o hemorragia cerebral.

La inhalación profunda de los vapores o el consumo de grandes dosis en un período breve, puede resultar en sentimiento de desorientación, conducta violenta, pérdida de la conciencia o muerte. Los inhalantes en alta concentración pueden provocar asfixia pues desalojan el oxígeno de los pulmones o deprimen el sistema nervioso central a tal grado que la respiración se detiene.

El consumo prolongado puede causar pérdida de peso, fatiga, desequilibrio electrolítico y fatiga muscular. Al cabo del tiempo, el aspirar repetidamente vapores concentrados llega a lesionar permanentemente el sistema nervioso.

*Clasificación Sociológica*

Institucionalizadas

- Alcohol
- Medicamentos

No institucionalizadas

- Cannabis
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Medicamentos utilizados fuera del marco terapéutico

Drogas: Sustancias capaces de producir dependencia y adicción

Las toman o usan

- Sujetos normalmente normativos
- Automedicación
- Yatrogenésis

- Sujetos marginales y marginados
- Contracultura y subcultura
- Enfermos mentales (excepcionalmente)

⇒ No se "acude" a ellas; se usan

⇒ Se piden, se buscan, y se compran para obtener los efectos conocidos y buscados.

**TOXICÓMANA**

Vinculación conductual, psicosocial

Vinculación metabólica, bioquímica

DEPENDENCIA

ADICCIÓN

### **1.3 Planteamiento del problema**

*¿ Cuáles son los factores psicosociales atribuidos a la drogadicción en adolescentes ?*

Al considerar la drogadicción como un fenómeno facilitador para la desintegración social del adolescente, surge la necesidad de explorar los factores psicosociales atribuidos a la drogadicción en los adolescentes.

### **1.4 Justificación**

El consumo de drogas ha acompañado el devenir histórico de la humanidad algunas veces con motivos mágico-religiosos, otras con la finalidad de aliviar o mitigar las dolencias humanas, hasta el momento actual donde su uso y abuso se ha distorsionado, pues las drogas son utilizadas con el fin de evadir la realidad o bien como un intento de satisfacer los vacíos de la vida afectiva lo que ha condicionado las mas de las veces, un mayor deterioro psíquico y físico que culminan con el fenómeno adictivo.

La población adolescente se constituye como un grupo etéreo que posee características y necesidades propias que demandan una atención especial, debido a que enfrentan un proceso de cambios físicos, psicológicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, producto de la transición entre la infancia y la edad adulta temprana. De tal forma que reúnen características que los hacen más vulnerables a conductas de riesgo como la drogadicción.

Es por ello que este fenómeno debe ser concebido con toda su complejidad y multifactorialidad como un problema social. De ello resulta que esta interacción factorial ha favorecido que en los adolescentes se manifiesten actitudes que dificultan en proceso de su integración a la estructura social, por lo que se hace necesario su análisis y estudio de los aspectos centrales como la disponibilidad, la accesibilidad, las actitudes y atribuciones a la drogadicción

## **C A P I T U L O 2**

### **MARCO PSICOSOCIAL**

#### **2.1 PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD**

##### **2.1.1 Comportamiento social y salud**

La definición de salud más convencional y más clásica se entiende como “ausencia de enfermedad”, quizá porque es más fácil comprender la “enfermedad”, que se asocia a sensaciones como malestar, el dolor, la incomodidad, la fiebre, la hemorragia, etc., claramente perceptibles, y que tienen una implicación directa en la capacidad funcional de la persona y de la sociedad misma. Por el contrario, el estado de salud pasa inadvertido. Este concepto de salud está ligado, a parámetros biológicos, en la medida en que el propio concepto de la enfermedad lo está, al ser entendida como alteración anatómica o fisiológica, manifestada por disfunciones en los parámetros “normales” . La salud es lo “normal”, frente a la “anormalidad” de la enfermedad. Pero la normalidad se define socioculturalmente .

Por otro lado, personas diferentes pueden otorgar un valor diferente a la salud, en relación a otras preocupaciones en sus vidas. Como valor social y acontecimiento vivido por una persona integrada en un grupo sociocultural, la salud está determinada por las percepciones y metas compartidas por ese grupo, tanto en el significado que puedan tener los términos salud y enfermedad, como en los modos de comportarse ante ambas. La salud y la enfermedad son, en definitiva, construcciones sociales.

Ciertamente, el concepto de salud ha ido cambiando desde el comienzo del siglo incorporando no sólo el marco de referencia biológico, sino también el psicológico y el social. Así, ya en 1948, en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud, definía la salud como “ *el estado completo de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad*”.

Para concretar, la salud se entiende hoy como “*el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad*” (Salleras, 1985). Lo relevante de este nuevo concepto de salud es la aceptación de que en el estado de salud están implicados factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes, tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar (Rodríguez- Marín, Pastor y López, 1988).

Por lo demás, la aparición del nuevo concepto de salud se ha visto facilitado por diversos factores: el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad por

enfermedades crónicas frente a las infecciosas y los hallazgos epidemiológicos acerca del origen multicasual de estas enfermedades, que ponen de relieve la importancia de los comportamientos en su etiología. En todas ellas es evidente la implicación de factores comportamentales, ambientales y sociales, además de los puramente biológicos. Así, por ejemplo, la conducta alimentaria, el hábito de fumar, de consumir alcohol, fármacos, la falta de ejercicio físico, etc., son comportamientos que tienen que ver directamente con el estado de salud/enfermedad de la persona. Ello permite hablar de comportamientos de riesgo, e inferir el papel de la psicología en general, y de la psicología social en particular, como ciencia que estudia el comportamiento social, en el campo de la salud.

Es importante subrayar un paradigma holista o integral, cuyos aspectos más significativos pueden ser:

- 1).- La salud no solo como la ausencia de enfermedad, sino que ha de ser entendida de una forma más positiva, como un proceso por el cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades actuales y potenciales, tendiendo a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y como entidad social (San Martín, 1985).
- 2).- El concepto de salud es un concepto dinámico y cambiante, cuyo contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo formula y/o lo acepta (De Miguel, 1985).
- 3).- La salud es un derecho de la persona como tal y como miembro de la comunidad, pero además, es una responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones (Font, 1976). En consecuencia, hay que promover igualmente en el individuo la auto-responsabilidad para defender, mantener y mejorar la salud, fomentando la mayor autonomía posible respecto del sistema sanitario (Barriga, 1988).
- 4).- La promoción de la salud es una tarea interdisciplinar que exige la coordinación de las aportaciones científico-técnicas de distintos tipos de profesionales.
- 5).- La salud es un problema social y un problema político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad (Font, 1976).

### **2.1.2 La psicología de la salud**

La aceptación del concepto integral de salud, con la inclusión de tres marcos de referencia: el biológico, el psicológico y el social, lleva consigo la exigencia de la aplicación integrada de los conocimientos derivados de cada una de las partes componentes del modelo, para resolver problemas de salud, para mantenerla y para promocionar. Era necesaria, pues, la apelación a las ciencias del comportamiento.

Así, la relevancia de las variables comportamentales y psicosociales en importantes problemas de salud, cada día más evidente, y la aparición de un nuevo concepto de salud en el que se integren tales variables para dar cuenta de sus mutuas interacciones, establecieron el escenario para que los psicólogos estudiaran estas cuestiones y les proporcionaron también un papel en el desarrollo de las técnicas para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Krantz, Grunberg y Baum, 1985). Esta idea de salud integral se ha visto reflejada en un número creciente de conexiones entre la medicina y las ciencias del comportamiento.

De hecho, uno de los primeros acercamientos al tema de la salud-enfermedad desde esa perspectiva lo constituyó "Medicina Comportamental". Su conceptualización definitiva nació en la Conferencia de Yale sobre Medicina Comportamental en 1977, y en la reunión del grupo de investigación en Medicina Comportamental (Academia Nacional de la Ciencia de E.U.), en abril de 1978, donde se refirió como : "El campo interdisciplinar referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad, y a la aplicación de estos conocimientos y técnicas a la prevención diagnóstico, tratamiento y rehabilitación"

El término de "Medicina Comportamental" se entendía, pues, como un amplio campo interdisciplinar de investigación, educación y práctica, referido a la salud/enfermedad físicas, que amalgama elementos provenientes de las ciencias del comportamiento, tales como la Psicología, la Sociología, o la Antropología, y de la educación sanitaria, pero también de la Epidemiología, Fisiología, Farmacología, Nutrición, Neuroanatomía, Inmunología, Odontología, Medicina Endocrinología, Interna, Enfermería, Trabajo Social y Salud Pública, entre otras para colaborar en el cuidado de la salud y en el tratamiento y prevención de la enfermedad (Taylor, 1986).

En ese marco, la Psicología de la Salud aparece como un área más específica que subraya el papel primario de la Psicología como ciencia y como profesión en el campo de la Medicina Comportamental, y se define como. "el conjunto de contribuciones científicas, educativas, y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud ,a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria" (Matarazzo, 1980).

Por su parte, Stone(1979) considera a la Psicología de la Salud como cualquier aplicación científica o profesional de conceptos o métodos psicológicos, a todos los problemas propios del campo de la salud, no sólo en relación al sistema de cuidado de salud, sino también al sistema de salud pública, educación para la salud, planificación de salud, financiación, legislación, etc. (Stone, 1979). De igual modo, para Johnston (1990), la Psicología de la Salud es la aplicación de

la Psicología al estudio de los procesos comportamentales implicados en la salud, enfermedad y cuidado de la salud . Así mismo Holtzman (1988), en el documento *Psychology and Health* elaborado en 1986 para la OMS, afirma que la Psicología de la Salud “se nutre de los conocimientos, métodos de investigación y técnicas de evaluación e intervención de la Psicología científica y, potenciando y apoyándose en los recursos comunitarios, los aplica a la prevención y al tratamiento de la enfermedad, así como al mantenimiento y promoción de la salud”.

Así pues, los psicólogos de la salud contribuyen con su trabajo al campo de la medicina comportamental, como lo pueden hacer médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, y los miembros de todas aquellas disciplinas que han elegido practicar, enseñar, investigar o desarrollar aspectos relativos a la integración de las ciencias biomédicas y comportamentales relevantes para la salud y la enfermedad (Belar, 1987).

En suma, la Psicología de la Salud define un campo de aplicación de la Psicología al marco de la salud, se nutre de una amplia gama de teorías y métodos de muchas disciplinas psicológicas básicas, y delimita un área de práctica profesional. Lo que hace a los psicólogos de la salud diferentes a otros psicólogos es su comportamiento primordial con los problemas del campo de la salud , su conocimiento de las personas, contextos, y problemas del sistema sanitario (Adler,1979). Cualquier actividad de la Psicología relativa a cualquier aspecto de la salud y/o enfermedad físicas, el sistema sanitario, o la formación de políticas sanitarias se consideran dentro del campo de la Psicología de la Salud , y es importante subrayar que las actividades de las diversas áreas de la Psicología , tales como evolutiva, fisiológica, cognitiva, industrial, organizacional, social, de la personalidad, etc., deben ser tomadas en cuenta cuando se define la Psicología de la Salud.

Concebida y denominada como tal, la Psicología de la Salud surge en E.U. en la década de los 70, y experimenta un rápido crecimiento en la medida en que los diferentes programas de investigación básica , han ido demostrando la conexión entre procesos psicosociales y comportamentales y cambios fisiológicos, y han aumentado nuestra comprensión de los procesos psicofisiológicos en general. Como resultado de estos esfuerzos científicos, se ha podido establecer un base sólida que permite evaluar e intentar cambiar procesos psicosociales y comportamentales centrados en la salud (Johnston,1990).

Desde su aparición en Estados Unidos, en los últimos años de la década de los setentas, la Psicología de la Salud rápidamente se constituyó como un área genérica de la psicología aplicada, estableciendo su propia división (la División 38) dentro de la APA (American Psychological Association) en 1980, su propia revista, *Health Psychology*, cuyo primer número apareció en el invierno de 1982, en conjunto de directrices para la formación de especialistas (Stone, 1983). En Europa, por su parte, se han ido constituyendo secciones de Psicología de la Salud en casi todas las sociedades de Psicología, científicas y/o profesionales como la sociedad Británica de Psicología, en la sociedad holandesa de Psicología,

en la sociedad danesa de Psicología, etc., o grupos de trabajo, como el de la European Federation of Professional Psychology Association (EFPPA).

Además, este campo de trabajo ha reunido investigadores y practicantes de una amplia variedad de subespecialidades psicológicas cuya característica distintiva es su consideración del sistema sanitario como “entorno de trabajo” en términos de Newell y Simon (1963). La Psicología de la Salud no sólo dirige su atención al individuo cuya salud está en cuestión, sino al “conjunto complejo de instituciones y fuerzas dentro de las cuales se persigue la salud” (Stone, 1983).

### **2.1.3 Psicología Social de la Salud**

Si la Psicología de la Salud es la aplicación de la Psicología científica a los problemas de la salud, la Psicología Social de la Salud está constituida por la aplicación específica de conocimientos y técnicas de la Psicología Social a la comprensión de tales problemas, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco. La esencia de la aportación psicosocial es el análisis de todas las posibles interacciones implicadas en el proceso de enfermedad (Morales, 1985).

Efectivamente la Psicología Social estudia la conducta humana en interacción con el medio ambiente social (bien el formado por otras personas, bien físico, cultural, etc.). Así al aplicar la Psicología Social al campo de la salud, nos interesará el estudio de la conducta de salud/enfermedad en interacción con otras personas o, igualmente, con productos de la conducta humana, técnicas diagnósticas y de intervención estresantes, organizaciones de cuidado de salud, etc. Todas las actividades implicadas en el concepto de Psicología de la Salud (promoción de salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, además de la mejora del sistema del cuidado de la salud y de la formación de políticas de salud), son resultado de las interacciones entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud, y se desarrollan en dicha interacción. La conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y/o se realiza en contexto social, por lo que “un abordaje psicológico puramente individual probablemente sólo ofrecería una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad” (Rodríguez-Marín, Martínez y Valcárcel, 1990).

Por otro lado el contexto sociocultural determina las actitudes y comportamientos del individuo en relación a la salud y a la enfermedad, al dar contenido a los propios conceptos de salud/enfermedad. Es el contexto sociocultural el que diseña el papel social de enfermo, y el que, incluso, determina muchas veces la aparición de “problemas” nuevos como la hiperactividad, la creciente medicalización del embarazo y parto, e, incluso, epidemias “funcionales”, etc. Así mismo, es el contexto social el que asigna un contenido “estigmatizante” a

determinadas enfermedades, como pudieron ser en su momento la Lepra, el Cáncer y ahora lo que es el SIDA; y el que puede establecer la “bondad” de determinadas causas para otras tantas enfermedades. Así, parece que, actualmente, en medios urbanos, el estrés, “los nervios”, la tensión, etc., son los causantes de muchos problemas de salud y, además “no está mal visto”. Por lo contrario, en medios rurales no es improbable que aparezcan explicaciones como “castigo de Dios” ante una determinada enfermedad.

Así pues, la influencia del contexto social, y más concretamente de los grupos sociales, se puede determinar, entre otras, en las siguientes áreas (Huici,1985):

1).- Las teorías, definiciones o interpretaciones de la enfermedad ( que pueden influir en la mejor o peor utilización de los servicios retrasando el acudir a ellos o potenciando su uso indiscriminado, afectando al cumplimiento de las prescripciones, al uso de medicinas alternativas o de procedimientos populares, a la automedicación, peor actitud hacia los servicios de salud, etc.). Así, por ejemplo, la familia como *“unidad básica de comportamientos de enfermedad y salud”*, interviene en la interpretación de los síntomas del enfermo, en el consejo y prescripción de determinados tratamientos, apoya o no la automedicación así como la decisión de buscar ayuda profesional y el cumplimiento de un tratamiento, influye en el seguimiento de prácticas preventivas y, la mayoría de las veces , es parte fundamental del propio tratamiento (Huici,1985).

2).- La expresión de síntomas. Por ejemplo, las manifestaciones de dolor están claramente influidas por las pautas de conducta aprobadas por el grupo social, en el sentido de permitir o no la expresión de las mismas e influyendo en la tolerancia o resistencia al dolor y otros síntomas.

3).- Las conductas orientadas a la salud.

4).- Las relaciones entre profesional de la salud y enfermo, en la que se cumplen las demandas de rol de cada uno de los participantes, establecidas por el grupo profesional, cultural, religioso, etc., y en la que los intereses y formas de evaluar de cada una de las partes pueden ser diferentes.

5).- Los hábitos saludables, que son desarrollados y mantenidos por las influencias sociales y culturales que derivan de la familia y de la sociedad. En este sentido, actualmente se ha producido un importante cambio de actitudes sociales respecto a la conveniencia de una dieta sana, el ejercicio regular, abandono del tabaco, conductas de seguridad vial, etc. (Rodríguez- Marín, 1991).

En suma, la conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo no puede comprenderse si se le separa de su contexto social. El hombre vive formando parte de grupos y define su realidad personal por referencia a

condicionantes de tipo social. Aún más, los servicios sanitarios (promotores, preventivos, curativos y rehabilitadores) se integran en organizaciones que se ajustan a determinados procesos sociales. El conocimiento de todos estos aspectos nos permite una mejor comprensión de los mismos y nos proporciona herramientas para facilitar la interacción del usuario con la organización sanitaria (Barriga, León, Martínez y Rodríguez-Marín,1990).

#### **2.1.4 Campo de estudio de la Psicología Social de la Salud**

El comportamiento preventivo es el que tiene como objetivo la disminución de la incidencia de enfermedades (prevención primaria), intenta disminuir la prevalencia, acortando el período de duración de las enfermedades (prevención secundaria) o intenta disminuir las secuelas complicaciones de la enfermedad (prevención terciaria) (Costa y López,1986). Mientras la prevención es un concepto relacionado con la enfermedad, la promoción es un concepto relacionado con la salud y más amplio que el de la prevención ya que implica no sólo la protección y el mantenimiento de la salud, sino también la promoción del óptimo estado vital físico, mental y social de la persona y de la comunidad (Maes, 1991;Salleras, 1985). La promoción de la salud supone, pues, la instauración y mantenimiento de comportamiento no sólo saludables, sino potenciadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales, de la persona. La promoción de salud se lleva a cabo básicamente mediante educación sanitaria, que representa “una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos, a fin de que adquieran y conserven hábitos de salud sanos, aprendan a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y estén capacitado para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven (OMS,1969).

Los programas de promoción y prevención sanitarias se pueden realizar con enfoques individuales, grupales o comunitarios (Spacapan y Oskamp, 1987), e incluyen desde campañas en los medios de comunicación hasta intervenciones directas, personales. Además, se emplean intervenciones unidimensionales y multidimensionales, dependiendo de si pretendemos producir cambios en una o varias conductas de riesgo o de salud simultáneamente.

En este campo, la Psicología de la Salud, y particularmente la Psicología Social de la Salud, ha estudiado, en primer lugar, los factores por los que los individuos se mantienen saludables, o que favorecen las conductas sanas, y los factores por los que se adoptan conductas y hábitos de riesgo o perjudiciales. En segundo lugar, se ha ocupado de los aspectos psicosociales que hay que tomar en cuenta en los distintos programas de promoción (incremento de hábitos saludables) y prevención (reducción de conductas de riesgo), y de los factores que determinan la participación en el desarrollo de dichos programas.

Así, por ejemplo, la Psicología Social aporta el estudio de los factores psicosociales que intervienen en la etiología de problemas de salud: estudia como el sistema sociocultural afecta a la salud y enfermedad a través de los estilos de vida imperantes, y sobre todo de las actitudes de la población, (Barriga, 1990; León, 1987; Rodríguez-Marín, 1991); o el modo en que la desigual contribución de recursos sanitarios genera problemas de salud por la simple desigualdad de acceso a los medios del sistema de cuidados de salud (Blanco y León, 1990).

La Psicología Social participa igualmente en el diseño, planificación y evaluación de programas dirigidos a reducir o eliminar los factores ambientales que tengan efectos negativos sobre la salud así como en el diseño de estrategias psicosociales para el aumento de la calidad de vida de los ciudadanos (León y cols., 1987; Barriga, 1990). Además, aporta conocimientos útiles provenientes de la aplicación de la teoría de comunicación persuasiva, los principios del Aprendizaje Social, teorías sobre la formación y cambio de actitudes y teorías de la atribución, en el diseño de campañas para la prevención de la enfermedad y para la promoción de hábitos y estilo de vida saludables (León, 1987).

La Psicología Social se ocupa de determinar los factores psicosociales asociados al padecimiento de una enfermedad en cada una de sus fases (etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad), y de aplicar tratamientos coadyuvantes o sustitutivos de los tratamientos médicos, mejorando así las condiciones de curación, rehabilitación y adaptación de la enfermedad. La Psicología Social contribuye también en este campo estudiando la percepción de los síntomas por parte de los pacientes, la construcción social de la enfermedad y de la salud en nuestra cultura; los efectos de las actitudes de los profesionales de la salud sobre el diagnóstico, tratamiento y proceso rehabilitador así como de las actitudes de los enfermos y sus familias acerca de estos mismos procesos. Asimismo, se ocupa de determinar los factores psicosociales que promueven, mantienen o agravan el proceso de la enfermedad, partiendo de la teoría del rol, las investigaciones sobre comunicación, las teorías de reactancia e indefensión, el estudio de los procesos de aprendizaje social, las teorías de la atribución y de la disonancia cognitiva, y la investigación sobre el estrés, afrontamiento y apoyo social.

### *Conducta de enfermedad*

Taylor (1990) ha distinguido entre conducta de enfermedad y enfermedad. La primera se refiere a las acciones que las personas realizan cuando creen que están experimentando síntomas de enfermedad (como ir al médico, tomar la baja laboral, etc.), mientras que la enfermedad en sí misma implica una patología documentada. Esta distinción es importante porque las conductas de enfermedad no necesariamente implican patología subyacente, y las trayectorias psicológica y biológica responsables para los dos tipos de resultados son, con frecuencia, totalmente diferentes (Cohen, 1988).

Se consideran conductas de enfermedad todas aquellas acciones que afectan al significado social y personal de los síntomas, de la enfermedad, de las discapacidades y sus consecuencias (Mechanic,1977). Se incluyen aquí, por tanto, acciones tales como el reconocimiento de síntomas, la búsqueda de ayuda, el uso de servicios médicos, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, la actividad rehabilitadora , la asunción de determinadas conductas de "rol" en determinadas situaciones, las respuestas de afrontamiento ante la enfermedad, etc. Este conjunto de respuestas expresa cómo se adapta una persona a la experiencia de un problema de salud y a la de asumir y representar el papel de "persona enferma" (Di Matteo y Hays, 1981; Wortman,1984). Así, la forma en que una persona responde a la amenaza de una enfermedad aguda, o a las demandas de una enfermedad crónica puede ser un determinante importante de su curso y del cuidado médico que se recibe.

La representación del rol de enfermo incluye comportamientos de cumplimiento de las prescripciones terapéuticas y de afrontamiento de la enfermedad, que se relacionan a su vez, con los mecanismos y problemas de adaptación a la misma (Stone,1979; Rodríguez-Marín, 1991).

### **2.1.5 Estilos de vida y salud**

"Estilo de vida" se ha definido como el "conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona" (Handerson, Hall y Lipton, 1980), o, de una forma más simple, como la forma de vivir,. Por su parte, las pautas comportamentales pueden definirse, a su vez, como formas recurrentes de comportamiento, que se ejecutan de forma estructurada, y que se pueden entender como "hábito" cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones. Constituyen rutinas y subrutinas comportamentales.

Nuestra forma de vivir, nuestro estilo de vida tiene una relación directa con muchos aspectos de nuestra salud. Comportamientos como fumar cigarrillos, consumir alcohol en exceso, consumir drogas, hacer poco ejercicio físico, y conducir de forma imprudente, están estrechamente relacionados con las tres causas de muerte más frecuente en la actualidad: corazón, cáncer y carretera.

El análisis de los estilos de vida debe hacerse desde un modelo que considere al ser humano como el punto de corte entre sistemas sociales y microsistemas orgánicos. El comportamiento individual se produce en la intersección de los dos tipos de sistemas, de forma que los acontecimientos sociales y los acontecimientos biológicos tienen un impacto recíproco sobre tal comportamiento, y a su vez sobre la integridad funcional de la persona. Por tanto, las teorías más centradas en el comportamiento individual han de ser complementadas con teorías que integren el marco social, como las teorías de la influencia social, de la comparación social, de la atribución, y otras, que expliquen

el desarrollo y establecimiento de estilos de vida insalubres asumiendo la hipótesis de que los comportamientos no son elementos aislados del contexto social.

Muchas personas adoptan, transitoriamente o incorporándolos a su estilo de vida, *comportamientos promotores y/o protectores de la salud* (Harris y Guten, 1979), tanto si tales comportamientos son objetivamente eficaces para conseguir tales metas, como si no.

Por otro lado, los comportamientos promotores o protectores de salud se incluyen dentro de las denominadas “conductas de salud” y tienen una función básicamente preventiva. Sin embargo, cuando una persona se encuentra bien y esta sana, es muy difícil que se involucre en este tipo de conductas, porque normalmente suponen esfuerzo. El que una persona lleve a cabo comportamientos protectores de la salud depende de factores motivacionales que, a su vez, dependen de la percepción que la persona tiene de la amenaza que la enfermedad constituye para ella, de la eficacia que cree que la conducta tendrá para reducir la amenaza, y de la atracción que sobre ella ejercen comportamientos alternativos.

### *Determinantes de estilos de vida saludables*

Tal como ha quedado dicho, los comportamientos saludables como todos los demás, se establecen, cambian o se extinguen, en el repertorio de la persona, en primer lugar y fundamentalmente, por condicionamiento, sobre todo por condicionamiento instrumental. En segundo lugar, los comportamientos vienen determinados por los modelos (aprendizaje vicario). Es una de las maneras de aprendizaje más importantes del ser humano (Bandura, 1987). En tercer lugar, los factores cognitivos tienen un papel importante en la adquisición y mantenimiento de conductas de protección y promoción de la salud. Cada uno de nosotros valora su estado de salud y toma decisiones acerca de su dieta, el fumar o cigarrillos, etc., sobre las bases de sus creencias sobre las enfermedades, o sobre determinada enfermedad. Tales creencias son determinantes muy importantes de la conducta de la salud, y a su vez dependen de los sistemas socio-culturales de pertenencia y de referencia. En cuarto lugar, las conductas saludables están determinadas por factores sociales. Como señala Bandura (1987), el cambio personal se produce dentro de una red de influencias sociales, que, en virtud de su naturaleza, pueden ayudar, retrasar o debilitar los esfuerzos desarrollados para conseguir ese cambio.

El uso de las bases psicológicas del cambio de conducta en el marco de la salud se ha producido, pues, inicialmente con dos “deficits”: el enfoque excesivamente individual y el enfoque excesivamente defensivo, cuando no simplemente curativo. Por lo tanto, a la hora de explicar los comportamientos de salud, en general, los comportamientos saludables en particular, deberíamos utilizar un modelo que preste la debida atención al contexto social, a la interacción

entre la persona y su contexto, y desde una perspectiva no sólo protectora/defensiva, sino también promotora.

### 2.1.6 Algunos modelos relevantes del comportamiento saludable

En los últimos veinticinco años han aparecido numerosos modelos en el campo de la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud que intentan dar cuenta del comportamiento de salud en el ser humano. Aunque estos modelos difieren en cuanto perspectivas teóricas y tipo de conducta de salud que inicialmente explican, sin embargo, parece que contienen clases de variables similares y que pueden ser integrados complementariamente. Algunos de ellos son los siguientes:

#### Modelo de creencias sobre la salud (MCS)

Este modelo propone la explicación del comportamiento protector/preventivo, centrándose en variables psicosociales, sobre la base de un cuerpo de teorías psicológicas bien establecidas, como la teoría del campo social de Lewin, la teoría de la "expectativa de valor" o del "valor esperado" y la teoría sobre la "toma de decisiones en condiciones de incertidumbre".

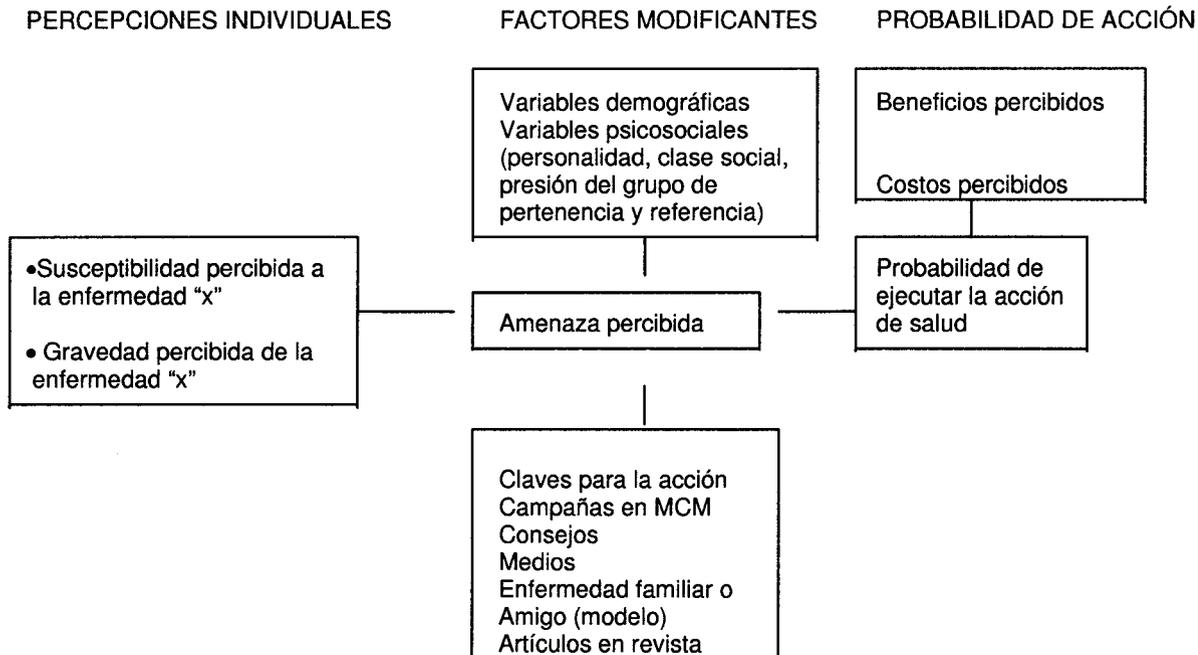
El MCS se desarrolló para explicar y predecir las conductas de salud preventivas, tales como la inmunización, participación en *screenings*, etc. La hipótesis original es la de que una persona no llevará a cabo un comportamiento de salud (de prevención, de participación, de cumplimiento o rehabilitación) a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud, se vea a sí misma como potencialmente vulnerable y vea la condición (la enfermedad en cuestión) como amenazante, está convencida de la eficacia de la intervención y vea pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta de la salud (Rosenstock, 1974). Esta hipótesis general se estructura en las hipótesis siguientes, más concretas:

- a) La probabilidad de realizar una acción de salud dada es función, por un lado, del estado subjetivo de disponibilidad del individuo (intención) para llevarla a cabo.
- b) La intención que la persona tiene de llevar a cabo la acción, está determinada por la amenaza que cree que representa para ella la enfermedad "x" en cuestión.
- c) La amenaza percibida de la enfermedad "x", está determinada por (i) la "susceptibilidad" percibida respecto de la enfermedad de que se trate; (ii) la "gravedad" percibida de las

consecuencias (orgánicas y/o sociales) de contraer la enfermedad; y (iii) las “claves para la acción” que ponen en marcha la conducta de salud apropiada, y que pueden provenir de fuentes internas (p. ej., síntomas) o externas (p. ej., interacciones interpersonales, o comunicaciones de masas) (Becker y Maiman, 1982)

- 1) La probabilidad de que una persona lleve a cabo una conducta de salud preventiva dada está determinada, por otra parte, por la evaluación que la persona hace de dicha conducta de salud en términos de su viabilidad y eficacia (es decir, la estimación subjetiva de los beneficios potenciales de la acción para reducir la susceptibilidad y/o gravedad), contrapesada con las percepciones de los costos físicos, económicos, y de otro tipo (barreras) implicados en la acción propuesta.
- 2) La percepción de la amenaza se activa , disparando el proceso de realización del comportamiento de salud, por algún acontecimiento “clave”. Existen “claves” particulares que “disparan” los procesos que llevan a la realización de la conducta de salud correspondiente.

En el marco del MCS se entiende que los factores demográficos personales, estructurales y sociales pueden influir en las conductas de la salud; sin embargo, se considera que estas variables trabajan a través de sus efectos sobre las creencias de salud de la persona más que como causas directas de las acciones saludables (Becker,1977;Becker y Maiman, 1982). Los diferentes componentes del modelo se exponen gráficamente a continuación:



### *La teoría de la acción razonada*

La teoría de la acción razonada (TAR) (Fishbein y Ajzen, 1975, Ajzen y Fishbein, 1980) subraya también el papel de los factores cognitivos como determinantes de la conducta en general, y de las conductas de salud, en particular, y supera algunas de las limitaciones del modelo anterior. La teoría de la acción razonada completa y mejora aspectos del análisis de la toma de decisiones en materia de salud separando las creencias de las actitudes y subrayando la importancia capital de la influencia de los "otros significados" sobre la intención de actuar del individuo, incorporando así elementos sociales importantes. Reconoce, además, la laguna entre la intención y la práctica, y permite expresar en términos matemáticos la relación entre creencias, actitudes, factores normativos, intención y práctica.

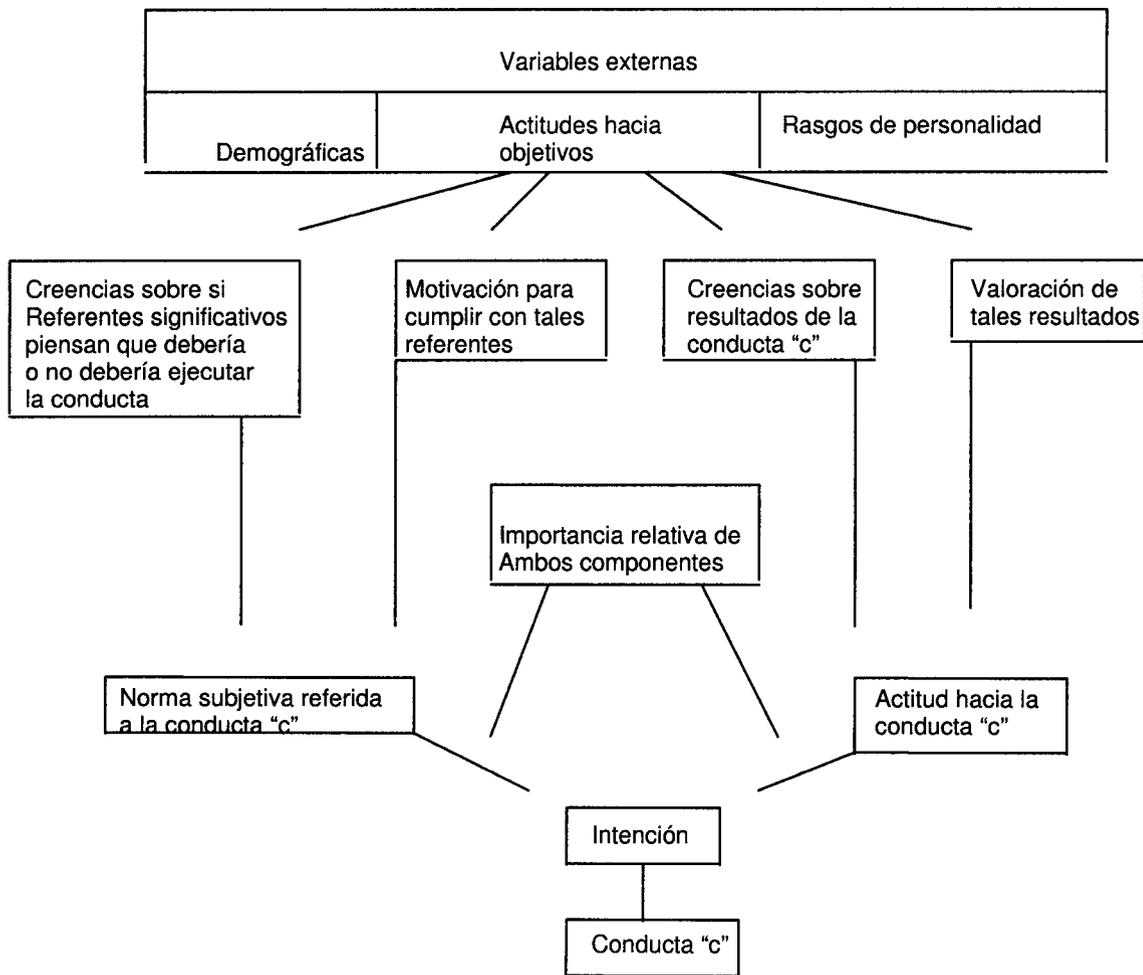
El supuesto básico de la teoría de la acción razonada es que los seres humanos son habitualmente racionales y hacen un uso sistemático de la información de la que se dispone. La TAR supone que las personas consideran las implicaciones de sus acciones antes de decidir llevar a cabo o no una conducta dada (Ajzen y Fishbein, 1980).

Según éste modelo, la intención que la persona tiene de realizar (o no realizar) una conducta es su determinante inmediato. No afirma que siempre se da

una correspondencia perfecta entre la intención y la conducta, sino simplemente que, si no se presentan acontecimientos imprevistos, una persona actuará habitualmente de acuerdo con su intención.

A su vez, la intención de una persona de llevar a cabo un determinado comportamiento es función de dos determinantes básicos. Uno de naturaleza personal y otro que refleja la influencia social. El factor personal es la actitud hacia la conducta, es decir, la evaluación positiva o negativa que la persona hace de la realización de esa acción. El segundo determinante de la intención es la creencia que la persona tiene de que existen presiones que se ejercen sobre ella para que realice o no la acción en cuestión. Dado que se trata de presiones percibidas, este factor se denomina norma subjetiva. Se supone que una persona intentará hacer algo cuando cree que otras personas importantes para ellas piensan que debería hacerlo. Ahora bien, dado que para algunas intenciones las consideraciones actitudinales pueden ser más importantes que las normativas, o a la inversa, la teoría asume que cada uno de los factores tiene una importancia relativa que hay que determinar, y que depende de la intención que estemos estudiando y de la persona en cuestión.

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) no toma en consideración (como tampoco lo hacía el MCS) factores tales como las actitudes hacia objetivos, las características de la personalidad, las variables sociodemográficas, el papel social, el estatus, la inteligencia, etc. Par ésta teoría tales factores, aunque están relacionados con ejecución de las conductas no constituyen una parte integral de la teoría, sino que deben considerarse variables externas. Tales variables externas pueden, sin duda, influir en la conducta, pero no hay una relación necesaria entre una variable externa y la conducta. A continuación se resume los elementos de la TAR expuestos:



### La teoría de la acción social

Los antecedentes de la teoría de la acción social (TAS), pueden encontrarse en un modelo formal descrito por Leventhal desde el año de 1970, en diferentes publicaciones. El modelo concibe al individuo como un sistema auto-regulador que intenta activamente alcanzar objetivos especificables, y como un sistema de retroalimentación compuesto por un conjunto de elementos dispuestos serialmente, o etapas (una de entrada que representa el campo de estímulos y establece los objetivos; una de salida o producción de respuestas de afrontamiento; y una etapa de supervisión que implica la consideración de las consecuencias de la acción, en relación con el conjunto inicial de los objetivos). El modelo incluye básicamente tres dimensiones que representan la primera a la auto-regulación como una *acción estado* deseada; la segunda a un conjunto de *mecanismos de cambio* interconectados; y la tercera a un subcomponente de sistemas socio-ambientales más amplios que determina *contextualmente* como operan los mecanismos de cambio personal. El modelo subraya el papel del contexto social en el mantenimiento de rutinas o hábitos de salud (dimensión de

acción estado), proporciona la estructura causal que liga los procesos de auto-cambio a los ambientales interpersonales (dimensión de proceso) y especifica las influencias macrosociales y ambientales que permiten o constriñen el cambio personal (dimensión contextual).

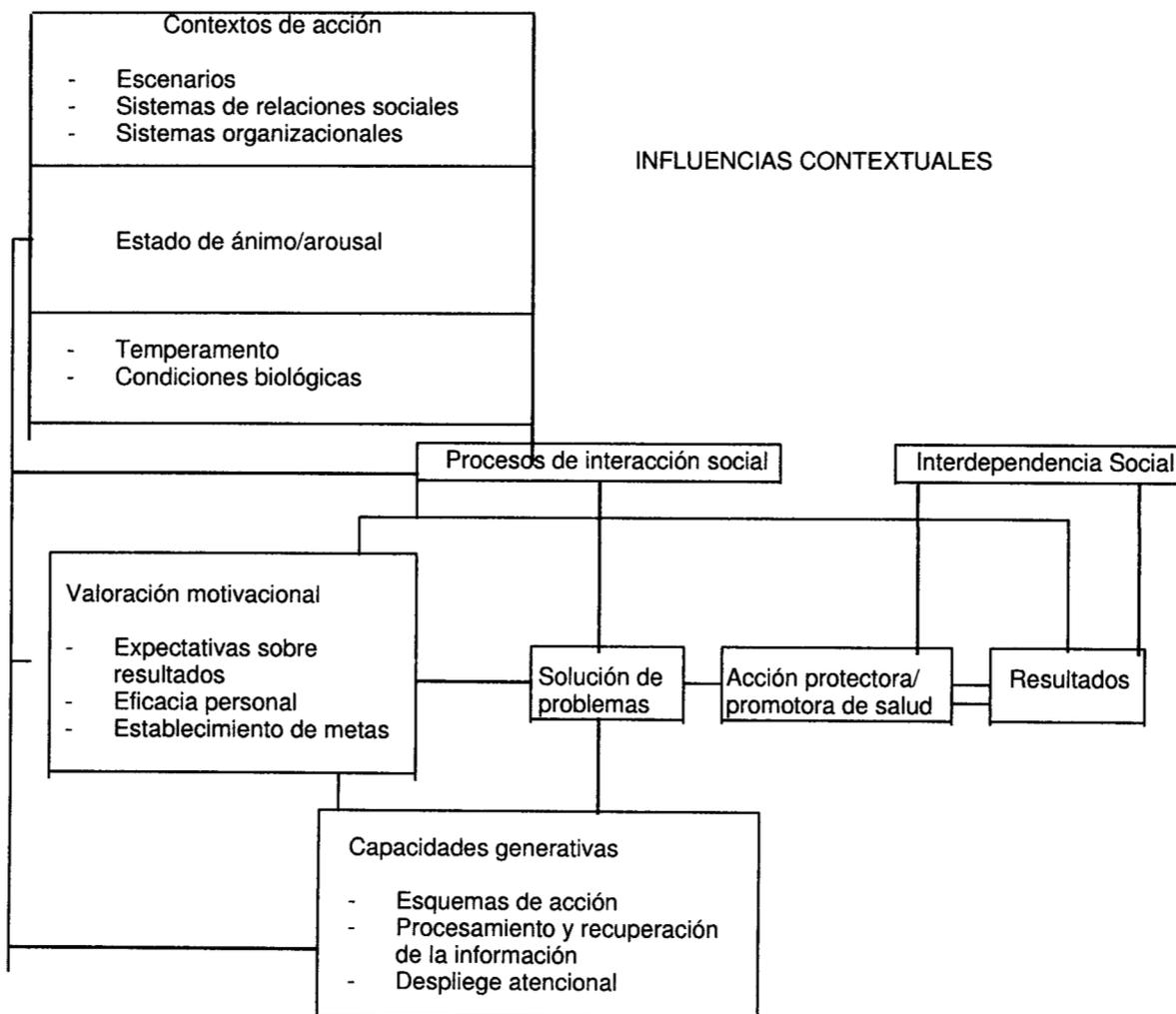
En este modelo, pues, las acciones son guiadas por sus consecuencias en un "bucle de control", y las variaciones en los resultados registrados producen ajustes comportamentales compensatorios. El resultado es una acción-estado constante, pero continuamente oscilante. El punto de partida para cualquier intervención será un análisis de las relaciones entre las conductas peligrosas o valiosas para la salud y sus efectos experimentados. Este análisis puede desvelar los aspectos en que tales conductas son más accesibles a la prevención y a la promoción, y sugerir procedimientos eficaces para el diseño de nuevos "guiones" que protejan la salud o promuevan costos más altas de salud.

Además, el modelo de Ewart subraya que los guiones de acción personal están socialmente interconectados con los guiones de miembros de la familia, amigos u otros, de forma que plantean obstáculos significativos a los cambios a largo plazo. Es necesario, pues, ampliar la concepción de estado-acción centrado individualmente para incluir la *interdependencia social*, como un determinante de un cambio de conducta y su mantenimiento. En los términos del modelo, una relación social estrecha es aquella en la que los guiones de acción de cada persona implicada (al menos los relevantes) están interconectados. Esta interconexión frecuentemente sirve para múltiples propósitos. El número de guiones interconectados y el número de metas al que sirven tales conexiones, definen la "densidad" de la relación. Cuanto más densa es una relación social, tanto mayor es la probabilidad de que una persona que intente alterar una simple rutina transtorne las rutinas y metas de los otros, y se socave su compromiso con nuevas pautas de conducta de salud.

Por otro lado, el modelo supone la existencia de mecanismos que capacitan a las personas para llevar a cabo transiciones desde estados-acción viejos a nuevos, produciendo un cambio. Además considera tales procesos de transición (procesos de cambio) como componentes interactivos dentro de un modelo causal general. No son las actitudes ni los refuerzos los que ponen en marcha la conducta. Las personas se motivan así mismas considerando los posibles resultados, evaluando sus capacidades y generando metas que guían y dinamizan la solución de los problemas. Los elementos que incluyen dentro de lo que denomina *procesos motivacionales* son pues: las *expectativas sobre resultados*, la *auto-eficacia percibida*, y el *establecimiento de metas*.

La TAS supone que el cambio en la pauta comportamental correspondiente no se pondrá en marcha a menos que creamos que somos capaces de ejecutar la acción recomendada. El otro elemento explicativo viene dado por el establecimiento de metas. Las conductas de salud incluyen dentro de amplios "racimos" de guiones comportamentales dirigidos hacia alguna meta importante, que son más frecuentes en unos subgrupos de la población que en otros. Tales

“racimos” están constituidos por proyectos personales de un individuo, responden a tareas básicas (tales como obtener influencia social, adquirir recursos materiales, ser aceptados por los demás o proteger la seguridad personal), afectan a las pautas de comportamiento protector al hacer que las personas generen metas directivas, junto con estándares para evaluar la propia actuación. Así los cambios en conductas de salud que se perciban como facilitadores de proyectos importantes serán adoptados con mayor facilidad que aquellos cambios que aparezcan como poco compatibles con tales proyectos, incluso en el caso de que los percibamos como previsibles (expectativa de resultado) y factibles (auto-eficiencia). A continuación se presentan los elementos básicos de la TAS que ya han sido expuestos:

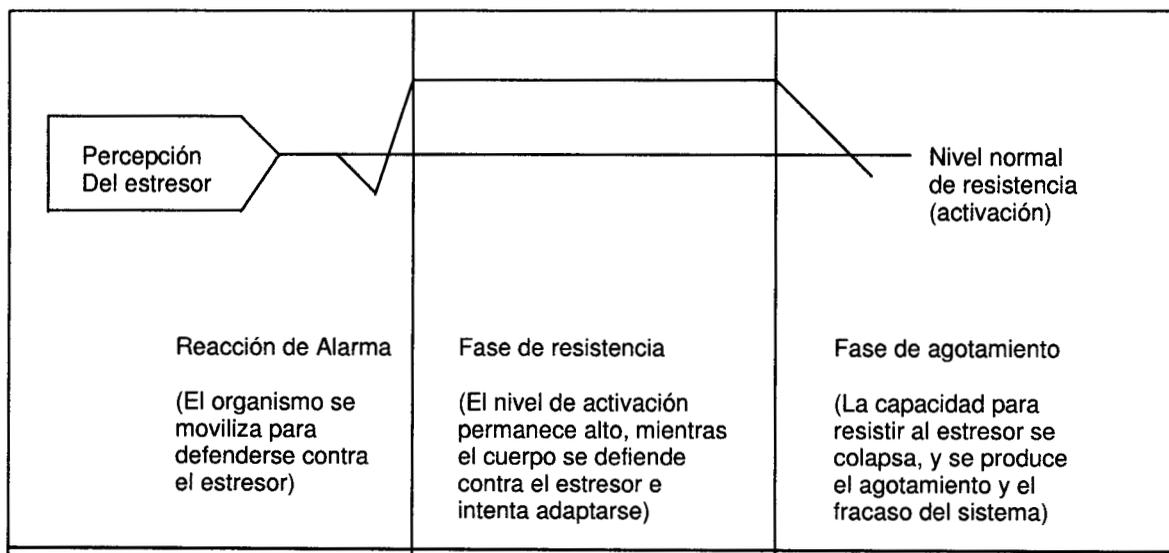


## 2.1.7 Estrés psicosocial y su afrontamiento

¿ Qué es el estrés ?

El concepto de estrés fue tomado de las ciencias físicas. En las investigaciones sobre propiedades elásticas de los materiales sólidos, “estrés” significaba la presión externa o fuerza aplicada a un objeto, mientras que “tensión” significaba la distorsión interna o cambio en el tamaño o forma del objeto. Esta relación entre “estrés” y “tensión” puede expresarse cuantitativamente midiendo la fuerza que actúa sobre un área unidad del material. Esta relación, que depende de la estructura molecular del material, define la elasticidad y resistencia del mismo antes las fuerzas que actúan sobre él.

En el primer tercio de nuestro siglo, Walter Cannon (1929;1932) proporcionó una descripción básica de cómo el cuerpo reacciona ante las emergencias, ante un peligro. El organismo responde preparándose para atacar a la amenaza o para huir de ella, por eso se ha denominado a esa reacción “respuesta de lucha o huida”. Se entendía, pues, el estrés como una reacción de alarma que perturbaba el equilibrio interno del organismo, conceptualizado como “sobrecarga” . Esa ruptura del equilibrio (homeostasis) se suponía causalmente relacionada con la enfermedad . Este concepto de estrés fue recogido y desarrollado por Hans Selye. Para Selye (1956; 1976; 1985), el estrés es una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante. Lo entiende como una respuesta específica en sus manifestaciones, pero inespecífica en su causa , puesto que cualquier estímulo podía provocarla. Al investigar qué ocurre cuando la situación de estrés se prolonga, Selye descubrió que la respuesta de “lucha o huida” es sólo la primera de una secuencia de reacciones fisiológicas (alarma, resistencia y claudicación), que denominó *Síndrome general de Adaptación* (SGA).



Actualmente las definiciones de estrés coinciden en entenderlo como “una transacción entre la persona y el ambiente”, o una situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona hace. Este concepto “transaccional” del estrés es el generalmente aceptado en la actualidad (Cox,1978; Cox y Mackay, 1981; Lazarus y Folkman, 1986; Stotland, 1987; Trumbull y Appley, 1986). Desde este punto de vista el estrés es la condición que resulta cuando las transacciones entre una persona y su ambiente lo conducen a discernir una discrepancia (real o no) entre las demandas de la situación y sus recursos biológicos, psicológicos o sociales. En palabras de Lazarus y Folkman (1986) el estrés psicológico “es una reacción particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.

Nos encontramos, pues, con un proceso psicobiológico complejo con tres componentes principales: una situación inicial en la que se produce un acontecimiento que es potencialmente perjudicial o peligrosa (acontecimiento estresante o estresor); un momento siguiente en que el acontecimiento es “interpretado” como peligroso, perjudicial o amenazante; y, finalmente, una activación del organismo, como respuesta ante la amenaza, que se caracteriza como una “respuesta de ansiedad”. Cuando se produce un acontecimiento estresante se altera el equilibrio del organismo. Esta alteración comienza con la percepción del estresor, que puede ser interno o externo. La alteración del equilibrio del organismo puede deberse a las características del estresor o su percepción por parte de la persona. El organismo reacciona a ésta alteración con respuestas adaptativas automáticas, o con acciones adaptativas que son potencialmente conscientes y dirigidas a una meta. La secuencia completa de situación-acción, incluyendo sus consecuencias (positivas o negativas), es denominado *episodio estresante* por Perrez y Richerts (1992). La estructura de los episodios consisten en aspectos de la situación objetiva que son subjetivamente percibidos, seguidos por respuestas a esta percepción, y por los resultados de estas respuestas.

En el episodio estresante, por tanto, nos encontramos con un acontecimiento o situación que “exige” (demanda) un esfuerzo por parte del sujeto para poner en marcha sus “recursos de afrontamiento” biológicos, psicológicos y sociales. Así, cuando hablamos de las “demandas” de una situación nos estamos refiriendo a la cantidad de recursos que el estresor parece requerir. Cuando el ajuste entre las demandas de la situación y sus recursos no es adecuado (cuando resulta un “saldo” negativo de recursos), entonces se produce una discrepancia. Esa discrepancia puede ser real o percibida. Finalmente, la valoración de las discrepancias entre demandas y recursos se produce en nuestras “transacciones” con el entorno.

A esa valoración se refiere Lazarus con el nombre de *evaluación cognitiva*. Es un proceso mental mediante el cual evaluamos dos factores: si las exigencias de la situación amenazan nuestro bienestar; y los recursos disponibles para

responder a tales demandas . Lazarus y Folkman denominan a la evaluación del primer factor evaluación primaria (aquella mediante la cual la persona juzga el significado de una transacción específica con respecto a su bienestar) y a la del segundo factor, evaluación secundaria (aquella mediante la cual las personas evalúan sus recursos y opciones de afrontamiento del estresor). Es pues, la evaluación de los recursos y opciones de afrontamiento.

Se considera “daño” o “pérdida” cuando el individuo recibe algún perjuicio, algún daño a la estima propia o social, o sufre alguna pérdida familiar , económica y/o social. La “amenaza” se refiere a aquellos daños o pérdidas que no han ocurrido todavía pero que se prevén, de forma más o menos inminente. Finalmente, el “desafío” se refiere a un juicio del encuentro, o de la transacción, como potencialmente superable si se movilizan las fuerzas necesarias para ello.

Las evaluaciones primarias de daño/pérdida, amenaza y desafío no son necesariamente mutuamente excluyentes. La evaluaciones de daño/pérdida y amenaza se caracterizan por sus asociación con emociones negativas, tales como el miedo, la ira o el resentimiento, mientras que la evaluación de un acontecimiento como desafiante se caracteriza por emociones placenteras, tales como excitación, la impaciencia, el ansia o la ilusión.

### **2.1.8 Fuentes de estrés**

Además de los diferentes tipos de fuentes de estrés posibles, podemos distinguir tres niveles diferentes de los estresores:

1. *Acontecimientos vitales importantes:* como, por ejemplo, un ataque al corazón, o a la muerte del esposo/a. Tales acontecimientos ocurren a menudo de forma súbita, requieren reajustes importantes en el estilo de vida, y representan típicamente un período inicial de choque seguido de un período de reajuste gradual.
2. *Tensiones vitales persistentes:* como, por ejemplo, dificultades en las relaciones ocupacionales, sociales o interpersonales que persisten, y que no se resuelven ni rápida ni fácilmente. Aquí se puede incluir la insatisfacción con las relaciones matrimoniales, con el tipo de empleo, o con las condiciones de trabajo. Este tipo de tensión puede ser de alguna manera autoinducida, o puede ser parte de un entorno socioeconómico en el que el individuo es una víctima.
3. *Estrés producido por problemas cotidianos:* que se presentan, se resuelven y son reemplazados por otros. Podemos pensar en problemas cotidianos que, sin causar un nivel alto de tensión, son muy persistentes y, acaban por producir un nivel muy alto de tensión.

### *Factores que determinan la evaluación de un acontecimiento como estresante*

Hay, básicamente, dos tipos de factores que influyen en ella: los personales y los situacionales (Lazarus y Folkman, 1986).

Los *factores personales* incluyen elementos cognitivos, motivacionales, de personalidad y Hábitos comportamentales. Entre los cognitivos, Lazarus y Fokman destacan las creencias y los compromisos. Las creencias son nociones pre-existentes acerca de la realidad, son configuraciones cognitivas moldeadas social y culturamente. Hay un conjunto amplio de creencias generales (p.ej., las creencias religiosas) y de creencias específicas (p. ej., sobre la enfermedad) que son indudablemente relevantes para las evaluaciones primarias. Los compromisos revelan lo que es importante para la persona, lo que tiene significado para ella. Puede definirse muchos niveles de abstracción, desde valores e ideales a metas específicas. Cualquier transacción que tenga que ver con un compromiso fuertemente mantenido será evaluado como significativo con respecto al bienestar en la medida en que los resultados esperados perjudiquen o amenacen ese compromiso.

En el análisis del estrés tienen un particular interés las creencias sobre el control personal. Por lo que se refiere al control personal tienen que ver con la medida en que la persona piensa que es capaz de controlar acontecimientos mediante su conducta, y capaz de tomar decisiones y realizar acciones que produzcan resultados deseados y eviten los indeseados. Las creencias sobre el control pueden integrarse dentro del marco más general de la teoría atribucional.

De acuerdo con la teoría atribucional, las personas intentan entender y dar sentido a los acontecimientos formando creencias sobre las causas de los acontecimientos, juzgando o explicando su propia conducta, motivos, sentimientos o intenciones, o los de los demás (Heider, 1958). Estas atribuciones causales influyen sobre otros procesos psicológicos como la emoción, la motivación, y, naturalmente, sobre el comportamiento. Además, la teoría postula que las atribuciones pueden clasificarse según varias dimensiones permitiendo una mayor determinación de la relación con una clase de comportamientos u otro en particular. Entre esas dimensiones se incluyen habitualmente el "locus causal", el "locus de control", la estabilidad y la globalidad. El "locus causal" alude al juicio del sujeto sobre la localización de la causa de un suceso. El "locus de control" se refiere a la creencia del sujeto sobre la controlabilidad del suceso. En ambos casos, se distinguen entre "locus interno" y "locus externo". Las personas "internas" perciben un nivel relativamente grande de control personal sobre los acontecimientos, mientras que las "externas" creen que los acontecimientos son el resultado del destino, de la suerte o de otros poderes u otras personas. Una

dificultad de este constructo (el de "locus") es que se confunden "locus causal" con "locus de control". Hay muchos factores causales que pueden localizarse en el individuo (la fatiga, o limitaciones físicas o mentales) que no son controlables por él.

La dimensión del "locus" están muy relacionadas con la autoestima y las emociones . Por ejemplo, las atribuciones internas del fracaso se asocian a emociones relacionadas con la autoestima (como la vergüenza, mientras que las atribuciones externas se asocian a emociones no relacionadas con la autoestima (como la ira) . Por su parte, la teoría reformulada de la indefensión aprendida asocia el efecto depresivo a la percepción de incontrolabilidad y no a la dimensión del "locus causal" (Abramson, Seligman y Teasdale, 1987). La teoría dispone distinguir entre la "controlabilidad" y la "atribución causal". No basta que una persona esté sometida a acontecimientos negativos incontrolables para que se produzca la "indefensión aprendida". Debe producirse también una atribución interna de la causalidad de tales acontecimientos.

Los *factores situacionales* incluyen las características distintivas objetivas del acontecimiento o situación y las dimensiones objetivas de la situación. Entre las características distintivas objetivas del estresor hay que distinguir si se trata de un acontecimiento de pérdida (remoción de una de una fuente deseada de refuerzo positivo), o castigo (ocurrencia de una situación aversiva). Entre las dimensiones objetivas de la situación se pueden señalar : la valencia de la situación (su potencialidad estresante inherente); su controlabilidad (las oportunidades de control inherentes a la situación); su mutabilidad (la probabilidad de que la situación cambie por sí misma); su ambigüedad (el grado en que la situación carece por sí misma de suficiente información como para que podamos hacernos una idea clara de ella); su potencial de ocurrencia o recurrencia (la capacidad de ocurrir o volver a ocurrir inherente a la situación); su momento o cronología respecto al ciclo vital (momento de la vida de una persona en que ocurre el acontecimiento).

### **2.1.9 Las respuestas al estrés**

La respuesta inicial a una situación de estrés es la *activación fisiológica* . Esta puede considerarse bien descrita por el modelo de Seyle . El estrés implica una sobreactivación biológica promovida por la acción funcional del sistema reticular. La activación del sistema simpático incrementa la activación sanguínea, la tasa cardíaca , el pulso, la conductividad de la piel, y la respiración. Además las respuestas endocrinas de las glándulas adrenales colaboran con el aumento de esa actividad, al excretar altos niveles de catecolaminas (epinefrina y norepinefrina) de corticosteroides (sobre todo cortisol). Se produce además una disminución de la actividad intestinal, una mayor dilatación bronquial. En suma, el organismo se prepara para consumir una energía necesaria para la confrontación con el estímulo amenazante, para la lucha o huida.

En segundo lugar, se producen *respuestas cognitivas*. Entre ellas hay que considerar no sólo los resultados de la evaluación cognitiva, es decir, la percepción de características perjudiciales o amenazantes en el acontecimiento de que se trate, sino también respuestas involuntarias como la incapacidad para concentrarse, trastornos en la ejecución de tareas cognitivas, o la aparición de pensamientos, intrusivos, repetitivos. Efectivamente, un alto nivel de estrés trastorna nuestra memoria y nuestra atención en el curso de una tarea competitiva.

En tercer lugar encontramos una amplia gama de *reacciones emocionales* ante el estrés. Usamos, de hecho, nuestro estado emocional para evaluar el nivel de estrés que experimentamos. Como ya se mencionó anteriormente, el proceso de evaluación cognitiva está muy ligado al tipo de emoción que se produce, porque implica una "rotulación" u otra de la activación fisiológica, sino otros contenidos de naturaleza cognitiva y evaluativa, que se vinculan, a su vez, al contexto social y cultural de la persona (Torresgrosa, 1982). Las reacciones emocionales ante el estrés incluyen el miedo, la ansiedad, la excitación, la ira, la depresión y la resignación.

En cuarto lugar, el estrés provoca un amplísimo número de *respuestas comportamentales*, que dependen naturalmente del acontecimiento estresor y de su percepción por el sujeto. Todas ellas pueden organizarse en torno a tres que son básicas en cualquier organismo animal que se enfrenta con una amenaza: aproximación (lucha), evitación (huida) e inmovilización. El estrés produce, además, cambios en la conducta social de las personas. Así cuando la respuesta emocional al estrés es la ira, entonces las conductas negativas aumentan. La ira tiende a aumentar la agresión durante las experiencias estresantes. Los malos tratos a niños por parte de sus padres pueden explicarse, en gran medida, por esa relación.

## CAPITULO 3

### EL PROBLEMA DE LA DROGA

En los últimos años el consumo de drogas ha alcanzado alturas insospechadas. Ya no se consideran sustancias tóxicas y misteriosas usadas por personas marginadas sino que constituyen, de hecho, un hábito social. Las drogas se encuentran en todas las áreas geográficas y a disposición y consumo de todas las personas.

El ingenuo optimismo en el progreso y la evolución del ser humano alimentado sobre todo en los años de la Ilustración ha dejado de tener sentido (Sastre, 1990).

El prodigioso desarrollo de la ciencia y de la técnica constituyen hoy una de las grandes victorias de nuestro tiempo. Ellas permiten al hombre ser cada día más libre de muchas limitaciones materiales. Pero al mismo tiempo le someten a una ansiedad y a una tensión crecientes.

Muy al contrario el tipo de sociedad, el modo de vivir de nuestra sociedad postmoderna no parece promover una vida feliz sino una vida cómoda aunque carezca de sentido.

El hombre de hoy contempla en su conciencia un gran vacío de valores. El desfallecimiento de la regulación interior de la conducta se sitúa en el origen de muchos comportamientos desviados entre los que cabe destacar: las toxicomanías, ciertos tipos de delincuencia, la disociación familiar, la incomunicación, la insolidaridad y desintegración social.

Las realidades cotidianas resultan cada día más difíciles de asumir. No resulta extraño que muchas personas recurran a "remedios fáciles", a sustitutivos, para hacerlas frente: alcohol, tabaco, drogas, medicamentos. Viene a ser como el aceite que permite que toda la maquinaria social funcione.

La drogadicción es una enfermedad de la sociedad de nuestros días: del consumismo, de la crisis de valores, de una sociedad opulenta en que era más importante tener que ser, y que ahora al llegar la crisis económica apunta a una insatisfacción de una estructura de necesidades, estimuladas artificialmente por esta sociedad consumista que somos todos. Máxima ideal: pasárselo lo mejor posible; derechos y no deberes; tanto tienes, tanto vales.

La droga es hoy un tema de actualidad. Ha necesitado varios años de gestación para aparecer a la luz como espectro apocalíptico de los jóvenes que reaccionan frente a las alineaciones de nuestro tiempo, donde el fenómeno de las drogas constituye un síntoma más. Se informa, se habla, se discute, y, las más de las veces se callan los motivos que desencadenan, permiten y hacen que estos productos ilegales resulten cada día más atractivos a un buen número de adolescentes ávidos de experiencias que rompan una monotonía apática, para dinamizar la propia vida. Otros desean nuevas estructuras sociales. Otros condenan la sociedad de consumo y desean un mundo menos materialista y más humano, menos violento y más justo. Muchos rechazan los tabús de los padres y cuestionan en profundidad la "moral de los adultos". Las drogas, sobre todo las ilegales, constituyen en este caso un símbolo de protesta o de libertad.

Se nos incita, se nos urge a que pasemos por la vida sin el desasosiego del sufrimiento moral, sin el mordisco del dolor físico, sin la desazón de luchar contra la injusticia. Para conseguirlo se anuncian cada día ANALGÉSICOS definitivos. Pero no se tolera que haya disidentes que lleven el juego peligroso hasta sus últimas consecuencias, que le den la espalda a todo y se envuelvan en los humos de las drogas.

Si matamos la voluntad del hombre, matamos al hombre y nos decepcionemos cuando comprobemos que ese ser inmaduro que estamos fabricando se quemará las manos.

### **3.1 La droga: una realidad trágica**

El fenómeno de las drogas constituye una realidad trágica de nuestro tiempo y de la sociedad. El drogadicto, la persona afectada por las drogas, constituye una realidad en la sociedad de nuestro tiempo y tiene derecho a que se le considere, trate y ayude de acuerdo con sus exigencias y sus necesidades. La mayor parte de las personas se plantean ante el drogadicto una pregunta y dan una respuesta simplista en la que influye, en gran parte, la falta de una adecuada información. La persona afectada por las drogas - piensan - es un delincuente, es peligroso, contaminante y debe ser alejado del resto de la sociedad por los riesgos que crea. Es imprescindible destruir este esquema, que no solo es parcial sino equivocado. Hay drogadictos delincuentes, hay delincuentes drogadictos y hay, y son los más, drogadictos que no delinquen nunca. Es imprescindible normalizar a las drogas y sus consecuencias, considerando el fenómeno como una realidad de nuestro tiempo, que tenemos que afrontar y resolver, para tratar al afectado y a sus familias como personas.

El fenómeno de la drogadicción aparece sin distinción de razas, ideologías, regímenes políticos y sistemas económicos. No hay una sola nación en el mundo que sufra con mayor o menor intensidad el fenómeno de las drogas. Por eso podemos decir que nos encontramos ante una situación que no tiene comparación con ninguna otra actual, ni en la historia. Y decimos en la historia porque, aunque es cierto que las drogas están incorporadas al ser humano desde diversas

culturas, pero como medio, y fundamentalmente en los aspectos curativo y religioso. En la actualidad el fenómeno de las drogas es un fin, ya que hay quienes viven económicamente para satisfacer el deseo de consumir y percibir los efectos de las mismas.

Las drogas afectan también a todas las edades, e incluso está comprobado que la fase de iniciación tiene lugar en edades muy tempranas y cada vez más.

En cuanto a los sexos,, podemos señalar que uso y abuso de las drogas se da tanto en las mujeres como en los hombres.

Todas las clases sociales sufren las consecuencias de la droga. La antigua opinión de que las drogas sólo se daban en los grupos marginales y en las zonas más pobres ya no es compartida hoy por nadie. Las drogas son usadas, consumidas y se abusa de ellas en todos los grupos sociales.

La convergencia de una serie de estructuras colectivas ha potenciado el consumo, llegando a constituir un fenómeno epidemiológico común, tanto en jóvenes conflictivos, simplemente ansiosos de experimentar nuevas sensaciones o influenciados por el grupo de amigos con que se relacionan, como en los adultos con una fuerte dependencia del tabaco, alcohol o cafeína, que recurren a la cocaína para mantener el ritmo frenético de su actividad o amas de casa que han hecho del poder anoréxico de las anfetaminas un elemento indispensable para el mantenimiento de la línea, o de los barbitúricos, la panacea para conciliar el sueño.

### **3.2 El consumo de drogas**

*¿Cuándo se empieza a considerar la drogadicción como problema social ?*

La visión sobre el uso de drogas en México ha variado en los diferentes períodos de su historia, al mismo tiempo que los estudios y las acciones relacionadas con este problema; se han establecido diversas sanciones jurídicas y sociales para controlar su uso indebido.

Los primeros indicios del consumo de sustancias en México se remontan a la época prehispánica , donde la utilización de ciertas drogas - consideradas sagradas y que provocaban alucinaciones - era parte fundamental de la medicina indígena, la cual se vinculaba con prácticas mágico-religiosas. Entre la gran diversidad de plantas utilizadas se encontraban: el *Teononácatl* u hongo divino, el *Ololiuhqui* y el *Pipiltzintzintli* , plantas que los antiguos médicos indígenas ingerían con el afán de interpretar los sueños y así poder dar un diagnóstico sobre la enfermedad.

Asimismo, el relato de Francisco Hernández, médico de la corte de Felipe II, a quien se le comisionó para ir al nuevo mundo a recopilar, describir y enlistar las plantas y animales de esos lugares, descubrió la siguiente información sobre el *ololiuhqui*:

“... El *ololiuhqui*, que algunos llaman *coaxihuitl* o yerba de la serpiente, es una hierba de cuyas raíces nacen tallos redondos, verdes y delgados. Es una planta caliente, cura el mal venéreo, calma los dolores producidos por el frío, fortalece y ayuda en ciertas luxaciones y fracturas de los huesos, favorece la laxitud de las caderas en las mujeres...” Cuando los indígenas querían consultar con sus dioses y recibir su respuesta comían estas plantas que les producían visiones fantasmales...”

Los alucinógenos no siempre fueron utilizados en ceremonias curativas: también eran usados para establecer contacto con lo sobrenatural y obtener beneficios de los dioses, ya fuera para la comunidad (lluvia, cosechas, victorias, etc.), o para promover la curación de alguien en particular.

Al llegar los españoles se persiguió y castigó a los indígenas que ejercían esas prácticas porque las relacionaban con lo sobrenatural y la hechicería.

Los alucinógenos eran completamente desconocidos para los misioneros españoles, por lo que éstos se dieron a la tarea de investigar todo lo relacionado con su uso.

Hernando Ruíz de Alarcón, por ejemplo, sacerdote comisionado en el Arzobispado de México, fue el encargado de investigar los ritos y supersticiones de los feligreses de su jurisdicción, y durante once años investigó la conducta del aborigen, adentrándose principalmente en el conocimiento de *Ololiuhqui*. Paradójicamente, su labor fue factor determinante en la persecución en contra de los indígenas de esa región, ya que a través de sus estudios se descubrió que el significado que los nativos daban al uso de esa planta contrariaba los principios de la nueva religión. El Tribunal de la Santa Inquisición, en ese entonces, dictó la resolución de castigar con la hoguera a quienes emplearan “plantas malignas y ungüentos”. Esta fue una de las primeras soluciones represivas para combatir el consumo de drogas durante la época colonial, aunque los intentos por ejercer control sobre sustancias era practicado desde tiempos anteriores.

A pesar de que las drogas alucinógenas merecieron la más severa condena por parte de los hombres encargados de difundir los dogmas occidentales, el conocimiento sobre esas plantas (consideradas como verdaderas deidades) fueron legadas a los curanderos coloniales, quienes se encargaron de transmitir las de generación en generación.

En cuanto a las bebidas embriagantes, Fray Bernardino de Sahagún relata que los indígenas abusaban del consumo del *octil* (pulque) en la antigua civilización azteca, y que se emborrachaban a pesar de que todas las clases sociales repudiaban esa conducta. Aunque el uso del alcohol no representaba un serio problema para los indígenas prehispánicos, los efectos dañinos del consumo excesivo fueron reconocidos por las autoridades de la época. Los soberanos aconsejaban, amenazaban y castigaban a los que se excedían en el consumo. Los castigos dependían de la edad y la posición social del individuo; a los

plebeyos se les rapaba, y a los nobles, adultos o jóvenes, se les castigaba con la muerte. La práctica de beber, en cambio, era tolerada en los ancianos, a quienes se les permitía beber sin restricciones.

Con la conquista de México, estas medidas fueron anuladas por "cruelles", hubo menor restricción al consumo, lo que permitió que la ingestión se extendiera de modo generalizado entre la población. Esto se tradujo a pocos años en un verdadero problema sociocultural. Ante esta situación, las autoridades de la época trataron de regular el consumo a través de la prohibición de los establecimientos en los que el pulque era vendido indiscriminadamente.

Para el año de 1751, las autoridades establecieron reglamentaciones parecidas a las impuestas por los antiguos mexicanos para castigar a los que se excedían en el consumo, aunque sin llegar a la pena de muerte: se les azotaba públicamente o se les rapaba la cabeza; se encarcelaba a los reincidentes, y de continuar con el "vicio", se les desterraba. A pesar de todo esto, no se logró reducir la ingestión entre la población.

Según Levine en la América colonizada durante los siglos XVII y gran parte del XVIII, considerar el uso excesivo de alcohol como un problema, no era un tema de conciencia pública y casi nadie creía que el alcohol fuera una sustancia peligrosa o destructiva. Durante esos siglos las bebidas alcohólicas, especialmente el ron eran totalmente apreciadas, universalmente valoradas y no estaban estigmatizadas. Por el contrario, se les consideraba como buenas y saludables y la embriaguez era un hecho común entre la población.

Las creencias que imperaban en la colonia era que el bebedor se habituaba a la borrachera pero no a la bebida y se decía que eran ebrios por costumbre. Particularmente en México, los problemas ocasionados por el consumo de alcohol eran atribuidos a las fiestas y a la producción de pulque con ingredientes nocivos, pero no así al borracho. Es importante señalar que el consumo per capita de bebidas alcohólicas en el siglo XVIII fue mayor que en el siglo XIX y que en las dos primeras décadas del presente siglo.

En el transcurso del siglo XIX las restricciones en la producción, venta y consumo de drogas prácticamente no existían, y no fue sino hasta 1870 que se intentó reglamentar el uso y venta de algunas sustancias que se creía perjudicaban la salud, como era el caso de la planta llamada "adormidera" y de la mariguana, que sólo se adquirían con receta médica.

Durante el porfiriato el uso de drogas con fines placenteros había adquirido una connotación delictiva, por lo que se intentó establecer control gubernamental. Con ese fin se creó el "Reglamento sobre Bóticasy Droguerías" que establecía la prohibición de la venta de "tóxicos y sustancias peligrosas", medidas que se consideraban necesarias para que las drogas no cayeran en manos de criminales". Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por controlar la venta y

distribución de las sustancias, la posibilidad de acceder a éstas era relativamente fácil.

A finales del siglo XIX en México, todavía prevalecía la idea de que la adicción era mejor entendida como una falla moral, y no es hasta principios del siglo XX que se comenzó a considerar que beber en exceso era el resultado de una predisposición individual.

Posteriormente y con los avances en las explicaciones y aproximaciones en aspectos psicológicos de la adicción a las drogas, se consolidaría la idea de que los usuarios crónicos de alcohol y drogas eran individuos con un enfermedad.

Esto dio lugar a que de 1920 en adelante el consumo de drogas en México cobrara importancia en el ámbito político y social, lo que derivó en una serie de acciones que no se limitaron a la restricción solamente, sino que además incluyeron la construcción de hospitales que proporcionaban atención médica especializada a los toxicómanos. Se autorizó su instalación en el Código Sanitario de 1926. Además en el año 1929 se decretaron una serie de leyes y reglamentos que tuvieron como finalidad ejercer un control sobre la venta y producción de alcohol a través de la creación del "Comité Nacional de Lucha contra el Alcoholismo", cuya solución alternativa fue principalmente motivar la investigación sobre el tema. Por otro lado, y debido a la alta asociación de las drogas con la delincuencia, en ese mismo año se incluyó un nuevo capítulo en el Código Penal, cuyo objetivo fue prohibir la importación y exportación, elaboración, posesión, uso y consumo de algunas drogas como el opio, la heroína y la marihuana.

Sin lugar a dudas la primera acción significativa en cuanto a la atención del problema de las drogas en México ocurre en 1931, al implantarse el "Reglamento Federal de Toxicomanías" en el que se contempla proporcionar tratamiento y rehabilitación al adicto en una institución especializada.

Alrededor de esos años, la explicación sobre las causas del consumo de alcohol y otras drogas centraba su interés en los factores mentales de la adicción, dando gran importancia a los componentes psicológicos. Lo anterior no implicaba que la concepción moralista especialmente del consumo de alcohol, se hubiese abandonado entre la población: sin embargo, en la década de 1960/70, por lo menos en los círculos científicos y profesionales, este consumo explicativo sociológico se fue eliminando para adoptar el modelo clínico que define al abuso de esa sustancia como una enfermedad.

A partir de este nuevo enfoque, la atención al adicto estuvo orientada básicamente al tratamiento; se logró con ello que diversos centros de salud y hospitales psiquiátricos destinaran áreas especiales para su tratamiento. Desafortunadamente, compartía con otros Países la preocupación por establecer medidas de tratamiento, la respuesta de las autoridades fue parcial, poco decidida

y no se mahtuvo con el tiempo; además las instituciones que trataban a los adictos no contaban con los servicios especializados pra su rehabilitación.

En la década de 1970/80 la explicación predominante de las adicciones giró en torno a la interacción entre el fármaco, la persona y el medio social, es decir, que se consideraron las propiedades adictivas y tóxicas de las sustancias, la forma problemática de consumir, y los factores socioculturales que contribuían a la instauración de patrones excesivos de consumo. Con ello declinó la confianza en el tratamiento como respuesta exclusiva, estableciéndose que la prevención, además del tratamiento y el control legal, debería formar parte de toda la gama de soluciones para enfrentar el problema de las adicciones.

A partir de las investigaciones de Edwards y col., se proponen otras alternativas en la definición de las adicciones, señalando que todos los individuos que tienen problemas de consumo de alcohol presentan dependencia al mismo. En estos estudios se muestran nuevas aproximaciones sobre las causas y consecuencias del consumo; se considera a las adicciones como un "síndrome de dependencia" con diversos grados de gravedad, en el que se incluyen fenómenos fisiológicos, cognoscitivos y conductuales; con lo que desaparece la distinción entre la dependencia física y la psicológica.

En la actualidad, la perspectiva del problema de las dependencias se ha ampliado y no sólo se consideran los afectos agudos o incapacitantes de los consumidores, sino que se reconocen las consecuencias sociales que el uso de las drogas ocasiona; se propone que los problemas deben de estudiarse no sólo como desórdenes en sí mismos, sino como factores de riesgo que provocan otros problemas, tales como los laborales, económicos, familiares, etc.

La investigación sobre las adicciones, actualmente parte de la distinción entre el uso excesivo, dependencia y problemas relacionados desde una perspectiva biopsicosocial.

### **3.2.1 Los consumidores**

No es fácil concretar en un esquema los diferentes tipos de consumidores de drogas. Dentro de la complejidad del comportamiento humano, con las drogas corremos el riesgo de simplificar al querer encuadrar esta conducta tan variada y variable. Si los especialistas en el campo de las drogas encuentran grandes dificultades al querer clasificarlas, si todavía no se ha llegado a determinar de forma clara los factores que determinan su consumo, puede resultar pretensioso querer presentar una clasificación de los consumidores. Con todo, considero que es útil presentar, en líneas generales, las diferencias más notables dentro de su complejidad. Los consumidores de droga lo hacen a título de experiencia, de modo casual o con carácter habitual, y pueden recurrir a las diferentes drogas de forma compulsiva.

### *Experimentadores*

Muchos individuos prueban las drogas sin continuar después. Esta forma experimental de uso está motivada ordinariamente por la curiosidad o la presión del entorno. Son dos factores que nada tienen de anormal dentro de la psicología humana. El hombre es ante todo un animal curioso, inquieto, deseoso de nuevas experiencias, sobre todo si es joven. La influencia del entorno podemos concretarla en muchos elementos: la presión de los compañeros, la fuerza de la "moda", las campañas publicitarias, tanto de las drogas legales como de las ilegales.

El deseo de lo prohibido, el amor al peligro y el afán de probarse a sí mismo en situaciones difíciles y comprometidas, aspecto muy significativo del "ser hombre". Esto explica que la prohibición para los adolescentes sea un factor más a tener en cuenta a la hora de conocer la etiología del consumo de drogas. En un mundo que intenta mantener a los jóvenes en una perpetua adolescencia, el joven intenta defender y afirmar su personalidad enfrentándose a las normas establecidas y arriesgando su propio cuerpo, consciente de superar todas las pruebas.

### *Consumidores ocasionales*

Incluimos aquí a todos los individuos que consumen las drogas por motivos sociales y fortuitos. Se caracterizan más por el objetivo y la manera de uso de una determinada droga que causa dependencia que por la frecuencia del consumo. Así, la mayoría de los consumidores de alcohol y de cannabis lo son de forma ocasional o por placer. Esto mismo pasa con otras drogas como el opio, la cocaína, etc., aceptadas culturalmente y socialmente en otros países con una regulación concreta de la forma, cantidad y frecuencia de su consumo.

### *Consumidores habituales*

Resulta difícil separar en la práctica los consumidores sociales de los habituales. Hay un gran número de consumidores que oscilan entre el uso ocasional y el habitual. Pero poco a poco van surgiendo diferencias que son, sin embargo, tenues, complejas y muy variables. Los fenómenos biológicos, en particular los que se refieren a la conductas, tienden a disponerse según una serie continua. En un extremo no existe dependencia física ni psíquica, mientras que en el extremo opuesto, una o ambas son evidentes. En medio existe "una tierra de nadie", pero que presenta una serie de características a tener en cuenta. Se descubrió la existencia de cierta dependencia psíquica:

- 1). Si el individuo dedica gran parte de su tiempo y energía a pensar en la droga, en obtenerla y experimentar sus efectos.

2). Si tiende a recurrir a ella casi automáticamente ante situaciones difíciles que podría solucionar de otra forma. Aparece así un uso sistemático de las drogas varias veces al día y durante largos períodos. Esta es la característica más frecuente cuando se trata de drogas capaces de crear una dependencia física notable (por ejemplo, barbitúricos, alcohol).

### *Consumidores compulsivos*

Aunque no es difícil distinguirlos de los no consumidores, resulta más complicado separarlos de los que muestran un comportamiento más destructor. Muchos piensan que no podemos separar el problema del consumo de las drogas de los otros problemas propios de la inadaptación, como la delincuencia, la violencia. Hay otros que llegan incluso a sugerir que la preocupación por el uso de las drogas en un artificio para no enfrentarse con los problemas sociales básicos y que la violencia y los suicidios de adolescentes no son sino manifestaciones de esos problemas básicos. Lo que si podemos afirmar es que, en muchos casos, detrás del consumo de las drogas se encuentra una persona enferma, seres inmaduros que padecen diversos tipos y grados de trastornos psicopatológicos que la droga destapa en ocasiones, mientras oculta en otros. En definitiva, son personas que tienen unos problemas que no pueden resolver de un modo socialmente aceptable.

### **3.3 Inadaptación y droga**

La droga y su consumo es un fenómeno que no se puede dejar de lado cuando se trata de sujetos inadaptados. El retraso personal, las carencias afectivas tanto en la infancia tanto en la adolescencia pueden conducir a una indiferencia afectiva y desembocar en una auténtica personalidad criminal.

En estas circunstancias podemos advertir que estos sujetos tiene una imagen negativa de sí mismos, una inadaptación escolar, bajo nivel de aspiraciones, rechazo de numerosos valores de la sociedad. Suelen ser sujetos con problemas graves de socialización, con un umbral bajo para las frustraciones, con deseos y satisfacciones inmediatas, necesidad de una dependencia no satisfecha, inmadurez sexual, sin control interno, con falta de recursos para enfrentarse a los problemas de la vida y los demonios de la sociedad ( Vallejo, 1979).

De todas formas para llegar al consumo de drogas, deben aparecer tres circunstancias decisivas:

- Insuficiencia educativa que predispone a tomar drogas
- Una crisis
- Proposición para tomar drogas en el momento adecuado.

Como conclusión podemos afirmar que la inadaptación personal puede llevar al abuso de drogas. Las bases son siempre las mismas: Trastornos familiares, escolares y condiciones de marginación. Todo ello lleva a una pérdida de oportunidades en la vida.

El auge de las drogas duras entre los adolescentes es un fenómeno fácil de detectar , responde, sin duda a la política de mercado que aplican quienes desde la sombra mueven los hilos de tráfico internacional de drogas.

### **3.4 El proceso de la drogadicción**

El primer consumo de droga puede ser un esnobismo, o una curiosidad, o un capricho tonto. Pero a partir de ese primer esnobismo empizan ya a funcionar otros factores y mecanismos estando ahí presisamente el peligro. Factores como: “deseo de huida” , la “falta de grandes ilusiones” el “paso de todo y no me comprometo a nada” , la “sensación de fracaso” , el “haberse metido al rollo” y el “mundo de los drogadictos”.

El fumar el primer cigarrillo de mariguana puede llevar al adolescente a drogas más fuertes, más peligrosas, destructoras de la personalidad y a veces de la vida. El cigarrillo puede ser y es la mayoría de las veces antesala del drogadicto , al que se lanza desesperadamente y por necesidad psicológica y física a drogas mayores como el hachís, la cocaína o el LSD.

El individuo que acude a la droga como paliativo o sustitutivo de ciertas carencias, o para aliviar ciertas dificultades comprueba que una dosis mínima de cualquier droga le produce una gratificación sensible y suficiente. Pero al surgir el factor tolerancia, esa gratificación es menor cada vez; de ahí la necesidad de aumentar la dosis o buscar otras drogas o derivaciones con mayores efectos. Pero también hay algunas personas que consumen drogas dentro de unos límites tolerables y sin aumentar la dosis. De hecho su personalidad queda resentida, pero no llegan a drogas más fuertes y se ajustan a unas dosis limitadas . Eso lo consiguen más bien los adultos y no los menores.

Con el consumo de drogas, los jóvenes tratan de obtener modificaciones de conciencia, producirse sensaciones placenteras bloqueando estímulos desagradables, conocer nuevas experiencias como respuesta protestataria a una sociedad que se le muestra fría. Constituye la expresión de la tensión juvenil que detesta la adaptación psicológica. En la mayoría de ocasiones es un estado pasajero, aunque a veces puede ser permanente. Es un ritual, una moda, la satisfacción de un deseo prohibido, inducido por la presión del grupo, para resolver problemas afectivo, dormir, descansar, obtener independencia desarrollándose todo en un contexto psicosociológico, patológico o inmaduro.

Influyen en la iniciación y aprendizaje del consumo de drogas factores sociológicos como: medio sociocultural bajo, promiscuidad, paro, marginación, familias desunidas, hogares rotos, padres autoritarios o excesivamente blandos.

Carencia de sustitutos a la crisis de valores . Escasa información objetiva y científica. Jóvenes sin personalidad, tímidos, imitadores, influenciables; donde el denominador común es la integración en grupos de marginados como signo de rebeldía o de protesta.

### **3.4.1 Cómo se llega a ser consumidor de drogas**

Es evidente que para que haya consumidores de estupefacientes es necesario que haya estupefacientes en el mercado. Lo que quizá no sea tan obvio es que para llegar a ser un consumidor habitual hay que aprender las técnicas del uso de drogas y, hasta cierto punto, la manera apropiada de sentir sus efectos y gozar de ellos. El proceso de habituación está estrechamente relacionado con las formas de asociación y de acceso a las drogas.

El uso de heroína y otros opiáceos se aprende, en la mayor parte de los casos, a través del contacto social con compañeros dentro de la subcultura de la llamada "sociedad de la esquina" . Las normas vigentes en esta subcultura no concuerdan con las de la sociedad en general y a menudo son abiertamente opuestas. Las actitudes de un número considerable de adolescentes se manifiestan en la delincuencia y en la búsqueda y disfrute de placeres "intensos" ; en las zonas donde el consumo de drogas es más alto el desprecio de las normas de la sociedad convencional, la desconfianza respecto a las autoridades y las actitudes relativamente favorables hacia las drogas suelen estar bastante más generalizados que en otras secciones de la misma ciudad.

## CAPITULO 4

### FACTORES PSICOSOCIALES ATRIBUIDOS A LA DROGADICCIÓN EN ADOLESCENTES

#### 4.1 Factores psicosociales del consumo

Hasta ahora no se ha podido demostrar la existencia de una causa vital y se recurre a diferentes hipótesis para explicar el inicio y el mantenimiento del consumo de las diferentes drogas. Estas diferentes explicaciones vienen dadas también por los marcos referenciales de los que parten los diferentes autores. Como siempre que se trata de explicar un hecho humano, encontramos el habitual conflicto del “factor privilegiado” : biológico, sociológico, médico, psicológico, etc.

Si bien es sabido, que no podemos quedarnos en una visión simplista y simplificadora a la hora de estudiar la etiología de la drogadicción. Se entiende, al contrario, que el único acercamiento válido al fenómeno complejo de las drogas se apoya en el trabajo interdisciplinar dentro del estudio de las situaciones concretas. Para llegar a ser drogadicto no existe una vía específica, sino muchas.

No hay tampoco teorías etiológicas válidas para cualquier edad y época. Por eso entendemos que entre las causas que se citan comúnmente ninguna de ellas hace posible anticipar el uso inevitable de las drogas. De ahí que resulte más exacto hablar de “factores” que de causas, ya que en realidad sólo disponemos de hipótesis interpretativas que necesitan una comprobación empírica posterior.

Por otra parte, es necesario señalar que los factores de iniciación y los de persistencia tiene una compleja interrelación. Como características generales de estos factores, podemos señalar las siguientes:

- Son acumulativos
- Están orientados (uno de ellos “marca” el conjunto del proceso)
- Son complementarios hasta combinarse en un efecto total
- Son interdependientes de forma compleja, lo que dificulta el conocimiento del factor inicial de una adicción
- Son variables en sus consecuencias

#### 4.2 Conductas nocivas de la familia

El ambiente familiar influye de una manera decidida, bien la falta de formación de los padres, falta de tiempo para la convivencia, esto bloquea la formación de la personalidad infantil de lo normativo y del “super yo”. Estos niños no han vivenciado nunca el principio de autoridad y crecen con una conducta antisocial. Otras veces los padres serán unos psicópatas, neuróticos, alcohólicos, etc., y marcaran en los hijos una herencia ambiental patológica y por inducción e

identificación una conducta antisocial y una personalidad anómala propensa a lo asocial.

Los conflictos conyugales influyen negativamente, ya que se les permite todo y pierden la eficacia pedagógica sobre los hijos, a partir de esto el niño se forma de una manera asocial. Es esta la primera ambientosis que malea al niño y trastorna su socialización normal.

Junto a esta marginación social clara y explícita, existen otros factores sociobiológicos y psíquicos muy dependientes del control paterno que influyen notablemente en el funcionamiento de la familia.

De esta forma, lo nuevo que el niño aporta ha de crecer y desarrollarse fuera del grupo de familia, por lo que se están poniendo las bases para que el verdadero grupo de referencia del niño no sea lo familiar, sino el grupo de amigos y compañeros de escuela o la calle.

Existe un amplio consenso, basado en la amplia experiencia empírica, sobre el hecho de que la condición de los niños privados de un ambiente familiar es fuente de problemas de personalidad y de conducta. Las inadaptaciones infantiles y juveniles a la vida social tienen principalmente su causa en inadaptaciones familiares de uno y otro tipo. Existen dos campos de problemas, estrechamente ligados entre sí que constituyen las principales fuentes de conflictos y que suponen situaciones disfuncionales para el desarrollo equilibrado del niño y del joven: los problemas derivados de la comunicación familiar y de la socialización del niño. Cabe señalar el cambio de la subcultura juvenil e infantil, sobre todo, el proceso de emancipación de la mujer cuyo ritmo galopante determina no pocas tensiones en la familia.

#### **4.2.1 Anomalías familiares**

En un estudio sobre familias con el padre en la cárcel, resulta que había más delincuentes entre los hijos que habían vivido con ambos hasta que el padre fue encarcelado, que entre los que habían vivido con el matrimonio de sus padres roto por el encarcelamiento. Ello sugiere que hay menos conflictos y anomalías de funcionamiento en la familia separada que en la exteriormente unida, así como menor la fuerza ejemplar y menor influjo que ejerce el padre encarcelado sobre sus hijos (Pauline Morris, 1975).

#### **4.2.2 Permisividad de los padres**

Otros estudios ponen de manifiesto que la mayor permisividad y blandura por parte de la madre en la educación de sus hijos, con escasos controles y restricciones en la conducta de estos y la severidad u hostilidad del padre genera con frecuencia una mayor delincuencia y conductas anómalas de los hijos. Este mismo estudio pone de relieve que en la educación de los jóvenes delincuentes la supervisión y el control paterno había sido deficiente.

Consecuencia de esta deficiente comunicación y socialización es la desviación y la marginación que se produce en el niño y en el adolescente quien ha de buscar sus seguridades afectivas y emotivas en el grupo de iguales con la consiguiente inestabilidad que ello conlleva.

#### **4.2.3 Desviación de la socialización**

Otro aspecto importante del conflicto familiar viene dado por lo que podríamos llamar “desviaciones de la socialización” o “anomalías familiares”. Es una cantidad considerable de la población infantil la que afirma que en sus casas existen insultos y riñas, malos tratos y mucho consumo de alcohol. Las implicaciones familiares y la repercusión que este tipo de hechos tiene en la socialización del niño es mucho más fuerte e importante de lo que podría pensarse.

#### **4.2.4 El alcoholismo y divorcio**

Como indica González Duso (1974) “el hogar del alcohólico, frecuentemente desintegrado y lleno de tensiones personales no es fácil que ofrezca la necesaria serenidad y tranquilidad. Hay que decir que el alcoholismo es una enfermedad de toda la familia aunque sólo sea uno de los miembros quien clínicamente beba”.

Las tres consecuencias más importantes que tiene en la vida familiar el hecho del alcoholismo son:

- La conflictividad familiar, matrimonial y con los hijos que en muchas ocasiones llevará a la ruptura definitiva.
- La pérdida de autoridad moral y real ante los hijos, aunque se pretenda imponer con despotismo y no pocas arbitrariedades.
- El clima de conflictividad creado y la tensión inherente a estos hogares no es el más apropiado para la crianza y la educación de los hijos.

El fenómeno del divorcio es muy complejo, pero los hijos se convierten en víctimas, se trunca su afectividad, se hunden sus ideales y se deteriora el proceso de su identificación. Cuántos jóvenes

#### **4.2.5 Los malos tratos**

Los malos tratos constituyen una forma especialmente cruel de violación de uno de los derechos más básicos y fundamentales de las personas como es el derecho a la integridad física.

Las causas se deben a que los padres esperaban y exigían mucho y demasiado pronto de sus hijos muy por encima de sus capacidades. Se trata de un fenómeno llamado "inversión de papeles" que en el fondo es una distorsión de la realidad y de la percepción errónea sobre el niño, que no tiene en cuenta las necesidades y capacidades del mismo. Los padres proyectan gran parte de sus dificultades sobre los hijos y sienten que el hijo es la causa de sus problemas, entonces tratan de librar su ansiedad en el hijo, en vez de afrontar sus propios problemas.

#### **4.2.6 Conclusiones de los conflictos familiares**

Como conclusión podemos sintetizar las causas de la situación y forma de relación de la familia en los siguientes puntos:

- a) Las relaciones conflictivas entre los padres vienen motivadas fundamentalmente por el contexto de vida urbano, el tipo de vivienda pobre, inhumano, nivel socioeconómico y cultural y los problemas de incomunicación entre los miembros de la casa.
- b) Las relaciones de los hijos con la madre son más positivas que con el padre y las atenciones de la madre hacia los hijos es mayor.
- c) No se cuenta en el ambiente familiar con la estima debida y no se sienten integrados ni aceptados en el medio familiar.
- d) Los hijos ante conflictos familiares tienen un deseo claro de ruptura (fuga de casa) en las edades más críticas.
- e) En la normativa familiar se observa que el control sobre los hijos se dirige fundamentalmente hacia los aspectos productivos (estudios) y formales (horarios).
- f) Más de la mitad de la población adulta se muestra partidaria de la separación de los padres en estas situaciones de conflicto, considerando que estas situaciones conflictivas mantenidas, son más perjudiciales para los hijos que el simple hecho de la separación.
- g) En cuanto a los diversos tipos de desorganización familiar, se ha podido constatar una elevada incidencia del alcoholismo, así como bajos pero significativos porcentajes de malos tratos y altercados familiares.

Estos son los antecedentes más significativos unidos a la afectividad para poder entender y comprender a los jóvenes que caminan por los derroteros de la droga.

#### **4.2.7 Causas más significativas.**

Las causas son diversas pero las más significativas son:

- Imposibilidad de diálogo entre padres e hijos
- Desconocimiento por parte de los padres de lo que es su hijo
- Padres ausentes de la vida del hogar y poco dispuestos al diálogo
- Vida del joven poco controlada y que suele vivir en la aventura y el riesgo
- Identificación con alguna pandilla donde la experiencia afectiva
- Afán de aventuras y novedades de significación personal
- Propensión a la evasión ante la contradicción
- Deseo de independencia de los padres y del ambiente familiar
- Grandes amores y fracasos escolares

Surge así un nuevo esquema de autoridad. Ante este proceso de cambio social y de crisis familiar, el concepto de autoridad ha variado pasando de una autoridad poder a una autoridad servicio y prestigio. Se ha pretendido ayudar al desarrollo de la libertad, pero este cambio de sentido ha contribuido a un abandono de los padres en su misión educativa que se han sentido desfasados ante su nueva misión y han abdicado de sus deberes más fundamentales. Con esto hemos conseguido una legión de jóvenes que no han sabido conquistar su libertad y han sido víctimas de un abandono a todas luces intolerable. La nueva democracia al ofrecer un campo de mayor libertad debería haber formado sólidamente a los individuos para acometer con dignidad esta nueva etapa de su vida, y no ha sucedido así ni mucho menos.

La escalada de la delincuencia juvenil, y el consumo y tráfico de drogas se ha disparado, no por la democracia sino por el uso de las libertades que no han sabido controlar e incluso la misma sociedad ha perdido los resortes de orientación adecuada.

Según las estadísticas, en los países donde mayores libertades democráticas existen, hay también mayor número de delincuentes y drogadictos. Parece ser que al existir menor represión y prevención, los inadaptados sociales se animan más a infringir las leyes establecidas.

## **4.3 Influencias de la sociedad**

### **4.3.1 Crisis de la cultura**

La drogadicción juvenil, como hemos anteriormente dicho, es un fenómeno social, no sólo por su extensión, ni por la complicidad de la sociedad entera en su génesis y desarrollo, sino también porque es un síntoma que revela la enfermedad de nuestra sociedad, las contradicciones por las que está surcada, sus carencias y sus crisis. Por eso el mundo de la droga hay que considerarlo dentro del contexto de la cultura en que vivimos en la que desgraciadamente se da. Crisis de toda cultura occidental, crisis de valores, decadencia de ideales, crisis de autoridad, transmutación de muchos valores motivadores del comportamiento, familia, trabajo, autoridad, sexualidad, etc., que no significan ni valen lo mismo antes y después de la crisis.

Esta crisis de civilización ha dejado a una parte de la generación joven a la intemperie, desguarnecida por déficits de ideales, desmotivada por el oscurecimiento de valores y desorientada por la caída de la normatividad. Se han perdido los valores tradicionales y en su lugar no se ha puesto nada, y ante ese vacío de personas desorientadas y desconcertadas nada tiene sentido, no hay causas nobles por las que merece la pena vivir.

La presión social es en la actualidad uno de los factores que más influyen en la iniciación del consumo de drogas.

Los cambios sociales producidos en los países occidentales durante las últimas décadas, favorecen la extensión del consumo de drogas: la continua búsqueda del placer; el hedonismo en todos los aspectos; la intolerancia del dolor y frustración; la elevada competitividad; el vacío de valores; el materialismo consumista; la, cada vez, más frecuente inmadurez a edades avanzadas; la desintegración del núcleo familiar.

Todos estos son factores que facilitan de que tantas personas recurran por diversos motivos al consumo de drogas.

La pérdida de una meta sólida, en lo que se refiere a modelos de comportamiento y objetivos vitales primordiales, hace que muchos jóvenes - y también menos jóvenes -, se encuentren profundamente desorientados y sin criterio propio hacia las drogas.

Determinados mensajes y ambientes sociales pueden también inducir o facilitar la drogadicción . Los jóvenes pueden verse identificados con grupos sociales, a menudo representantes de subculturas, en donde el consumo de drogas es una de sus características.

Los medios de comunicación social difunden el estilo de vida de estos grupos juveniles, que han tenido bastante importancia en la difusión internacional

del consumo de drogas, sobre todo, a partir del movimiento "hippie" que puso de moda entre los jóvenes de todo el mundo el consumo de marihuana.

Por un proceso de imitación, se adoptan algunas de sus características externas como el estilo de vestir, de hablar, de corte de pelo, etc., a la vez que ciertas preferencias en estilos de música y de forma de vida en que las drogas juegan un papel importante.

Se copia un modelo estereotipado, para así integrarse dentro de ese grupo social subcultural. Esto sucede en muchos casos debido a la necesidad que el adolescente tiene de buscar una identidad propia rebelándose muchas veces contra las actitudes convencionales de sus padres, lo cual es facilitado, aparentemente, por un determinado modelo juvenil de tipo subcultural.

La elección de uno u otro modelo dependerá no sólo de las preferencias del joven, sino también de la elección que hagan sus amigos y del ambiente social y cultural en el que se desenvuelve habitualmente, por lo que influyen factores tan diversos como el lugar donde vive, la escuela y el tiempo libre.

En otras ocasiones, el consumo de drogas se inicia a partir de un cambio de ambiente motivado, por ejemplo, por la necesidad de trasladarse a otro lugar para continuar los estudios.

En estos casos, además de influir el contacto con jóvenes de estilos diferentes a los habituales, influye un papel importante la mayor independencia del control familiar, la convivencia más estrecha con otros jóvenes que se encuentran en una situación similar y la mayor necesidad de integración para evitar la soledad.

Se considera que los problemas derivados del consumo de drogas que más preocupan a la mayor parte de la sociedad son:

- Delincuencia y seguridad pública
- Problemas familiares
- Problemas de salud

### **4.3.2 Ambiente social nocivo**

1) Subversión de valores . Valores materiales: dinero, lujo, bienestar, fuerza, poder. En este caso en la dinámica social se motiva una serie de esfuerzos para alcanzarlos de la manera que sea, aún convirtiendo a los demás en instrumentos y obstáculos.

2) Otros factores sociales: la inadaptación laboral, estar trabajando en malos ambientes, trabajos inadecuados a las aptitudes fisiológicas y psíquicas. Esto se debe liberar, y a veces se hace mediante el gamberrismo.

3) Dinámica social adversa para las clases sociales menos favorecidas. Todas las personas maltratadas por la sociedad con alguna actitud sistemática de injusticia se compensan mediante fuertes ataques contra esta sociedad que los excluye o los aplasta . Es un elemental mecanismo de defensa psicobiológico. Se hace agresivos a la sociedad. Alguien definió en este sentido la delincuencia y la toxicomanía como una agresión social, ya que la sociedad les había negado algo esencial para el desarrollo de su personalidad. Es la respuesta a una carencia necesaria para su desarrollo armónico.

### **4.4 Influencia del grupo de amigos**

La vida del adolescente fuera del ámbito familiar discurre con los amigos, en la escuela y en la vida social. Los padres deben conocer los ambientes donde discurre la vida de su hijo para encauzar su existencia, potenciar sus cualidades y puede seguir de una manera eficaz una integración social armónica. Pero el problema es más profundo, la influencia de los amigos puede ser decisiva para bien o para mal. El marco de vida en que viven los jóvenes les ha convertido sólo en objeto de trabajo y de consumo., y crea en ellos un tremendo vacío de criterios, filosofía positiva de la vida, adoptando así, maneras de pensar nihilistas y destructoras.

Las circunstancias representan un elemento fundamental que gravita sobre cualquier comportamiento del individuo. Unas veces sirve de estímulo para realizar algo., otras frena y detiene la actividad, en ocasiones deja al sujeto sumido en estado de indecisión y de inseguridad que provoca situaciones de angustia y tensión. Uno de los agentes más poderosos de la toxicomanía viene determinado por el "grupo", se produce una tendencia de proselitismo.

El sentido de responsabilidad que es inculcado en el individuo, modela la concepción de la vida, que es básica para la comisión de cualquier acto. El hecho de que algunos compañeros ingieran determinada droga, o cierto ídolo, se inclinen al uso de ciertas sustancias alienadoras crea un clima ambiente para la droga y arrastra automáticamente a los componentes del grupo. Así es como un joven

puede convertirse en drogadicto. En muchos casos el consumo se inicia en grupo, a partir de que algún miembro propone la idea a los demás.

En función de resultados ya obtenidos por algunos investigadores, es frecuente que la experiencia se vaya repitiendo sucesivamente, como un modelo de diversión o de introducir novedades en los planes del grupo. El consumo puede ir haciéndose habitual, frecuentemente dentro de una “escalada” en la que se van probando drogas más fuertes, a la vez que se establece una cierta dependencia, hasta que en algunos o en todos los miembros del grupo aparece definitivamente la drogadicción.

Al joven le resulta difícil rechazar la idea de drogarse junto con los demás, ya que esto suele implicar la no aceptación de las costumbres de ese grupo y, por lo tanto, su exclusión más o menos definitiva.

Dada la particular costumbre de consumir estas drogas en grupo y de excluir a las personas que no participan plenamente de estas experiencias, muchos jóvenes se van a ver inducidos al consumo de drogas por diversos motivos:

- Algunos, los más inseguros, por evitar “salir de tono” en un momento determinado;
- Otros, los más aislados, por no perder el único grupo de jóvenes con el que han contactado o por no quedar excluidos de él, que tal vez sea en otras facetas su predilecto;
- Otros, con poca fuerza de voluntad, o simplemente, sin criterio propio en lo que se refiere a las drogas, van a aceptar con naturalidad la situación en que se ven inmersos.

#### **4.4.1 Escuela y conflictividad**

El sistema educativo y la familia son sin duda los entes de socialización del menor, más importantes. En la escuela el niño pasa muchas horas al día durante varios años. La escuela debe contribuir al proceso de maduración y socialización a través de dos procesos: educar y enseñar.

La escuela, la familia, el tiempo libre y el barrio son las estructuras que posibilitan la adaptación del niño a la sociedad, en la medida que sean coherentes, comunicables y entrelazadas, la sociedad mantendrá en expectativa una solidaridad coherente y los conflictos serán menores.

La crisis familiar se proyecta en el campo escolar en cuanto la escuela viene a ser como una prolongación de la familia, si bien ésta rebelión es menos aguda que la primera. La escuela mediatiza valores, ideologías, y en definitiva complementa una determinada forma de introyectar lo real y dota al sujeto de los

dispositivos necesarios para instalarse en lo social. Por otro lado, la escuela es un pasaje entre lo familiar y lo social, y regula lo grupal. Pero la escuela no responde a un fin tan notable.

La influencia de la escuela es muy importante, tanto en lo que se refiere a la formación como al ambiente, juega un papel decisivo entre los factores que pueden favorecer o no la dependencia de la droga.

De hecho, la iniciación en el consumo de drogas, se realiza cada vez en edades precoces; muchas veces, por inducción de terceros a la salida del colegio; y otras dentro de la misma escuela, por medio de otros compañeros iniciados en el consumo.

Las repetidas ausencias de clase, el fracaso escolar, la aparición de síntomas de embriaguez propios del consumo de las drogas, tienen que alertar a los padres y profesores sobre la posibilidad de que algún alumno esta consumiendo drogas.

Se debe localizar el problemas lo antes posible y solucionar cuando aún se está a tiempo, y evitar que la tendencia al consumo de drogas se extienda progresivamente entre una parcela importante de los alumnos.

#### **4.5 La desorganización en la calle**

Veillard Cybulsky a observado que la delincuencia juvenil es casi siempre una "actividad de un tiempo libre, vacío, inocupado, y, a menudo, una diversión para aquellos, que actúan en grupo". Y lo mismo podemos decir de la drogadicción. La calle es el medio natural donde discurre la vida de los menores delincuentes y drogadictos y, si tenemos en cuenta las grandes ciudades donde faltan los servicios más elementales y donde se han congregado las masas de emigrantes sin oficio cualificado, se agravan más estas situaciones. Allí se aprende la gramática para la vida, y toda la picaresca, ahí son víctimas del ambiente, de las compañías que frecuentan, en su porvenir influyen una serie de circunstancias nocivas, llegando a disfrutar de una libertad que son incapaces de digerir y de un tiempo que no se mide. En la calle pasan no solamente los ratos libres sino los días enteros.

Pero la calle ha perdido su sentido de convivencia, su seguridad. La calle no protege, compromete, es insegura. Hace falta un cambio cualitativo radical en la forma de abordar los problemas de la marginación social. Las medidas represivas no pueden ser el mecanismo social de solución a los problemas de fondo que producen marginación, toxicomanía y delincuencia callejera.

Es presiso indicar que no hay una solución única contra la inseguridad ciudadana promovida por el vagabundeo callejero. En la línea de la prevención se deben afrontar las situaciones carenciales de bienestar de los barrios periféricos

de las grandes ciudades o de las situaciones sociales de pobreza que facilitan el proceso de deterioro de jóvenes y adultos.

En general, las inadaptaciones del joven a la sociedad vienen motivados por cuatro carencias de:

- Afectividad social
- Afectividad familiar
- Comunicación
- Ideal o proyecto de vida

#### **4.5.1 La calle: centro de conflictos**

Hoy son muchos los niños que dentro de nuestra sociedad pueden considerarse en peligro. Son todos aquellos niños que por circunstancias sociofamiliares no son atendidos de forma adecuada en sus necesidades físicas, psíquicas y sociales. Son niños que sufren las consecuencias de esta situación, y que por lo tanto, pueden ser considerados víctimas de una situación familiar y social. A partir de aquí se comprenderá fácilmente que el delincuente no nace, sino que se hace.

La calle es un centro de conflictos: el vagabundeo callejero, la inseguridad ciudadana, la falta de control social y la escalada de los delitos comenzados a detectar a los 7 y 8 años con un incremento a los 13 y 15 años, ponen en órbita una serie de conductas desviadas que hacen inviable la convivencia pacífica.

Según algunos expertos, existe un alto índice de niños es edad escolar con una delincuencia potencial muy acentuada sino se remedia su escolaridad con una terapia adecuada. El coeficiente de agresividad se aumenta multiplicando a la vez las consecuencias de su actuación delictiva.

#### **4.5.2 Conductas inadaptadas y causas**

Problemas familiares (65.5%) .....	Fugas del hogar
Amistades, influencia negativa (37.8%) .....	Drogas
Problemas económicos (25.6%) .....	Hurto, robo, mendicidad
Falta de problemas morales (20.7%) .....	Delitos sexuales

Las formas de ocio que menos asocian están conductas son: el deporte, estar con la familia, actividades formativas y culturales, manuales y sociales.

El adolescente busca en el grupo un marco de referencia y de identificación y asume en el mismo unos determinados roles.

Por otro lado, el abandono de la enseñanza moral y el alejamiento de las costumbres deja al menor sin esta ayuda poderosa y no aprende, ni en la teoría ni en la práctica, a respetar la ley objetiva de la moralidad, que le daba fuerza para resistir a las incitaciones criminales.

Hoy día, como consecuencia de la crisis social, la transmutación de valores, la pérdida de valores, la pérdida de la afectividad en la familia, origina como fallo de este eje afectivo el alejamiento del joven que se mueve sobre su medio, cometiendo actos delictivos y manteniendo conductas antisociales, como es el consumo de drogas. Si hubiera padres más felices habría niños menos desgraciados. La misma familia con sus conflictos internos aísla al niño y al adolescente. Si habría una familia sana habría hijos sanos y es más "donde termina la familia ahí comienza la delincuencia".

#### **4.5.3 Bandas juveniles**

Rechazan las normas y valores de las clases dominantes. Están en conflicto con la autoridad de los adultos.

La subcultura juvenil surge cuando se juntan jóvenes con problemas de inadaptación similares.

El descontento nace por el contraste entre los valores impuestos, nivel de consumo al que se les incita y dificultades para alcanzarlo.

El conflicto tiende a resolverlo adoptando un nuevo marco de referencia con nuevos valores, el de la subcultura juvenil que hace del inconformismo y el rechazo de la hipocresía de las clases dominantes una nueva fuente de estatus y gratificación.

#### **4.5.4 Comportamiento en grupo**

Las conductas inadaptadas y delictivas realizadas en grupos no son muy elevadas en el grupo de población general de menores, si exceptuamos ciertos actos de gamberrismo que alcanzan el 9.5%. Las conductas inadaptadas son más frecuentes en los hombres que en las mujeres. Las edades más peligrosas de los menores son 15 y 16 años. Y en los alumnos más conflictivos de desarraigo familiar, 12 y 13 años.

Hay conductas aisladas, se fugan de casa, toman alguna droga y/o roban para comprarla. Los que toman droga en un 52% de los casos se han marchado de sus casas. Lo mismo, los que se han encontrado en estado de homosexualidad y prostitución 48%, que los que han tenido que mendigar el 75%.

#### **4.5.5 Marginación, droga y delincuencia**

Marginación, droga y delincuencia son en nuestra sociedad fenómenos que no se confunden pero que tienen que ver mucho entre sí, porque entre las tres hay una línea de causalidad que en ocasiones se cruzan y refuerzan recíprocamente.

El drogadicto rompe pronto con sus relaciones habituales, rodeándose de grupos marginales en los cuales la droga sirve como único vínculo de unión, lo que hace que cada vez se separe más de la sociedad que le rodea.

La marginación social es la respuesta que predomina respecto a los consumidores de drogas. Tras esta respuesta se esconden actitudes irracionales y todo un cúmulo de incomprensiones, ignorancias y estereotipos, pero este rechazo supone un argumento más que influye psicológicamente en los toxicómanos, impulsándole a intensificar su adicción puesto sólo en ella encontrará la gratificación necesaria que le permita olvidarse de lo demás. Se produce así una autoexclusión de la supervivencia social por la incapacidad del toxicómano para participar en las tareas colectivas.

A veces, la droga es una respuesta ante la marginación, producida por la sociedad del consumo. El consumo habitual es una respuesta evasiva de los jóvenes que se sienten marginados. La drogadicción funciona como una variable dependiente del fenómeno de la marginación, una respuesta que es en cierto sentido una ruptura, un rechazo y también hasta cierto punto, la búsqueda de un ámbito de convivencia alternativo en que se aspiraba a encontrar la integración, que ha fracasado en el plano de la sociedad global.

En la sociedad en la que convivimos, hay muchas formas de marginación, y una de las más graves es la de las personas afectadas por el consumo de drogas. Son los propios consumidores los que se automarginan y somos después todos los que contribuimos a ello. Lo peor, sin embargo, es lo que ocurre con los que deciden a dar el paso decisivo de reencontrarse y rehacer su vida. Tienen que luchar consigo mismos y, lo que es peor, con una sociedad que no sólo no les ayuda, sino que crea toda clase de obstáculos.

La drogadicción puede aparecer en los individuos que ya observan una conducta distinta de la socialmente adecuada, cualquiera que haya sido el conjunto de circunstancias que les haya llevado a tal comportamiento. Es la situación de los delincuentes que llegan a consumir droga de forma abusiva porque ello es una pauta propia de la subcultura criminal en la medida que es algo prohibido y proporciona dentro de ella cierto prestigio.

Es muy divulgado el tópico toxicómano-delincuente, y es a veces una figura real, pero conviene advertir que más frecuente es el tipo inverso del delincuente - toxicómano, del delincuente que por serlo, consume drogas de forma abusiva y llega a ser drogadicto. Cuando esto ocurre, la droga generalmente se convierte en un nuevo factor criminógeno, que se incorpora a los que ya estuviesen actuando,

en un nuevo estímulo para delinquir; pero el factor originario habría que buscarlo en la primitiva conducta criminal. Pues bien, esa línea de causalidad que va desde la delincuencia a la drogadicción no en sentido contrario, es singularmente perceptible en los jóvenes, donde la falta de ideales que derivan de una sociedad concebida como proyecto técnico, sin atender a la solución de lo humano, estriba en el origen de las toxicomanías.

Esta es la razón de que sea tan alto el tanto por ciento de los toxicómanos en las cárceles y el hecho de que su futuro haya que pensarlo por desgracia con la droga.

En el fondo el drogadicto ha destruido lo más noble de su personalidad, su fuerza de voluntad, han aniquilado su capacidad de tomar decisiones inteligentes y nobles; ahora sin voluntad; sin ideales y sin valores se convierten en un ser sin horizontes en su vida, en su ser que vive a nivel biológico. Se ha convertido en un esclavo y ha traumatizado toda su vida.

#### **4.6 La búsqueda equivocada en las drogas**

Las drogas pueden alterar el funcionamiento del sistema nervioso: los anestésicos borran el dolor que causa el bisturí del cirujano; los tranquilizantes cambian las angustias de los neuróticos y psicóticos, aunque su acción no es siempre beneficiosa. El alcohol conduce a la euforia y también al atontamiento comatoso; los narcóticos calman el dolor o producen hábito. Los alucinógenos como el LSD, quizá ensanchen la conciencia pero también deforman la mente hasta llevarla hasta la locura.

Las cualidades contrapuestas de estas drogas del sistema nerviosos central nos indican una verdad básica sobre todas las drogas: mal usadas, y a veces bien usadas, pueden convertirse en veneno a secas que producen reacciones perjudiciales que van desde la náusea a la muerte.

Por milenios, el hombre ha buscado medicinas que cumplan más funciones con mayor eficacia y seguridad. Esta búsqueda ha tenido lugar en los lugares más extraños, en los brebajes de los exorcistas y hechiceros especializados en el uso de hierbas.

De todos los tiempos y de todas las civilizaciones el hombre ha tenido necesidad de evadirse de sí mismo por una modificación voluntaria de su estado psíquico, de su ser en el mundo.

Con este fin se ha servido de ciertas sustancias tóxicas capaces de modificar su comportamiento, su afectividad, sus funciones receptoras y el campo de su conciencia. Esos falsos remedios son las drogas.

Hoy las drogas se presentan como una salida entre las muchas que se le ofrecen al hombre actual para escaparse de sí mismo y de sus verdaderas responsabilidades como ser inteligente. Sin embargo, es explicable que se preocupe y asuste, por extraño e inconcebible que resulte, ya que gran parte del problema es lo que llamamos civilización.

Hay toda una gama de rebeldes inadaptados sociales, pero ciertamente podemos afirmar que existen dos clases que se inhiben ante los fenómenos sociales, y otros que llegan a inhibirse incluso ante su mismo existir, les angustia la vida, les aburre, les mata y matan el tiempo con la bebida y con la droga.

La sociedad es competitiva, agresiva, violenta y según la muestran los medios de comunicación furiosa y sadomasoquista. Estas imágenes carentes de afectividad definen una tipología poco eficaz para el proceso de la adaptación social y es más propia de situaciones anómalas y conflictivas.

Los modelos de conducta que tradicionalmente presentaba la familia y la sociedad no se realizan hoy en el proceso social. Los valores no se realizan, no se manifiestan en las acciones, figuras y actitudes de nuestra sociedad. A veces los modelos más inmediatos no se comunican por carencia de comunicación y afectividad.

La educación de los adolescentes no puede estar guiada por la reacción de la sociedad, sino por las circunstancias específicas de los adolescentes. La preocupación de la sociedad se centra más sobre los posibles efectos sobre el orden establecido que en las implicaciones personales para el sujeto inadaptado, conflictivo o toxicómano. El adolescente se encuentra ordinariamente indefenso ante el fenómeno de la droga. Frente a una creciente oferta de drogas, el adolescente con problemas sociofamiliares se encuentra con no pocas carencias educativas y sociales que le convierten en víctima fácil ante cualquier oferta. Del mismo modo que aumenta el consumo de drogas, disminuye la edad del inicio en el uso de las mismas, sobre todo en los ambientes marginales.

#### **4.6.1 Curiosidad**

Es donde el adolescente desea experimentar, conocer por sí mismo y satisfacer nuevas inquietudes; la atracción de las aventuras y todo lo novedoso; además de los deseos de abrir horizontes personales y descubrir.

Se puede decir que los motivos de ello son el aburrimiento y la falta de metas y valores.

#### **4.6.2 Desafío**

Sugido por la necesidad de probar su capacidad personal y reafirmar la autoconfianza; aparentar una actitud atrevida y valiente, para ocultar la timidez y para ser aceptado y admirado por los de su edad (reconocimiento social) y por la presión de los amigos, que el probar las drogas se convierte en un desafío, humillándolo si se niega.

#### **4.6.3 Placer**

Al adolescente su desarrollo fisiológico lo lleva a desear más placer intenso e inmediato, además de una tendencia a abandonar hábitos de disciplina y autocontrol, y a dejarse llevar por los impulsos, sentimientos y emociones.

La causante de esto es la ignorancia respecto a las drogas y la incapacidad para conseguir satisfacción y alegría personal.

#### **4.6.4 Consuelo**

Es común que el adolescente se haga especialmente sensible, aunque pretenda disimularlo por pena o por necesidad de respeto a su intimidad. Cualquier suceso desagradable o experiencia, puede ser tomada como una "tragedia" que lo lleve a una depresión, tendiendo a exagerar su sensación de ser incomprendido y descalificado, sobre todo por los adultos.

Los causantes son la autocompasión y la incapacidad para manejar el dolor y el fracaso.

#### **4.6.5 Seguridad**

Donde necesita ensayar una nueva personalidad adaptada a su desarrollo mental y físico. Atravesando por períodos de timidez, inseguridad y falta de confianza en sí mismo, que lo lleva a cuestionarlo todo, incluso sus valores. Necesita sentirse y saberse capaz y llega a recurrir a conductas temerarias si los amigos lo presionan o él no logra reconocimiento y aceptación social, y reafirmación de su personalidad.

#### **4.6.6 Evasión**

El adolescente encuentra dificultades para encontrar nuevas situaciones y problemas (noviazgo, fracaso escolar, encontrar sentido a la vida, temor al futuro, etc.). Se siente rechazado, devaluado, burlado o humillado y lastimado en su autoestima. Tiene una nueva visión de la vida, que puede acompañarse de desilusión, frustración de expectativas personales o desarrollo ante los fracasos.

Posibles respuestas a esto lo podemos encontrar en la sensación de soledad y el clima de agresión y hostilidad en el hogar.

#### **4.6.7 Negación de la personalidad**

La drogadicción, por la extensión y características que reviste ya en nuestra sociedad, podría considerarse quizá como una de las formas extremas de alineación personal y como uno de los síntomas que resume y manifiesta los males más profundos de nuestra cultura.

La satisfacción obtenida a través de la droga le permite prescindir de cualquier otro tipo de actividad, relación o ayuda más o menos gratificante, pero le impide una planeación de su vida a largo plazo, puesto que la idea de obtención de placer en el futuro, mediante actividades que supongan sacrificio o esfuerzo personal en el momento presente, chocan con su necesidad de una forma inmediata. La soledad, la inexistencia de otros estímulos, el vivir el síndrome de abstinencia como algo sobrehumano y terrorífico, el rechazo social y el saberse sometido a un poderoso dueño que subyuga y obliga, conducen al adicto a una situación compleja y difícil. No es el mismo, es su propia negación, la negación de su personalidad y de su vida.

La superación de los estados de ansiedad mediante el recurso a la droga elimina momentáneamente la crisis, pero no la causa que la provocará de manera indefinida. La aniquilación del espíritu de superación, de lucha para vencer la necesidad conduce al toxicómano a sentimientos de inutilidad y estados depresivos, alternados con otros de euforia característicos de una personalidad no equilibrada.

#### **4.6.7 Autodestrucción**

La droga, que en principio pudo ser símbolo de protesta social, se adueña pronto de toxicómano, que se ve obligado a depender de ella en cualquier momento y circunstancia.

Durante la que podría denominarse segunda etapa, el desarrollo de las características descritas degenera en individuos psicópatas con neurosis obsesivas; sus frecuentes depresiones, progresivas en intensidad, tienden a adoptar el suicidio como solución, finalizando así el proceso. En otros casos, la esquizofrenia se presenta como un lemento más en la ruptura de las relaciones sociales y familiares, y contribuye de manera notable a la despersonalización total del individuo, al demoronamiento del "yo", a una marcada escisión con la realidad y, finalmente, a la aparición de efectos somáticos, como consecuencia de todo este desajuste mental.

La toxicomanía supone, en resumen, un proceso de autodestrucción del individuo como actitud de rechazo hacia su entorno y hacia sí mismo.

## 4.7 Factores de aprendizaje

### 4.7.1 Factores sociales

El consumo de drogas es una conducta aprendida que se adquiere y mantiene en base a los mismos principios del aprendizaje que rigen para otros modos de conducta (Buringer, 1976). Además del fácil acceso y del bajo precio de muchas de las drogas, especialmente de las legales, numerosos hechos sociales promueven el aprendizaje de la ingesta de alcohol o del consumo de drogas. El consumo de alcohol por parte de los padres y sus actitudes al beber, asociados a los ratos agradables, se reflejan en los hijos (O'Connor, 1976), en función de un mecanismo de aprendizaje social. Una conducta imitadora frente al alcohol y a las drogas también se desarrolla por influencia de sus iguales. Las personas que trabajan en oficios que requieren el contacto con el alcohol o las drogas, tienen oportunidad de consumirlos con frecuencia y así pueden aprender a hacerlo. De otro punto de vista, un niño puede estar expuesto a un padre que consume regularmente un exceso de medicamentos a la más leve indicación de malestar psicológico. La sociedad también refuerza esta conducta a través de una publicidad que defiende las drogas como respuesta a muchos problemas de la vida. Muchos médicos refuerzan estos patrones prescribiendo medicamentos para dormir, tranquilizantes, antidepresivos y píldoras para dietas alimenticias, sin una evaluación suficiente de los factores psicológicos que subyacen a la solicitud de drogas por parte del paciente.

No hay que olvidar, además, que a fin de combatir el abuso de esas sustancias, muchas sociedades han impuesto severas penas legales. A largo plazo, tales métodos de castigo no han afectado significativamente la incidencia del abuso. Una de las razones es que las sanciones son, con frecuencia, difíciles de aplicar debido a la disponibilidad y difusión del uso de alcohol y drogas. Además, la imposición de una sanción, como la prohibición, aumenta el refuerzo logrado por el abuso del alcohol o de otra droga, en el sentido en que se vuelve una conducta "aventurada" o "peligrosa".

La iniciación del consumo de drogas está, por tanto, asociada (además de la fácil disponibilidad de ellas) a las conductas de curiosidad e imitación, que se desarrollan en base a las consecuencias positivas observadas o descritas por el medio social (amigos, padres, grupo, mediadores, etc.). La presión de los compañeros, conjuntamente con el reconocimiento y atención de las otras personas significativas, a menudo sirven para precipitar y eventualmente mantener la ingestión abusiva de drogas. Los adolescentes son particularmente susceptibles a los efectos del refuerzo de sus compañeros. En los grupos de compañeros jóvenes el status - y también el status de masculinidad - se alcanza en base a la variedad de drogas. El refuerzo obtenido por una "nueva experiencia", o por los efectos fisiológicos agradables de algunas drogas, juega un papel importante. Hay varios factores o mecanismos que impulsan al adolescente hacia la droga, haciendo de él un adicto en potencia.

#### **4.7.2 Ignorancia y desorientación**

##### *Características*

- La simple curiosidad los puede llevar a la droga.
- “Pensamiento mágico” , “nada malo me va a ocurrir”. Característica de cierta inmadurez durante la adolescencia.

##### *Alternativas de solución*

- Buscar persuadir y convencer más que imponer o manipular.
- Permitir que los jóvenes corran sus propios riesgos razonables.
- Concederles a los jóvenes un margen prudente de libertad, observándolos discretamente.
- Dar orientación e información de manera indirecta.

#### **4.7.3 Personalidad endeble e indefinida**

##### *Características*

- Niñez y juventud son etapas de tránsito hacia la adultez, y no son períodos estables y definidos.
- Por simple imitación.
- Para no perder la admiración o cierto liderazgo sobre sus amigos, para que nadie lo llame cobarde.
- Inexperiencia de un adolescente frente a un “enganchador” .
- Ausencia del padre o de la madre.

##### *Alternativas de solución*

- Revisar si cuenta con una figura paterna de su propio sexo, accesible, sólida y positiva con la cual se identifique y adquiera hábitos y valores en la búsqueda de su propio “Yo”, para definir su propia personalidad.

#### **4.7.4 Carencia de metas y valores**

##### *Características*

- Prejuizar y menospreciar los problemas de los niños y adolescentes.
- Al carecer de metas valiosas pueden ocultar su vacío existencial en las drogas.

##### *Alternativas de solución*

- Conocer las metas y los valores que orientan la conducta de nuestros jóvenes.
- Ayudar a encontrar a los jóvenes el qué, pero también a definir el cómo para la realización de sus metas.
- Recordar que los valores no se transmiten predicando, sino contagiando.

#### **4.7.5 Familia como grupo sin cohesión**

##### *Características*

- Ejercer la autoridad de manera incongruente, como recurso para ciertas conductas en los jóvenes, o para echarles en cara sus errores.
- Provocar sentimientos de culpa o pretender manipularlos.
- Crear un pequeño infierno doméstico, caracterizado por los gritos y el desamor.

##### *Alternativas de solución*

- La autoridad se ejerce exclusivamente para servir, y nunca para servirse de ella.
- Ejercer la autoridad con serenidad, firmeza y convicción.

#### **4.7.6 Imagen pobre de sí mismos**

##### *Características*

- Los jóvenes, al drogarse se sienten valientes y tal vez hasta valiosos.
- Muchas familias tienen prácticamente excluidas las conductas afectuosas y las caricias verbales y físicas.
- Mandatos existenciales en el inconsciente del niño o adolescente, inclinándolo a un profundo sentimiento de autodesprecio, desvalimiento y falta de confianza en él mismo.
- El acomplejado es inseguro, y por tanto es más susceptible psicológicamente a las drogas.

##### *Alternativas de solución*

- Ser más efusivos para premiar que para castigar o censurar

#### **4.7.7 Los que se compadecen de sí mismos**

##### *Características*

- Al compadecerse, inconscientemente aceptan una forma lenta y dolosa de suicidio.
- Niño protegido u mimado en demasía así como el niño lastimado y solitario buscan formas de autogratificación y autoconsuelo.

##### *Alternativas de solución*

- Otorgarle permiso de pensar y correr riesgos razonables, para que resuelva con responsabilidad sus propios problemas.
- Brindar protección, consuelo y comprensión oportunamente.

#### **4.7.8 Los que manifiestan odio, rencor y venganza**

##### *Características*

- Suelen sentir que al drogarse, castigan a la sociedad o sus padres.
- Conductas autodestructivas ocultan sentimientos de inconformidad, protesta y venganza.

##### *Alternativas de solución*

- Mantener una buena comunicación en la familia.
- Saber escuchar a los niños y adolescentes, no sólo verbalmente sino a través de sus actitudes.
- Participar de sus inquietudes, no desvalorar sus sentimientos, tratar de comprenderlos y entenderlos.

#### **4.8 El drogadicto: ¿ enfermo o delincuente ?**

##### **4.8.1 Problema complejo**

“Efectivamente, algunos están convencidos - y es algo que tienen, al parecer, muy claro - de que el drogadicto es un vicioso, un degenerado y un marginado social. Otros, código en mano, entienden que es un delincuente con todas las de la ley. De otra parte, abundan también personas, y suelen ser las más cercanas y sensibilizadas al problema de la droga, que ven al toxicómano como a un enfermo necesitado de un tratamiento especial que la sociedad no suele proporcionarle. Y no faltan, por último, quienes interpretan el hecho de drogarse como un fenómeno social nuevo, propio de países industrializados” (Freixa y otros, 1981).

Existe un sector “antidroga” en la sociedad que considera al toxicómano como un elemento disolvente de ella, mientras otro, “prodroga”, lo considera como una persona que intenta liberarse de la represión; son pocos los que lo consideran como auténtico enfermo necesitado de tratamiento. Los mismos enfermos, no se consideran como tales, y ven algo coercitivo en todas las medidas terapéuticas, porque les impide buscar el estímulo o la sedación que necesitan para llevar una vida activa. Por dicha causa el toxicómano evade la consulta médica y sólo acude cuando es conducido a ella por la familia, o cuando se es ingresado a Centros de Readaptación Social, con el riesgo consiguiente de que al juntarse con otros toxicómanos se incremente la respuesta negativa.

Desde luego no podemos olvidar de que se trata de un problema tanto médico como social y cada vez más educativo porque la personalidad de un individuo se forma por el juego de su constitución y del ambiente que le rodea.

El adicto a la droga no es un delincuente, sino un enfermo. Si es delincuente el que trafica con ella. Pero está demostrado que la introducción de los hippies en la droga fue obra de la sociedad capitalista, organizada y adulta.

#### **4.8.2 Manipulación de la sociedad**

La sociedad adulta es quien maneja el negocio de las drogas mediante presiones sutiles psicológicas y se encarga de incitar a los jóvenes al consumo de estupefacientes. Se aprovecha de las circunstancias para su lucro. Y los jóvenes sin darse cuenta, mostrándose rebeldes contra unos adultos, son manejados por otros. Sucede con las drogas de moda, como con otras series de actividades que están apoyadas en bases económicas.

## CAPITULO 5

### ANALISIS Y RESULTADOS

La metodología realizada fue la siguientes: en un primer momento se manejo un instrumento de caracterización que derivo en una entrevista estructurada, con una población de 45 sujetos, con la finalidad de conocer las atribuciones que hacen los sujetos sobre un objeto, llegando así a un análisis de sinonimia con el objetivo de encontrar campos semánticos a los cuales se referían los sujetos, dando como resultado 20 atribuciones.

En un segundo momento, se realizó un instrumento de jerarquización, mediante una escala donde el objetivo era jerarquizar precisamente, un conjunto de características de un objeto mediante un proceso de polarización, con un total de 90 sujetos de tres distintas poblaciones: 30 con jóvenes con un rango de edad de entre 15 y 20 años considerados como **no adictos** realizándoseles la entrevista estructurada intencional ; 30 con jóvenes con el mismos rango de edad considerados como **adictos institucionalizados** localizados en la institución "Grupo Compañeros Uno", llevando a cabo ésta en las instalaciones de la Institución, y finalmente 30 a jóvenes con el mismo rango de edad considerados como adictos **no institucionalizados**, realizándose la entrevista estructurada intencional con la primera mitad en la Agencia Especializada para la Atención de Delitos Contra

la Salud, en Chimalpopoca No. 100 con los jóvenes que ingresaban a la agencia por el delito de posesión de drogas ilícitas y la segunda mitad se realizó con jóvenes que pernoctan en las afueras del metro Hidalgo .

Este instrumento nos condujo, entonces, al Análisis de Similitud, donde el objetivo era la comparación de pares de atribuciones a partir de la jerarquización que los sujetos realizaban , para observar las relaciones de mayor fuerza entre las atribuciones. Este análisis de similitud derivó en dos grafos: el de árbol Máximo y el de Cliques; en el primer grafo se localizaron los bloques con mayor índice de similitud con promedios positivos y negativos, los primeros son los que sí caracterizan en la representación sociocognitiva de los entrevistados al individuo y los negativos los que no caracterizan en la representación sociocognitiva de los entrevistados. El segundo grafo , determina la significación y representación del suceso, teniendo como funciones principales la de generar una representación, transformarla y organizarla, precisando la naturaleza de los lazos que unen entre ellos los elementos de la representación.

A continuación se realiza el análisis con cada una de las poblaciones.

## NO ADICTOS

En el grafo del árbol máximo se manifiesta claramente la jerarquía de un bloque compuesto por los seis ítems: **el adicto presenta comportamiento agresivo, se muestra desesperado por conseguir la droga, la drogadicción es una enfermedad, en la rehabilitación del adicto debe considerarse la participación de la familia, el adicto presenta inestabilidad física y emocional y la drogadicción es un vicio.**

Los primeros cinco elementos presentan promedio positivo, lo que nos conduce a observar que son los que los sujetos representan como características de la drogadicción y el ítem seis presenta promedio negativo, o sea, no representa la característica del fenómeno, contraponiéndose entonces a la premisa original.

Los elementos que están más fuertemente unidos manifestados por el índice de similitud mayores son: el adicto presenta un comportamiento agresivo y se muestra desesperado por conseguir la droga ( véase grafo 1 ). El primer elemento se encuentra asociado con lo que los sujetos identifican con que el uso de drogas crea inestabilidad física y emocional, y en su relación con que el adicto se muestra desesperado por conseguir la droga se asocia con el elemento de la participación de la familia como factor importante en su

rehabilitación, existiendo también la relación con el elemento de que la drogadicción es una enfermedad definiéndose ésta en contraposición con el elemento de que la drogadicción no es un vicio ( pues éste, obsérvese, presenta promedio negativo).

Dentro de esto podemos observar que en el análisis de quiclés (véase grafo 4), se encuentra una estructura sociocognitiva entre las atribuciones de que un adicto muestra un comportamiento agresivo, se muestra desesperado por conseguir la droga y el uso de drogas crea inestabilidad física y emocional , conformado estos tres elementos la estructura generadora, transformadora y organizadora de la representación; mientras que alrededor de ellos se encuentran los elementos de que la drogadicción es una enfermedad verificada en que la drogadicción no es un vicio y que en la rehabilitación de un adicto se debe considerar la participación de la familia.

Los elementos periféricos de las anteriores atribuciones son: en la rehabilitación de un adictos se debe considerar la participación de la familia y la drogadicción no es un vicio, manejadas estas como atribuciones Externas Normativas, lo que nos brinda el contexto inmediato del individuo , aquello que los entrevistados indican lo que debe ser normal, el estereotipo de una situación (es congruente pensar que para la rehabilitación de un adicto, si la drogadicción se esta considerando como una enfermedad, la familia debe mantener una participación importante, puesto que el adicto por su misma

inestabilidad física y emocional que presenta no puede considerar su enfermedad, y por lo tanto , considerar algún tipo de rehabilitación, así que es la función de la familia la rehabilitación del adicto).

Se manifiesta , entonces la congruencia de la representación en esta población con los dos tipos de análisis, donde se señalan como atribuciones importantes al adicto como agresivo-desesperado-inestable física y emocionalmente.

Es claro que los elementos que coadyuvan en los dos tipos de análisis son atribuciones Internas Comportamentales, lo que nos indica que independientemente del contexto social a que se encuentren inmersos los sujetos, el conocimiento práctico, su orientación al comportamiento y la justificación del comportamiento , es una respuesta que da el individuo a los estímulos del exterior, como único actor del suceso. Aunque, por supuesto, se considera los elementos periféricos que son la drogadicción es una enfermedad como atribución Externa Comportamental, la drogadicción no es un vicio como Externa Normativa y en la rehabilitación de un adicto se debe considerar la participación de la familia como Externa Normativa (véase cuadro 1).

## ADICTOS INSTITUCIONALIZADOS

En esta población observamos que el grafo del árbol máximo se encuentra dominado por seis ítems : **el adicto muestra un comportamiento agresivo, el adicto presenta descuido personal, la drogadicción es un vicio, el adicto puede rehabilitarse él sólo sin la ayuda de nadie , la drogadicción es un problema personal que involucra y responsabiliza solo al individuo y el adicto se ama a sí mismo.**

Es de suma importancia señalar que los dos primeros elementos son los que están presentando promedios positivos, que como lo dijimos anteriormente, nos conduce a observar que aquellos que los sujetos representan como características de la drogadicción, siendo los cuatro últimos ítems los que presentan promedio negativo, o sea, no representa la característica del fenómeno.

Los elementos que están más fuertemente unidos manifestados por el índice de similitud mayores son: el adicto presenta un comportamiento agresivo y presenta descuido personal (véase grafo 3) . El primer elemento se encuentra asociado con lo que los sujetos identifican como la drogadicción no es un vicio (recuérdese que éste presenta promedio negativo) y éste a su vez se ratifica con la contraposición de que el adicto no puede rehabilitarse él solo sin la ayuda de nadie , que el problema de la drogadicción no sólo involucra

y responsabiliza al individuo sino a la sociedad en su conjunto y con el elemento de que el adicto no se ama a sí mismo. La atribución de que el adicto presenta descuido personal no se asocia con ningún otro elemento.

Ahora, se manifiesta en análisis de quiclés, en esta población, se muestra una ausencia completa del núcleo central, lo que nos arroja una falta de estructura lógica en las representaciones sociocognitivas de estos individuos, pues no nos permite concretizar el análisis anteriormente señalado, observándose como meras aproximaciones ( pero sin cerrar el núcleo) que la drogadicción no es un vicio, que el adicto no se ama a sí mismo , que el adicto no puede rehabilitarse él solo sin la ayuda de nadie y que la drogadicción no es un problema que involucra y responsabiliza solo al individuo (véase grafo 4 ) .

Pero insistimos, aunque las atribuciones, efectivamente son las mismas que en el análisis anterior, la drogadicción no es un vicio, una persona adicta muestra un comportamiento agresivo, el adicto no puede rehabilitarse él solo sin la ayuda de nadie , el adicto no se ama a sí mismo y el problema de la drogadicción no solo involucra y responsabiliza al individuo, no se cierra completamente el núcleo, lo que no nos permite de esta forma, conducirnos a afirmar contundentemente la verificación de las representaciones.

Es imposible entonces, hablar de elementos periféricos en éste tipo de análisis puesto que no se brindan los elementos necesarios para ello.

Se manifiesta , entonces la incongruencia de la representación en esta población con los dos tipos de análisis.

Los elementos que no se logran coadyuvan en los dos tipos de análisis están representados por las siguientes atribuciones: las de la drogadicción no es vicio que deriva en que el adicto no puede rehabilitarse él solo sin la ayuda de nadie y de que la drogadicción no es un problema que involucre y responsabilize solo al individuo (donde se manifiesta una asociación más estrecha) son atribuciones Externas Normativas , lo que nos conduce a que la representación cognitiva de este grupo se enfoca principalmente a derivar el fenómeno de la drogadicción como un condicionante social; manifestando que el comportamiento agresivo, el descuido personal y el nulo amor que un adicto se tenga a sí mismo, son atribuciones Internas Comportamentales, pero condicionadas éstas a un problema social.

## ADICTOS NO INSTITUCIONALIZADOS

En éste rubro se observa que el grafo del árbol máximo se encuentra determinado por cinco ítems : **el adicto muestra inestabilidad física y emocional, en la rehabilitación del adicto se debe considerar la participación de la familia, la curiosidad es un factor importante para el consumo de drogas, la drogadicción es una enfermedad y el problema de la drogadicción es un problema social que involucra y responsabiliza a todos.**

Se manifiestan cuatro ítems con promedio positivo, lo que nos arroja que son las atribuciones que en este tipo de población son representaciones importantes del grupo, aunque se manifiestan de una manera poco congruente, pues nos indican que en primera instancia que efectivamente un drogadicto es una persona con inestabilidad física y emocional, que la curiosidad es importante para el inicio del consumo de drogas, que es un problema social que involucra y responsabiliza a todos, y que es una enfermedad (más adelante haremos el análisis del tipo de atribuciones, donde nos percataremos de la poca congruencia que estas tienen entre sí), el ítem con promedio negativo, aquel que dentro de esta población no se caracteriza para el fenómeno es que en la rehabilitación de un adicto se debe considerar la participación de la familia, lo que nos lleva a su contraposición, donde en la rehabilitación del adicto no es importante que la familia intervenga.

Los elementos que están más fuertemente unidos manifestados por el índice de similitud mayores son: el adicto es inestable física y emocionalmente y la drogadicción es una enfermedad (véase grafo 2) . El primer elemento se encuentra asociado a su vez con lo que los sujetos identifican con que la curiosidad es un factor importante en el inicio y consumo de drogas , asociado éste con que la drogadicción es un problema social que responsabiliza e involucra a todos; y que en la rehabilitación de un adicto no se debe considerar la participación de la familia (recuérdese que éste manifiesta promedio negativo). En segundo elemento fuertemente asociado (la drogadicción es una enfermedad) no se encuentra asociado con ningún otro elemento.

En análisis de quiclés (véase grafo 5), en esta población, igual que en la anteriormente descrita, no existe un núcleo central, lo que nos manifiesta que dentro de las representaciones sociocognitiva de estos individuos no hay una estructura lógica, donde tampoco nos permite realizar un análisis correcto. Las posibilidades del cierre que tenemos son las siguientes. El uso de drogas crea inestabilidad física y emocional con, en la rehabilitación de un adicto no se debe considerar la participación de la familia (ésta con promedio negativo) y la curiosidad es un factor importante para el consumo de drogas, En un segundo intento por cerrarse el grafo se incluyen los dos primeros mencionados anteriormente junto con el de la drogadicción es un problema social que responsabiliza e involucra a todos. pero lo señalamos nuevamente, este grafo no logra cerrarse complemente.

Lo que se podría concluir del anterior análisis es tal parece que la atribución más representativa para este tipo de sujetos es que el adicto siempre se va a representar ante los demás como un individuo con una personalidad poco definida a causa de la inestabilidad física y emocional que le produce el consumo y la adicción de drogas.

Los elementos que no se logran coadyuvan en los dos tipos de análisis están representados por las siguientes atribuciones: como anteriormente se observa, las atribuciones que prevalecen en los dos tipos de análisis anteriormente descritos (aunque no se logra del todo la confirmación exacta de la estructura de un núcleo central) son el uso de drogas crea inestabilidad física y emocional y la curiosidad es un factor importante en el uso y consumo de drogas son es una atribuciones Internas Comportamentales, que como se pudo observar son dos atribuciones que en todo momento aparecen unidas , y donde se manifiesta que en este aspecto la causa de la drogadicción es un factor que los individuos toman para su propia responsabilidad, es una causa personal, del porqué el consumo de drogas; la drogadicción es una enfermedad se manifiesta como una atribución Externa Comportamental, donde los individuos no manteniendo una lógica de pensamiento transportan el fenómeno de la drogadicción como una condicionante causal que involucra a la sociedad, en este momento transfieren su propia responsabilidad de su adicción a los demás; la drogadicción es un problema social que involucra y responsabiliza a todos es una atribución Externa Normativa, donde se reafirma la

anterior , y en donde el individuo dentro de sus representaciones sociocognitivas comprende que el problema de la drogadicción no sólo es de ellos (contradiciéndose con las dos primeras atribuciones) sino que es un problema en donde la sociedad entera, en donde ellos son partícipes, deben accionar ante el fenómeno; y por último, en la rehabilitación de un adicto se debe considerar la participación de la familia, ésta a su vez fue la atribución que presentó promedio negativo, es entonces, que el individuo rechaza que la familia intervenga en su rehabilitación, pretendiendo que el problema en un fragmento involucre a toda la sociedad, pero pretendiendo que su familia no sea parte de la sociedad. Considero que este punto es de sumo interés para posteriormente retomarlo en las consideraciones finales en un análisis de la poca o mucha importancia que la familia tiene en el fenómeno de la drogadicción.

## **CAPITULO 6**

### **COMENTARIOS FINALES**

Al finalizar el trabajo encontramos que los actores que se encuentran involucrados con la problemática de la drogadicción identificaron el problema desde un punto de vista por demás distinto.

En nuestro grupo de No Adictos, los tipos de atribuciones que aparecen son internas comportamentales y externas normativas en un igual número de ocasiones, lo que nos manifiesta que este tipo de población está atribuyendo el problema de la drogadicción en un porcentaje igual a causas personales como es el origen de la agresión que muestra todo adicto, la desesperación por conseguir la droga y la inestabilidad física y emocional que muestra el adicto, pero es muy interesante subrayar que estas actitudes son posteriores a la problemática en sí, es cuando el individuo se encuentra involucrado con la droga; mientras tanto, al atribuir la drogadicción como una enfermedad, como un vicio y que parte importante en la rehabilitación del adicto es la participación de la familia envuelven el problema como inminentemente social, culpabilizando a los distintos grupos participantes en la conformación de la personalidad del individuo, tanto al de pertenencia como al referencial, con los estímulos ambientales del individuo en primer plano para que una persona inicié y prevalezca en el consumo de drogas.

Al realizar el análisis de los ciclos, sin embargo las atribuciones más fuertemente relacionadas y las que prevalecen son las atribuciones de tipo personal o comportamentales, lo que nos arroja que aunque existen representaciones de responsabilidad social, lo que sin lugar a dudas caracteriza a los individuos drogadictos es ya el comportamiento manifiesto y no las causas que dieron origen al problema.

En un segundo grupo, los adictos institucionalizados muy semejante al grupo anterior, responsabilizan en gran parte al individuo mismo e incluso su rehabilitación es responsabilidad sólo de ellos, manifestando también que el adicto se muestra agresivo, muestra en todo momento descuido personal, y que el adicto se ama a sí mismo, sin percatarse que sus situaciones no dependen de ellos mismos sino del entorno social que los envuelve. Este punto de vista, por supuesto muestra el sesgo de la Institución que el individuo al incorporarse a ella se aísla de los demás sólo respaldándose en sus pares que tuvieron el mismo problema.

En lo que concierne a las atribuciones de tipo externas normativas manifiestan que la drogadicción es un vicio, que la drogadicción es un problema surgido de la misma problemática del individuo y que el adicto puede rehabilitarse él solo sin la ayuda de la familia, volviendo nuevamente al tema de los elementos que provee la Institución al individuo para su posible rehabilitación, responsabilizar al sujeto del problema social en que se vio envuelto y después de esto él es único que puede salir avante del problema no apoyándose en los factores que posiblemente fueron parte muy importante del origen de su problema de drogas.

En el tercer grupo, adictos que nunca han estado en una Institución para su rehabilitación se representan ellos mismos como personas con inestabilidad física y emocional y que la curiosidad es parte importante para el inicio del consumo de drogas, atribuciones de tipo comportamental, pero se las ven como actitudes derivadas ya de la misma problemática y al considerar que en la rehabilitación del adicto es de suma importancia la participación de la familia, que la drogadicción es una enfermedad social surgida de la enfermedad de todos y que el problema de la drogadicción es un problema social que involucra y responsabiliza a todo. Manifiestan de cierta manera cierto rechazo hacia esa sociedad que es la culpable que ellos sean adictos, no teniendo ninguna conciencia personal de su propia responsabilidad, y culpabilizando también a la sociedad de lo que les provocó y

que posterior a ello todavía los rechaza y les brinda una atribución d personas peligrosas, agresivas que les pueden provocar algún daño.

Lo que anotamos de lo anterior es que el individuo adicto es un ser humano, parte de una familia, inserto en una comunidad y con una problemática multicasual que implica, en algunos, el ser adolescentes en busca de identidad e ingresar a un mundo tan cuestionado y a la vez tan inminente; en otros, la dificultad para afrontar una vida familia caótica o poco motivante; en otros más, la búsqueda de medios con los que enfrentar una gran actividad, “estrés” frustración que contribuyen a prolongar la jornada diaria de actividades. El problema es muy complejo, se deriva de múltiples factores y situaciones predisponentes a su desarrollo y presenta tantas variantes que es imposible reducirlo a una mera relación causa-efecto.

Dicha problemática es también lo que conlleva un medio ambiente adverso, con carencia económicas, culturales, afectivas y, aunado a todo esto, tanto la disponibilidad de las sustancias como una necesidad personal que condiciona a recurrir a ellas como supuestos paliativos a afecciones tanto emocionales y sociales, como de cualquier otro tipo que represente un conflicto.

Considero que el trabajo realizado con jóvenes adictos en su medio ambiente, resultó un aprendizaje extraordinario. Se pudo comprobar que el adicto es una persona que difícilmente expresa sus emociones por temor a perder la imagen que se construye como defensa ante un medio ambiente agresivo y hostil. En las relaciones familiares impera la violencia, no sólo la que conlleva la acción en golpes y castigos, sino también la forma sutil de agredir por medio de los mensajes e ideas que deforman la mente.

Si entendemos por conducta desviada a aquella que se aparta de las metas que la sociedad fija como deseables, podemos decir que el drogadicto, con base en su conducta y representaciones, podría considerarse como una persona que ha

rechazado o ha fracasado en la internalización de los medios y los fines institucionalizados. Por otra parte, la presentación de este tipo de conducta dependerá de la interacción de múltiples factores provenientes de diversos niveles pues, aun cuando algunos de estos factores puede ser determinante en la formación del individuo, la existencia simultánea de deficiencias en varios niveles puede reforzar la propensión a presentar conductas problemáticas.

Ante los conflictos personales y familiares, los jóvenes se enfrentan a un medio ambiente poco favorable, por lo que adoptan la cultura juvenil participando en grupos, que un primer momento puede ser por curiosidad, que les brindan la oportunidad de compartir sus problemas.

Dentro de la situación de grupo, el adolescente puede tener un sentimiento de poder, pertenencia y seguridad; aprende a enfrentarse a otros y obtiene recompensas, prestigio y libertad de movimiento.

Los adolescentes con los que se contó su valiosa participación para el presente trabajo, obtienen poca satisfacción de su medio, tienen una autoimagen devaluada, aún cuando en Instituciones de ayuda les obligan a sostener diálogo de amor hacia sí mismos, no cuentan con recursos suficientes para resolver sus problemas, su tolerancia ante la frustración ante situaciones de la vida diaria es mínima, por lo tanto están expuestos a integrar un grupo donde las drogas sean la única oportunidad de huir y alejarse, temporal o permanentemente de sus problemas diarios.

El consumo de drogas y el mundo que forman a su alrededor, ya sea en la calle o en una Institución, constituyen un refugio en los que buscan comprensión, esparcimiento y relación. Lo más importante para ellos es su grupo, el sentido de pertenencia es muy grande, y se esfuerzan por demostrar que son dignos representantes de un grupo al que la sociedad ha etiquetado como agresivo,

indigno de confianza, delincuente, al que hay que combatir por medio de la violencia.

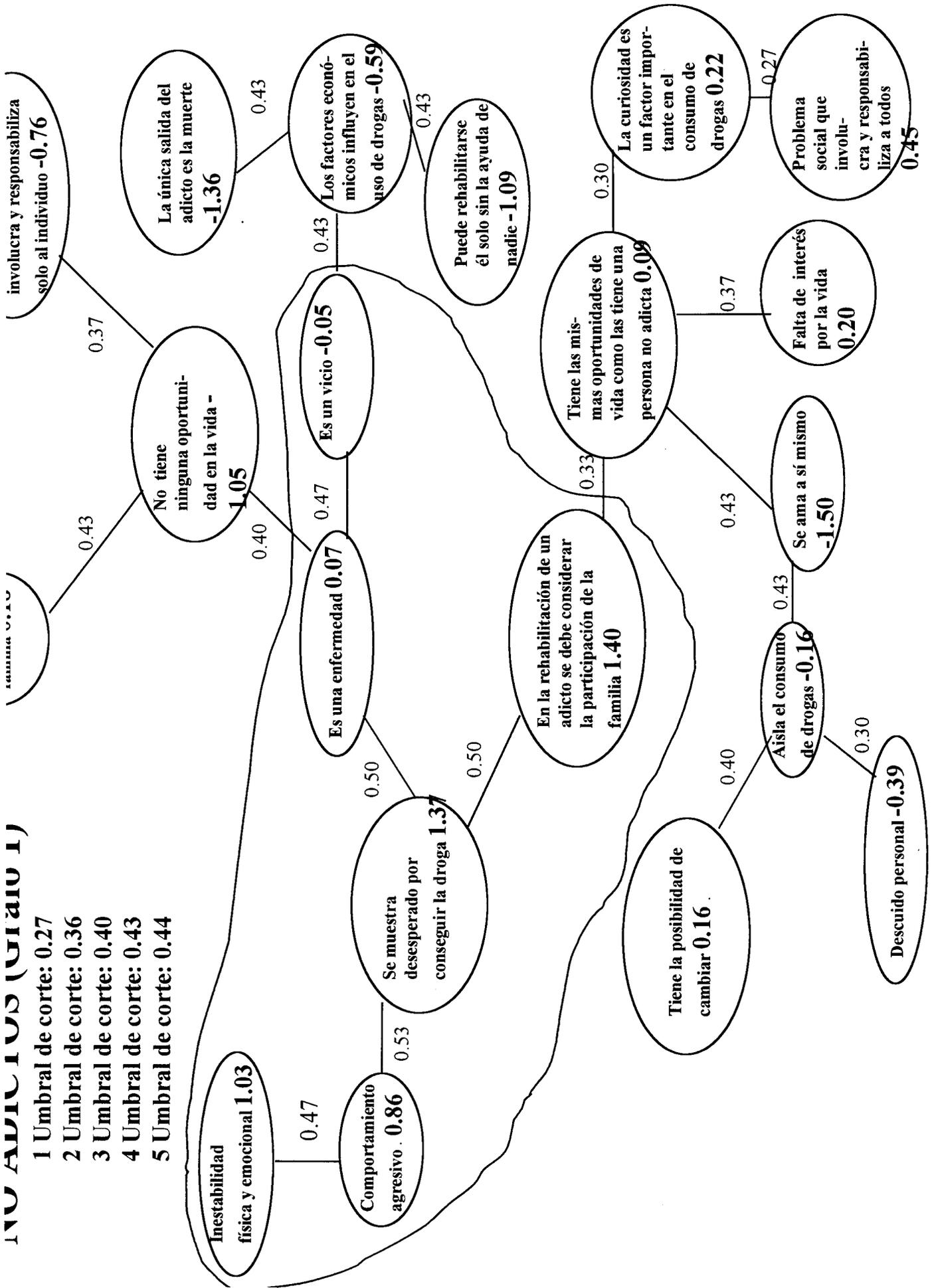
Se corroboró nuestro planteamiento del problema en donde decimos que el problema de la drogadicción es un fenómeno facilitador para la desintegración social del adolescente, que surgió de la necesidad de la exploración de los factores psicosociales atribuidos a la drogadicción en adolescentes.

El hecho de que señale a los jóvenes como violentos, agresivos, delincuentes y peligrosos, es un mensaje social que se deriva de la propia comunidad a ese grupo, que a su vez responde en el mismo canal de comunicación, existiendo así una retroalimentación.

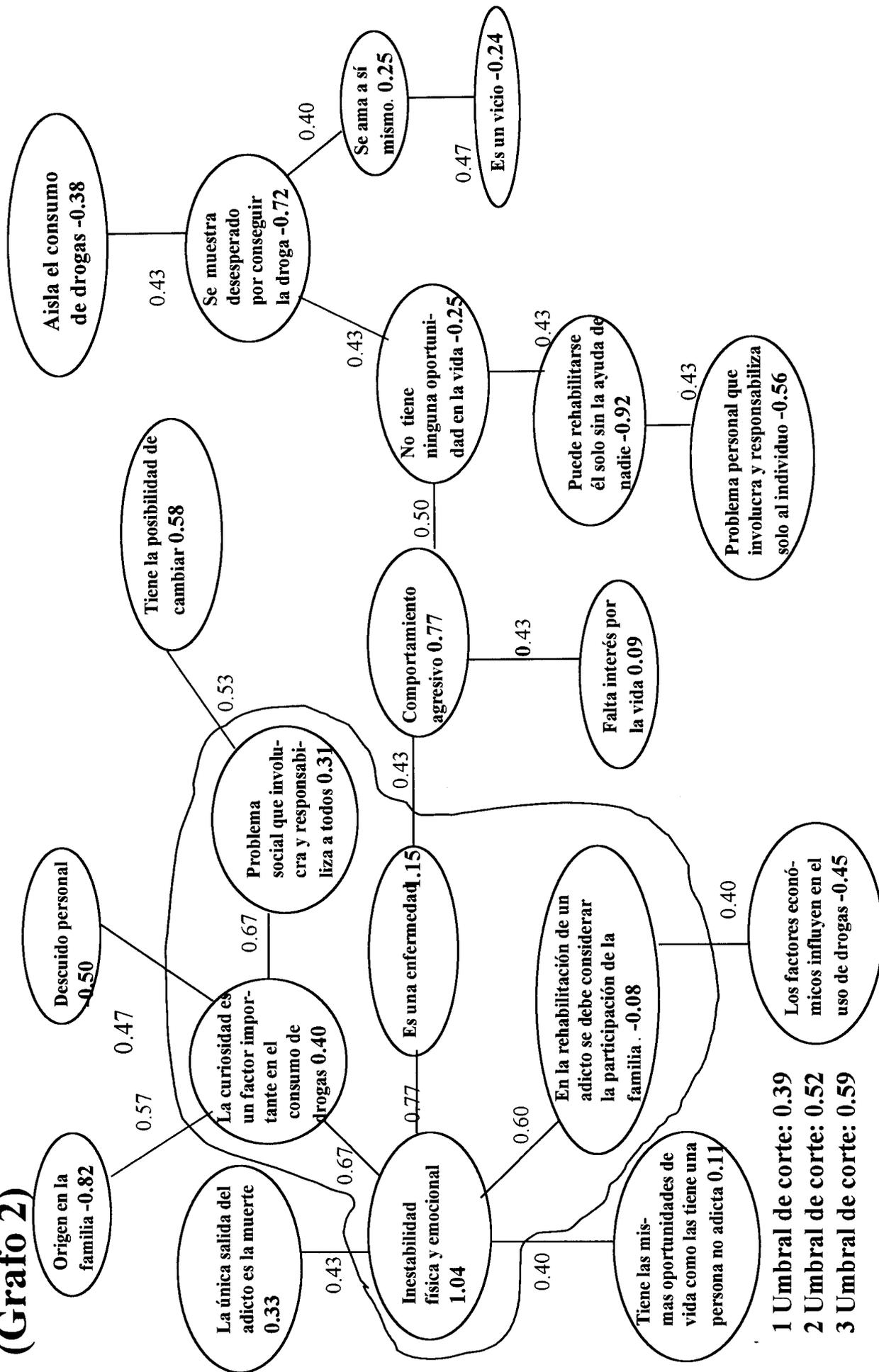
Para finalizar, deseo apuntar que partiendo de mi propia experiencia, si se muestra interés por un joven adicto en un ambiente de aceptación ante su problemática pero como un medio de ayuda, de confianza al cambio, y de afecto, ellos aprenderán a creer, a confiar, a expresar sus deseos e inquietudes por ampliar su mundo, experiencias y conocimientos, reconociendo, de esta manera, que son personas que pueden luchar y obtener logros, así como que, por ello, pueden vivir mejor.

# UNO ADICTOS (UNAU I)

- 1 Umbral de corte: 0.27
- 2 Umbral de corte: 0.36
- 3 Umbral de corte: 0.40
- 4 Umbral de corte: 0.43
- 5 Umbral de corte: 0.44



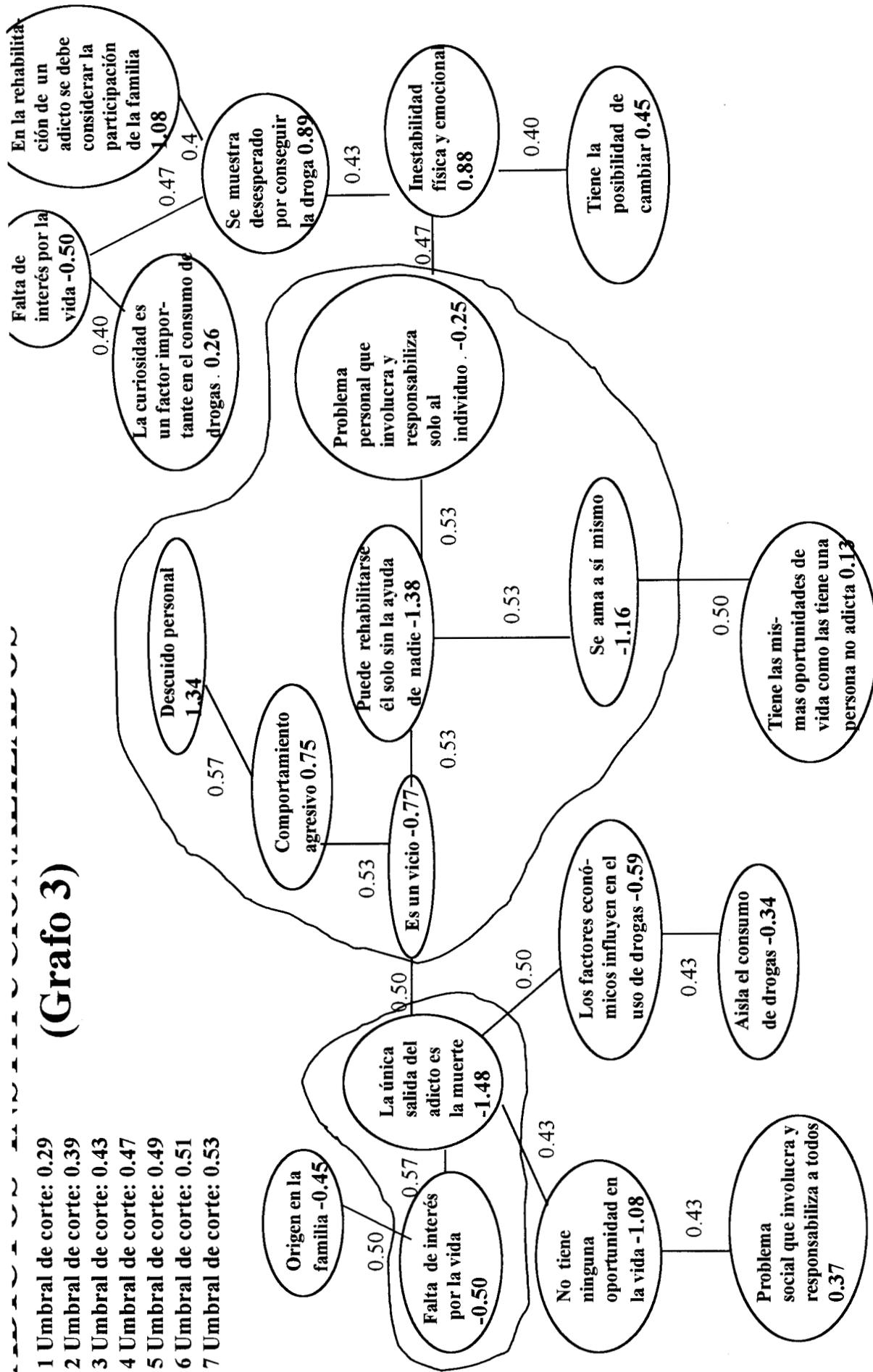
# (Grafo 2)

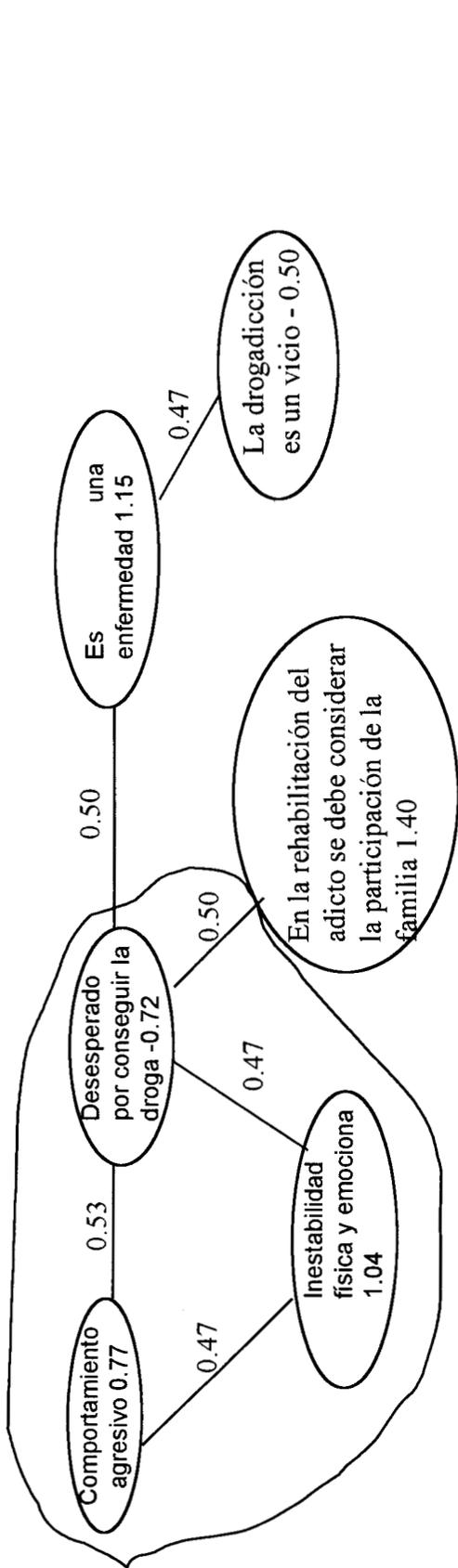


- 1 Umbral de corte: 0.39
- 2 Umbral de corte: 0.52
- 3 Umbral de corte: 0.59

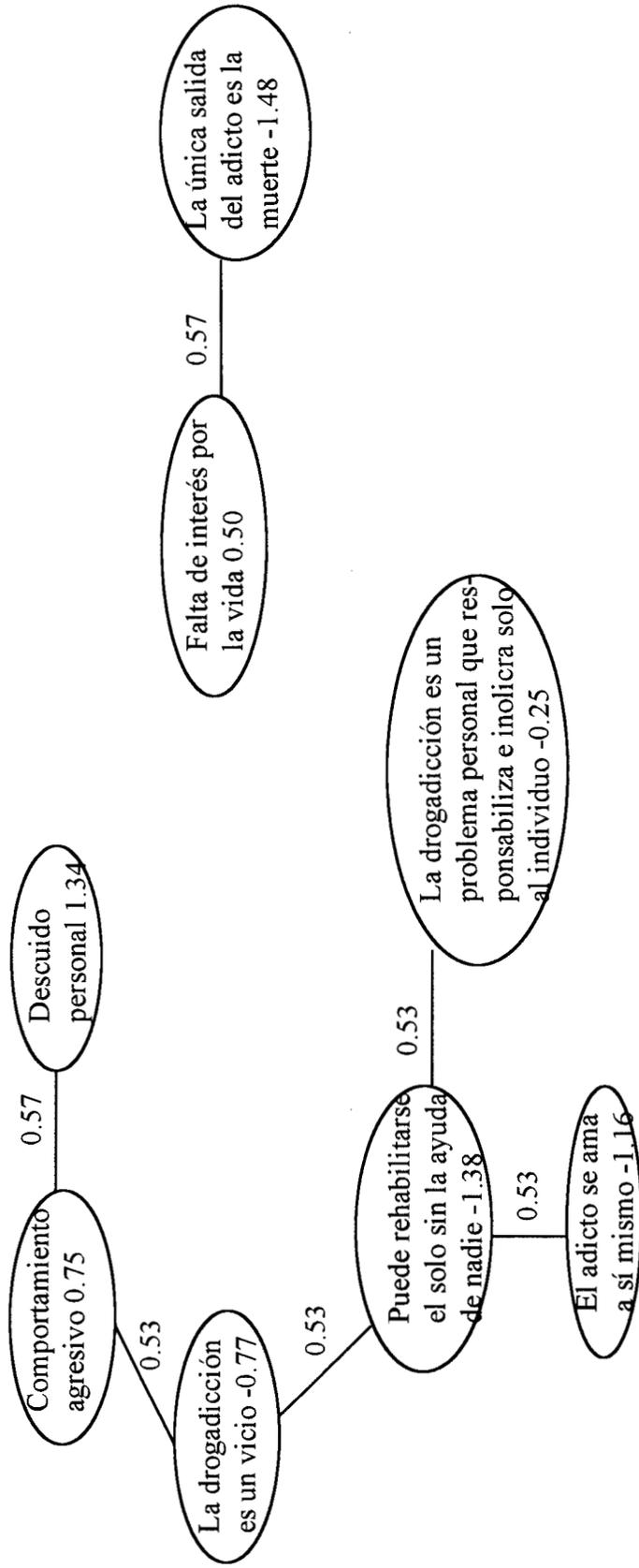
# (Grafo 3)

- 1 Umbral de corte: 0.29
- 2 Umbral de corte: 0.39
- 3 Umbral de corte: 0.43
- 4 Umbral de corte: 0.47
- 5 Umbral de corte: 0.49
- 6 Umbral de corte: 0.51
- 7 Umbral de corte: 0.53

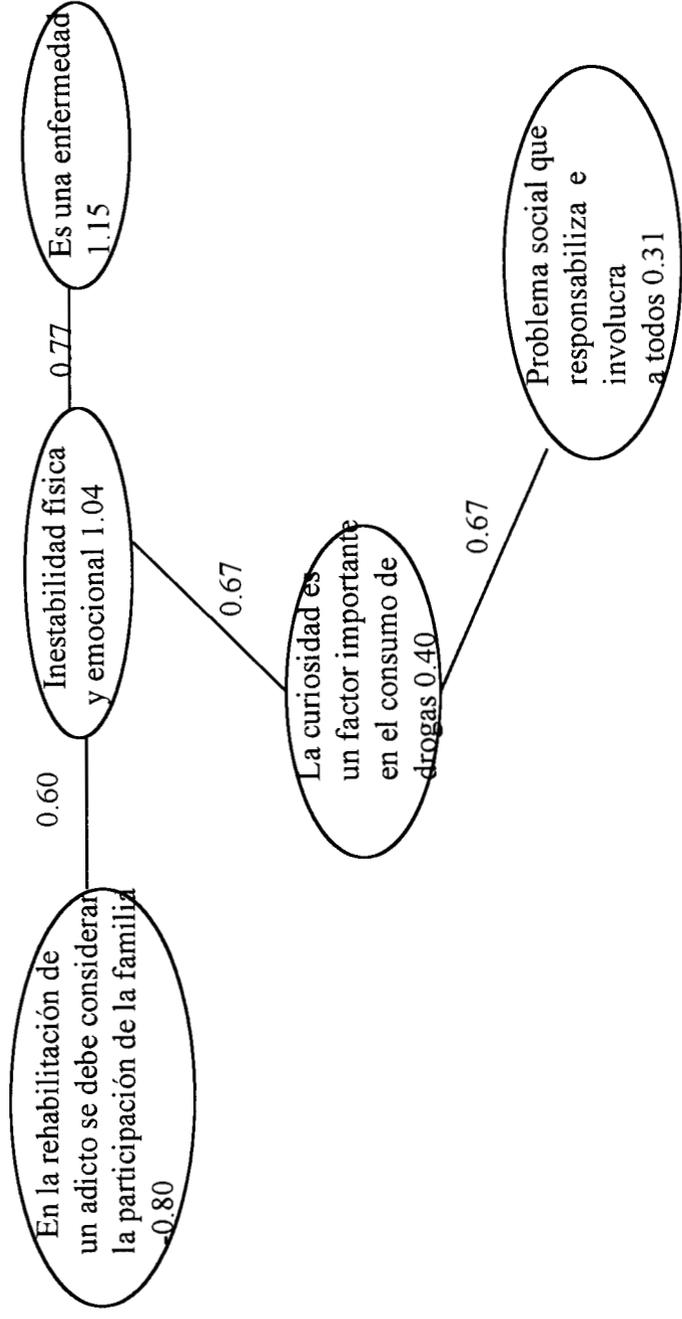




### ADICTOS INSTITUCIONALIZADOS



# ADICTOS NO INSTITUCIONALIZADOS (Grafo 5)



**CUADRO 1**

1	Una persona adicta muestra un comportamiento agresivo	Interna Comportamental
2	Un adicto se muestra desesperado por conseguir la droga	Interna Comportamental
3	El adicto presenta descuido personal	Interna Comportamental
4	El uso de drogas crea inestabilidad física y emocional	Interna Comportamental
5	Lleva al aislamiento el consumo de drogas	Interna Comportamental
6	Existe falta de interés por la vida en un adicto	Interna Comportamental
7	El adicto no tiene ninguna oportunidad en la vida	Interna Normativa
8	El adicto tiene las mismas oportunidades de vida como las tiene una persona no adicta	Interna Comportamental
9	La drogadicción es una enfermedad	Externa Comportamental
10	La drogadicción es un vicio	Externa Normativa
11	La drogadicción es un problema social que involucra y responsabiliza a todos	Externa Normativa
12	La drogadicción es un problema personal que involucra y responsabiliza solo al individuo	Externa Normativa
13	El problema de la drogadicción tiene su origen en la familia	Externa Normativa
14	La única salida del adicto es la muerte	Interna Normativa
15	El adicto se ama a sí mismo	Interna Comportamental
16	La curiosidad es un factor importante en el uso y consumo de drogas	Interna Comportamental
17	Los factores económicos influyen en el uso de drogas	Externa Normativa
18	Una persona adicta tiene la posibilidad de cambiar	Interna Normativa
19	En la rehabilitación de un adicto se debe considerar la participación de la familia	Externa Normativa
20	El adicto puede rehabilitarse él solo sin la ayuda de nadie	Externa Normativa

# BIBLIOGRAFIA

- 1.- CHAVEZ De Sánchez M.I. Drogas y Pobreza: estudio etnográfico del fenómeno de la farmacodependencia en una colonia de la Ciudad de México. Ed. Trillas, 1986, México, D.F.
  - 2.- CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL. Aportaciones teóricas y prácticas para el conocimiento del farmacodependiente. Serie técnica Volumen 5, 1996, México, D.F.
  - 3.- CHRISTIANE, F. Hijos de la droga. Ed. Argos Vergara, 1989, Barcelona, España.
  - 4.- GARCIA Hoz, V. Familia, Sexo, Droga. Ed. Dopesa, 1989, Barcelona, España.
  - 5.- MEDINA Mora, María Elena. Curso básico sobre Adicciones. Centro contra las adicciones. Fundación Ama la Vida I.A.P. 1995, México, D.F.
  - 6.- MEDINA Mora, María Elena. Prevalencia del consumo de drogas en diferentes ciudades de la República Mexicana. Cuadernos Científicos CEMESAM 169-184, 1992, México, D.F.
  - 7.- NATERA R. Guillermina. Consumo de drogas en México. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1996, México, D.F.
  - 8.- RODRIGUEZ Marín, Jesús. Psicología Social de la Salud. Ed. Síntesis, 1995, Madrid, España.
  - 9.- UNESCO. La verdad sobre la droga. Ed. Iberoamericana, 1980, Madrid, España.
  - 10.- VEGA Fuente, Amando. Las drogas: ¿un problema educativo?. Ed. Cincel-Kapelusz, 1992, Bogotá, Colombia.
-