



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

TALLER DE PREVENCIÓN PARA JOVENES NO ADICTOS Y USUARIOS DE MARIHUANA Y/O COCAINA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA:

P R E S E N T A

RAMIREZ DIAZ LUIS FERNANDO

DIRECTORA: JUANA ALEJANDRA VILLAGOMEZ RUIZ

ZARAGOZA

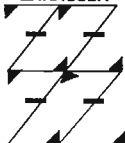
SECRETARIA

TÉCNICA

PSICOLOGIA



UNAM
FES
ZARAGOZA



LO HUMANO EJE
DE NUESTRA REFLEXIÓN

2005

m. 344593



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Por que hoy estoy seguro de que los triunfos no se consiguen solo, quiero dar GRACIAS a:

Dios, por darme la familia que tengo, por permitirme encontrar a mis amigos de entre un mar de seres, por concederme la salud que tengo y por consentirme terminar mi educación Universitaria.

Mi madre, por su apoyo y dedicación, por facilitarme herramientas que me permiten prosperar como persona y en un futuro como profesionista.

Mi padre, que aunque físicamente ya no se encuentra junto a mi, su cariño y recuerdo no se apartan un solo día de mi.

A mis hermanas y hermanos, por darme siempre más de lo necesario y cuidarme como a un hijo más que como a un hermano.

A mis sobrinas y sobrinos, por convertirse en más hermanos para mi.

A cada uno de mis amigos, por compartir juntos todos los momentos difíciles superando la adversidad y, por, emanar una sonrisa disfrutando mutuamente nuestra compañía en los momentos de felicidad.

A mis amigas y compañeras de carrera, Ma. Guadalupe, América y Emi por apoyarme en tiempos difíciles.

A las Lic. Adriana Escobar, Angélica Baeza, Roxana Amador y, a los Lic. Abraham Lara y Miguel A. Maldonado tanto por su amistad, como por, compartir su conocimiento y permitirme ser parte de la lucha en contra de la drogodependencia.

A la Lic. Karina Moreno, por su cariño, compañía, consejos y palabras de aliento que fueron el eslabón crucial en la culminación de la Tesis.

Índice

Resumen	
Introducción	
Juventud	7
La juventud y las drogas	11
Prevención	16
Las drogas	20
Panorama general del sector salud	20
Terminología relacionada con el consumo de drogas	23
Clasificación de las drogas	27
Uso, abuso y dependencia de las drogas	30
Sustancias más utilizadas como drogas por los adolescentes mexicanos	34
Cannabis o marihuana	35
Cocaína	39
Terapia cognitivo conductual para las drogodependencias	48
Técnicas de terapia cognitivo conductual	57
Método	62
Análisis de datos y resultados	64
Conclusión	82
Referencias bibliográficas	86
Anexos	
I Instrumentos	
II Taller de Prevención	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Taller de Prevención Para Jóvenes no Adictos y Usuarios de Marihuana y/o Cocaína.

RESUMEN.

El Taller de Prevención Para Jóvenes no Adictos y Usuarios de Marihuana y/o Cocaína, tuvo como finalidad la reestructuración cognitiva en los jóvenes. En la primera fase del programa se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos "Perfil de Severidad para el Consumo" y el "Inventario de Actitud de Recaída", para medir las creencias y las conductas más comunes en los jóvenes no adictos y los usuarios de marihuana y/o cocaína. En la segunda fase se aplicó el Programa de Prevención basado en la terapia cognitivo conductual, mismo que duró 10 sesiones de 2 horas cada una. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados obtenidos mediante las pruebas χ^2 y Wilcoxon, así como, en las correlaciones arrojadas por la prueba de Spermán en el pre test y el post test. Por lo que, se acepta la hipótesis de investigación, los jóvenes tendrán un cambio significativo en sus creencias hacia el no consumo y con ello llegarán a la convicción de mantenerse en abstinencia. Se concluye que, el Programa cumplió con su propósito de la reestructuración cognitiva en los jóvenes ya que se obtuvieron cambios significativos.

A través del tiempo, los seres humanos han hallado plantas que al ser recolectadas, usadas y experimentadas, permitieron descubrir que poseían diversas propiedades, las cuales fueron utilizadas en ámbitos tales como el religioso y el médico. Desde el punto de vista religioso, el uso de estos productos se volvió elitista ya que sólo podían ser utilizadas por brujos, sacerdotes y gobernantes. Ellos creían que estas plantas les permitía mantener comunicación con sus deidades, quienes les mostrarían el camino adecuado. En el aspecto médico, eran explotadas con la finalidad de extinguir el dolor de un enfermo o de una persona herida.

Posteriormente, al arribo de los españoles, en América Latina; las sustancias tóxicas de estas plantas se utilizaron para incrementar la producción, es decir, los conquistadores promovieron el consumo de ellas entre los esclavos para que rindieran más en sus largas jornadas laborales principalmente en las minas.

Sin embargo, lo que antes podía considerarse como un uso normal de sustancias dentro de una región y bajo un cierto criterio, ahora aparece como un consumo indiscriminado al haberse roto todo tipo de fronteras. Actualmente, el uso de sustancias tóxicas derivadas de plantas se encuentra en todos lugares, estratos socioeconómicos, religiones, edades, sexos y razas.

Por otra parte, se sabe que el consumo de sustancias adictivas no es uni causal. Entre los factores que se encuentran inmersos se pueden determinar contextos muy diversos como presión por los compañeros, problemas familiares, frustración en la escuela, la vida social, etc. (Eheburua 1994).

Es importante abordar de inmediato esta problemática debido a que, la fármacodependencia es un problema epidemiológico, que de no proponer y encontrar nuevas y eficientes formas de reestructurar todas las condiciones tanto personales como sociales que orillan a nuestros semejantes a ser consumidores, aumentará la cantidad de complicaciones relacionadas con el consumo de sustancias tóxicas, entre las que destacan: la delincuencia, las malformaciones pre natales, los daños mentales y conductuales, etc.

Se eligió la temática de la drogodependencia debido a que, los estudios epidémicos muestran que la población más susceptible para iniciar la fármacodependencia es la juvenil. Pues si bien, las drogas más buscadas son las de uso legal como la cafeína, el alcohol y el tabaco, no se debe dejar de lado el interés (tanto en la oferta como en la demanda) que presentan las drogas ilegales, principalmente, la marihuana y la cocaína. Así como en los severos daños que éstas provocan al área mental, física y social de quien la consume y de la humanidad, en general.

Por otra parte, incluir actividades Preventivas continuadas en las escuelas, implica un salto a los programas de estudio. Ciertamente, las exigencias sociales de los últimos años han demandado la constante evolución de los sistemas educativos y sus equipos docentes, con capacidad de respuesta para dominar demandas lejanas de su formación original, con la finalidad de observar conductas actuales y prevenir comportamientos en un futuro inmediato, por lo cual, se deben programar actividades preventivas con los alumnos.

Es indispensable crear tiempos Institucionales en los que los adolescentes expresen y reflexionen sus preocupaciones y las posibles soluciones que pueden tener, equipos de directivos y docentes que garanticen la secuencia de las actividades que provocarán cambios en las conductas propiciadoras de la drogodependencia. Para obtener resultados redituables es necesaria la instrucción de los directivos y docentes con profesionales de la prevención y atención a la fãrmacodependencia y, posteriormente éstos a las autoridades jerárquicas que le continúen.

Todo esto implica sustituir ideas, paradigmas y tabúes arraigados en las Instituciones escolares como lo puede ser, el intentar esconder al máximo toda la información relacionada con las drogas con el propósito de que los adolescentes no las conozcan y no quieran experimentar con ellas.

Los programas de prevención deben ser insertados básicamente en las escuelas de nivel secundaria, media superior y superior para informar verazmente a los adolescentes y, advertir y sensibilizar a la sociedad sobre la drogodependencia. Los programas para los adolescentes son positivos y no dramáticos, ni autoritarios para que los integrantes se sientan en un espacio propio, sin la opresión que se puede hacer presente en la escuela o en la familia.

Es forzoso un abordamiento serio, sistematizado y amplio del tema. La educación es el instrumento por excelencia de la prevención y el ámbito escolar es el que más posibilidades y viabilidad debe ofrecer, disminuyendo los factores de riesgo y consiguiendo que los adolescentes a través de la prevención, obtengan los criterios necesarios para mantener un estilo de vida saludable.

Es decir, se pretende que el adolescente integrante del grupo preventivo haga un aprendizaje de nuevos comportamientos y de nuevas formas de resolver sus propios conflictos, planificando y controlando de manera autónoma su propia vida.

Por ello, la presente investigación tuvo como principal objetivo proporcionar, a los participantes del Taller, información sobre temas relacionados con el consumo de marihuana y/o cocaína. Entre los contenidos abordados destacan lo relacionado con: la juventud, las drogas, los daños físicos y mentales que causa la ingesta de drogas, la prevención y el tratamiento, con la finalidad de que utilicen esta información para alejarse del consumo de drogas y de las situaciones de riesgo, por ellos mismos.

CAPITULO I.

JUVENTUD.

El ser humano, desde el punto de vista biológico, atraviesa por diversas etapas de desarrollo entre las que destacan: la infancia, la adolescencia, la juventud, la madurez, la vejez y la senectud.

En el presente estudio, la atención se centra en la juventud, ya que es en ella en donde se presenta con mayor frecuencia el uso de drogas, debido a factores sociales y psicológicos propios de la edad, tal y como se describirá más adelante.

La juventud está conformada por un procesos de desarrollo fisiológico, una gradual asunción de roles y, la subjetividad de adulto tanto en el hogar como en la sociedad determinados culturalmente. Por lo cual, el individuo empieza a ser reconocido como sujeto en la sociedad por los adultos en general.

El joven, es un sujeto que ya comienza a desarrollar las funciones esenciales de desempeñarse como adulto, debido a que en él surgen las capacidades de reproducción biológica, las capacidades físicas y cognitivas, para el trabajo productivo y la toma de decisiones, aunque aún no presenta la autonomía total de dichas capacidades.

Si bien, cronológicamente los cambios de la etapa de juventud pueden darse entre los 10 y los 29 años, este trabajo se concentra en el período de 15-24 años de edad en que suelen darse estos cambios. “Es decir, los fenómenos, procesos, y problemas que caracterizan la etapa juvenil empiezan a manifestarse, gradualmente, a diferentes edades en diferentes contextos, pero tienden universalmente en América Latina a cobrar mayor fuerza en la etapa de edad de 15 a 24”. (<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro22/iii/>).

Con fines estadísticos, en el año de 1985 (Año Internacional de la Juventud) la Asamblea General de las Naciones Unidas, definió juventud como las personas entre los 15 y 24 años. En 1995, cuando la Asamblea General adoptó el Programa de Acción Mundial para la Juventud para el Año 2000 y siguientes, retomó la misma definición, reconociendo que el ámbito de la edad varía entre los diferentes países y sociedades. (http://www.fao.org/ruralityouth/faqs_sp.html).

Dentro de la etapa de juventud podemos encontrar diferentes fases como lo son: (<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro22/iii/>).

- ❖ La adolescencia en la fase escolar
- ❖ La fase juvenil plena, de parcial independización y de desarrollo de capacidades propias conocida como "adolescencia tardía"

- ❖ La fase de joven semi adulto, incluida la condición de recién casado; y
- ❖ La fase de paternidad / maternidad, pero sin independizarse en un hogar propio

Considerando que “los niños no despiertan un buen día plenamente jóvenes, ni los jóvenes pasan abruptamente de este estado al de adulto pleno”. (<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro22/iii/>). Es primordial, aclarar que debido a que la adolescencia se encuentra envuelta en el periodo de juventud, en esta investigación los términos “adolescencia”, “juventud” y “joven adolescente”, serán alusivos a los sujetos pertenecientes a las edades oscilantes entre los 15 y los 24 años.

La juventud, como etapa de vida, se ve enmarcada con una serie de características físicas, psicológicas, familiares y sociales; entre las que se pueden destacar las siguientes:

Dentro del conjunto de **cambios físicos** ocurridos en la pubertad, Nickel (1980) menciona que en el varón se manifiestan: el nacimiento del vello en el pubis, las axilas, las piernas, los antebrazos y sobre el labio superior; la hinchazón y coloración de la areola del pezón; el crecimiento de la laringe y por ende el engrosamiento de la voz, así como; el desarrollo del pene, el cual se acerca al tamaño final que alcanzará. En la mujer el aumento de busto; la presencia de vello púbico y axilar; el desarrollo del útero y de los ovarios y; la aparición de la menarca.

En las **características psicológicas** la juventud es un período de cambios, la cual, hay que entender más en el sentido de transformaciones rápidas que en el de afluencia de problemas. Aunque por supuesto, los cambios siempre conllevan un conflicto de adaptación física, fisiológica, psicológica y social; que no existía durante la infancia.

De acuerdo con la OPS, las características esenciales de esta etapa son: labilidad e inestabilidad emotiva, énfasis y dramatización emocional, impulsividad y tendencia a la violencia instintiva, estado permanente de frustración e iniciación al sentido de la independencia. (<http://www.lafacu.com/apuntes/sociologia/coca/>).

En cuanto al **aspecto familiar** el joven tiende a expresar, poner en práctica e incluso, imponer sus propios criterios sobre sí mismo y los demás, por lo que se producen desavenencias entre él, los padres y los hermanos. Por ello, es necesario establecer buenas relaciones que eviten su alejamiento del núcleo familiar.

Dentro del **aspecto social** es indispensable considerar el desarrollo de la personalidad y la interacción del sujeto joven con la sociedad en la que se desenvuelve.

Lo anterior se debe a que, la voluntad del joven adolescente lo predispone a experimentar sus nuevas capacidades, poniendo en marcha una variedad de iniciativas tendientes a ligarse con su medio social; la finalidad que persigue es, explorarlo y probarse a sí mismo en ese entorno, que es visto progresivamente como algo propio.

Por ello, para Gridner, R. (1996) “es un periodo en que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí. Puesto que no hay dos personas que posean exactamente las mismas experiencias o que ocupen posiciones idénticas en la estructura social, cada uno puede imponer su individualidad, con tal de que la sociedad le conceda siquiera cierto grado de estímulo.

A diferencia de cualquier otro periodo de la vida, es preciso que sociedad e individuo coincidan en un entendimiento. Todo joven adolescente ha de aprender a participar de manera efectiva en la sociedad; la competencia necesaria para hacerlo es principalmente a través de las relaciones interpersonales. El adolescente puede evaluar constantemente su competencia gracias a la interacción inevitable con sus padres, maestros, patrones y camaradas, quienes lo exhortan, evalúan, premian y castigan. Las personas importantes que intervienen en su vida distinguen y prescriben parcialmente su conducta, y su censura o aprobación ayudan a determinar su entrega emotiva al comportamiento responsable”.

En la actualidad, se debe tomar en cuenta que las sociedades modernas son inestables, los cambios estructurales dentro de ellas ocurren de manera espontánea y muchas relaciones interpersonales son válidas sólo temporalmente por lo que, los adultos de convicciones distintas pueden ser igualmente efectivos como ciudadanos.

Así, los aspectos más diversos del mundo contemporáneo han dado al traste con la idea de que los adultos poseen toda la sabiduría necesaria y la debida previsión para preparar a los jóvenes a una madurez más aceptable.

Por tanto, para lograr la madurez se deben realizar ajustes. Los ajustes que emprenden los individuos para distinguirse unos de otros y para adaptarse a la estructura social se conocen en ciencias sociales como socialización. Para Inkeles (1989), este ajuste es el “Proceso mediante el cual los individuos adquieren las características personales que les ofrece el sistema: conocimientos, disponibilidades, actitudes, valores, necesidades y motivaciones... todas las cuales conforman una dotación de los individuos al panorama físico sociocultural en que vive”.

“Los adolescentes no se desarrollan en el vacío. Se desarrollan dentro de los múltiples contextos de sus familias, comunidades y países. Los adolescentes están influidos por sus compañeros, sus familiares y por otros adultos con los que entran en contacto, y por las organizaciones religiosas, las escuelas y los grupos a los que pertenecen. También están influidos por los medios de comunicación, las culturas en las que crecen, los líderes nacionales y de la comunidad y los sucesos del mundo. Son en parte un producto del entorno y de las influencias sociales”. (Rice, 2000).

Adicionalmente a lo anterior, el grupo de amigos, vecinos y personas allegadas a los jóvenes son fundamentales en el periodo de la adolescencia ya que, por la necesidad de ser aceptado el sujeto establece asociaciones, las cuales pueden ser con fines aprobados socialmente o bien con fines antisociales.

Finalmente, Rice (2000) refiere que los jóvenes dejan de serlo cuando la sociedad cree que el “individuo” está listo para asumir las responsabilidades que implica pertenecer a ella, por lo que adopta las reglas de la misma.

En este último sentido, la necesidad de aceptación puede conducir al adolescente al uso de sustancias como el cigarro, la bebida y los fármacos; es decir, son el camino para lograr pertenecer a la pandilla o al grupo social con el que se reúne.

De esta manera, la información primaria sobre drogas es proporcionada por los amigos más que por otros medios y además, frecuentemente el grupo facilita el acceso a las drogas y respalda al sujeto emocionalmente, disminuyendo sus temores al consumo. Con lo que puede establecerse frecuentemente una estrecha relación entre la adolescencia y las drogas, asunto que se abordará en el siguiente apartado.

CAPITULO II.

LA JUVENTUD Y LAS DROGAS.

Como ya se estableció en el tema anterior, la juventud es un momento particularmente crucial debido a los cambios psicológicos que suceden en esa etapa. Es un espacio de conmoción, que puede salir a la superficie como rebeldía a través del consumo de drogas. El consumo está vinculado con el proceso problemático, del crecimiento, la experimentación con nuevas conductas, la autoafirmación con el desarrollo de las relaciones íntimas (habitualmente heterosexuales) y con gente ajena a la familia así como el abandono del hogar.

Algunos jóvenes adolescentes usan las drogas para tener una experiencia emocionante, mientras otros las emplean para escapar de sus problemas. Desde luego, no todo usuario de drogas se convierte en un abusador de estas sustancias.

Pero, al individuo que ya está abrumado por problemas, las drogas le proporcionan una falsa felicidad exaltando el sentido de intimidad y disminuyendo: la inhibición, la incertidumbre, el estrés y la ansiedad. Es decir, le ofrecen sensaciones aparentemente placenteras, situación que incrementa potencialmente el uso de la droga. (<http://www.lafacu.com/apuntes/sociologia/coca/>).

Las drogas se convierten así, en el escape máximo o en una manera de automedicar otras condiciones. Es por ello que, el adolescente busca una reafirmación de su identidad a través de una conducta prohibida y riesgosa, que pone a prueba su capacidad personal. La búsqueda de las drogas en forma mítica para aumentar el deseo sexual o disminuir su ansiedad ante los miembros del sexo opuesto, puede ser una de las manifestaciones de esta conducta. (<http://www.lafacu.com/apuntes/sociologia/coca/>).

Si bien, no existen estereotipos fijos tanto de los adolescentes que usan drogas como de sus conductas, debido a que pueden variar las características debido a la sustancia utilizada, al tiempo de consumo, la periodicidad, etc. Las características conductuales de un adolescente adicto son mucho más evidentes que su condición psicológica y se observan generalmente algunas de las siguientes:

En **la familia** se presenta el aislamiento voluntario del sujeto, falta de comunicación y excusas para no estar en casa como: ir de compras, asistir a fiestas, al cine, ver videos, y/o ayudar a un amigo con su trabajo. Mantiene la televisión siempre encendida, sale de casa cuando todos los miembros de la familia se han dormido. Manifiesta constante ira y tiene estados de ánimo oscilantes como sentimientos de extremo bienestar o depresión profunda. Inventa farsas sobre los lugares y compañías con las que se encuentra, frecuentemente sufre infracciones de tránsito o se ausenta por un par de días. Su higiene física es deficiente, tiene dificultad para planear actividades con por lo menos tres días de anticipación y manifiesta desinterés por sus actividades cotidianas. (<http://www.lafacu.com/apuntes/sociologia/coca/>).

Con **los amigos** siempre está con amigos para pasar la noche fuera de casa, tiene conversaciones telefónicas ambientalizadas con música estrambótica, recibe llamadas anónimas (del posible distribuidor), sus amistades son oscilantes y desconocidas por los padres, evade a personas no consumidoras, practica la auto segregación, reuniones con amigos en los parques, afición por los video juegos, bares o cervecerías, los amigos frecuentemente tienen problemas con sus propio progenitores ya sea por divorcio o por trabajo. (<http://www.lafacu.com/apuntes/sociologia/coca/>).

En **el estudio** tiene un déficit en el rendimiento escolar, conductas agresivas, ausencia a clases (principalmente los lunes), llega tarde a clase y generalmente somnoliento, inasistencia a actividades físicas, frecuentemente pretexto sentirse mal y se retira del aula, en los recesos se esconde. Presenta actitudes lastimosas sobre sí mismo para evitar ser cuestionado por profesores, prefectos y directivos. (<http://www.lafacu.com/apuntes/sociologia/coca/>).

En **la religión y la Iglesia** desaparecen sus creencias espirituales sea cual fuese la religión, pasa todo el domingo pernoctando. Puede aparentar religiosidad como posible manipulación. (<http://www.lafacu.com/apuntes/sociologia/coca/>).

En **el trabajo** existe un decremento en el área laboral, manipulación de dinero obtenido en trueques, no tiene trabajo durante largas temporadas, se reporta enfermo frecuentemente, delega sus obligaciones, el lenguaje telefónico es taquigráfico o codificado, tiene momentos eufóricos diarios después del trabajo o algunas veces por semana. Presenta "legalidad supletoria" que es, la excusa que se utiliza para justificar haber hecho alguna actividad inadecuada, mutismo debido a una muy baja autoestima y baja tolerancia a la frustración. (<http://www.lafacu.com/apuntes/sociologia/coca/>).

Además de todo lo anterior, se hacen presentes, a través de diversas manifestaciones corporales, signos físicos como: cansancio soñoliento, color facial pálido, hiperactividad, insomnio, cefaleas, dolor estomacal, náuseas, vómitos, diarreas, tos, dolores de pecho, resfriados, enrojecimiento de ojos, lagrimeo, el blanco del ojo amarillento, pupilas dilatadas (midriasis), pupilas achicadas (miosis), goteo frecuente de la nariz (rinitis), en casos graves el líquido segregado se tiñe de rojo por la pérdida de sangre debida a la perforación del tabique nasal, picaduras en la parte posterior de las articulaciones de brazo y excoriaciones con derrames por la rotura de vasos sanguíneos o venas.

Como puede observarse, las manifestaciones conductuales y físicas de los jóvenes adictos son muy amplias y variadas, por lo que antes de llegar a enfrentar un problema de este tipo se debe hacer todo lo posible para evitar que los jóvenes lleguen a tener una adicción. Para ello, es necesario tener presente los factores de riesgo que pueden amenazar su integridad física.

Al respecto, Graña (1994) menciona cinco posibles factores de riesgo que amenazan la integridad del adolescente y lo inducen al consumo de drogas. Primero, características sociales: padres no biológicos, falta de educación, historial de maltratos infantiles y falta de apoyo social. Segundo, aspectos biológicos: alguna problemática o deficiencia neuropsicológica. Tercero, elementos cognitivo afectivos: falta de autoestima, creencias

negativas acerca de las propias capacidades, evaluaciones negativas de la información, angustia, depresión, ansiedad, hostilidad o temor. Cuarto, causantes comportamentales: interacciones problemáticas entre padres e hijos, menor interacción en conjunto, menos juegos y afecto, aislamiento social, uso de alcohol. Quinto, agentes demográficos: muchos hijos y falta de recursos económicos.

Sobre el consumo de drogas, Kandel y col., sugieren que hay tres etapas en la ingesta de estas sustancias. La primera, es el uso de drogas legales, como el alcohol; y es principalmente un fenómeno social. Segunda, el uso de marihuana, que está influenciado de manera importante por la mala relación con los padres. Tercera, el uso frecuente de otras drogas ilegales, de las cuales su consumo depende aún más de la calidad de las relaciones entre padres-adolescentes que de otros factores. Así se puede concluir que, el abuso de drogas más serio es predominantemente un fenómeno de deficiente relación familiar. Al respecto, Blum y col., refieren que "la influencia del grupo es nula o escasa mientras la familia permanece fuerte". (Stanton 1999).

Por su parte, Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (1998) desglosan los factores psicológicos determinantes de las drogodependencias en: individuales, micro y macro sociales.

A) Los **factores individuales** están divididos a su vez en factores evolutivos, de personalidad y de las motivaciones individuales. Los cuales se explicaran a continuación.

Los **factores evolutivos**. A través de ellos se explica que, durante el periodo de la adolescencia se producen cambios que dan lugar a una crisis madurativa biopsicológica. A través de ella, se buscan la identidad personal, que consta de la aceptación del físico y de las características psicosexuales; la independencia, tanto emocional como económica y la intimidad con sus iguales generacionales. La transformación al mundo adulto significa una fase de oposicionismo, la cual, si no es análoga a una apropiada reformulación de valores produce un vacío facilitador de la "conducta del probar" que suele orientarse al consumo de drogas como respuesta a la curiosidad que existe ante ellas. El joven tiende a sobreestimar su capacidad para poder evadir modelos de consumo abusivo y minimizar las secuelas autodestructivas a corto, mediano y largo plazo.

En cambio, los **factores de personalidad** indican que si bien, hoy en día no se encuentra acreditada ninguna personalidad drogodependiente previa, las investigaciones para identificar los rasgos de personalidad que aumentan la vulnerabilidad del individuo para presentar una dependencia a las sustancias son innumerables. Dichos rasgos, muestran un perfil de inmadurez afectivo-emocional, es decir, se hacen presentes rasgos propios del período adolescente como son: la dependencia afectiva, labilidad afectiva, baja autoestima, la incapacidad de futurizar, la agresividad, el egocentrismo, permanente temor al abandono, habilidades sociales deficientes, baja tolerancia a la frustración, apuro en las relaciones sociales y a veces, en la identificación de su rol sexual.

"Algunos autores han asociado estos rasgos de personalidad con posibles **motivaciones** directas del consumo, de manera que: a) la timidez, la inseguridad y la dependencia afectiva se asocian a sentimientos de pasividad y el consumo se realizará para *pasar el rato* (consumo por sentimientos de aburrimiento); b) la baja tolerancia a la frustración y los sentimientos de consumo para *huir* (consumo excesivo); c) la tendencia a actuar impulsivamente, los sentimientos inconformistas y la búsqueda de sensaciones llevan a consumos para *experimentar* (consumo por desafío)". (Lorenzo 1998).

Finalmente, y de acuerdo con la OMS; las motivaciones individuales que se refieren al inicio y el mantenimiento del consumo adictivo son principalmente: la satisfacción por la curiosidad de las sustancias, la adquisición de la sensación de pertenencia a un grupo, expresar la independencia o rebeldía, la existencia de experiencias emocionantes o peligrosas, la adquisición de un estado de conocimiento mayor, conseguir la sensación de bienestar, de tranquilidad y/o la necesidad de evasión de la realidad.

Además de los factores psicológicos individuales ya explicados, los autores Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (1998), hacen hincapié en la influencia de lo que ellos llaman factores micro sociales en el problema del consumo de drogas entre los adolescentes.

B) Los **factores micro sociales** son divididos en la familia, el grupo de iguales y los educadores.

Con respecto a **la familia**, señalan que éste ámbito puede crear tanto circunstancias que favorezcan el consumo de drogas como el no consumo. Como características familiares para el consumo se encuentra la destrucción familiar, la carencia de disciplina y organización, la estructura de comunicación inexistente o deficiente, las actitudes de sobreprotección, los comportamientos agresivos a nivel físico o psicológico y los modelos paternos de consumo de drogas. Por el contrario, las características familiares que protegen el no consumo de drogas son: la percepción afectiva filial adecuada, la concordancia entre el ideal filial paterno y la conducta filial real, la adecuada fijación de límites y control, la discusión de los problemas en comunidad, la actitud democrática en la toma de decisiones y la capacidad de planear y compartir sus actividades.

En lo concerniente al **grupo de iguales**, los autores mencionan que por naturaleza humana existe el deseo de ser parte de un grupo con la finalidad de obtener un intercambio social. Si el grupo social al cual se adhiere el adolescente, es consumidor de drogas, el nuevo miembro del grupo tiene un alto grado de riesgo en adoptar la misma conducta afectiva. El liderazgo y la cohesión son fundamentales en un grupo y la fuerza del mismo remolca a los miembros débiles a la imitación, a cambio de apoyo y seguridad.

En relación a los **educadores**, que pueden ser padres o profesores, los mismos estudiosos señalan que el contexto académico puede presentar una serie de características que actúan desfavorablemente en el desarrollo psicológico del adolescente. Entre ellas citan: las actitudes incomprensivas y autoritarias, las relaciones frívolas entre académicos y alumnos, la desconfianza hacia los profesores, la inexistencia de recursos humanos y materiales para el aprendizaje que puedan llevar al fracaso escolar, la rigidez de las normas

escolares y la escasa preparación de maestros y profesores para abordar el tema de las drogodependencias.

C) Entre **los factores macro sociales** que pueden inducir al adolescente al consumo de drogas se encuentran la sociedad en general.

Dentro del factor social, tanto en los adolescentes marginales como en los de otras clases sociales, la presión del grupo puede ser determinante debido a que de ello depende su aceptación en el grupo. Las drogas son un lubricante en la vida social de los adolescentes.

Algunos grupos de jóvenes participan de una actitud antagónica a los valores de una sociedad adulta teniendo como un signo de rebeldía los movimientos contraculturales que pretenden poseer sus propios criterios acerca del placer, la tradición, la verdad, el éxito, la posición social y una cierta actitud frente al dinero, la violencia o la guerra.

Primordialmente en estos grupos, el uso de drogas es un nuevo valor que pretenden imponer los jóvenes a los adultos. Propiciando en muchos casos la influencia de la deserción escolar y de los actos delictivos como manifestaciones de un adolescente que fracasa en adoptar los valores del sistema. Por ende, la necesidad de independencia de los muchachos al consumo de drogas prohibidas por la ley. Un gesto de rebeldía y de destrucción de muchos adolescentes es dejarse sorprender usando drogas para lograr ser reprimidos, de este modo pueden destruirse a sí mismos y agredir a la vez a su entorno familiar y social.

Como puede observarse con las explicaciones anteriores, el uso de drogas representa un riesgo ya que puede deteriorar la salud física y mental de los consumidores. Generalmente conducen a un aumento en la depresión y la ansiedad, disminuyen el desempeño académico tanto a corto como a largo plazo. También afectan el desarrollo cognoscitivo y la solución de problemas. Es decir, que la adicción conduce a la pérdida de las capacidades intelectuales, productivas y funcionales del adicto dentro de su familia y posteriormente en la sociedad.

La situación anterior se agrava si se toma en cuenta la problemática de identidad que sufren los adolescentes al estar expuestos a diversos cambios tanto físicos como emocionales. Los adictos adolescentes tienen menor rendimiento intelectual que los no consumidores, pero también tienden más a los comportamientos anormales, delictivos y agresivos a causa de su mayor rebeldía. Lo que los conduce a relaciones más dificultosas con sus padres y a asociarse con amigos que a su vez pueden ser delincuentes y consumidores de drogas.

Hasta aquí, se ha desarrollado la relación existente entre los adolescentes y el consumo de drogas, pero ¿qué son las drogas?, ¿qué es una adicción?, ¿cuándo se es un adicto?. Estas y otras interrogantes sobre el tema se desarrollarán en el siguiente capítulo.

CAPITULO III.

PREVENCIÓN.

La problemática del consumo de drogas muestra dos variables primordiales que son la oferta y la demanda de las sustancias. Hasta no hace mucho tiempo la mayor cantidad de esfuerzos eran concentrados en la lucha contra la oferta, más sin embargo, la demanda nunca desapareció, más bien, se creó la necesidad de obtener nuevas y distintas drogas.

“Cuando el consumo de drogas degenera en farmacodependencia, su solución se torna más difícil aún: los procesos de tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes exigen de la sociedad importantes gastos en resultados muy limitados y siempre inciertos. En algunos casos, el tratamiento es incluso utilizado por los adictos para recuperarse físicamente con el único propósito de poder continuar drogándose”. (Massun 1991). Es decir, en vocablos de rentabilidad los logros de la prevención son mayores a los del tratamiento por el número de vidas que puede salvaguardar para la humanidad.

Martínez (1985) refiere que dentro de la prevención existen dos enfoques, el primero es la información terrorífica y el segundo la factual. Las cuales se mencionaran brevemente a continuación.

En la prevención por medio del miedo o el temor, “se hace hincapié en los efectos nocivos de las drogas y en las consecuencias de su uso, de lo cual se espera que se llegue a la decisión de no experimentar con ellas; y para quienes ya usan las drogas, mediante dicha información se espera que haya desaliento en la utilización de su uso.

El enfoque factual, en su concepción general, es el conocimiento preciso de los efectos de las drogas y de las consecuencias sociales y personales que conllevarán a la determinación de rechazar la droga; así también, la comprensión de carácter del uso ilícito de drogas, permitirá una respuesta más racional”. (Martínez 1985).

Por su parte, Vega (1993) menciona que la información forma un elemento indispensable en la prevención del uso de sustancias. Aunque la información por si misma, no es capaz de evitar el uso de las drogas e incluso, la misma información puede convertirse en un instrumento negativo al provocar la curiosidad e iniciar a nuevos usuarios o consumidores de sustancias.

Por lo anterior, en esta investigación se ofrece una información “educativa”, es decir, la información proporcionada satisface las necesidades educativas de los adolescentes y pretende ir mas allá de la simple trasmisión de conocimientos, de manera que cada individuo sea capaz de tomar decisiones autónomas y sanas en relación al uso de drogas.

“Esta elección responsable exige, al mismo tiempo, que el individuo sea al menos consciente y capaz de enfrentarse con tareas normales en el desarrollo del individuo, como formular la propia identidad, desarrollar las habilidades interpersonales, participar en la construcción de alternativas y aceptar su responsabilidad social”. (Vega 1993).

Este Taller preventivo parte de la idea de que el conocimientos sobre la utilización de drogas alejará a los adolescentes del uso, abuso y dependencia de las drogas.

Nató (2001) refiere que conceptualmente prevenir significa, “antes de venir, para que el problema no aparezca o al menos disminuya sus efectos”. En este caso, que se lleve a cabo el consumo de drogas.

Médicamente, la prevención se basa en desarrollar la resistencia del individuo y el grupo a la propagación de diferentes tipos de enfermedades. Específicamente en la prevención a la drogodependencia, se intenta fortalecer la resistencia a la oferta del consumo de drogas.

“El objetivo fundamental de los servicios de prevención de la farmacodependencia establecidos en México consiste en favorecer cambios en los estilos de vida de la población, generar actitudes tendentes al auto cuidado de la salud, crear en la conciencia social condiciones de respaldo hacia las acciones emprendidas por el gobierno contra el uso de sustancias adictivas, y generar una cultura de no-tolerancia hacia el consumo de drogas”. (<http://www.salud.gob.mx/conadic/progfar%20cap2.htm>).

“El objetivo general de la prevención del uso indebido de drogas sería entonces, según un formulario de la UNESCO: evitar o reducir en la medida de lo posible el uso extra médico de las drogas que causan dependencia; pero también, con un criterio más ajustado a la realidad, es buscar la reducción de la incidencia y la gravedad de los problemas individuales y sociales vinculados con el uso indebido de estas sustancias”. (Massun, 1991).

En la bibliografía referente a la drogodependencia, usualmente es confundido el término de prevención con el proceso que va desde el tratamiento hasta la culminación de la rehabilitación y la reintegración del adicto a su grupo social.

La prevención se divide en tres etapas (López y Oseguera 2003):

1) **La prevención primaria;** que se entiende en el sentido correcto de la palabra ya que, se enfoca en prescindir del uso indebido de drogas, fomentando “la educación y responsabilidad respecto a las drogas en aquellas personas que aun no han tenido contacto con alguna de ellas”. Los objetivos de este tipo de prevención son:

- Mantener la no ingesta entre la población
- Concienciar la prevención de las dependencias
- Promover la salud tanto mental, física y social
- Crear talleres con temáticas de autoestima, atención, relajación, aumento de habilidades sociales, etc.
- Hacer buen uso del tiempo libre
- Insertar a todo individuo a actividades: físicas, recreativas, sociales, sensoriales, emocionales, interpersonales, intelectuales, creativas, políticas, etc.

2) **La prevención secundaria;** consiste en descubrir a los usuarios experimentales de drogas y actuar rápidamente para evitar que las sigan consumiendo y se conviertan en fármacodependientes. Es decir, está dirigida a tratar de disminuir el número de personas que consumen drogas de manera ocasional o sistémica con objeto de detener el avance del deterioro de la salud en las primeras fases del desarrollo del trastorno. (López y Oseguera 2003). Así, los objetivos principales en esta etapa son:

- Detección precoz del consumo de drogas
- Intervención en crisis
- Atención educativa a grupos de alto riesgo adictivo
- Instrucción al equipo de salud para el tratamiento tanto individual, familiar y grupal
- Educación a los codependientes

3) **La prevención terciaria;** que consiste en un tratamiento médico y la reintegración social de los drogadictos “recuperados”, teniendo como objetivos:

- Cambiar las conductas adictivas
- Revalorizar la personalidad del individuo y la readaptación social
- La abstinencia total

La presente investigación se lleva a cabo en los dos primeros niveles de prevención antes mencionados. Es decir, el taller está diseñado tanto para los jóvenes que nunca han consumido marihuana y/o cocaína, como para los jóvenes usuarios experimentales de las mismas.

Esto es porque el Taller comprende tanto el mantener la no ingesta de los jóvenes, la promoción de la salud mental y física, el trabajo en las temáticas de atención, relajación, aumento de habilidades sociales, hacer buen uso del tiempo libre, promueve la inserción a actividades: físicas, recreativas, sociales, intelectuales, creativas, etc. Así como, la detección precoz del consumidor de drogas, la información educativa a grupos de alto riesgo adictivo, la información de lugares para la prevención y el tratamiento individual y familiar, la inserción con grupos de bajo riesgo adictivo, la reinserción escolar, deportiva y recreativa, etc.

Por otra parte, la prevención hacia el consumo de drogas muestra diferentes enfoques dentro de los que se encuentran el enfoque ético jurídico, médico sanitario, psicosocial, psicocultural.

a) El enfoque ético jurídico. Tuvo su auge en la década de los 70 s, considerando que el abuso de drogas ilegales es una conducta delictiva que debe ser castigada por la sociedad con la finalidad de evitar su propagación, siendo el individuo consumidor el único responsable del acto, ante el agente corruptor identificado como droga. Así, el drogodependiente es marcado como un delincuente y una persona inmoral expulsada de la protección de su núcleo social, utilizando las amenazas y los castigos como herramientas de prevención para aislar al drogodependiente y a las drogas de los sujetos sanos.

El resultado observado tras la aparición de este enfoque es la segregación de los consumidores de drogas junto con los delincuentes habituales, situación que los marcó como criminales comunes.

b) El enfoque médico sanitario. Es, una visión menos represiva y más humanitaria del farmacodependiente, aunque no deja de ser un enfoque limitado al contexto de la persona. El adicto deja de ser concebido como un delincuente y se percibe víctima de la enfermedad, por lo cual no debe de ser castigado sino atendido para su “cura” (médicamente se considera que la patología reside para siempre en el sujeto). El adicto debe de ser aislado de las demás personas debido a que como cualquier enfermedad de tipo contagiosa puede pasar de una persona a otra.

Para la temática preventiva desde este enfoque, se confía en la información sobre las drogas y los riesgos sobre los daños que ellas causan al organismo humano, bajo el supuesto que, por instinto de supervivencia el ser humano recapacitará y dejará de consumir.

c) El enfoque psicosocial. En él, se reconoce la complejidad y la individualidad de los seres humanos, así como, la influencia determinante de los factores psicológicos y del medio, en el origen de la drogodependencia.

En este sentido, la concepción del abuso de sustancias es visualizada como la dependencia de múltiples situaciones interrelacionadas en las que no es ley que intervengan las medidas represivas o sanitarias. Es decir, “es una respuesta a circunstancias del entorno familiar y social, en el que el individuo como tal desempeña un papel limitado ya que en gran medida éstas no dependen de él”. (Massun, 1991). Por lo tanto, adoptar este enfoque es reconocer que en el abuso de drogas no hay relaciones simples de causa- efecto.

Después de la creación del enfoque psicosocial, los programas creados intentan cubrir las necesidades psicológicas y sociales, tanto individuales como grupales, con base en una estrategia positiva que desarrolle y proponga opciones constructivas frente al consumo de la droga, para lograr la reinserción y la abstinencia.

d) Por último, el enfoque psicocultural, introduce en su visión los factores socioeconómicos y culturales hasta entonces omitidos.

“Una verdadera política preventiva no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica dentro de la cual viven y se desenvuelven los consumidores de drogas, ni dejar de considerar el aspecto propiamente cultural del uso de ciertas drogas por parte de ciertos grupos, particularmente en América Latina”. (Massun, 1991).

CAPITULO IV.

LAS DROGAS.

PANORAMA GENERAL DEL SECTOR SALUD.

Las dificultades de la adicción a las sustancias son un problema relativamente nuevo que ha adquirido gradual importancia en Occidente a partir de la segunda mitad del siglo XX. Más específicamente, aparece en la década de 1960 cuando penetra en los países industrializados. Con el consumo, sobre todo por parte de los adolescentes, se procuraba alcanzar una altura, nirvana o paraíso simulado en el cual se pudiera aparentemente evitar la crisis social, financiera, de valores, política, cultural o educativa en que se encontraba inmerso todo el mundo occidental.

Actualmente, el consumo de drogas se ha vuelto un problema de salud pública debido a los problemas derivados del mismo, ya que no solo afectan a la población de consumidores sino que además, se ven involucradas las personas que se encuentran relacionadas con los adictos.

Existe la certidumbre de que las drogas se encuentran fácilmente disponibles en las grandes y medianas urbes, y ya no en las calles periféricas de las mismas. Ahora se pueden adquirir en cualquier parte, por lo que se observa que las drogas han logrado una jerarquía prodigiosa aunque sean ilegales. Dicho de otra manera, "el consumo de drogas se ha extendido geográfica, económica y cronológicamente". (Echeburua, 1994).

Aunque el consumo de diversos tipos de sustancias se ha dado desde la antigüedad en cuantiosos poblados y culturas, la drogadicción como fenómeno ha adquirido en las últimas décadas una sorprendente importancia por su propagación y, secuelas sociales y salubres.

El problema de la drogadicción ha alcanzado tal magnitud, que en la ciudad de México, "durante el período de 1970 a 1976, la SSA mantuvo la Dirección de Salud Mental, la cual tuvo atribuciones de planeación y programación, así como de operación de servicios, dependiendo de ella once unidades hospitalarias especializadas y algunos módulos de salud mental integrados a centros de salud. Asimismo, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) inaugura el Instituto Nacional de Salud Mental, dando prioridad a la atención de la consulta externa de niños y adolescentes; actualmente se llama Centro de Salud Mental y depende de la Secretaría de Salud.

El programa desarrollado durante esa época estuvo compuesto por el de orden aplicativo general y dos subprogramas: el de atención y prevención a la farmacodependencia y el de psiquiatría comunitaria. Con ellos se realizaron actividades primordialmente de asistencia y prevención.

Posteriormente, en la administración 1976-1982, la unidad orgánica responsable para atender el problema de adicciones fue la Dirección General de Salud Mental, que mantuvo atribuciones operativas y de programación. En esta gestión se destacan los

alcances logrados en el apoyo a la ampliación de servicios especializados en psiquiatría y salud mental, integrados para servicios de salud general, tanto en centros de salud como en hospitales generales, lo que permitió elevar el número de servicios y diversificarlos. Dos áreas complementarias fueron objeto de particular impulso: la formación de recursos humanos especializados y la investigación científica en la materia.

Gestándose a partir de entonces la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, en 1979, antes Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia (CEMEF). En ésta institución, se dio especial énfasis a la atención de adicciones, cada vez con más presencia, por lo cual se fortalecieron los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en ese año. Y posteriormente, se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones, el 8 de julio de 1986.

El entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría, actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INP), desarrolló módulos de rehabilitación para pacientes hospitalizados. Uno de estos programas se puso en operación de 1980 a 1982 en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" e incluyó tratamiento intrahospitalario, participación de la familia y seguimiento extrahospitalario".

La siguiente administración (1988-1994) mantiene el mismo esquema de organización y estructura; sin embargo, se logra identificar la necesidad de apoyar los servicios para partir de iniciativas y recursos provenientes del nivel central, en virtud del limitado respaldo que se le asigna por parte de los estados. En este marco, se aportan recursos que permitan remodelar y equiparar parcialmente a 20 hospitales especializados públicos y se crearán dos nuevos servicios hospitalarios. En el nivel local, algunas unidades fortalecen sus programas que se sitúan en un plano de avanzada modernización de la atención, mientras que otros servicios permanecen sumidos en niveles de atención insatisfactorios, que demandarán esfuerzos considerables para incorporarlos en un proceso de mejora sustantiva... en el inicio de la administración federal 1994-2000, se disponía de una estructura administrativa para cumplir con los acuerdos en el Consejo Nacional contra las Adicciones, de una Dirección de Normas en Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social y se integraron los Consejos Estatales Contra las Adicciones, con diferentes niveles de representación, pero con apoyos administrativos comunes, en aras de una mayor eficiencia y costo-beneficio.

El 15 de septiembre 2000 se publica en el Diario Oficial de la Federación, la creación de un Órgano Desconcentrado de los Servicios de Salud Mental, sustituyendo a la Coordinación de Salud Mental. De esta manera, en la actual administración se cuenta con una Comisión del Consejo Nacional contra las Adicciones, con rango de su secretario dio una Dirección General de los Servicios Salud Mental" (http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/pasm_cap1.pdf).

Actualmente, la Secretaría de Salud brinda servicios preventivos en los Centros de Salud y Unidades Hospitalarias en todo el territorio nacional, empleando programas de fomento a la salud y medicina preventiva. Por medio de la Coordinación de Salud Mental, la S.S.A. cuenta tanto con Centros Comunitarios situados en el D. F. como con Módulos de Salud Mental establecidos en diversas localidades del país.

El CONADIC fabricó el modelo “Construye tu vida sin adicciones”, dependiendo su aplicación de las unidades operativas de los Centros de Integración Juvenil, A. C. En él se incluyen, las campañas realizadas en los medios de comunicación, paquetes preventivos compuestos por videos, los manuales de apoyo, talleres y cursos de capacitación para las personas que trabajan con grupos tanto de adultos, jóvenes y preadolescentes. Este modelo ha tenido gran aceptación, especialmente en la S.E.P.; y su titular ha ofrecido utilizarlo como material oficial de apoyo en las escuelas a partir del ciclo escolar 2000-2001.

“En el Sistema Nacional de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con servicios de psiquiatría y salud mental en hospitales psiquiátricos y hospitales generales de zona, así como en las unidades de medicina familiar. En todos ellos se brindan servicios de atención a problemas de salud asociados al consumo de alcohol y otras drogas como parte de un amplio programa de fomento a la salud y atención de enfermedades asociadas con este fenómeno.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuenta con servicios de salud mental en hospitales regionales y en algunas de sus clínicas, y con fundamento en su Programa de Salud Mental se realizan acciones en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), a través de la Dirección de Promoción de la Salud, creó en 1998 el Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales para contribuir en la disminución de las causas que generan el fenómeno de las adicciones en la población infantil, promoviendo el desarrollo e incremento de fortalezas y factores de protección en los menores, familias y comunidades, a fin de que construyan proyectos de vida positivos con capacidad de respuesta autogestiva ante los riesgos psicosociales que enfrentan. Un proyecto específico para menores, adolescentes y sus familias es el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales Chimalli - DIF, orientado a incrementar las habilidades de protección y competencia social en la resolución de problemas con un sentido propositivo - proactivo, fomentando la participación comunitaria y la creación de redes para favorecer un clima social de protección y desarrollo. El modelo cuenta con materiales preventivos y programas regionales específicos acerca del uso y abuso de drogas” (<http://www.salud.gob.mx/conadic/progfar%20cap2.htm>).

TERMINOLOGÍA RELACIONADA CON EL CONSUMO DE DROGAS.

ADICCION.

La adicción es la actividad compulsiva y la implicación excesiva en una actividad específica. La actividad puede ser el juego, una sustancia, el sexo, etc.

“El término adicción proviene de la palabra latina *addictio* que en el léxico jurídico romano equivalía a haber sido condenado a ser esclavo. La adicción es un fenómeno psicológico y bioquímico, donde el cerebro es anestesiado o estimulado buscando aplacar el dolor, la angustia y la depresión”. (<http://www.amedirh.com.mx/apartados/articulos/art160703/oceanica2.htm>).

Según la OMS, Institución de la Organización de las Naciones Unidas.

La adicción es el “estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por:

- Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio
- Una tendencia al aumento de la dosis
- Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos
- Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad. (Serie de Informes Técnicos, ONU, números 116 y 117, 1957)”. (<http://www.mind-surf.net/drogas/adicciones.htm>).

ADICTO.

“Viene del latín *addictus*, que quiere decir *adjudicado* o *heredado*. Después de una guerra, los romanos hacían una subasta donde regalaban esclavos a los soldados que pelearon bien. Esos esclavos eran conocidos como *addictus*. Entonces entendemos que *adicto*, es un *esclavo* de las drogas”. (<http://etimologias.dechile.net/?adicto>).

Por lo cual, el DSM IV considera a una persona adicta cuando existe un patrón desadaptativo de consumo de sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los siguientes criterios, en algún momento de un período continuado de 12 meses:

“1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)". (<http://biblioteca.consultapsi.com/DSM/Dsmsustancias.htm>).

Aunque es un término que se utiliza con demasiada ligereza, en la práctica psicológica se tiende a no usarlo porque posee un valor estigmatizante sobre el usuario. La OMS ha sugerido que un nombre más apropiado puede ser farmacodependiente pues se ajusta a un pequeño núcleo de personas, entre las muchas que consumen drogas, que poseen una serie de características tales como dependencia física y/o psíquica, tolerancia a estas sustancias, síndrome de abstinencia, etc.

Los sujetos generalistas administran diversas drogas en su cuerpo de manera aleatoria y/o en función de su disponibilidad, mientras que otros llamados especialistas eligen y administran la droga según sus propiedades farmacológicas o debido a su significado social.

DEFINICIÓN DE DROGA.

La palabra droga se ha colado en el lenguaje hace tan sólo quinientos años, el filólogo Corominas refiere la derivación de la palabra del iraní darog con el significado de medicina o remedio, pero indicando que la otra vertiente semántica de "malo", "falso", "adulterado" "trampa"... tan bien instalada en nuestras lenguas, puede muy bien proceder del celta drug.

En sí, droga es el nombre genérico de las sustancias, tanto minerales como vegetales y animales, que se emplean en la medicina, en la industria y en las artes.

Y como para todo término, hay definiciones desiguales del concepto, convenidas primordialmente por su evolución a lo largo del tiempo o por el marco teórico en donde se aplica. A continuación se mencionan algunas explicaciones al respecto.

Vera (1983) refiere que la droga es, toda sustancia que implantada en el organismo vivo, logra alterar una o más de sus funciones. Más tarde, en 1991, Edith Massùn menciona que es un calificativo genérico que distingue cualquier sustancia que al ser introducida en alguna entidad viva causa alteraciones en su organización y funcionamiento normal de manera física y/o mental. Para Gridner (1996) “La droga es una sustancia orgánica que, al ser introducida en el cuerpo, afecta al sistema nervioso es decir, cualquier sustancia ingerida o introducida en el organismo, al modificar y presentarse cambios en el sistema nervioso central la podemos ubicar como una droga”.

Otra explicación menciona que droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración produce una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (<http://mural.uv.es/sovimur/>). También se le define como “aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona, altera el organismo y su acción psíquica sobre la conducta. (<http://www.monografias.com/trabajos11/drogsoc/drogsoc.shtml#QUESON>).

En este contexto, la definición de la Organización Mundial de la Salud (1996), también es importante ya que sus criterios son usualmente aprobados en todos los países. Para ésta organización, la droga es “toda sustancia química que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. Por lo cual una droga es “aquella sustancia psicoactiva con conexión reforzadora positiva, capaz de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasiona en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social”.

Beck (1999), explica: “Las sustancias psicoactivas son productos químicos que afectan el sistema nervioso central, alterando en las personas que abusan de ellos, el pensamiento, su estado de ánimo y/o sus conductas.

La tercera edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R; Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 1987) describe diez categorías de sustancias psicoactivas: alcohol, anfetaminas o agentes simpaticomiméticos o similares, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, nicotina, opiáceos, fenciclidina (PCP) o agentes similares, arliciclohexilaminas y sedativas como los hipnóticas o ansiolíticas.

Cada una de estas sustancias tiene propiedades y efectos únicos. Algunas de ellas tienen poco potencial adictivo (alucinógenos), mientras que otras tienen gran poder adictivo (la cocaína, crack).

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS DROGAS.

Con respecto a la manera de administrarse, hay sustancias que se suelen fumar (nicotina, cannabis y cocaína crack); otras se ingieren oralmente (alucinógenos y sedativos); y algunas más se administran de manera intranasal (cocaína en polvo e inhalantes).

EFFECTOS GENERALES DE LAS DROGAS.

Dentro de los efectos generales que provocan las drogas podemos mencionar diferentes áreas como los:

Efectos toxicológicos específicos: En cuanto a sus efectos, hay drogas que hacen que la persona que las ingiere se sienta fuerte, animada (p. ej., anfetaminas y cocaína); otras provocan un estado de ánimo como la tristeza o la relajación (p. ej., alcohol, hipnóticos y ansiolíticos); mientras que algunas más (p. ej., alcohol y nicotina), producen simultáneamente ambos efectos en el consumidor.

Estos efectos son característicos de cada droga, su grupo y la vía de administración. (Lorenzo 1998).

Efectos antisociales: Se debe aclarar que no todas las personas adictas llevan a cabo todos estos tipos de efectos antisociales, debido a múltiples factores como son el nivel social, cultural, la situación actual del sujeto, el tipo de droga, el grado de adicción, etc. pero los efectos más frecuentes son los hurtos, el incremento en la agresividad, el tráfico ilegal, los homicidios, la prostitución, los accidentes, los suicidios, los conflictos laborales y sociales. (Lorenzo 1998).

Efectos de infecciones o disminución de las defensas: Debido a la falta de asepsia, la administración de drogas por vía inyectable puede dar lugar a cuadros infecciosos como: hepatitis viral, paludismo, endocarditis bacterianas, abscesos subcutáneos, tétanos, tromboflebitis, osteomielitis, infecciones oculares, SIDA, etc. (Lorenzo 1998).

CLASIFICACIÓN DE DROGAS.

Como ya se mencionó con anterioridad, las drogas no causan efectos únicos en los organismos. Por tal motivo estas sustancias son tipificadas de muy diversas maneras, a continuación sólo se abordan algunas de ellas.

La clasificación más utilizada y difundida tanto por medios especialistas y no especialistas, aunque en realidad no tiene un soporte científico para ser respaldada; divide a las drogas en blandas y duras. (Massun, 1991).

Drogas blandas: El nombre de “droga blanda” hacer creer (erróneamente) que no son perniciosas o que no crean dependencia. Sin embargo, producen grandes perturbaciones y crean daños en las capacidades cognitivo conductuales de los usuarios. Por ejemplo: la marihuana y el hachis.
--

Drogas duras: Sustancias que se caracterizan por crear un síndrome de abstinencia extremadamente violento una vez que se dejan de administrar y provocan un alto grado de tolerancia (surge la necesidad de aumentar la dosis para conseguir el mismo efecto o simplemente para no sufrir). Por ejemplo: el alcohol, la heroína, la cocaína.
--

Otra categorización es la de las drogas legales e ilegales. Ello debido a que la sociedad ha permitido el uso de algunas que poseen un respaldo legal nacional y/o internacional debido a su producción, consumo y venta.

En contraste, las drogas ilegales son sustancias que socialmente se han expulsado del uso diario, incluso con la creación de legislaciones que prohíben, y no sólo ello, sino que además sancionan cualquier tipo de producción, venta y consumo de las mismas.

DROGAS ILEGALES	DROGAS LEGALES
Marihuana, cocaína, crack, etc.	Alcohol, café y tabaco.

Para el año de 1975, la OMS estableció una clasificación general de las diversas drogas, la cual divide a estas sustancias de la siguiente manera. (Lorenzo, 1998).

Grupo 1.	Opiáceos.	Dentro de los cuales se encuentra el opio y sus derivados naturales, sintéticos o semisintéticos como lo son la morfina, la heroína, la metadona, etc.
Grupo 2.	Psicodepresores.	En él se encuentran los barbitúricos, benzodiacepinas y análogos.
Grupo 3.	Alcohol etílico.	
Grupo 4.	Psicoestimulantes Mayores.	Anfetaminas, cocaína y crack, anfetaminas katina o norpseudofedrina.
Grupo 5.	Alucinógenos.	LSD, mescalina y psilocibina.
Grupo 6.	Cannabis.	Marihuana y hachís.
Grupo 7.	Sustancias volátiles.	Solventes como el tolueno, acetona, gasolina, tinher, etc.
Grupo 8.	Psicoestimulantes Depresores.	Tabaco, colas e infusiones con cafeína.
Grupo 9.	Drogas de Diseño.	Derivados de feniletilaminas, arilhexilaminas, metacualona.

Por su parte Nató, (2001) clasifica en cuatro grupos a las drogas según sus efectos en el Sistema Nervioso Central de la siguiente manera: (Oseguera 2003).

EFECTO	DROGA
Depresoras	Alcohol Opiáceos Barbitúricos Tranquilizantes
Estimulantes	Hojas de coca Cocaína Cafeína Anfetaminas
Alucinógenas	LSD PCP Mezcalina Psilocibina Hongos diversos
Derivadas de la cannabis	Marihuana Hachís Hachís líquido Otras preparaciones

USO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE LAS DROGAS.

USO.

Massun (1991), considera que el uso consiste en la auto administración deliberada de sustancias toxicomanígenas más allá de los límites generalmente aceptados de la terapéutica o en contra de la legislación vigente”.

Lorenzo, P. Ladero, J. Leza, L. y Lizasoain, I. (1998), describen que “El uso de sustancias es una condición incierta, y su distensión del abuso no es clara. La mayor dificultad estriba en que ambos fenómenos no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión; existen dimensiones sociales, médicas, biológicas, legales, ésta última con peso relativamente mayor. La distinción entre el uso del abuso de las diferentes sustancias depende en gran medida del carácter legal de la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación”.

Consideran que dentro del uso de sustancias se encuentran cuatro categorías: la primera es el uso no aprobado, el cual refiere el consumo ilegal de la sustancia; la segunda es el uso peligroso que establece un conflicto orgánico o un momento inconveniente, sin importar si la sustancia es legal o ilegal; la tercera es el uso dañino que se lleva a cabo por individuos en contextos vitales que sobrellevan a un déficit significativo o total de la tolerancia a lo administrado y, por último el uso que comporta una discusión que describe un patrón no adaptativo de consumo producido por la primacía que toma la administración de una droga o los excesos y que lleva a cierta alteración del funcionamiento psicológico o social.

Cuando se habla sólo del uso de una sustancia, éste no tiene en realidad ninguna significación ya sea clínica o social. Con lo cual se expresa que, el uso, el consumo o utilización se realiza teniendo en cuenta que no se producen efectos de cualquier tipo, por ejemplo: médicos sociales y/o familiares.

ABUSO.

En cuanto al abuso de las sustancias, Oughourlian, (1985) lo describe como el “uso excesivo, persistente o esporádico, incompatible o sin relación con un empleo médico aceptable”. A su vez, lo define de la siguiente manera: “cuando las drogas se toman o se administran en circunstancias o a una dosis que aumentan significativamente su nocividad, sean o no utilizadas con fines terapéuticos, de modo legal o prescritas por el médico”.

En el año de 1986, Madden describe a "la etiología del abuso en la dependencia del alcohol y las drogas como triple: el ambiente, el suelo y la semilla. El ambiente aquí simboliza las influencias culturales que rodean al individuo, sobre todo las que se refieren a los patrones de consumo del alcohol y drogas en la comunidad. El suelo se refiere a la constitución propia del individuo; las potencialidades y defectos del temperamento y la personalidad están determinados de modo de iniciar por la herencia y son moldeados, sobre todo en la infancia, por eventos subsecuentes a la concepción. La semilla implica las

cualidades inherentes al alcohol y las drogas que determinan en que medida pueden inducir al mal uso, abuso o dependencia”.

En cambio, Massun (1991), pudo definirlo como “un uso indebido reincidente, que expone el consumidor al hábito de la droga y de allí al peligro de caer en la farmacodependencia”.

Finalmente, cabe destacar que de acuerdo con la literatura revisada, el abuso es el precedente de la dependencia a una sustancia.

DEPENDENCIA.

“La dependencia, su gravedad física y la seriedad del síndrome de privación varían en razón directa de la cantidad, de la frecuencia o de la duración del uso de la droga”. (Oughourlian, 1985).

Para Massun (1991), la dependencia es “el estado extremo al cual puede llevar el abuso de drogas, quedando el consumidor atrapado por las sustancias. Es decir, que éste siente un impulso irreprímible de tomar la droga acostumbrada, de forma periódica o continua, a fin de experimentar sus efectos o simplemente para evitar el malestar que le produce la ausencia de determinada sustancia”.

Anteriormente en 1982, la OMS ofreció la siguiente definición de la dependencia: “síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y el DSM IV, la dependencia se encuentra caracterizada por un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. De manera más específica el DSM IV refiere que la dependencia se trata de “un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los síntomas siguientes (1: ingesta en cantidad o tiempo superior al pretendido, 2: deseo de abandonar o controlar el consumo sin éxito, 3: inversión considerable de tiempo en la droga, 4: desatención de obligaciones / actividades, 5: uso continuado a pesar de conocer los trastornos derivados); en algún momento de un período continuado de 12 meses”. (Lorenzo 1998).

A su vez, dentro de la dependencia a la sustancia se encuentra una división que hace referencia a aspectos psicológicos, físicos y sociales.

La dependencia física aparece cuando “El organismo se habitúa a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto límite aparece el síndrome de abstinencia”, que es un indicador de la dependencia. (<http://mural.uv.es/sovimur/>).

Actualmente se conoce a la dependencia física como neuroadaptación, es un estado que se caracteriza por constituirse de determinados niveles de droga dentro del organismo, teniendo como factor la tolerancia en el síndrome de abstinencia agudo. Una vez que la droga deja de ser administrada de manera repentina (abstinencia por supresión); o en su defecto, si se aplica una sustancia antagonista (abstinencia precipitada); se presenta un síndrome de abstinencia también llamado de retirada, teniendo como manifestación síntomas físicos y psíquicos comúnmente de gran molestia que desaparecen o decrecientan con una nueva administración de la sustancia o con un sustituto, mismos que cubren el vacío (en materia de neuroreceptores). Este tipo de dependencia es característica de los depresores como el alcohol, los opiáceos (heroína), los hipnóticos y los sedantes. Aunado a lo anterior, es de primordial importancia referirse a la intensidad en la que se presente el síndrome de abstinencia agudo, el depende de igual manera de la cantidad administrada, vía de administración, la frecuencia del consumo, la velocidad de absorción y eliminación, etc. Cuando la droga se excluye de manera gradual los síntomas del síndrome se instauran en el sujeto de manera lenta y progresiva, mientras que cuando la droga es suprimida bruscamente el síndrome aparece de manera inmediata e intensa.

También, dentro de la dependencia física se encuentra la llamada dependencia cruzada, la cual implica que la dependencia física se expande a fármacos de la misma familia por lo que la supresión del síndrome puede ser neutralizada o disminuir con alguno de ellos.

En cuanto a la **dependencia psicológica**, Vega (1993), describe que es una situación en la cual el individuo experimenta un sentimiento de satisfacción y un impulso psicológico que le exige aumentar la manera regular o continúa de la droga que le produce el placer o en algunos casos el malestar.

Massun (1991), explica sobre la dependencia psicológica: “es cuando el individuo llega a sentirse mentalmente incapaz de vivir sin la droga, aunque su cuerpo no la requiera”. Ello, debido a que cuando no se hace presente en el organismo, se promueve una sensación de no estar satisfecho y altos niveles de ansiedad.

La dependencia psicológica es más fuerte y más difícil de “curar” que la dependencia física que manifieste un individuo. Es decir, “es la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o para evitar malestar. Es más costoso desactivar la dependencia psíquica que la física, ya que requiere introducir cambios en la conducta y en las emociones del sujeto que le permitan funcionar sin necesidad de recurrir a las drogas”. (<http://mural.uv.es/sovimur/>).

En cambio, se considera a la **dependencia social** como la necesidad que tiene el individuo por consumir alguna sustancia y así sentirse parte de un grupo social que le proporciona una clara señal de identidad personal. La dependencia lo lleva a tal grado, que después de una crisis, en un período de abstinencia, puede reanudar su consumo para sentirse aceptado por el grupo.

TOLERANCIA.

Para Vega (1993), la tolerancia es un estado de ajuste que se distingue por el decremento de las respuestas a una idéntica cantidad de droga, lo cual crea la necesidad de administrar una dosis superior para inducir un nivel de efecto farmacodinámico igual al anterior.

Massun (1991), considera que “es la resistencia desarrollada por el organismo a los efectos de la droga. A medida que el cuerpo se va acostumbrando a la droga, para alcanzar los mismos efectos necesita dosis cada vez mayores. La tolerancia se desarrolla según la sustancia, la dosis, la frecuencia de uso, el modo de aplicación y la capacidad de resistencia de cada organismo”.

De acuerdo con el DSM IV, para considerar la tolerancia debe existir: a) la necesidad de montos destacadamente progresivos de la sustancia para obtener la intoxicación o el efecto anhelado, b) el resultado de las idénticas cantidades de sustancia decrementa visiblemente con su consumo perpetuado.

La tolerancia, es tipificada de la siguiente manera:

- Tolerancia innata: se presenta cuando la disminución de la sensibilidad a la sustancia es desde la primera administración, lo cual es de alto riesgo debido a que la dependencia a la sustancia puede ser más rápida.
- Tolerancia adquirida: que a su vez se divide en tres categorías: a) farmacocinética, b) farmacodinámica y c) aprendida; ésta última segmentada en: aguda, inversa o sensibilización y cruzada o recíproca.

ABSTINENCIA.

La abstinencia es definida como el período de tiempo en que el consumidor de una sustancia deja de utilizarla.

Seguido de la abstinencia, hace aparición su “Síndrome de abstinencia” el cual refiere al conjunto de signos y síntomas producidos como consecuencia de la reducción o interrupción de la administración de un psicotrópico, después de un tiempo de uso prolongado, o en casos más aislados, por la administración de dosis altas”. (Souza, 2000). Es decir, es una relación existente entre el cuerpo y la droga una vez que ésta no ha sido administrada, el sujeto exhibe un disgusto físico y psicológico, que en ocasiones puede desencadenar la muerte si el drogodependiente no recibe la ayuda pertinente.

SUSTANCIAS MÁS UTILIZADAS COMO DROGAS POR LOS ADOLESCENTES MEXICANOS.

Si bien, el alcohol y el tabaco son las drogas más utilizadas por los integrantes de nuestra sociedad, está claro que son legales y por ende no son vistas de manera despectiva dentro de la misma.

Contrario a lo anterior, es el caso de la marihuana y la cocaína que aunque son demandadas ampliamente por los drogodependiente, al ser ilegales son vistas bajo un lente especial. Es por eso, que su situación se analizara de manera general en los siguientes párrafos.

De acuerdo con el autor, "El Distrito federal ocupa el 0.1% de la superficie del territorio nacional y es habitado por una cantidad aproximada de 8, 483, 623 personas, lo que equivale a más del 10% de la población total del país. En él, al igual que en la generalidad del territorio nacional, se experimenta una clara transición epidemiológica que ha dejado en corto tiempo abajo las enfermedades infectocontagiosas como primer lugar como causa de muerte para pasar a las enfermedades crónico degenerativas, muchas de las cuales se encuentran involucradas directa o indirectamente al uso y abuso de psicotrópicos". (Souza, 2000).

En este sentido, La Encuesta Nacional de Adicciones de la Dirección General de Epidemiológica de la Secretaría de Salud en 1993 muestra que el 3.9% (1,500,000) de los habitantes han consumido drogas ilegales, el índice en el consumo de drogas ilícitas es de 2.1 en los consumidores que oscilan entre los 12 y los 18 años de edad y, el 5.6 de entre los 18 y los 25 años. (Souza, 2000).

La marihuana es la droga que más se usa en México, casi cinco de cada 100 habitantes la han probado. Después se encuentran: la cocaína y los inhalantes (thinner, pegamentos, lacas, gasolina, pinturas, etcétera). El consumo de cocaína ha crecido notablemente, ya que en los últimos cinco años se triplicó la cantidad de personas que la prueban. En el mismo lapso, los que experimentaron con marihuana aumentaron de 1.4 a 2.25 millones. (Rice, 2000).

"En México, la edad en la que se utiliza por primera vez alguna droga se encuentra entre los 10 y los 18 años; en el caso de la unión americana, los niños prueban el alcohol a los 12 años, mientras que se experimenta por primera vez con marihuana a los 13 años" (Souza, 2000).

CANNABIS O MARIHUANA.

La marihuana es una mezcolanza de color verde o gris de hojas y flores secas, seccionadas en fragmentitos, de la planta *Cannabis sativa*. Originaria del Asia central, al norte del Himalaya, es una planta alta de cultivo anual, que puede alcanzar en su madurez una altura de entre 1.20 m y 4. 48 m, se adapta a variedad de climas, requiriendo escaso cultivo y crece en las zonas templadas de todo el mundo.

Se conocen más de 200 palabras sinónimas de la marihuana dentro de las cuales se encuentra: herb, boom, weed, Mary Jane o Mari Juana, pot, gangster y chronic. Comúnmente se fuma utilizando una pipa o como un cigarrillo al cual se le llama churro, toque, joint o nail. Ordinariamente se fuma en grupo, por lo que la pipa o el cigarro pasa de un consumidor a otro. Al calcinarse origina un hedor duro y corrosivo similar al de un patate quemado, por lo que en atención a razones estéticas se disimula quemando incienso al mismo tiempo.

La Marihuana es conocida desde hace por lo menos 8000 años. Existen referencias históricas del uso del cannabis en la nación China casi 3000 años a. c.; en donde era empleada de manera terapéutica para combatir padecimientos reumatoides y de malaria.

En sus inicios fue utilizada en el área textil para la producción de vestimenta y de sedas, desde hace 4000 a 5000 años, pero también fue conocida en la zona Asiática Central y la China por sus efectos psicoactivos. Consecutivamente, algunas religiones la usaron como parte de sus ritos sacramentales. En la India, sus propiedades de intoxicación se revelaron hace aproximadamente mil años, también servía a manera de medicamento y sus semillas, después de esterilizadas, se utilizaban como alimento para pájaros.

En la Edad Media, por el año de 1096, el jefe de la secta de origen Mahometano Hassen I Sabbah, acreditado como el viejo de la montaña, se separa del islamismo generando una secta denominada los hashashin; los cuales entraban en éxtasis con el hashish (exudado resinoso que se presenta como pastillas que son fumadas en un cigarro junto con el tabaco). Ellos fueron populares por sus faltas justificadas por delitos de infidelidad.

Antiguamente se creía que cuando el clima en el plantío es caliente y húmedo, la planta originaba un pie fornido y un tallo nervudo que servía excelentemente para fines textiles, pero que su fortaleza intoxicante era escasa. Por el contrario, si el clima era cálido, seco y soleado, la planta poseía propiedades textiles pobres, pero mayor eficacia intoxicante, probablemente debido a la sustancia resinosa producida por la planta como protección, ante el calor.

El estudio de ésta droga desde un punto de vista científico, se da por primera vez en Francia a finales del siglo XVIII. También es en ese lugar, en donde se extendió su uso dentro del mundo cultural de la Bohemia. Posteriormente en los inicios del siglo XIX, su consumo se hace epidémico entre los moros, a tal grado que Napoleón al efectuar su campaña en territorio egipcio hizo público un rígido tratado para limitar su uso y controlar su distribución, así como sancionar su consumo. Pero aún así, se propaga cada vez más por

Francia, lugar en el que a mediados del mismo siglo se instituye el club de los fumadores de marihuana, compuesto por escritores, poetas, novelistas, pintores y músicos famosos.

El monopolio de su uso entre la sociedad intelectual continuó durante la primera mitad del siglo XX y fue en los años sesentas y setentas que el consumo la droga se extendió a otros sectores de la población. Principalmente fue la corriente "hippie" quien la utilizó como técnica de autoexploración y experimentación para la juventud norteamericana. A partir de ésta época su consumo en Occidente se ha ido reduciendo, siendo sustituida por el hachís que se ha extendido en círculos de diferente origen social.

En los últimos años se han encontrado blunts, o cigarrillos comunes en los que se ha reemplazado el tabaco por marihuana, muchas veces combinada con otra droga como el crack, para acrecentar el volumen se agregan adulterantes como tabaco, hierba, etc. La mixtura más débil se combina de hojas maduras secas y vástagos floríferos de la planta femenina, con un 5% a un 8% de resina. Ésta emulsión, se usa mucho en países en los que los estatutos sobre las drogas son laxas. La mixtura media se elabora formando una manicura o trituración con las hojas y flores que prontamente se secan perfectamente, realizando un procedimiento que comprime la marihuana de manera que rinde un contenido increíble del 40%. Puesto que la resina es soluble en aceite o alcohol, se suele colocar en algunos de estos agentes, siendo filtrado el grueso por destilación. Cabe mencionar que algunos usuarios también la usan para hacer té, galleta o rapé en donde se apretuja en una bolsa de papel, en una lata o se comprime entre ladrillos o llaves de un kilo de peso.

La flor femenina no fecundada es la que ofrece superior cantidad de jugo, por lo que para que haya más cantidades de THC (delta-9-tetrahydrocannabinol, principal ingrediente activo) es preciso podar y espulgar las plantas masculinas. Hay que cortar las plantas antes de que se desarrollen para que no se pierda el vigor de la resina.

Desde la dimensión toxicológica se puede asegurar que el cigarro tradicional de marihuana de las décadas de los 60s y 70s, contenían una concentración promedio del 1 al 3% de THC y una cantidad de 10 mg de THC aproximadamente. En el cigarro de las décadas de los 80s y 90s, la concentración de THC aumentó del 6 al 20%, con un contenido de THC que oscila de 60 a 200 mg. Tal realidad, considera que los jóvenes reciben hoy en día una droga mucho más potente y por ende más perjudicial para la salud que en décadas anteriores. (www.eradicaciones.org/Revista/numero9/pdf/marihuana.pdf).

Según Ashton, C. (2001), el principio activo más importante de la marihuana es el Delta 9 Tetrahydrocannabinol (THC). Sin embargo se hallan otros agregados naturales en pequeñas fracciones de la planta, pero con menor efecto psicoactivo, como el delta 8 Tetrahydrocannabinol, el Canabinol, y el Canabidiol que no cuenta con efecto psicotrópico, pero sí con un efecto anticonvulsivo).

Macfadden, W (2001) y Woody, G (2001), refieren que el receptor determinado del THC, nombrado CB1 se localiza en cerebros humanos y nervios periféricos asimismo en cobayos, monos y cerdos. Posteriormente se consiguió establecer un segundo receptor registrado como CB2 el cual se encuentra en el bazo y en otras células inmunes. Subsiguientemente se aisló un ligado endógeno conocido como anadamida, mismo que

posee actividad farmacológica de tipo sedante y tranquilizante. Debido a que una gran proporción de estos receptores se localizan en el cerebelo y en los ganglios basales, se puede explicar su actividad catapléxica. Otros niveles intermedios se descubren en la circunvolución dentada en el hipocampo, y las capas I y IV de la corteza cerebral, la cual se involucra de sobremanera en el accionar de la memoria a corto plazo y el proceso cognitivo.

Por estas razones, "En 1924, durante la Segunda Conferencia Internacional del Opio, comienza a considerarse a la marihuana como droga peligrosa, pero es hasta 1948 cuando la OMS establece que su uso es peligroso desde todo punto de vista: físico, mental y social, condición que fue reafirmada por la Convención única sobre Fármacos Narcóticos celebrada en 1961. Finalmente en 1971, la DEA ubica a la marihuana como Droga de Control en el rubro I, dentro de las drogas que no tienen uso médico y con alto poder adictivo" .(www.erasdicciones.org/Revista/numero9/pdf/marihuana.pdf).

"En cuanto a los efectos de la marihuana, las acciones en el área perceptiva con alteraciones en el tiempo, han generado la denominada "desintegración temporal" y los efectos en las áreas psicomotoras han adquirido una relevancia sustantiva en el ámbito de la salud pública, donde la marihuana ha empezado a aparecer como principal droga ilegal vinculada a accidentes de tránsito. A su vez, se observó en estudios en pilotos de aviación con aparatos de simulación, que una sola ingesta de 20 mg de THC puede generar efectos adversos en las habilidades de manejo, que pueden prolongarse hasta el 2do día tras el consumo, aún cuando la persona no se percate de tales perturbaciones". (www.erasdicciones.org/Revista/numero9/pdf/marihuana.pdf).

La potencia de la marihuana, la cantidad fumada y hasta la constitución física y psicológica del consumidor mediarán el que llegue a la altura o intoxicación en unos minutos y que se mantenga así de 4 a 24 horas. Frecuentemente, los efectos permanecen de tres a seis horas, debido a que la sustancia o mejor dicho el intoxicante de la marihuana llega velozmente al torrente sanguíneo actuando a la vez sobre el cerebro y sobre el sistema nervioso, por ende, las emociones pueden variar de excesiva cordialidad a exacerbación maniática, euforia, locuacidad, un estado de relajamiento risueño y espasmo de tos.

Las consecuencias del uso de la marihuana, a breve plazo, incluyen problemas en la memoria, la atención y el aprendizaje debido a que ciertas habilidades críticas están alteradas en aquellas personas que la usan con mucha frecuencia. Aún después de discontinuar su uso por 24 horas, puede subsistir síntomas como: percepción distorsionada, dificultad para pensar y resolver problemas, pérdida de la coordinación del control de brazos y piernas, reflejos más lentos y deficiencias en el juicio de tiempo y espacio, un aumento en el ritmo cardíaco, ansiedad, ataques de pánico, el aumento de presión sanguínea, descenso de la temperatura, hambre, sed, dilatación de las pupilas y enrojecimiento de los ojos.

Además, cabe señalar que su uso crónico o excesivo, puede acarrear inflamación de los bronquios; ya que la persona que fuma marihuana frecuentemente puede presentar los mismos problemas respiratorios que los fumadores de tabaco. Entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran: tener tos y flema a diario, síntomas de bronquitis crónica y

mayor frecuencia de catarros, funcionamiento anormal del tejido pulmonar debido a su destrucción o trauma; cefalalgias; nauseas y vómitos.

COCAINA.

Proveniente del árbol de coca, *Erythroxylon coca*, que crece principalmente en las regiones montañosas tanto de América Central como en las de Sudamérica, específicamente en países como: Bolivia, Brasil y Chile y de manera espontánea en nueva Granada, Argentina. El arbusto de coca es una planta leñosa de coloración pardo-rojiza con una estatura de entre 1.20 y 3.60 metros, el color de sus hojas es verde, el de sus flores blanco y el de sus frutos rojizo. Las hojas crecen con una forma oval lanceolada, con medidas aproximadas de cuatro a ocho centímetros de largo y de dos a cuatro centímetros de ancho. En condiciones favorables la productividad del árbol puede ir desde tres a cuatro cosechas anuales por un período de treinta a cuarenta años de vida (desde los tres a cinco años de plantación puede iniciarse la cosecha).

La manera habitual de consumirla es por inhalación a través de la nariz (clorhidrato de cocaína). Sin embargo, los abusadores fuertes igualmente la consumen inyectándose directamente en las venas. Los usuarios, sobre todo de clases acomodadas, la consideran contemporáneamente como parte de sus rituales.

El crack es una forma de cocaína, es más barata y muy disponible, se muestra en minúsculos fragmentos con “aspecto de jabón” y se conoce vulgarmente como piedra. Cuando se origina la inmunización temporal o la tolerancia a los efectos de la cocaína cuantiosos consumidores aumentan la dosis. La cocaína puede ser aspirada, inyectada o fumada. El crack es el resultado de calentar la cocaína con levadura en polvo.

“El cultivo de la coca en las laderas de los andes ecuatorianos y peruanos se remonta a 1 5000 años a.C. y parece ser que los conquistadores incas aprendieron de los primitivos habitantes de esta zona la utilidad de mascar las hojas de coca, convirtiéndola en su planta divina. El nombre coca deriva de una palabra de pronunciación similar de origen aimará, cuyo significado sería *el árbol*. Al parecer, el uso de la coca guarda relación con la leyenda de Manco Capac, el hijo del Sol, que descendió de los cielos sobre las aguas del largo Titicaca, para enseñar a los hombres las artes y la agricultura y regalarles la coca.

En un primer momento, la categoría sagrada de la planta hizo que su uso estuviera restringido a la nobleza inca y a la clase sacerdotal, y es muy posible, aunque es un tema en discusión, que sólo poco antes de relacionarse con los españoles se extendió sus consumo al pueblo llano como un instrumento para incrementar la productividad.

Sea como fuere, el hecho cierto es que a partir de la conquista española se difunde ampliamente su uso entre la población indígena y las primeras noticias ciertas que se tienen sobre su uso datan de la época en que Pizarro conquistó Perú (1532), época en que los indios mascaban hojas de coca para aumentar su resistencia al frío, al hambre y a la fatiga originada por el trabajo.

Con la dominación española se produjo primero un rechazo eclesiástico a la planta por considerarla proclive a favorecer la supersticiones de los indios. Así, a mediados del siglo XVI, cuando el cultivo de la coca se hallaba en pleno apogeo, el Segundo Concilio de Lima (1577) prohibió expresamente su consumo por los indígenas. Estas disposiciones no

fueron atendidas en su totalidad, ya que perjudicaban también a los intereses de los propietarios españoles, dado que el trabajo forzado de los indios en las minas y plantaciones se solía pagar con hojas de coca. Asimismo el consumo de coca se mantuvo entre los indios, hasta el extremo de que la costumbre de masticar el *acullico*, una pequeña bola formada por la mezcla de las hojas de coca, cal y ceniza vegetal, ha durado hasta la actualidad en muchas regiones del antiguo imperio de los incas como remedio a la fatiga y al hambre". (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain 1998).

A finales del siglo XVI, la planta de coca, fue introducida a España para ser utilizada como medicina y manipulada por su supuesta acción afrodisíaca. Pero la iglesia católica declaró que su utilización era inútil, pernicioso y talismán del diablo, por lo que prohibió su masticación y promovió la pena de excomunión a quien la utilizara.

La medida anterior, llevó a que la coca no fuera utilizada en Europa sino hasta el siglo XIX con nuevas investigaciones científicas. En 1855, Gaedecke extrajo el alcaloide eritroxilina de las hojas y, en 1860 Niemann aisló la sustancia que actualmente se llama cocaína.

"En los años 1880, el célebre psicoanalista Sigmund Freud se hizo consumidor de cocaína, aparentemente por curiosidad científica y probablemente, según algunos de sus biógrafos, como automedicación a sus depresiones y dolores debidos posiblemente a un cáncer. A él se deben las primeras descripciones de los efectos tras la toma de la droga, ya que en 1894, hizo una serie de experimentos y mientras desarrollaba su trabajo en el Hospital de Viena se administraba cocaína anotando sus efectos: *Buen humor, acompañado de una sensación de seguridad, de posesión de sí mismo, de fuerza y de aumento de la capacidad para trabajar*". (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain 1998).

Además, Freud empleó la cocaína para tratar la adicción a la morfina de su amigo Von Fleishl, quien terminó siendo adicto a la cocaína y el primer caso documentado de psicosis cocaínica. También, la administró para desintoxicar a alguno de sus pacientes morfínomanos (en su obra *Uber coca*). Por su parte, aconseja su utilización en el tratamiento de la depresión, el alcoholismo, la morfinomanía, el asma y los problemas gastrointestinales.

Aunque Freud fue quien descubrió que administrando la cocaína por vía oronasal se producía inestabilidad en la lengua y la mucosa orofaríngea (preludio de ser anestésico local), fue Koller quien la empleó como tal, en oftalmología, para comprobar sus propiedades vasoconstrictoras y anestésicas.

En el siglo XIX la coca fue reintroducida Europa por un químico y empresario llamado Mariani Wine, quien elaboró una infusión de hojas de coca en vino que recibió el nombre de, *vino de coca Mariani* o *vino peruano*; su eslogan era: "conserva y refresca el organismo y el cerebro y ha ganado merecidamente su excelente reputación y gran superioridad sobre todos los otros tónicos. Su acción es más eficaz y rápida. Puede tomarse durante cualquier tiempo, con perfecta seguridad, sin causar lesiones en el estómago y jugos gástricos.

Por el contrario... médicos eminentes... recomiendan urgentemente su uso para el tratamiento de anemias, la consunción, debilidad de los pulmones, asma, debilidad nerviosa, pérdida del apetito, molestias del paludismo, bilis, trastornos gástricos, dispepsias, languidez y fatiga, pérdida de fuerza y debilidad por excesos y para enfermedades similares de la misma naturaleza... se ha comprobado que en el mismo tiempo podrían realizarse el doble de labores y trabajo cuando se usaba el vino peruano de coca y no se experimenta fatiga alguna".

Al mismo tiempo, se elaboraron bebidas sin alcohol que contenían coca mezclada con cola nitida (cola rica en cafeína) y fue la base de la Coca Cola hasta 1904 cuando las Autoridades Federales de los Estados Unidos de Norteamérica descocainizaron la bebida. En sus inicios era anunciada como "tónicos cerebral de mucho valor y cura para todas las afecciones nerviosas: dolor de cabeza, neuralgia, histeria, melancolía, etc."

A principios del siglo XX se resolvió inspeccionar el cultivo de coca, ya que al haberse aislado la cocaína los efectos de ésta, eran más agresivos que los de las hojas, por lo que se originaron problemas de drogadicción cocaínica. El uso de esta sustancia se extiende entre los habitantes de E.U.A. a pasos agigantados, mientras que en las regiones europeas su consumo sólo se daba en ambientes artísticos y bohemios, aunque tuvo su auge durante la I Guerra Mundial (1914 1918).

Más recientemente, en los Estados Unidos de Norteamérica se valora que 10 millones de habitantes consumen cocaína y que 5 millones más han tenido experiencia con ella, es decir, sólo experimentaron su consumo. De acuerdo con información del Instituto Nacional de Abuso de Drogas, cerca del 20% de los adultos jóvenes que tienen entre 18 y 25 años de edad la consumieron en el año 1979, el doble fue reportado en una encuesta realizada en el año 1977, y otro estudio hecho por la Escuela de Medicina de Harvard indica un incremento en su consumo por los estudiantes universitarios.

"Algunos adictos que participaron en una encuesta en E.E.U.U., dijeron que además de los trastornos físicos genera problemas sociales, familiares, financieros y laborales relacionados con el uso de la cocaína, entre ellos:"
(<http://www.nida.nih.gov/Infofax/Marijuana-Sp.html>).

PROBLEMA	PORCENTAJE
Pérdida del empleo.	25%
Pérdida del cónyuge.	25%
Pérdida de amigos.	51%
Pérdida de todos los recursos monetarios.	42%
Ausentismo combinado con una disminución de la productividad en el trabajo.	40%

De esas personas el:

PROBLEMA	PORCENTAJE
Accidentes automovilísticos al conducir en estado de intoxicación.	11%
Vendido cocaína y robado en los lugares de trabajo o a familiares y amigos para comprar cocaína.	39%
Esfuerzos reiterados por disminuir su uso, sin poder abstenerse de usar cocaína durante un mes.	67%
Indicaron que la cocaína les interesaba más que la comida.	71%
Que la cocaína les interesa más que las relaciones sexuales.	50%
Refieren interesarse más por la cocaína que por los amigos.	64%
Preferencia por la cocaína en comparación con las actividades familiares.	76%

(<http://www.nida.nih.gov/Infofax/Marijuana-Sp.html>).

A pesar de los esfuerzos rigurosos e intensos de las autoridades, la cantidad de cocaína que se introduce de contrabando en (por ejemplo) los Estados Unidos continúa aumentando a pasos agigantados, de 25 toneladas en 1980, a unas 125 toneladas en 1985". (<http://www.nida.nih.gov/Infofax/Marijuana-Sp.html>).

En cuanto a su apariencia física, la cocaína, es blanca, cristalina, amarga e inodora y entumece los labios y la lengua. Es cierto que sobre su ingesta hay una gran discusión sobre si es favorable o no, debido a que contiene 14 alcaloides naturales con propiedades anestésicas y estimulantes dentro de los que se encuentran: la *ecgonina* que metaboliza grasas y glúcidos, *atropina* que produce sequedad respiratoria, *pectina* que es un antidiarreico, *papaina* la cual acelera la digestión, *iligrina* que estimula las glándulas salivares, *globulina* quien regula la carencia de oxígeno en la sangre, la *pyridina* acelera el funcionamiento del cerebro, la *quinolina* evita la caries, la *reserpina* regula la presión arterial, la *conina* y *cocamina* son anestésicos, la *benzoína* contrarresta la gastritis y úlceras, y por último; la *insulina* que produce células de la sangre. Además de los alcaloides, contiene proteínas y carbohidratos, posee vitaminas y minerales que completan la alimentación del ser humano. Por lo que tiene la capacidad para establecerse como un buen alimento.

Lorenzo (1998), refiere que la intoxicación aguda por cocaína se caracteriza, fundamentalmente, por manifestaciones de hiperactividad noradrenérgica y dopaminérgica que altera a los aparatos y sistemas del organismo humano. Las manifestaciones clínicas que comúnmente aparecen son:

APARATOS Y SISTEMAS.	MANIFESTACIONES.
En el aparato cardiovascular	Palpitaciones, taquicardia o bradicardia, arritmias, hipertensión, infarto de miocardio, espasmo cerebro vascular, hemorragias cerebrales, vasoconstricción periférica, coagulación intra vascular diseminada, paro cardíaco.
En el aparato respiratorio	Taquipnea, respiración irregular, parada respiratoria.
En el aparato digestivo	Anorexia, náuseas, vómitos, diarreas.
En el metabolismo	Hipertermia con sudoración y acidosis láctica.
En los ojos	Midriasis, vasoconstricción conjuntival, nistagmus vertical.
En el sistema nervioso central	Ansiedad a medida que desaparecen los efectos los euforizantes, confusión, irritabilidad, euforia, alucinaciones visuales y táctiles, alteraciones de la percepción, reacciones paranoides y convulsiones tónico clónicas

Los efectos de una intoxicación con cocaína, generalmente duran treinta minutos, e inmediatamente el cocainómano debe aspirar más, en cantidades progresivas, para salvaguardar las sensaciones causadas (tolerancia).

La dependencia psicológica es extremadamente fuerte, situación que provoca acentuación en su consumo. Los resultados euforizantes de ésta droga son demasiado poderosos debido a que altera rápidamente la afectividad incitando una impresión de supremacía y de fuerza, así como también aceleración del ritmo cardíaco y del pulso, aumento de la presión sanguínea, dilatación de las pupilas, sentimientos que van seguidos de una reducción en el agotamiento y que subsisten encubiertos bajo los resultados de la intoxicación.

Lorenzo (1998), clasifica los efectos psicopatológicos de acuerdo a lo que busca la persona. En primer lugar aparecen aquellos que son catalogados por el consumidor como positivos. Entre ellos se encuentran dos series de manifestaciones; a) **las vivencias como:** un aumento de las cualidades psicológicas (euforia, hiperactividad, lucidez, hipervigilancia, mayor conciencia sensorial seguida de alucinaciones o confusión cognoscitiva ya sea sexual, auditiva, táctil o visual, el aumento de la autoconfianza, la autoestima, el

egocentrismo y la megalomanía; y b) **el incremento de las cualidades corporales como:** un incremento en su energía, insomnio, inhibición de la sensación de fatiga, hambre y sed.

En contraste, se encuentran los efectos psicopatológicos indeseados por la persona consumidora, dentro de los cuales se implantan; a) los síntomas físicos como: la hipertensión arterial, la taquicardia, la sudoración y el temblor de las extremidades, resultado de la descarga simpática generalizada que tiene lugar y, b) los síntomas clínicos de la ansiedad-depresión como lo son: la inquietud, el decaimiento y el malestar general.

Concretando, en los efectos psicopatológicos por intoxicación de cocaína cabe destacar que ciertas vías de administración como lo son la pulmonar e intravenosa, y la farmacocinética de la cocaína causan mayor propensión a la construcción de cuadros psiquiátricos.

Lo anterior debido a que los efectos que el usuario cataloga como positivos desaparecen rápidamente, dejando como secuela la ansiedad y la irritabilidad lo cual impulsa al sujeto a una administración repetitiva y compulsiva de la mayor cantidad de cocaína que se tenga en ese momento, creando lo que se denomina como “borrachera cocainica”. Es decir, consumos compulsivos con intervalos de diez a quince minutos, denominados atracones. Esto, es similar a una manía: desinhibición eufórica, grandiosidad, impulsividad, irritabilidad, generosidad atípica, hipersexualidad, agitación psicomotora extrema, ideación paranoide (no reglamentaria). Aunado a ello se encuentran taquicardias, arritmias, hipertensión, midriasis, sudoración, náuseas y vómitos, fiebre e incluso colapso cardíaco. En algunas ocasiones se hace presente el episodio maniaco, el cual es, la presencia de los síntomas aún y cuando no haya consumo de cocaína. (Lorenzo 1998).

Por otra parte, dentro de las alteraciones que también pueden hacerse presentes durante o inmediatamente después del consumo de cocaína son:

Los trastornos por ansiedad: manifiestos por una crisis de pánico hacia la muerte, los cuales aparecen en el 50% de los consumidores. Así como, los trastornos psicóticos agudos causados por ideas delirantes paranoides acerca de comportamientos agresivos u homicidas o alucinaciones táctiles de fornicación. También, Cuadros de delirium: una grave psicosis orgánica con desorientación y desregulación vegetativa. (Lorenzo 1998).

Trastornos depresivos: cuando se realizan consumos regulares de dosis altas y repetidas, mimetizando la depresión con melancolía a excepción de su breve duración, lo que produce ideas suicidas transitorias (pueden tener consecuencias letales). El estado eufórico mantiene un período aproximado de una hora, y sus consecuencias son: el cansancio, los trastornos del sueño, los vómitos, las náuseas, la apatía y la angustia, así como la posibilidad de estados alucinatorios a nivel auditivo, visual y/o táctil; situación que provoca el riesgo de una nueva ingesta de la droga. (Lorenzo 1998).

Otros efectos psicopatológicos por el consumo crónico de cocaína son: a) la seguridad, debido a que han pasado largo tiempo consumiendo la droga y no parece tener repercusiones en su organismo ni su psiquismo, además de sus relaciones socios familiares y laborales, más sin embargo, sólo es un período asintomático; y b) el fenómeno de encendido (kindling), es una manifestación que incrementa la sensibilidad y la responsabilidad de varios sistemas neuronales, lo cual explica el incremento progresivo del estado de ansiedad, irritabilidad, de las ideas y del comportamiento paranoide, aún sin existir un incremento en las dosis administradas.

Dentro de los trastornos psiquiátricos más comunes se encuentra la esquizofrenia paranoide: desarrollos delirantes, principalmente de tipo paranoide; trastornos del estado de ánimo (episodios depresivos y maníacos) y crisis de pánico. "Los sujetos con trastornos psicóticos inducidos por cocaína presentan habitualmente un comportamiento muy violento congruente con la idea delirante. En relación a los trastornos afectivos, un 20% de los casos son de tipo bipolar. Por otra parte, la crisis de pánico que crea en un primer momento sólo ocurre como efecto directo del consumo de la droga, más tarde tienen lugar de manera espontánea, es decir sin la presencia de la sustancia". (Lorenzo, 1998).

Otros efectos a largo plazo que suelen presentarse (dependen de la dosis y la frecuencia de la inhalación) son: erosiones de la mucosa nasal a lo cual se le llama rinitis, ulceración, decadencia en el tejido cartilaginosa, afectación de los pulmones y problemas respiratorios.

La dosis mortal de cocaína, por inyección endovenosa es de un gramo aproximadamente. Ello debido a que el efecto de la administración es más rápido y el sentimiento de "high" es también mayor. Una sobredosis de cocaína puede producir la muerte por depresión del centro respiratorio debido a fibrilación. De la misma manera, puede provocar la muerte por envenenamiento, los síntomas son: sudor frío, convulsiones, desmayos y la interrupción de la respiración, causada por convulsiones múltiples, seguidas de paro respiratorio y cardíaco. Adicionalmente, los individuos que se inyectan, pueden padecer hepatitis u otras complicaciones, causadas por el uso de material no esterilizado, como el VIH/SIDA.

En lo concerniente a la actividad sexual de los adictos, existen diferentes teorías sobre los efectos que pueden presentarse. Una ellas explica como exalta la función sexual al estimular el SNC, desahoga la inhibición e incrementa la autoconfianza y que interviene por sugestión al ser vista como símbolo de la " dulce vida". Lo que sí es seguro es que el uso crónico induce la pérdida de la erección y la eyaculación en el hombre y produce frigidez en la mujer.

Finalmente, cabe destacar que los hijos de consumidores de droga, si se usa durante el embarazo, sufren trastornos físicos y/o trastornos mentales entre los que destacan: problemas de la vista, impedimentos graves del aprendizaje o retraso mental, deformidades, problemas motores graves, insuficiencia renal, parálisis o dificultades respiratorias, daños irreversibles en el cerebro y/o defectos congénitos en el feto. (Debido a la distribución de ésta sustancia y a la desvalorización en su precio, es posible que muchos niños de las próximas generaciones presenten estas consecuencias).

En sus reportes semestrales la Dirección General de Epidemiología (DIES) por medio del Sistema de Reporte de Información de Drogas (SRID) llevó a cabo un seguimiento de las drogas consumidas en México a partir de 1987 a 1997, en el cual, se refiere que el SRID ha captado un total de 9 228 usuarios de drogas en instituciones de salud y de procuración de justicia social en el área metropolitana del DF. Reportándose en primer lugar la marihuana con el 70% y en tercer lugar la cocaína con el 21%. La marihuana mantiene su nivel de consumo elevado, mientras que la cocaína reporta un incremento de diez veces en el transcurso de esa década. (Abundiz 2001).

A su vez, la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar (ENUDCE) llevada a cabo en 1991 revela: “la muestra (61 779) conformada con alumnos de educación básica (secundaria) y media superior, cuyas edades oscilaron entre los 13 y los 18 años; también se consideró un gran número de estudiantes normalistas (2 207) y de profesores de educación primaria en servicio (2 445). En los estudiantes normalistas las edades fluctuaron entre los 17 y los 22 años (o un poco más) y entre los profesores se consideraron dos grupos; uno de 18 a 34 años y otro de 35 a 65 años”. (Velasco 2003).

En la encuesta se consideraron tres rangos de uso: “alguna vez en la vida”, “en los últimos 12 meses” y “en el último mes”.

	alguna vez en la vida	en los últimos 12 meses	en el último mes
Estudiantes de educación secundaria y media superior	8.23	4.25	2.49
Estudiantes normalistas	9.74	4.35	2.08

En la siguiente tabla se muestran los rangos correspondientes a “una vez en la vida” y el orden porcentual de las sustancias investigadas:

Sustancia	Estudiantes de secundaria y enseñanza media superior	Normalistas
Alcohol	49.69	76.57
Tabaco	29.45	45.72
Marihuana	1.54	2.31
Cocaína	0.74	0.41
Crack	0.25	0.05

(Velasco 2003).

Por lo que puede observarse a través de la explicación hasta aquí desarrollada, el incremento de la drogadicción entre los jóvenes es un asunto de salud pública de tal magnitud que debe ser atendido de manera inmediata para revertir los efectos que produce en las presentes y futuras generaciones.

En éste sentido es fundamental la intervención de expertos en la materia que pongan en práctica los diversos enfoques o modelos explicativos de la drogodependencias y las terapias que de ellos se desprenden. Debido a la utilización de las técnicas cognitivo conductuales en el Taller de prevención, se hará la revisión teórica tanto de la terapia cognitivo conductual como de las técnicas utilizadas dentro de la misma en las siguientes páginas.

CAPITULO V.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

Para A. Beck, la terapia cognitivo conductual es “la aplicación del modelo cognitivo a un desorden particular, empleando para ello distintas técnicas diseñadas para modificar las creencias disfuncionales y los errores del proceso de la información característicos de cada desorden”. (Mahoney, 1998).

“La meta inicial de la terapia es, conseguir el alivio sintomático, ayudando a los pacientes a ser concientes y cuestionar sus pensamientos e imágenes automáticas. Se cree que para que el cambio sea duradero, hay que centrarse, avanzada la psicoterapia, en la reestructuración de las actitudes disfuncionales y del sistema de creencias responsables de los pensamientos automáticos”. (Mahoney, 1998).

En palabras de Rogers (1984), la finalidad de la terapia no es en si la resolución de un problema concreto, sino, el encontrar junto con el individuo la manera en la cual pueda afrontar tanto la problemática actual como las que surjan posteriormente de una manera más coherente. Así pues, una vez que el individuo logra enfrentar los problemas de manera responsable, independiente y de manera menos confusa y más organizada, será capaz de afrontar las situaciones de riesgo que se le presenten.

Si bien la terapia cognitiva utiliza una gran variedad de métodos pertenecientes al modelo conductual, el objetivo principal es ayudar al sujeto a probar y modificar las creencias sobre sí mismo, prestando atención a las situaciones, a los pensamientos y a los sentimientos que en él se hacen presentes.

“Una de las aportaciones más importantes al aplicar la terapia cognitiva ha sido la formulación de un modelo cognitivo específico para cada uno de los nuevos trastornos. Uno de los temas centrales en todas las aplicaciones es el marco general de la teoría cognitiva, que sostiene la existencia de un sesgo en el proceso de la información que ocasiona un comportamiento disfuncional, o una angustia excesiva o ambos. En segundo lugar, las creencias específicas incorporadas dentro de estructuras relativamente estables – esquemas – son las que conducen hacia estas dificultades”. (Mahoney, 1998).

La terapia cognitivo conductual se desarrolla en sus inicios para el tratamiento depresivo, pero mas adelante abre su abanico hacia los trastornos de ira, ansiedad, personalidad, psicofisiológicos y los trastornos adictivos, entre otros.

Dentro de la modalidad terapéutica, la terapia cognitivo conductual contiene una inmensa cantidad de propuestas para el terapeuta como lo son: la prevención de recaídas, el modelo matriz, la psicoterapia de apoyo y expresiva, la terapia individualizada de drogas, la terapia para realizar la motivación, la terapia de comportamiento para adolescentes, la terapia familiar multidimensional para adolescentes, entre muchas otras.

Vannicelli (1995), indica que en los últimos cuarenta años la psicoterapia grupal ha ganado terreno e incrementado su admisión en la singularidad de los consumidores de drogas. La delineación de técnicas grupales para esta población floreció en 1946 por Mc. Carthy, para sujetos pertenecientes a familias de consumidores en 1959 por Igershimer y para adultos hijos de alcohólicos en los inicios de la década de los 80's por Dietler.

En 1985, Marlatt enuncia cuatro procesos cognitivos vinculados con las adicciones, mismos que reflejan los modelos cognitivos:

- a) Autoeficacia; son los juicios que cada uno posee sobre su habilidad para desenvolverse competentemente en contextos de alto riesgo o desafiantes, los niveles bajos son asociados con recaídas mientras que los niveles altos tienden a abstenerse,
- b) Resultados esperados; son las anticipaciones a los efectos de una sustancia o actividad adictiva, es decir, mientras se piense en un resultado negativo de la administración de la droga más probabilidad existe de permanecer en abstinencia,
- c) Atribuciones de causalidad; son las relacionadas con la utilización de las drogas y su atribución a factores tanto internos como externos, y
- d) Procesos de toma de decisiones; el cual tiene como resultado el abuso de sustancias y posteriormente elevando la probabilidad de una recaída.

La terapia cognitivo conductual es compatible con diversos tipos de tratamiento para el abuso de sustancias que incluyen diferentes fases de tratamiento interno y externo, programas de 12 etapas, educación, fármaco-terapia, terapia familiar, psicoterapia, grupos de apoyo, entre muchos otros.

Las principales ventajas que la terapia cognitivo conductual (para los individuos que consumen drogas) añade a esta batería de bordados terapéuticos es, su énfasis en:

- La identificación en modificaciones de creencias que exacerban el craving o deseo irrefrenable de consumir;
- La mejoría de los estados de aspecto negativo (p. ej., ira, y desesperanza) que normalmente disparan el consumo de las drogas;
- Enseñar a los usuarios a aplicar una batería de habilidades y técnicas cognitivas y conductuales y no meramente la fuerza de voluntad para, poder llegar a estar libres de la droga y mantenerse sin consumir; y
- Ayuda a los pacientes a hacer, cambios positivos e importantes en la forma en que se perciben a sí mismos, viendo y conduciendo su futuro a un estilo de vida nuevo".

Así, “La terapia cognitivo es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias de esas tratativas, que subyacen a estas reacciones”. (Beck, 1999).

En este sentido, poco debe hablarse de la rehabilitación del consumidor de sustancias, no conviene desatenderse que es un proceso de psicoterapia que tiene como meta principal “la rehabilitación de las funciones cognitivas, afectivas, y psicosociales”. (<http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/14904/>). Lo cual no impide considerar la abstinencia como un logro total.

Cabe enfatizar que los fines del procedimiento pueden variar de acuerdo con las necesidades de cada individuo, sus problemas y su respuesta antepuesta al tratamiento. Los profesionales que utilizan el modelo cognitivo conductual consideran que la utilización light o moderada puede llegar a ser una meta u objetivo aceptable del tratamiento, aún y cuando no se llegue a la abstinencia total.

Una de las razones subyacentes de por que los adictos que se están recuperando reaccionan con impulsos tan intensos por consumir ante varios estímulos (de alto riesgo) y situaciones, es que sus creencias básicas en relación con las ventajas o inconvenientes relativos de tomar drogas, no han cambiado sustancialmente. Pueden haber adquirido una serie de estrategias para controlar la conducta de tomar drogas, pero no han modificado significativamente sus actitudes, que son las que alimentan en el craving.

En consecuencia, cuando sus controles se debilitan, quizás debido al estrés, y se incrementa el impulso, por ejemplo exponiéndose ante situaciones de peligro alto riesgo; serán vulnerables a tener un lapsus utilizando alguna droga o bebiendo, aunque sea moderadamente. Si vuelven a introducirse en el círculo en que se usan drogas, este pequeño desliz se convierte en una recaída. (Beck, 1999).

El esquema grupal ideal cognitivo conductual reside en plantear un fardo de técnicas definidas, para un grupo de consumidores en particular y para el tratamiento de sustancias específicas.

El tratamiento, incluye las relaciones que existen entre los patrones de vida tempranos con los problemas actuales, las estrategias de comportamiento cognitivo conductual son afirmadas en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad, por lo que los adolescentes aprenden a reconocer y corregir los comportamientos problemáticos (principal diferencia de la terapia cognitivo conductual con las otras formas de terapia).

El abordaje que se efectúa dentro de esta terapia, se basa en la hipótesis de un trabajo colaborativo entre el usuario y el terapeuta; activo, fundado en una comunicación leal y directa, además de ser altamente estructurado y centrado.

En realidad, la terapia cognitivo conductual se lleva a cabo de diferentes maneras, pero en esencia consiste en que, el terapeuta en compañía del paciente examine cuáles son los acontecimientos que llevan al consumo, además de, explorar cuáles son las creencias básicas del drogodependiente acerca del valor que tiene la droga para él. Posteriormente, el terapeuta entrena al paciente a considerar y evaluar cuáles son las formas en que su pensamiento erróneo le produce estrés y angustia, con la finalidad de modificar dichos pensamientos y eliminar la sintomatología mencionada.

Bajo este enfoque, se trabaja la manera satisfactoria de afrontar los verdaderos problemas y los sentimientos desagradables orientándose a otras formas o fuentes de placer, con lo cual, se evita también la frustración y sus derivados.

Quando se trabaja con la asertividad se elimina la susceptibilidad de ser dominados o explotados por otras personas y se obtiene como ganancia la inexistencia o disminución de la influencia de otras personas hacia una recaída. Lo anterior se ve reflejado en la construcción de un sistema de autocontrol que el interesado puede ocupar cuando se encuentre solo y en situaciones que puedan desencadenar el consumo.

Las técnicas que se utilizan dentro de la terapia incluyen una evaluación de las ventajas y desventajas, a corto y largo plazo, que obtendrá el adicto con su consumo y sin él. También una característica fundamental en este tipo de terapias es el interrogatorio socrático. El cual ofrece la opción, evaluación y solución de problemas que no habían sido considerados.

PENSAMIENTO ADICTIVO.

De acuerdo con Beck. (1999), el adolescente se compone de una serie de creencias que se definen como “estructuras cognitivas realmente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia”... “se suele suponer que tienen una influencia enorme en los sentimientos y las conductas”. Es decir, son mecanismos de defensa, negación o autoengaño y otras distorsiones del pensamiento que en conjunto son conocidas como: Pensamiento Adictivo. Entre esos mecanismos destacan:

La Negación o Autoengaño, su función es la de separar al adicto de la conciencia de las consecuencias que tiene en su vida la adicción. De esta manera se reduce la ansiedad y además se protege el sistema adictivo, estableciéndose un equilibrio enfermo, en el cual el adicto se mantiene atrapado, y que además es la razón por la que insiste en volver a usar droga, aún después de una crisis. El autoengaño se manifiesta como:

- **Negación:** Surge de las situaciones negativas producto de la adicción
- **Minimización:** Restarle importancia o significado a los eventos relacionados con las consecuencias de la adicción.
- **Racionalización:** Asignar una razón lógica a algo que no la tiene, o que es por naturaleza irrazonable.
- **Justificación:** Justificar el uso en virtud de algo que ocurrió en el pasado o por la forma en que lo tratan o por cualquier otra condición existente en la vida del adicto

- **Proyección:** Ver en los demás las dificultades que el adicto está pasando en su propia realidad, de modo que puede culpabilizar a otros de su problema.
- **Futurización:** Salirse del presente y vivir en el futuro como una manera de no ponerse en contacto con su realidad presente.

Distorsiones del Pensamiento propias de la adicción. Son generadas por las creencias adictivas y su función es producir sufrimiento de modo que se justifique el uso de sustancias o conductas adictivas para "aliviar" ese dolor de manera enferma. Sumadas a la negación y el autoengaño, estas distorsiones tienden a facilitar el proceso adictivo y despegan al adicto de la realidad de su enfermedad.

- **Catastrofización:** Asignarle una categoría de catástrofe al más leve inconveniente de la vida personal. Es una manera de auto-sabotearse el crecimiento con el fin de justificar el uso de una droga. El adicto desarrolla una visión catastrófica que lo coloca en una actitud de víctima frente al mundo.
- **Mortificación:** La preocupación ante cualquier problema hace de la vida cotidiana una constante de ansiedad y sufrimiento que se usan como justificativo para continuar el uso.
- **Rigidez:** Dificultad para abrir la mente y considerar otros puntos de vista. El adicto se aferra a sus percepciones con una fuerza tal, que puede hacer de la comunicación un proceso muy difícil, sobre todo en el área del uso y el comportamiento adictivo.
- **Control:** El miedo (desproporcionado), es la emoción fundamental en la personalidad del adicto y para manejarlo, desarrolla relaciones basadas en el control interpersonal. Esto causa dolor en las relaciones y muchas veces termina produciendo violencia.
- **Pensamiento Blanco y Negro:** La incapacidad para ver los grises es muchas veces un fuerte componente de la mentalidad adictiva, dificultando la comprensión mutua y animando a los juicios severos.
- **Impaciencia e Intolerancia:** El adicto desarrolla una intolerancia marcada por situaciones que involucra incomodidad y actúa por impulsividad siguiendo la regla de "quiero lo que quiero, cuando lo quiero y como lo quiero"
- **Soberbia y grandiosidad:** La personalidad, en cierta manera, tiende a una regresión hacia la adolescencia. Aflorando muchas veces, conflictos no resueltos con la autoridad y conductas de reto permanente. Ello se debe a una hipertrofia del ego como compensación al deterioro en la auto imagen que se produce por el impacto de la adicción, en la vida de la persona.

Sistema de Creencias Adictivo. Todas estas distorsiones provienen del sistema de creencias adictivo que conforman la raíz del desorden adictivo en el plano mental. Para poder recuperarse de la adicción es necesario detectar y cambiar dichas creencias adictivas. (<http://www.adicciones.org/enfermedad/negacion.html>).

MODELO EVOLUTIVO DE LA RECUPERACIÓN DE GORSKI.

Por todos los elementos teóricos mencionados, la reestructuración cognitivo conductual del adolescente usuario debe ser apoyada por un proceso de recuperación. En el presente estudio se eligió el "Modelo Evolutivo de la Recuperación" de Gorski. El cual se divide en etapas para su estudio y comprensión, sin embargo, en la realidad todas ellas se sobreponen unas a otras y no existe realmente una definición exacta que las separe, pero funcionan para poder ubicarse en las tareas pertinentes al momento que se vive en la recuperación. Estas etapas son:

1.- **Transición:** En esta etapa la tarea básica es dejar ir la necesidad de control sobre el uso, ya sea de sustancias, en las adicciones químicas; o de conductas adictivas en las conductuales.

2.- **Estabilización:** En esta fase, toda la energía está enfocada en recuperarse de los efectos dañinos, que el uso compulsivo ha tenido sobre la vida de la persona en recuperación.

3.- **Recuperación Temprana:** Es el ciclo donde se producen los primeros cambios internos de pensamiento, sentimientos y actitud con respecto al uso.

4.- **Recuperación Media:** Aquí se producen los cambios externos. La reparación del estilo de vida dañado por la adicción y el desarrollo de una forma de vida más sana y balanceada.

5.- **Recuperación Avanzada:** Esta etapa está definida por la superación de los asuntos emocionales y familiares pendientes, que provienen de la crianza, niñez y adolescencia.

6.- **Mantenimiento:** Período que se basa en la capacidad para mantener una vida balanceada y un continuo crecimiento personal.

Cada una de las fases que componen el Modelo, lleva consigo una necesidad básica del proceso de recuperación, y está asociada a una serie de tareas que aseguran que la recuperación se mantenga en marcha.

PREVENCIÓN DE LAS RECAIDAS.

Analizando particularmente la terapia cognitivo conductual, en la literatura respectiva se menciona que: La prevención de las recaídas, es una terapia de comportamiento cognitivo, que fue desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y adaptada después para adictos a la cocaína. "Las estrategias de comportamiento cognitivo conductual son basadas en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad, por lo que, los individuos aprenden a reconocer y corregir los comportamientos problemáticos.

La prevención de recaídas abarca varias estrategias de comportamiento cognitivo que facilitan la abstinencia, al igual que proveen ayuda para personas que experimentan recaídas.

El enfoque de prevención de recaídas para el tratamiento de la adicción a la cocaína consiste en una serie de estrategias que sirven para realzar el auto control. Entre las técnicas específicas están la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de la droga, la auto vigilancia para reconocer los deseos por la sustancia lo más pronto posible y poder identificar las situaciones de alto riesgo causadas por su uso y, el desarrollo de estrategias para que el individuo se pueda enfrentar y evitar las situaciones de alto riesgo, así como el deseo por la droga.

Un elemento central de este enfoque es poder anticipar las dificultades que los pacientes puedan encontrar y ayudarles a desarrollar estrategias efectivas para hacerle frente a los problemas. Las investigaciones indican que los pacientes logran mantener las habilidades que aprenden a través de la terapia de prevención de recaídas aún después de haber completado el tratamiento. En uno de los estudios, la mayoría de los pacientes que recibieron este método de tratamiento de comportamiento cognitivo mantuvieron los éxitos que habían conseguido en el tratamiento durante el año siguiente al mismo". (<http://www.nida.nih.gov/PODAT/spanish/PODAT10.html>).

MODELO MATRIZ.

En cuanto al modelo matriz, los sujetos se instruyen acerca de cuestiones críticas sobre la adicción y la recaída, adoptan la dirección y el sostén de un terapeuta entrenado, se familiarizan con los programas de auto ayuda. Paralelamente se lleva a cabo una inspección para registrar el uso de drogas por medio de un análisis de orina. También reciben información los familiares afectados por la adicción.

La función del terapeuta es fungir como profesor y entrenador, provocando una correlación efectiva con el consumidor para vigorizar un cambio de comportamiento. Si bien la relación no debe ser fraternal entre el entrenador y el educando, si debe existir una correspondencia positiva entre ellos ya que es un elemento primordial para la conservación del paciente en la terapia.

Durante la conducción de las reuniones de tratamiento se debe incrementar la auto estima, la dignidad y su valor. "Los manuales detallados del tratamiento contienen hojas de trabajo para las sesiones individuales. Numerosos proyectos han demostrado que los participantes tratados con el modelo matriz muestran, estadísticamente, una reducción significativa en el uso de drogas y de alcohol, una mejoría en los indicadores psicológicos, y un descenso en el comportamiento sexual peligroso relacionado con la transmisión del VIH.

Estos informes, conjuntamente con evidencias que sugieren un resultado comparable en los tratamientos para usuarios de metanfetaminas y cocaína, y una eficacia demostrada para mejorar el tratamiento basado en la naltrexona para los adictos a los opiáceos; nos proporcionan una base de apoyo empírico para la aplicación de este modelo". (<http://www.nida.nih.gov/PODAT/spanish/PODAT10.html>).

PSICOTERAPIA DE APOYO Y EXPRESIVA.

La psicoterapia de apoyo y expresiva es administrada en un tiempo limitado y ha sido adecuada para personas adictas a la heroína y a la cocaína. Tiene dos componentes principales:

- a) Las técnicas de apoyo, que facilitan la comodidad del usuario para cuando relatan sus experiencias y,
- b) Las técnicas expresivas, que facilitan la identificación y resolución de situaciones interpersonales.

A través de ellas, se presta interés en el papel que desempeñan las drogas en relación a los sentimientos y comportamientos problemáticos que se presenten y a su posible solución sin el consumo.

La eficacia de esta psicoterapia individual ha sido examinada en pacientes que estaban recibiendo tratamiento de mantenimiento basado en la metadona y que tenían problemas psiquiátricos. “En una comparación con pacientes que recibían solamente terapia para las drogas, los dos grupos tuvieron resultados similares con relación al uso de los opiáceos. Sin embargo, el grupo de psicoterapia de apoyo y expresiva demostró menor uso de la cocaína y necesitó menos metadona. Además, los pacientes que recibieron la psicoterapia de apoyo y expresiva mantuvieron muchos de los éxitos que habían logrado”. (<http://www.nida.nih.gov/PODAT/spanish/PODAT10.html>).

TERAPIA INDIVIDUALIZADA DE DROGAS.

La terapia individualizada de drogas se centra en subyugar o interrumpir el uso de drogas ilícita. Además de que inspecciona el aporte y la estructura del programa de recuperación del usuario, enfatiza las metas comportamentales a corto plazo, formula estrategias de enfrentamiento así como herramientas para abstenerse del consumo de drogas y permanecer en abstinencia.

En ella, el instructor motiva al adicto para iniciar el programa de los 12 pasos y lo refiere a servicios complementarios como son: los médicos, psiquiátricos, etc. Se cita al paciente para que asista a terapia una o dos veces por semana.

En un estudio con cocainómanos, la terapia individualizada de drogas fusionada con la terapia grupal, fue positiva para reducir el uso de la cocaína. Este enfoque tiene gran utilidad en los tratamientos fuera del hospital con los adictos a la heroína y la cocaína.

TERAPIA DE COMPORTAMIENTO PARA ADOLESCENTES.

La terapia de comportamiento para adolescentes reúne el principio de que se puede reemplazar el comportamiento no querido por razón de una demostración clara del comportamiento que se anhela conquistar. Además, se cosechan muestras de orina para inspeccionar el uso de la sustancia.

El propósito de la terapia de comportamiento para adolescentes es que ellos adquieran tres tipos de control:

- El control del estímulo, que beneficia al evitar contextos asociados con el uso de drogas y permite pasar mayor tiempo en acciones incompatibles con la administración de drogas,
- El control del impulso, permite reconocer y cambiar pensamientos, sentimientos y planes que los llevan al uso de drogas,
- El control social, que comprende a la familia y otras personas, que sean importantes para el paciente; para ayudar en el proceso de abstinencia.

En la medida de lo posible, uno de los padres o la pareja acompaña al paciente a las sesiones de tratamiento y le asiste con las tareas de terapia y de refuerzo del comportamiento deseado.

“De acuerdo con estudios de investigación, esta terapia ayuda a los adolescentes a llegar a ser libres de drogas y aumenta su habilidad para mantenerse sin usarlas una vez que el tratamiento haya terminado”. “Estos resultados tan favorables se atribuyen en gran parte a la participación de los miembros de la familia en la terapia y a los premios que se otorgan por la abstinencia de drogas, verificada a través de los análisis de orina”. (<http://www.nida.nih.gov/PODAT/spanish/PODAT10.html>).

TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL PARA ADOLESCENTES.

La terapia familiar multidimensional para adolescentes (MDFT) es un tratamiento que se lleva a cabo fuera del hospital y básicamente está centrado en la familia. Sondea el uso de sustancias por parte de los usuarios, en términos de una red de influencias familiares, de compañeros y de la sociedad al proponer la disminución del comportamiento no deseado y el acrecimiento del comportamiento anhelado.

El tratamiento incluye tanto sesiones individuales como familiares que se llevan a cabo en la clínica, en la casa, en la escuela u otros lugares comunitarios. En las sesiones individuales el terapeuta y el adolescente se ocupan en labores de aprendizaje, como lo es la toma de decisiones, tratar, y desarrollar habilidades para la resolución de problemas. Los adictos aprenden a anunciar sus pensamientos y sentimientos para poder manejar mejor las presiones de la vida y la reinserción en su vida académica. En las sesiones familiares, los padres a su vez examinan su estilo de instruir a los hijos y se ilustran en diferenciar la discrepancia entre influenciar y controlar, mientras crean un ascendente positivo y apropiado con sus hijos.

TÉCNICAS DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

Para mejorar los resultados buscados en la terapia con adictos es necesaria la combinación de técnicas cognitivas y conductuales. A las primeras conciernen las creencias relacionadas con las drogas que contribuyen a los impulsos y los craving, mientras que las segundas, se concentran en las acciones que interactúan causalmente con los procesos cognitivos. Además ambas, ayudan al usuario a comprobar lo acertadas que son sus creencias causantes del disparo y mantenimiento del consumo de drogas.

RELACION TERAPEÚTICA.

Dentro de los principios básicos para llegar a la revisión de las técnicas, encontramos que la relación terapéutica encamina la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales. Por eso debe ser lo que Beck (1979) refieren como una relación cálida, empática y sincera, ya que sin estos tres aspectos primordiales, la relación solo sería una "orientación propagandística", situación que de ninguna manera se busca y compara con la terapia. (Beck, 1979. http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b001).

LA CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA DEL CASO.

Se define como la recolección, síntesis e integración de los datos concernientes al adicto; con la finalidad de generar hipótesis refutables acerca del inicio de las creencias desadaptativas, del tratamiento y de otros síntomas que puedan ser formulados y comprobados. Dentro de los datos a considerar, se pueden mencionar los demográficos, la descripción del problema, el perfil evolutivo y el perfil cognitivo del individuo.

MÉTODO SOCRÁTICO.

Otro de los principios utilizados es el método socrático (o el descubrimiento guiado), ya que proporciona una mejor interacción entre el usuario y el terapeuta. A través de él, el individuo es guiado a lo largo de un proceso de develamiento de patrones sobre sus pensamientos y su acción distorsionada.

Aún y cuando, la terapia cognitivo conductual busca el aprendizaje de nuevas creencias y conductas, éstas no se pueden instruir mediante el sermón, por ello se utilizan preguntas para generar una reflexión, un resumen y la creación de hipótesis que permitan analizar las creencias básicas.

Cuando el método socrático se aplica de manera adecuada reduce la angustia subjetiva y la sintomatología aguda del adicto. Este tipo de cuestionamiento proporciona un insight y una toma racional de decisiones, canalizando la tensión en información importante que el sujeto proporciona de sí mismo. "Cabe enfatizar que lo más relevante es que este proceso configuran el pensamiento mediante un cuestionamiento activo y la reflexión selectiva, teniendo como objetivo para el paciente aprender a pensar de forma independiente (es decir, autónomamente) y de forma racional". (Beck, 1999).

REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ENTRE LAS SESIONES.

Por otro lado, según Burns y Auerbach, 1992; Person y otros, 1988; la realización de actividades entre las sesiones formales e informales agiliza el éxito de la terapia. La asignación debe ser siempre clara y el instructor debe comprobar el entendimiento de la misma. Además deben anticipar entre ambos, algunos problemas y soluciones que se puedan suscitar mientras se desarrolla la tarea. Aunque para verificar la realización de las actividades entre sesiones lo ideal es la presencia del terapeuta con el usuario, esto no siempre es posible. (Beck 1999).

DETENCIÓN DE PENSAMIENTO.

Radica en la paralización y alteración, por medio de la sustitución; de los pensamientos concernientes al craving. “Se entrena al paciente para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable o improductivo”. (Wolpe, 1993). Se practica con la finalidad, de reducir la cadena de pensamientos que acompañan a las emociones negativas.

La manera en la cual se lleva a cabo la detención del pensamiento es la siguiente: se discuten con el adolescente los pensamientos relacionados al craving que son indispensables excluir. Después, el terapeuta solicita al paciente cerrar los ojos y mencionar los pensamientos negativos que tenga asociados al craving, abruptamente el terapeuta secciona la verborrea diciendo ¡ALTO!, y ayuda al adolescente a ver cómo se coartaron los pensamientos. La realización de esta secuencia se lleva a cabo varias veces.

Una vez que el adolescente aprende como detener estos pensamientos puede realizar por sí mismo la actividad sin la necesidad de tener al terapeuta junto a él. En caso de encontrarse en un lugar público en el cual no pueda gritar, se puede suplir el grito por un zapateado fuerte, un aplauso, una exhalación, etc.; además del pensamiento firme y decidido.

TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN.

Éstas técnicas tienen la finalidad de distraer al adolescente en los momentos en que se presenten pensamientos y/o sentimientos relacionados con la idea de consumo, cambiando su atención selectiva de modo interno a externo.

La manera en que se lleva a cabo es, que el terapeuta pida al paciente que enfoque su atención en: a) una tarea y que intente terminarla sin distracción alguna, b) un objeto en especial, el cual debe describir, lenta y detalladamente, c) evitar ambientes que lo lleven al consumo, d) realizar ejercicio, actividades domésticas o que le interesen, e) iniciar una conversación ajena al consumo de drogas.

CONTROL Y PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES.

El objetivo es cambiar los hábitos del adolescente en cuestión de sus actividades, que por lo normal rondan con relación al consumo de drogas. Por lo que, es importante que las acciones que realiza sean positivas para él.

Esta técnica se inicia con la realización de registros base de actividades en las cuales se ve inmiscuido el consumo de droga. Posteriormente, se enlistan las acciones que fueron interesantes para el adolescente antes del consumo con la finalidad de que sean retomadas. Finalmente, se relacionan las tareas actuales más importantes para el adolescente, pero que no lo coloquen en riesgo de una recaída, para seguirlas reforzando.

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN.

Es el procedimiento que se enfoca en hacer incompatible el estado de relajación con los estados de ansiedad, ira y otras emociones que pueden desencadenar el craving.

El entrenamiento en relajación regularmente se lleva a cabo por medio de la distensión de músculos, ambientalizada por los sonidos cercanos al adolescente o por música que re ambientalice el sitio en el cual se encuentre. “De manera típica un terapeuta entrena a un cliente para relajarse profundamente, para lo cual se encuentran disponibles diferentes métodos para lograr la relajación.”

TÉCNICAS DE IMAGINACIÓN.

Son técnicas que permiten que el adolescente modifique sus pensamientos empleando la imaginación. Pueden ser combinadas con otras técnicas como el auto control, la relajación, detención del pensamiento, etc., con la finalidad de aumentar las probabilidades de éxito en otros puntos del tratamiento. Su utilidad radica en transformar las creencias relacionadas con las drogas y distraer al adolescente de los craving. También puede ser útil como método para cambiar las creencias y los pensamientos relacionados con las drogas.” (Sánchez, 2002).

Beck (1999), subrayan cinco técnicas de imaginación: 1) reenfoque con imaginación, 2) sustitución por imagen negativa, 3) sustitución por imagen positiva, 4) repaso mediante imagen, y 5) adquirir dominio mediante imaginación.

SUSTITUCIÓN POR IMAGEN NEGATIVA.

Esta técnica radica en, provocar imágenes negativas o dañinas respecto a las consecuencias del consumo de la droga, cada vez que se hace presente un craving. Refiere a la imaginación de un cuadro negativo acerca de las consecuencias (negativas) del consumo de drogas (como lo es un accidente, una hospitalización, un deceso, etc.), cuando aparecen los pensamientos que conllevan al craving, para eliminar la recaída.

REEMPLAZO POR IMÁGENES POSITIVAS.

Es el reemplazo de imágenes negativas concernientes al consumo de drogas, (referentes a las creencias irracionales como las predicciones negativas) por cuadros positivos provenientes de la abstinencia, con el objetivo de extinguir las emociones negativas que se han creado y consecuentemente, el craving.

REPASO MEDIANTE LA IMAGEN.

Es la técnica en la cual, se utiliza la imaginación como práctica o repaso de ciertas habilidades sociales o de resolución de problemas y adquiridas ante situaciones o medios que disparan las ideas de consumo como lo son: las fiestas, el estadio, la calle, etc.

Se lleva a cabo, pidiendo al adolescente que imagine asistir a una fiesta o lugar específico en el que se de con mayor frecuencia el consumo. En el cuadro imaginario, cada vez que alguien le invite a consumir drogas, él dirá, “¡NO, GRACIAS! tomaré refresco”.

DOMINIO MEDIANTE LA IMAGINACIÓN.

Técnica que involucra la reproducción y la formación de un perfil propio fuerte y capaz de superar los craving a través de su imaginación, mismo perfil que proyectará hacia el exterior.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA.

La desensibilización sistemática es un método para contrarrestar gradualmente los hábitos neuróticos de la respuesta de ansiedad. A través de esta técnica, se induce en el paciente un estado fisiológico inhibitorio de la respuesta de ansiedad por medio de la relajación muscular, y luego es expuesto a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad durante unos segundos. Si la exposición se repite varias veces, el estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar respuestas de ansiedad. Luego se van presentando estímulos sucesivamente más fuertes, que son tratados en forma semejante. (Wolpe, 1993).

AUTOINSTRUCCIONES Y AUTOAFIRMACIONES.

Esta técnica se lleva a cabo, por medio de las verbalizaciones que sugiere el adolescente hacia él mismo sobre qué es lo que tiene que hacer o sentir. Es decir, “el entrenamiento en autoinstrucción se ha utilizado como una técnica de modificación conductual, pues con ella se entrena a los individuos para que hagan sugerencias y comentarios específicos que guíen su propia conducta de modo parecido a ser instruidos por alguien más.”

En la aplicación de la técnica, se utilizan *tarjetas flash*, que son tarjetas de cartulina, de un tamaño medio, para que el adolescente pueda llevarlas consigo, mismas que contienen frases de afrontamiento al craving. Por ejemplo: “1. Te sientes más sano cuando no tomas drogas; 2. Las cosas me van muy bien con mi mujer; ¡sigue así!; 3. Tienes buen

aspecto físico; ¡sigue así!; 4. ¡Vete de aquí inmediatamente!”
(http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b001).

DISCUSIÓN DE IDEAS IRRACIONALES.

Técnica basada en la terapia racional emotiva en donde se “tratan de discutir de manera activa y directa todas las creencias irracionales que llevan a los pacientes a perturbarse a sí mismos por su adicción”.

Es una táctica que debate las ideas irracionales del adolescente, en la cual se confronta y discuten las mismas, por ejemplo: “menciona que se siente horrible y que va a morir. Sin duda es molesto e indeseable el sentir el craving pero, ¿en realidad se va usted a morir por no tomarte un trago en esa fiesta, sufre usted de alguna enfermedad extraña en la cual al no ingerir droga usted de repente cae súbitamente al suelo y deja de vivir? –el paciente ríe y responde—No, tal vez estoy exagerando.” “El pensamiento racional presenta un contraste acentuado respecto a su ilógico opuesto: Esta basado en la realidad, contribuye a alcanzar nuestras metas y propósitos, crea emociones que podemos controlar; y nos ayuda a comportarnos de la manera que nos facilita nuestras aspiraciones y supervivencia...”.
(http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b001).

Por otra parte, la importancia de realizar este estudio radica en la necesidad de prevenir a los adolescentes para que eviten una posible conducta adictiva y mostrar los riesgos que corren los jóvenes adolescentes que se encuentran involucrados en el uso de drogas, principalmente marihuana y cocaína; y que se hallan en disposición de dejar dicho consumo.

Lo anterior, con la finalidad de reestructurar las creencias adictivas de adolescentes no consumidores y las ya existentes en usuarios de marihuana y/o cocaína, a través del enfoque cognitivo conductual y el modelo Evolutivo de la Recuperación de Gorski.

CAPITULO VI.

MÉTODO.

Planteamiento del Problema.

Si al reestructurar las creencias de los adolescentes, es posible prevenir la conducta adictiva, utilizando el programa de prevención bajo el enfoque cognitivo conductual y el modelo Evolutivo de Gorski.

Hipótesis.

Los adolescentes que se encuentran dentro del programa de prevención y de casos de uso de marihuana y/o cocaína, tendrán un cambio significativo en sus creencias hacia el no consumo y con ello llegarán a la convicción de mantenerse en abstinencia total.

Variables.

Variable dependiente: Cambios en sus creencias hacia el no consumo y la convicción de mantenerse en abstinencia total.

Variable independiente: Programa de prevención a adolescentes no usuarios y usuarios de marihuana y/o cocaína.

Operacionalización de hipótesis:

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	INSTRUMENTOS
Programa de prevención a adolescentes no adictos y usuarios de marihuana y/o cocaína.	Cambios paulatinos y positivos en sus creencias hacia el no consumo y la abstinencia total.	Instrumentos.
A mayor resultado del programa*	Disminución de las emociones desagradables manifiestas en los adolescentes.	Perfil de Severidad para el Consumo (1).
A mayor resultado del programa*	Disminución de los malestares físicos.	Perfil de Severidad para el Consumo (1).
A mayor resultado del programa*	Disminución en las urgencias o tentaciones de consumo.	Perfil de Severidad para el Consumo (1).
A mayor resultado del programa*	Mayor control en situación de riesgo de consumo.	Perfil de Severidad para el Consumo (1).
A mayor resultado del programa*	Disminución en el desinterés por actividades.	Perfil de Severidad para el Consumo (1).

A mayor resultado del programa*	Disminución de los conflictos con los demás.	Perfil de Severidad para el Consumo (1).
A mayor resultado del programa*	Cambios significativos en el Perfil de Severidad para el Consumo.	Perfil de Severidad para el Consumo (1).
A mayor resultado del programa*	Disminución de las emociones desagradables manifiestas en los adolescentes.	Inventario de Actitud de Recaída (2).
A mayor resultado del programa*	Mayor control en situación de riesgo de consumo.	Inventario de Actitud de Recaída (2).
A mayor resultado del programa*	Disminución en la minimización.	Inventario de Actitud de Recaída (2).
A mayor resultado del programa*	Disminución de la racionalización.	Inventario de Actitud de Recaída (2).
A mayor resultado del programa*	Disminución de la soberbia.	Inventario de Actitud de Recaída (2).
A mayor resultado del programa*	Disminución de la catastrofización.	Inventario de Actitud de Recaída (2).
A mayor resultado del programa*	Disminución de la impaciencia.	Inventario de Actitud de Recaída (2).
A mayor resultado del programa*	Mayor interés en la recuperación.	Inventario de Actitud de Recaída (2).
A mayor resultado del programa*	Disminución de la proyección.	Inventario de Actitud de Recaída (2).
A mayor resultado del programa*	Disminución de la justificación.	Inventario de Actitud de Recaída (2).
A mayor resultado del programa*	Cambios significativos en el Inventario de Actitud de Recaída.	Inventario de Actitud de Recaída (2).

*Entiéndase como la reestructuración de las creencias adictivas de los adolescentes.

Tipo de investigación.

Correlacional. De acuerdo con el autor Hernández (2000), un estudio correlacional “tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables en un contexto en particular”.

En el caso particular de el presente trabajo, permite correlacionar las creencias y las conductas más comunes en los adolescentes no usuarios y usuarios, para después predecir en la medida de lo posible, su aparición. Lo cual permitirá influir en el comportamiento futuro del fenómeno con cierto margen de seguridad.

Diseño.

Pre experimental.

Pre test y post test de un solo grupo.

Muestra.

No probabilística, se trabajó con doce jóvenes adolescentes voluntarios, alumnado de la FES Zaragoza, estudiantes de la Licenciatura en Psicología.

Criterios de inclusión.

- Adolescentes
- de entre 17 y 20 años de edad
- sin importar sexo
 - condición social y/o económica
- la aceptación voluntaria de anexión a la muestra
- en caso de haber utilización de la(s) droga(s) un máximo de 6 meses

Instrumentos.

-Inventario de Actitud de Recaída

Apéndice G del Libro La Adicción a la cocaína

100 preguntas

Tiempo: Sin límite de tiempo (aprox. 25 min.)

Evaluación: P = 1 punto, A = 2 puntos, N = 0 puntos.

-Perfil de Severidad Para el Consumo

Apéndice A del Libro La Adicción a la cocaína

38 preguntas

Sin límite de tiempo (aprox. 15 min.)

Evaluación: Se asigna un punto a cada respuesta positiva.

Procedimiento.

❖ Primera Fase:

La aplicación del pre test. Se llevó a cabo en la primer sesión.

Para la resolución de los instrumentos, Perfil de Severidad Para el Consumo y el Inventario de Actitud de Recaída.

Se les indicó verbalmente que la resolución debería de ser de manera individual y confidencial, contestando de manera sincera cada una de las preguntas para recabar información de la manera mas confiable.

❖ Segunda Fase:

Contenido del programa. Los temas principales a tratar dentro de las diez sesiones son:

La aplicación del instrumento, presentación y rapport.
Tres etapas de la vida.
Información sobre la adicción.
Pensando en mi.
Sentimientos.
La familia.
La sociedad.
Modelo de Gorski.
Reinserción.
Cierre.

NOTA: El desarrollo completo del programa puede verse en el anexo.

❖ Tercera Fase:

La aplicación del post test. Se llevó a cabo en la décima sesión.

Para la resolución de los instrumentos, se reunió en un aula a los adolescentes pertenecientes al grupo proporcionándoles los instrumentos.

Se indicó verbalmente que no se trataba de pruebas de memoria, así que, la resolución del instrumento debía llevarse a cabo sin esmerarse en recordar lo que habían respondido en el pre test.

La resolución debería de ser de manera individual y confidencial, contestando de manera sincera cada una de las preguntas para recabar información de la manera mas confiable.

CAPITULO VII.

ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS.

TABLA 1.

GRUPO.	SESION 1	SESION 2	SESION 3	SESION 4	SESION 5	SESION 6	SESION 7	SESION 8	SESION 9	SESION 10	EDAD	SEMESTRE
M.J.R.		*	*	*	*	*	*	*	*	*	20 a.	1
L.L.M.	*	*	*	*	*	*	*				20 a.	5
M.C.A.		*	*	*	*	*	*	*	*	*	18 a.	1
J.C.N.Y.		*	*	*	*	*	*	*	*	*	18 a.	1
F.G.V.		*	*	*	*	*	*		*	*	20 a.	1
CH.G.M.G.	*	*		*	*	*	*	*		*	18 a.	1
DS.R.A.	*	*	*	*	*	*	*			*	18 a.	1
L.C.A.G.	*	*	*	*	*	*			*	*	17 a.	1
J.H.D.M.	*	*		*	*	*	*	*	*	*	20 a.	5
C.N.B.	*	*		*	*	*	*	*	*		19 a.	3
B.G.J.		*	*	*							19 a.	3
M.R.C.		*									19 a.	3

La tabla muestra la relación del grupo, la edad y las sesiones a las cuales asistieron los integrantes.

NOTA: * Tómese como asistencia del integrante.

“Se denominan pruebas no paramétricas aquellas que no presuponen una distribución de probabilidad para los datos, por ello se conocen también como de distribución libre (*distribution free*). En la mayor parte de ellas los resultados estadísticos se derivan únicamente a partir de procedimientos de ordenación y recuento, por lo que su base lógica es de fácil comprensión. Cuando trabajamos con muestras pequeñas en las que se desconoce si es válido suponer la normalidad de los datos, conviene utilizar pruebas no paramétricas, al menos para corroborar los resultados obtenidos a partir de la utilización de la teoría basada en la normal”. (www.seh-lelha.org/stat1.htm).

Prueba χ^2 .

Es una prueba estadística para valorar hipótesis de correlación acerca de la relación entre dos variables categóricas. Se utilizó la prueba χ^2 para observar las diferencias existentes entre el pre test y el post test tanto en el total del Perfil de Severidad del Consumo, como en las sub categorías del mismo.

Prueba Wilcoxon.

Por otra parte, se utilizó la Prueba de Wilcoxon para observar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los totales del pre test y el pos test del Inventario de Actitud de Recaída y sus sub categorías. (Hernández 2000).

Prueba Sperman.

El coeficiente de Sperman es una “medida de correlación para variables de un nivel de medición ordinal, de tal modo que los individuos u objetos de la muestra pueden ordenarse por rangos (jerarquías)”. (Hernández 2000). Se utilizó la prueba de Sperman para observar las correlaciones existentes en el total del Perfil de Severidad para el Consumo. Finalmente, se utilizó la prueba de Sperman para observar las correlaciones existentes en el total del Inventario de Actitud de Recaída. El análisis efectuado arrojó los siguientes datos:

A) DIFERENCIAS DEL INSTRUMENTO “PERFIL DE SEVERIDAD DEL CONSUMO”.

TABLA 2. DIFERENCIAS ENTRE LAS EMOCIONES DESAGRADABLES ANTES Y DESPUÉS.

PRUEBA ESTADÍSTICA

	TOTAL DE EMOCIONES DESAGRADABLES ANTES	TOTAL DE EMOCIONES DESAGRADABLES DESPUÉS
Chi cuadrada	6.250	6.250
df	2	2
nivel de significancia	.044	.044

En la tabla se observa el percentil Z de 6.250, con una probabilidad asociada de .044 < 0.05 de las emociones desagradables. Por lo tanto, Ho se rechaza debido a que si existieron diferencias significativas.

TABLA 3. DIFERENCIAS ENTRE EL MALESTAR FISICO ANTES Y DESPUÉS.

PRUEBA ESTADÍSTICA

	TOTAL DE MALESTAR FISICO ANTES	TOTAL DE MALESTAR FÍSICO DESPUÉS
Chi cuadrada	2.000	2.000
df	1	1
nivel de significancia	.157	.157

En esta tabla se observan los malestares físicos presentando un percentil Z de 2.000, con una probabilidad asociada de .157 > 0.05. Por lo cual, Ho se acepta debido a que no hay diferencias significativas.

TABLA 4. DIFERENCIAS ENTRE LAS SITUACIONES DE RIESGO ANTES Y DESPUÉS.

PRUEBA ESTADÍSTICA

	TOTAL DE SITUACIÓN DE RIESGO ANTES	TOTAL DE SITUACIÓN DE RIESGO DESPUES
Chi cuadrada	3.250	4.50
df	2	1
nivel de significancia	.197	.034

Muestra que las situaciones de riesgo presentan un percentil Z de 4.500, con una probabilidad asociada de $.034 < 0.05$. Por lo que, H_0 se rechaza debido a que si existieron diferencias significativas.

TABLA 5. DIFERENCIAS ENTRE LOS CONFLICTOS CON LOS DEMAS ANTES Y DESPUÉS.

PRUEBA ESTADÍSTICA

	TOTAL DE CONFLICTOS CON LOS DEMAS ANTES	TOTAL DE CONFLICTOS CON LOS DEMAS DESPUES
Chi cuadrada	4.500	2.000
df	1	1
nivel de significancia	.034	.157

La tabla presenta los conflictos con los demás exhibiendo un percentil Z de 2.000, con una probabilidad asociada de $.157 > 0.05$. Aceptando H_0 debido a que no hay diferencias significativas.

TABLA 6. DIFERENCIAS ENTRE EL DESINTERES POR ACTIVIDADES ANTES Y DESPUÉS.

PRUEBA ESTADÍSTICA

	TOTAL DE DESINTERÉS POR ACTIVIDADES DESPUES
Chi cuadrada	4.500
df	1
nivel de significancia	.034

Expone un percentil Z de 4.5000, con una probabilidad asociada de $.034 < 0.05$. Por lo tanto, H_0 se rechaza debido a que si existieron diferencias significativas en el desinterés por actividades.

TABLA 7. DIFERENCIAS ENTRE EL TOTAL DE URGENCIAS O TENTACIONES DE CONSUMO ANTES Y DESPUÉS.

TOTAL DE URGENCIAS O TENTACIÓN DE CONSUMO DESPUÉS

	OBSERVADA N	ESPERADA N	RESIDUO
0	8	8.0	0
TOTAL	8		

Muestra que en las urgencias o tentaciones de consumo no hay cambios debido a que la variable permanece constante.

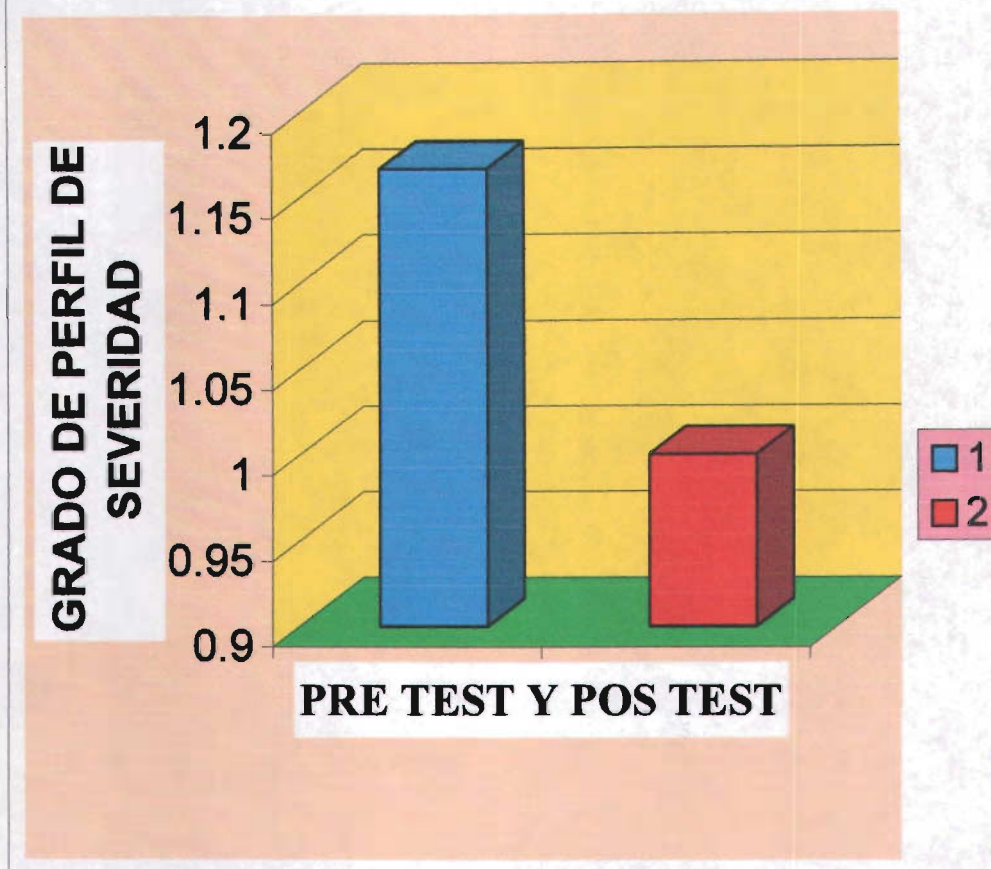
TABLA 8. DIFERENCIAS ENTRE EL TOTAL ANTES Y DESPUÉS.

PRUEBA ESTADÍSTICA

	TOTAL ANTES	TOTAL DESPUES
Chi cuadrada	1.750	6.250
df	2	2
nivel de significancia	.417	.044

Expone que el Total después presenta un percentil Z de 6.250 con una probabilidad asociada de $0.044 < 0.05$. Por lo que, H_0 se rechaza debido a que sí existieron diferencias significativas.

GRADO DE PERFIL DE SEVERIDAD DE CONSUMO



GRAFICA 1. La grafica representa el grado de perfil de severidad que presentaron los adolescentes en el pretest (antes) y en el postest (después). Siendo el grado máximo de severidad

B) CORRELACIONES DEL INSTRUMENTO “PERFIL DE SEVERIDAD DEL CONSUMO”.

TABLA 8. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE EMOCIONES DESAGRADABLES DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Emociones Desagradables Después
Sperman r° Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	1.000 .
Total de Emociones Desagradables Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	1.000 .

Exhibe las emociones desagradables presentando un percentil r° de 1.000, con una probabilidad asociada de $0.000 < 0.05$ y una correlación significativa al nivel .01. Por lo tanto, H_0 se rechaza debido a que si hay diferencias significativas.

TABLA 9. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE MALESTAR FISICO DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Malestar Físico Después
Sperman r° Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.990 .000
Total de Malestar Físico Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.990 .000	1.000 .

La tabla expone los malestares físicos que presentan un percentil r° de .990, con una probabilidad asociada de $0.000 < 0.05$. Por lo tanto, H_0 se rechaza debido a que si hay diferencias significativas. La correlación es significativa al nivel .01.

TABLA 10. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE SITUACIÓN DE RIESGO DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Situación de Riesgo Después
Sperman r° Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.750 .030
Total de Situación de Riesgo Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.756 .030	1.000 .

Muestra las situaciones de riesgo con una correlación significativa al nivel .05, presentando un percentil r° de .756, con una probabilidad asociada de $0.030 < 0.05$. Por lo cual, H_0 se rechaza debido a que si hay diferencias significativas.

TABLA 11. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE CONFLICTOS CON LOS DEMAS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Conflictos con los Demás Después
Sperman r° Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.990 .000
Total de Conflictos con los Demás Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.990 .000	1.000 .

Se observa una correlación significativa al nivel .01. Los conflictos con los demás presenta un percentil r° de .990, con una probabilidad asociada de $0.000 < 0.05$. Por lo que, se rechaza H_0 debido a que existen hay diferencias significativas.

TABLA 12. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE DESINTERES POR ACTIVIDADES DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Desinterés por Actividades Después
Sperman r^p Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.756 .030
Total de Desinterés por Actividades Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.756 .030	1.000 .

El desinterés por actividades presenta un percentil r^p de .756, con una probabilidad asociada de $0.030 < 0.05$, rechazando H_0 debido a que si hay diferencias significativas en una correlación al nivel .05.

TABLA 13. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE URGENCIAS O TENTACIÓN DE CONSUMO DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Urgencias o Tentación de Consumo Después
Sperman r^p Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	. .
Total de Urgencias o Tentación de Consumo Después Coeficiente de Correlación (2 colas)

En la tabla se observa que en las urgencias o tentaciones de consumo no hay cambios debido a que la variable permanece constante.

C) DIFERENCIAS DEL “INVENTARIO DE ACTITUD DE RECAIDA”.

TABLA 14. DIFERENCIAS TANTO DE LOS TOTALES DE LAS SUBCATEGORÍAS DEL INVENTARIO DE ACTITUD DE RECAIDA COMO DEL TOTAL FINAL ANTES Y DESPUÉS.

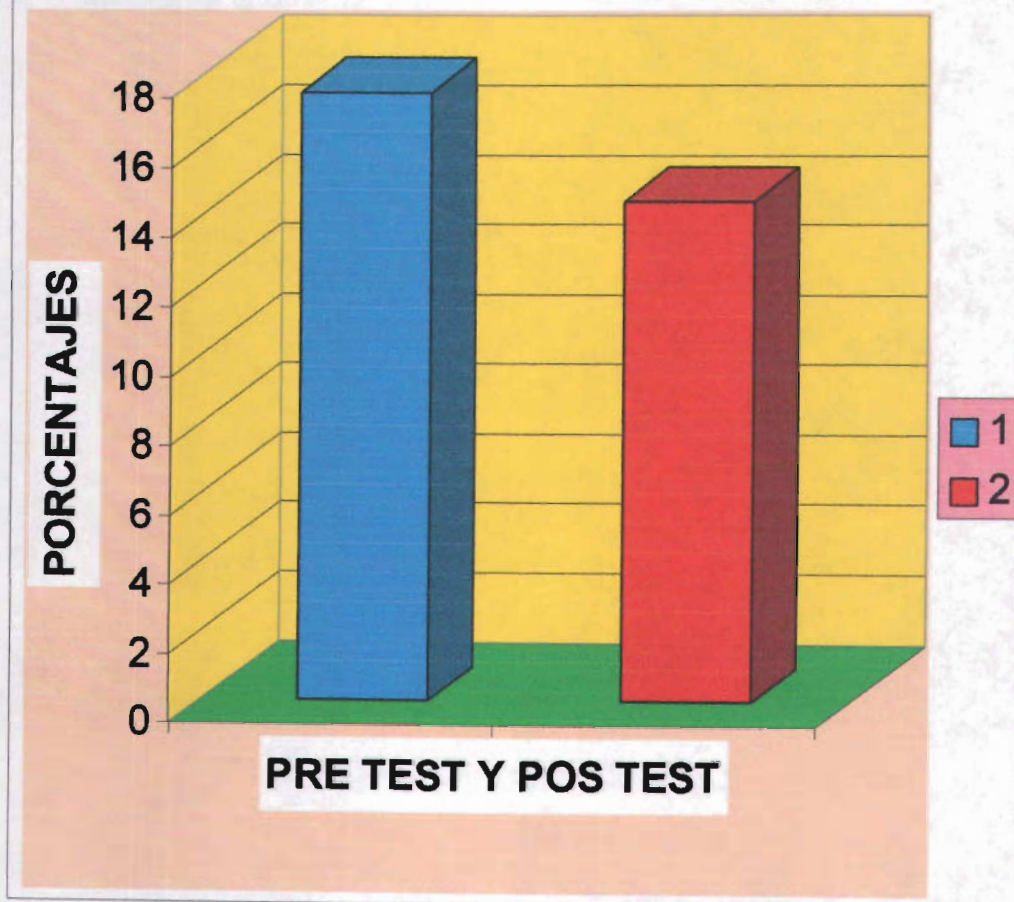
	Total de Minimización Después - Total de Minimización Antes	Total de Racionalización Después - Total de Racionalización Antes	Total de Justificación Después - Total de Justificación Antes	Total de Proyección Después - Total de Proyección Antes	Total de Futurización Después - Total de Futurización Antes	Total de Catastrofización Después - Total de Catastrofización Antes	Total de Mortificación Después - Total de Mortificación Antes	Total de Impaciencia Después - Total de Impaciencia Antes	Total de Soberbia Después - Total de Soberbia Antes	Total de Situación de Riesgo Después - Total de Situación de Riesgo Antes	Total de Emociones Desagradables Después - Total de Emociones Desagradables Antes	Total de Interés Después - Total de Interés Antes	Total de Desinterés Después - Total de Desinterés Antes	Total Después Total Antes 2
Z Nivel de Significancia	-1.663 .102	-1.342 .180	-1.000 .317	-1.633 .102	-.577 .564	0.000 1.000	-1.857 .063	-1.342 .180	-.272 .784	-.447 .655	-.962 .336	-1.214 .225	-.962 .336	-2.177 .034

Se muestra en la tabla las diferencias existentes en el pretest (antes) y el post test (después) en el Inventario de Actitud de Recaída, tanto en el total final como en los totales de cada una de las subcategorías.

- **El total después** disminuyó con un percentil Z de - 2.117, con una probabilidad asociada de $0.034 < 0.05$. Por lo tanto, H_0 se rechaza debido a que sí hay diferencias significativas.
- **Las emociones desagradables** disminuyeron con un percentil Z de - 0.962, con una probabilidad asociada de $0.336 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.
- **Las situaciones de riesgo** disminuyeron con un percentil Z de - 0.447, con una probabilidad asociada de $0.655 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.
- **La minimización** disminuyó con un percentil Z de - 1.663, con una probabilidad asociada de $0.102 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.
- **La racionalización** disminuyó con un percentil Z de - 1.342, con una probabilidad asociada de $0.180 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.
- **La catastrofización** permaneció igual con un percentil Z de 0.000, con una probabilidad asociada de $1.000 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.
- **La futurización** disminuyó con un percentil Z de - 0.577, con una probabilidad asociada de $0.564 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.

- **La soberbia** disminuyó con un percentil Z de - 0.272, con una probabilidad asociada de $0.784 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.
- **La impaciencia** disminuyó con un percentil Z de - 1.342, con una probabilidad asociada de $0.180 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.
- **El interés** disminuyó con un percentil Z de - 1.214, con una probabilidad asociada de $0.225 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.
- **El desinterés** disminuyó con un percentil Z de - 0.962, con una probabilidad asociada de $0.336 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.
- **La mortificación** disminuyó con un percentil Z de - 1.857, con una probabilidad asociada de $0.063 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.
- **La proyección** disminuyó con un percentil Z de - 1.633, con una probabilidad asociada de $0.102 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.
- **La justificación** disminuyó con un percentil Z de - 1.000, con una probabilidad asociada de $0.317 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.

PORCENTAJE DEL INVENTARIO DE ACTITUD DE RECAIDA



GRAFICA 2. La tabla muestra los porcentajes correspondientes al pretest (antes) y al posttest (después), pertenecientes al Inventario de Actitud de Recaída.

D) CORRELACIONES DEL “INVENTARIO DE ACTITUD DE RECAIDA”.

TABLA 15. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE MINIMIZACIONES DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Minimización Después
Sperman r^o Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.577 .134
Total de Minimización Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.577 .134	1.000 .

Se exhibe un percentil r^o de .577, con una probabilidad asociada de $0.134 > 0.05$ perteneciente a la minimización. Aceptando H_0 ya que no hay diferencias significativas.

TABLA 16. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE RACIONALIZACION DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Racionalización Después
Sperman r^o Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	. .
Total de Racionalización Después Coeficiente de Correlación (2 colas)

Se observa que en la racionalización no hay cambios porque la variable permanece constante.

TABLA 17. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE JUSTIFICACIÓN DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Justificación Después
Sperman r^o Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	. .
Total de Justificación Después Coeficiente de Correlación (2 colas)

La tabla denota que en la justificación no hay cambios por que la variable permanece constante.

TABLA 18. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE PROYECCIÓN DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Proyección Después
Sperman r^o Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.701 .053
Total de Proyección Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.701 .053	1.000 .

La tabla indica que la proyección presenta un percentil r^o de .701, con una probabilidad asociada de $0.053 > 0.05$. Por lo que, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.

TABLA 19. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE FUTURIZACION DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Futurización Después
Sperman r^o Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.630 .094
Total de Futurización Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.630 .094	1.000 .

En la tabla se revela que la futurización presenta un percentil r^o de .630, con una probabilidad asociada de $0.094 > 0.05$. Así que, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.

TABLA 20. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE CATASTROFIZACION DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Catastrofización Después
Sperman r^o Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.577 .134
Total de Catastrofización Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.577 .134	1.000 .

La tabla descubre un percentil r^o de .577, con una probabilidad asociada de $0.134 > 0.05$, para la catastrofización. Por lo cual, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.

TABLA 21. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE MORTIFICACIÓN DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Mortificación Después
Sperman r° Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.577 .134
Total de Mortificación Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.577 .134	1.000 .

Se enseña la mortificación presentando un percentil r° de .577, con una probabilidad asociada de $0.134 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.

TABLA 22. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE IMPACIENCIA DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Impaciencia Después
Sperman r° Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.764 .024
Total de Impaciencia Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.764 .027	1.000 .

La correlación es significativa al nivel .05. La impaciencia presenta un percentil r° de .764, con una probabilidad asociada de $0.027 < 0.05$. H_0 es rechazada debido a que si hay diferencias significativas.

TABLA 23. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE SOBERBIA DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Soberbia Después
Sperman r° Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.436 .280
Total de Soberbia Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.436 .280	1.000 .

Se observa que en la soberbia se presenta un percentil r° de .436, con una probabilidad asociada de $0.280 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

TABLE 24. TABLE OF CORRELATION BETWEEN THE TOTAL AFTER AND THE TOTAL OF SITUATION OF RISK AFTER.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Situación de Riesgo Después
Sperman r° Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.412 .310
Total de Situación de Riesgo Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.412 .310	1.000 .

The table reveals that the risk situations present a percentile r° of .412, with an associated probability of $0.310 > 0.05$. Accepting H_0 due to the fact that there are no significant differences.

TABLE 25. TABLE OF CORRELATION BETWEEN THE TOTAL AFTER AND THE TOTAL OF UNPLEASANT EMOTIONS AFTER.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Emociones Desagradables Después
Sperman r° Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.343 .406
Total de Emociones Desagradables Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.343 .406	1.000 .

It is noted that unpleasant emotions present a percentile r° of .343, with an associated probability of $0.406 > 0.05$. Thus, H_0 is accepted due to the fact that there are no significant differences.

TABLE 25. TABLE OF CORRELATION BETWEEN THE TOTAL AFTER AND THE TOTAL OF INTEREST AFTER.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Interés Después
Sperman r° Total Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	1.000 .	.943 .001
Total de Interés Después Coeficiente de Correlación (2 colas)	.934 .001	1.000 .

In the table it is observed that interest shows a percentile r° of .934, with an associated probability of $0.001 < 0.05$. Rejecting H_0 it is rejected due to the fact that there are significant differences.

TABLA 26. TABLA DE CORRELACION ENTRE EL TOTAL DESPUÉS Y EL TOTAL DE DESINTERES DESPUÉS.

CORRELACIONES

	Total Después	Total de Desinterés Después
Sperman r^o Total Después	1.000	.552
Coefficiente de Correlación (2 colas)	.	.156
Total de Desinterés Después	.552	1.000
Coefficiente de Correlación (2 colas)	.156	.

Muestra que el desinterés presenta un percentil r^o de .552, con una probabilidad asociada de $0.156 > 0.05$. Por lo tanto, H_0 se acepta debido a que no hay diferencias significativas.

CAPITULO VIII.

CONCLUSION.

De acuerdo con la literatura consultada, algunos jóvenes adolescentes usan las drogas para tener una experiencia emocionante, para escapar de sus problemas y para obtener una falsa felicidad exaltando el sentido de intimidad y disminuyendo la inhibición, la incertidumbre, el estrés y la ansiedad. (<http://www.lafacu.com/apuntes/sociologia/coca/>). Sin embargo, esas creencias pueden ser contrarrestadas con la presencia de una prevención “educativa” enfocada a que los adolescentes sean concientes de los daños que causa la drogadicción a nivel individual, familiar y social.

En la prevención educativa la reestructuración cognitiva de los adolescentes juega un papel indispensable, ya que tiene como propósito fundamental “conseguir el alivio sintomático, ayudando a los pacientes a ser concientes y cuestionar sus pensamientos e imágenes automáticas” que lo pudieron llevar al uso de sustancias. (Mahoney, 1998).

Ello con la finalidad de que aprendan a tomar decisiones certeras, que canalicen su energía en actividades que los mantengan alejados de las situaciones de riesgo y cerca de acciones recreativas, artísticas, intelectuales o deportivas, evitando así que se involucren en conductas de uso de drogas.

Al corroborar la teoría anterior, en la ejecución del Taller conducido bajo dicho enfoque, se pudo observar que:

La hipótesis planteada afirmaba que: los adolescentes que se encuentran dentro del taller de prevención tendrían un cambio significativo en sus creencias hacia el no consumo y con ello llegarán a la convicción de mantenerse en abstinencia. Hecho que al finalizar el taller se comprobó, según muestra el análisis estadístico de los datos; y por tanto puede ser considerada correcta.

De acuerdo con la investigación, el grupo de adolescentes que participó en el Taller de Prevención Para Jóvenes no Adictos y Usuarios de Marihuana y/o Cocaína, experimentó:

Un decremento de diferencias estadísticamente significativo en el Perfil de Severidad para el Consumo.

Un decremento de diferencias estadísticamente significativas en las categorías de desinterés por actividades, en las situaciones de riesgo para el consumo y en las emociones desagradables del Perfil de Severidad para el Consumo.

Un decremento de diferencias estadísticamente significativo en el Inventario de Actitud de Recaída.

Un decremento de diferencias estadísticamente no significativo en todas las categorías.

Así, los decrementos obtenidos en los resultados anteriores confirman que mediante la modificación de las creencias adictivas, se puede prevenir o modificar el uso de la marihuana y/o la cocaína.

Los resultados de la investigación también exponen que, el trabajo logró cambios en los estilos de vida de la muestra, formando condiciones tendientes al auto cuidado de la salud mental, física, familiar, académica, laboral y social; y generando una cultura de no utilización de drogas.

Como se corrobora con la investigación, las diferencias aunque no significativas de los conflictos con los demás han obtenido una mejoría en las relaciones con sus semejantes. Lo cual se traduce en una comunicación más sana, objetiva y de respeto, con y para los demás. Dicha comunicación incluye manifestaciones de halagos, caricias, miradas e interés por las problemáticas ajenas.

Es decir, el trabajo de investigación permitió confirmar que, con la disminución estadísticamente significativa de las emociones desagradables se obtiene la construcción o reconstrucción emocional de los adolescentes manifiesta a través de una mayor seguridad en sí mismos, mejora de su autoestima e interés por su salud física y emocional.

Con el decremento estadísticamente significativo en las situaciones de riesgo se provocó la modificación de las conductas de los adolescentes (evitando permanecer con sujetos consumidores en lugares en los cuales se pueda conseguir droga o recaer en el consumo), impidiendo así eventos que puedan provocar un accidente físico o un problema legal.

En contraste con estos resultados, en el estudio realizado y por el tipo de muestra seleccionada, se pudo observar que en las urgencias o tentaciones de consumo no se registraron cambios debido a que las ideas de consumo de los adolescentes aunque están presentes, no han sido tan fuertes para desencadenarlo. Sin embargo, en caso de hallarse con población usuaria experimental de marihuana y/o cocaína se esperaría, efectivamente, encontrar diferencias estadísticas significativas en esta área.

En ese mismo sentido, y considerando que la función de la catastrofización y la impaciencia, es producir sufrimiento de modo que se justifique el consumo de la droga y, que además, son características propias de la adicción consolidada. (<http://www.adicciones.org/enfermedad/negacion.html>). En el estudio y por el tipo de muestra, se registraron diferencias estadísticamente no significativas. Pero en caso de existir adolescentes usuarios experimentales de las sustancias, se esperaría que las diferencias estadísticas si fueran significativas.

En otro aspecto, y si bien no es una regla, Abundiz (2001) refiere que “los jóvenes con alta autoestima se sobre valoran y creen que no les pueda pasar nada al probar algún tipo de droga o alcohol mientras que los de baja auto estima se encuentran en bajo riesgo”. Por ello, se considera que si la autoestima de los adolescentes crece en demasía hasta la soberbia, ésta pudiera ponerlo en alto riesgo para el consumo de drogas.

Por su parte, creencias como la minimización, la racionalización, la futurización, la proyección y la justificación tienen como primordial interés, la separación de la conciencia del adicto de las consecuencias que las drogas causan a su vida. (<http://www.adicciones.org/enfermedad/negacion.html>). Una vez que en el estudio se registraron diferencias no significativas en cada una de estas categorías, se obtiene la congruencia entre los pensamientos y acciones del adolescente. Esto con la finalidad de que no haga responsable de su consumo a nadie, mas que a sí mismo. En este sentido, Abundiz (2001) refiere que los jóvenes asertivos se encuentran en un riesgo bajo de consumo de drogas, mientras que, los no asertivos se encuentran en un riesgo más alto de consumo.

De acuerdo a lo expuesto, se puede concluir que la prevención primaria aplicada en el Taller de referencia se llevó a cabo de manera satisfactoria debido a que promovió la responsabilidad de los adolescentes y fomentó una “cultura anti droga” en aquellos que no las han usado.

Lo anterior puede ser afirmado ya que, durante la primera sesión los jóvenes refirieron no tener información “suficiente” sobre las drogas, sus efectos, las consecuencias del consumo y los factores por los cuales un sujeto es consumidor de drogas. Indicaron también, no saber si cada uno de ellos era candidato a caer en el uso de drogas. En contraste, al terminar el taller y durante la retroalimentación final, los jóvenes verbalizaron el tener bases firmes para considerar permanecer en abstinencia total aún frente a situaciones de riesgo que pudieran seducirlos a un posible consumo.

Por otra parte, se ultima que las creencias adictivas se encuentran también en los adolescentes no consumidores de drogas, solo que aun no han desencadenado el consumo, por lo cual, se centra aun mas la importancia de la prevención primaria en los adolescentes.

Durante las sesiones, se observó una amplia participación de los jóvenes en el desenvolvimiento de las técnicas utilizadas dentro del Taller de Prevención. No obstante se pueden señalar algunas limitantes que se presentaron durante su desarrollo, entre ellas destacan:

La cantidad de sujetos involucrados en la muestra fue baja.

La deserción de 4 integrantes del grupo, después de iniciado el taller.

La falta de un espacio físico permanente para la realización de las sesiones (en ocasiones se encontraba ocupado o bien estaba cerrado), obstaculiza el desarrollo de las mismas.

La prevención secundaria no se pudo llevar a cabo debido a que dentro de la muestra de jóvenes no se encontraron casos de usuarios experimentales de cocaína y/o marihuana. De haber existido, se esperaba localizar diferencias en las subcategorías de catastrofización, impaciencia, urgencia o tentaciones de consumo.

Por el mismo motivo que en el párrafo anterior, no se pudo llevar a cabo el apoyo con el Modelo Evolutivo de la Recuperación de Gorski. Mismo, que sólo se expuso teóricamente a los adolescentes no consumidores.

Finalmente, en cuanto a las sugerencias para la mejora del Taller, se pueden señalar:

Aumentar la muestra de los sujetos.

Canalizar rápidamente a la terapia de intervención pertinente, a los sujetos que se detecten como abusadores o dependientes de cocaína y/o marihuana.

Debido a que existen factores de riesgo en el ámbito familiar, se deben elaborar sesiones en las que los familiares o tutores sean coparticipes del Taller de Prevención, con la finalidad de observar en ellos rasgos de codependencia y hacer de su interés el tema de la drogodependencia en los adolescentes, buscando una participación activa en la lucha contra las mismas y de ser necesario integrarse a una terapia para codependientes.

Aplicar instrumentos de evaluación, de los alumnos hacia el terapeuta y su desenvolvimiento, en cada una de las sesiones.

En un plano más general y con el afán de mejorar los programas de prevención con respecto al uso de drogas en México, se ofrecen las siguientes sugerencias:

Se recomienda a los Gobiernos Federal, Estatales y Municipales; el incremento en el presupuesto asignado para apoyar los proyectos de prevención a los adolescentes, el control de adicciones, la investigación, etc.

La creación de Talleres, Programas, Conferencias de Capacitación en la Prevención de Adicciones, etc.; tanto para profesores como para especialistas de la salud.

La incorporación de actividades en los programas educativos de nivel básico, medio y medio superior; en las que participen los adolescentes en contacto directo con: psicólogos, médicos, enfermeros, psiquiatras, personas ex consumidoras y consumidoras, organizaciones juveniles, etc.

Crear un intercambio directo con todos los países del Continente Americano en el cual se trabajen las propuestas culturales de los adolescentes para la prevención de adicciones.

Organizar concursos Continentales sobre conceptos preventivos que sean expresados a través de carteles, canciones, ensayos, cortometrajes, largometrajes, giras teatrales y otras expresiones plásticas; todas ellas acordes a los intereses de la población adolescente.

La creación y mantenimiento de suficientes espacios deportivos, culturales, artísticos y recreativos, en los cuales, no se permita la entrada ni comercialización de ningún tipo de droga, ya sea legal o ilegal.

CAPITULO IX.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ❖ Abundiz, C (2001) Alternativas de Intervención Preventiva Ante el Consumo de Drogas en Adolescentes. México. Tesis.
- ❖ Ainsworth, 1978 en Mahoney, 1988.
- ❖ Ashton 2001, en www.erasdicciones.org/Revista/numero9/pdf/marihuana.pdf
- ❖ Asociación Psiquiátrica Americana (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los
- ❖ Beck, A. Wright, F. Newman, C y Liese, B (1999) Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. España: Paidós.
- ❖ Beck, Rush, Shaw y Emery 1979 en Mahoney, 1998.
- ❖ Berger, K. Thompson R (2001) Psicología del Desarrollo: Adulthood y Vejez. España: Médica Panamericana.
- ❖ Blum y cols en Stanton 1999.
- ❖ Dobson y Block 1989, Bandura 1969, Wilson 1971, Eysenck y Rachman 1980 en López y Oseguera, 2003.
- ❖ Echeburua, E (1994) Evaluación y Tratamiento de los Trastornos Adictivos. España: Fundación Universidad Empresa.
- ❖ Ellis y Dride 1987 en Sánchez 2002.
- ❖ Graña, J (1998) Conductas Adictivas Teoría, Evaluación y Tratamiento. España. Debate.
- ❖ Gridner, 1996 en <http://www.lafacu.com/apuntes/sociologia/coca/>
- ❖ Grinder. R (2001) Adolescencia. México: Limusa.
- ❖ Inkeles en <http://www.lafacu.com/apuntes/sociologia/coca/>
- ❖ Jaffe, 1982 en Graña, 1998.
- ❖ Kandel y col. en Stanton 1999.
- ❖ Kazdin, 1996, en http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b00

- ❖ López , I. Oseguera, P (2003) El Psicólogo y su Intervención en la Prevención de Adicciones. México: Tesis.
- ❖ Lorenzo, P. Ladero, J. Leza, L y Lizasoain, I (1998) Drogodependencia. Farmacología.
- ❖ Madden, J (1986) Alcoholismo y Fármacodependencia. México: Manual Moderno.
- ❖ Mahoney, M (1988) Cognición y Psicoterapia. España: Paidos.
- ❖ Mahoney, M (1997) Psicoterapia Cognitiva y Constructiva: Teoría, Investigación y Práctica. España. Paidos.
- ❖ Marlat 1985. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/14904/>
- ❖ Martínez, M (1985) Farmacodependencia en Mexico. México: Reporte Final de Servicio Social.
- ❖ Massun, E (1991) Prevención del uso indebido de drogas. México: Trillas.
- ❖ Macfadden, W (2001) y Woody, G (2001) en <http://www.eradicciones.org/Revista/numero9/pdf/marihuana.pdf>
- ❖ Mitchell S. Rosenthal en Mothner, 1986.
- ❖ McKinney, J. Fitzgerald, H y Strommen, E (1982) Psicología del Desarrollo Edad Adolescente. México: Manual Moderno.
- ❖ Mitchell, en Mothner, 1986.
- ❖ Moreno, K (1999) Cómo Proteger a tus Hijos Contra las Drogas. México: Centros de Integración Juvenil.
- ❖ Mothner I. Weitz, A (1986) Cómo abandonar las drogas. España: Martínez Roca.
- ❖ Nató 2001, en López 2003.
- ❖ Nickel, H (1980) Psicología del Desarrollo de la Infancia y de la Adolescencia II Edad Escolar y Adolescencia. España: Herder.
- ❖ O' Brien y otros en Graña, 1998.
- ❖ Organización Mundial de la Salud 1996, en Lorenzo, 1998
- ❖ Oughourlian, J (1985) La persona del toxicómano. Psicología de las toxicomanías actuales en la juventud. España: Herder.

- ❖ Patología. Psicología. Legislación. España: Panamericana.
- ❖ Pavlov, 1927 en Graña, 1998.
- ❖ Pichot, P y cols. (1988). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM III. Masson. Barcelona, España.
- ❖ Popper y Eccles 1977, en Mahoney, 1988.
- ❖ Rice, F (2000) Adolescencia. España: Prentice Hall.
- ❖ Reber y Lewis 1977 en Mahoney, 1988.
- ❖ Rogers, 1984 en Mahoney, 1997.
- ❖ Sánchez, E (2002). Estrategias Para el Manejo del Craving (A Drogas). Anales de Psiquiatría. Vol. 18 No 1.
- ❖ Sears, Roebuck y Co. Consumers Guide, 1900. Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 1998.
- ❖ Souza, M (2000) Diagnostico y Tratamiento de los Síndromes Adictivos. México: JGH.
- ❖ Stanton, M (1999) Terapia Familiar del Abuso de Drogas. España: Gedisa.
- ❖ Trastornos Mentales. DSM IV. Masson. Madrid, España.
- ❖ Vega, A (1993) Las Drogas en el Proyecto Educativo de la Escuela. España: Promolibro.
- ❖ Velasco, R (2003) las Adicciones Manual Para Maestros y Padres. México. Trillas.
- ❖ Vera, A (1983) Las Drogas ¿ Un Problema Educativo?. España: Cincel- Kapelsz.
- ❖ Vannicelli, 1995 y McCarthy 1946 en <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/14904/>
- ❖ Wells, A. Miller, J (1994). Sentirse Libre es ser Feliz. Cómo vencer las dependencias y recuperar la autoestima. España: Paidós.
- ❖ Winkler, 1965 en Graña, 1998.
- ❖ Wolpe, J (1993) Practica de la Terapia de la Conducta. México: Trillas.
- ❖ <http://www.adicciones.org/enfermedad/negacion.html>

- ❖ http://www.adicciones.org/familia/rec_familiar.html
- ❖ <http://www.adicciones.org/familia/codependencia.html>
- ❖ <http://biblioteca.consultapsi.com/DSM/Dsmsustancias.htm>
- ❖ <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro22/iii/>
- ❖ <http://www.eradicciones.org/Revista/numero9/pdf/marihuana.pdf>
- ❖ http://www.fao.org/ruralityouth/faqs_sp.html
- ❖ <http://www.lafacu.com/apuntes/sociologia/coca/>
- ❖ <http://www.monografias.com/trabajos11/drogsoc/drogsoc.shtml#QUESON>
- ❖ <http://mural.uv.es/sovimur/>
- ❖ http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b001
- ❖ <http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/14904/>
- ❖ <http://www.salud.gob.mx/conadic/progfar%20cap2.htm>
- ❖ http://www.salud.gog.mx/unidades/conadic/pasm_cap1.pdf
- ❖ <http://www.nida.nih.gov/Infofax/Marijuana-Sp.html>
- ❖ <http://www.nida.nih.gov/PODAT/spanish/PODAT10.html>
- ❖ www.seh-lelha.org/stat1.htm
- ❖ <http://www.vidahumana.org/vidafam/violence/brevedef-codepend.html>
- ❖ http://www.vivesindrogas.org.mx/inv_esp/28_07_03.shtml

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA.

- ❖ Antón, D (1995) Las Drogas: Conocer y Educar Para Prevenir. España: Pirámide.
- ❖ Bobes, J. Casas, M. Gutiérrez, M. Manual de Tratamiento de Drogodependencias. España: Ars Medica.
- ❖ CONTRADROGAS, INEI: Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas. CONTRADROGAS, 1999.
- ❖ Estes, N. (1989) Alcoholismo. Desarrollos, Consecuencias y Tratamientos. España: Mc Graw Hill.
- ❖ Galeano, E (1971) Las venas abiertas de América Latina.
- ❖ Goldfried, M (1996) De la Terapia Cognitivo Conductual a la Psicoterapia de Integración. España: Descleé.
- ❖ Goldstein, A (1995) Adicción. España: Ediciones en Neurociencias.
- ❖ Gridner. R (1996), Adolescencia. México: Limusa.
- ❖ Inchaurreaga, S (2001) Drogas y Políticas Publicas El Modelo de Reducción de Daños. Argentina: Espacio.
- ❖ Kalina, E (1988) Adolescencia y Drogadicción. Argentina: Nueva Vision.
- ❖ Losken, A. Maviglia, S. Friedman, L. Marijuana (1996) En: Sourcebook of Substance
- ❖ Abuse and Addiction. Friedman, L., Fleming, N., Roberts, D., Hyman, S. (Eds.) Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 179-187.
- ❖ Melody, B (1992) Libérate de la Codependencia. España: Sirio.
- ❖ Noriega, G (2000) Construcción y Validación del Instrumento de Codependencia (ICOD) Para las Mujeres Mexicanas. Salud Mental, Vol. 25, No. 2.
- ❖ OPCION: Fundamentos Teóricos de las Adicciones. Policía Nacional del Perú, NAS, Lima-Perú, 2001.
- ❖ Pendergrast, M. (1993) Dios, Patria y Coca Cola Buenos Aires: Vergara, pp. 121-123.
- ❖ Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico. Argentina: Vallejo N, pp 119-130.

- ❖ Tapia, R (2001) Las Adicciones Dimensión, Impacto y Perspectivas México: Manual Moderno.
- ❖ Vallejo, N (1998) Marihuana. En: Aspectos Toxicológicos de la Drogadependencia.,
- ❖ Washton, A (1995) La Adicción a la Cocaína. Tratamiento, Recuperación y Prevención. España: Paidós.
- ❖ <http://club.telepolis.com/codependencia/>
- ❖ <http://www.cnnenespanol.com/2003/salud/09/01/holanda.marihuana.reut/>
- ❖ <http://www.laantidroga.com/noticias/marihuana.html>
- ❖ <http://www.mujeractual.com/salud/psicologia/adicto.html>
- ❖ <http://mx.news.yahoo.com/031023/8/13wfo.html>
- ❖ <http://www.personal.redestb.es/caesp00/Informacion.htm>
- ❖ <http://www.projinf.org/spanish/fs/marihuana.html>
- ❖ http://www.users.servicios.retecal.es/buctro/amigos/medicina_olvidada/usuariosme

ANEXO I.

PERFIL DE SEVERIDAD PARA EL CONSUMO. CUESTIONARIO.

INSTRUCCIONES: Por favor, conteste SI o NO a cada una de las siguientes preguntas. No debe dejar ninguna pregunta sin contestar.

NOTA: Tómese la palabra droga como sinónimo de marihuana y/o cocaína.

- 1.- ¿Tiene dificultad en decir que no cuando le ofrecen droga?
- 2.- ¿Suele consumir cualquier cantidad de droga que tenga, en lugar de intentar guardarse un poco para otro momento?
- 3.- ¿Ha intentado dejar de consumir droga pero le ha sucedido que, de alguna manera, siempre ha vuelto a hacerlo?
- 4.- ¿Alguna vez ha estado 24 horas o más con un exceso continuado de droga?
- 5.- ¿Necesita consumir droga para encontrarse bien?
- 6.- ¿Le preocupa el hecho de estar aburrido o triste al no consumir droga?
- 7.- ¿Le preocupa el hecho de sentirse menos capaz de actuar sin droga?
- 8.- ¿El hecho de ver, pensar o tener un estímulo relacionados con droga le produce deseos de consumo?
- 9.- ¿Está alguna vez preocupado con pensamientos sobre la droga?
- 10.- ¿Siente alguna vez un deseo irresistible de consumir droga?
- 11.- ¿Se siente psicológicamente adicto a la droga?
- 12.- ¿Se siente culpable y avergonzado de su consumo de droga y se desprecia a sí mismo por hacerlo?
- 13.- ¿Ha dedicado menos tiempo a relacionarse con gente que no consume desde que está tomando droga?
- 14.- ¿Esta preocupado por la importancia de su dependencia de la droga?
- 15.- ¿Suele pasar algunos momentos con algunas personas o va a ciertos lugares en que usted sabe que hay droga disponible?

- 16.- ¿Toma droga en el trabajo?
- 17.- ¿Alguien le ha dicho que su conducta o su personalidad han cambiado, aún sin saber que es debido a las drogas?
- 18.- ¿La droga lo ha llevado a abusar del alcohol o de otras drogas?
- 19.- ¿Ha conducido alguna vez intoxicado por drogas?
- 20.- ¿Ha abandonado alguna vez la responsabilidad de su casa o del trabajo debido al consumo de droga?
- 21.- ¿Se han modificado sus valores o aficiones a causa del consumo de droga?
- 22.- ¿Trafica con droga con el objeto de mantener su propio consumo?
- 23.- ¿Habría consumido alguna vez más droga si hubiera tendido más dinero para gastar en ella, o acceso más fácil a ella?
- 24.- ¿Oculta del consumo de droga a sus buenos amigos o a su familia por que le preocupa su posible reacción?
- 25.- ¿Se ha interesado menos en actividades relacionadas con la salud (por ejemplo, ejercicio físico, deporte, dieta) debido al consumo de droga ?
- 26.- ¿Se ha despreocupado del trabajo o los estudios por culpa del consumo de droga?
- 27.- ¿Miente o busca excusas en relación con el consumo de droga ?
- 28.- ¿Suele negar y quitar importancia a su problema con la droga?
- 29.- ¿Le ha sido imposible parar el consumo de droga incluso sabiendo que tiene efectos negativos sobre su vida?
- 30.- ¿El consumo de droga ha puesto en peligro su trabajo o sus estudios?
- 31.- ¿Le preocupa el hecho de ser capaz o no de llevar una vida normal y satisfactoria sin tomar droga?
- 32.- ¿Tiene problemas económicos por culpa del consumo de droga?
- 33.- ¿Tiene problemas con su marido, esposa o pareja debido al consumo de droga?
- 34.- ¿Ha tenido el consumo de droga efectos negativos en su salud física?
- 35.- ¿Tiene efectos negativos el consumo de droga en su estado emocional o mental?

36.- ¿Se ha alterado su funcionamiento sexual por el consumo de droga?

37.- ¿Se ha convertido en una persona menos deseable debido al consumo de droga?

38.- ¿Ha perdido algunos días de trabajo o de estudios debido al consumo de droga?

INVENTARIO DE ACTITUD DE RECAÍDA. CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: Responda cada afirmación con una de las tres siguientes variaciones:

P: Fue así el pasado, pero no actualmente.

A: Es así como se da en mí, ahora.

N: Nunca, no ocurrió lo que está afirmando.

NOTA: Tómese la palabra droga como sinónimo de marihuana y/o cocaína.

- 1.- Estoy preocupado porque no puedo volver a controlar el consumo de drogas o alcohol.
- 2.-Estoy resistiéndome a la idea de no beber o fumar droga aunque sea "ocasionalmente".
- 3.- Estoy globalmente de acuerdo con el programa y me comprometo de palabra a seguir los consejos que recibo.
- 4.- Hago promesas respecto a acciones que no podré cumplir.
- 5.- Fracaso en el intento de anular las relaciones con amigos, amantes y/o conocidos consumidores.
- 6.-Guardo los números de teléfono de los proveedores porque creo que probablemente querré contactar con ellos en el futuro.
- 7.- Tengo la impresión de que mi proveedor es un "amigo".
- 8.- Estoy sirviendo de contacto, fuente o mediador en compras de drogas por parte de otras personas.
- 9.- Permito que otros consuman en mi casa.
- 10.- He fracasado en desprenderme de todos los utensilios y enseres relacionados con la droga.
- 11.- Oculto sustancias adictivas en mi casa, coche, caja de seguridad, casa de un amigo o en lugares secretos.
- 12.- He limpiado minuciosamente mi casa o mi coche y he encontrado "accidentalmente" una dosis que había olvidado.
- 13.- Juzgo que entrar en un programa de tratamiento significa ser un perdedor.

14.- Me siento como una víctima desesperada de mi adicción.

15.- Estoy inmerso en la autocompasión respecto de mi adicción y me preguntó repetidamente "¿por qué yo?"

16.- Espero la respuesta a mi problema de adicción a través de mi terapeuta.

17.- Hago automáticamente lo que debo hacer y nada más.

18.- Dejé que los demás tomen responsabilidades en mi recuperación.

19.- Sigo mecánicamente el consejo de los demás y, si no funciona, tiendo a culparlos.

20.- Les digo lo que ellos quieren oír, intentando callar mis intenciones.

21.- Me prometo a mí mismo o a los demás que nunca más volveré a consumir dosis importantes.

22.- Espero que entrar en tratamiento me dé fuerza para volver a controlar el consumo de drogas.

23.- Creo que puedo ponerme en situaciones de alto riesgo sin sentirme tentado en consumir.

24.- Ignoro los riesgos de estar en contacto con gente, lugares y cosas asociadas con mi anterior consumo.

25.- Pienso que mientras algunos adictos pueden necesitar la "muleta" de alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos, yo no necesité depender de la ayuda de los demás.

26.- Creo que una bebida o un combinado alcohol-droga no impedirán mi recuperación en ningún caso.

27.- Me considero mejor o más inteligente que cualquier otro que está en el programa.

28.- Considero que algunas de las reglas del programa no son aplicables a mi situación particular.

29.- Estoy planeando secretamente salir pronto del programa, esperando recuperarme por mi propia cuenta después.

30.- He dejado de asistir-inevitablemente-a encuentros o sesiones a causa de ciertos conflictos con el programa que se habrían podido resolver con algo de esfuerzo de mi parte.

31.- Considero que los encuentros de alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos son poco dignos, de clase baja o para perdedores.

- 32.- Me considero lo suficientemente inteligente como para solventar hechos y evitar recaídas sin seguir consejos o sin hacer cambios significativos en estilo de vida.
- 33.- Acepto aparentemente el consejo de mi terapeuta y de mis iguales, pero me olvido de lo que me dicen y fracaso en seguimiento de sus sugerencias.
- 34.- Estoy esperando encontrar otro programa o terapeuta para lograr una recuperación más fácil.
- 35.- Pienso que mi terapeuta y mis compañeros son rígidos, de miras estrechas o incapaces de comprender mis necesidades especiales.
- 36.- Tengo en el fondo cierta desvalorización de descalificación hacia mi terapeuta o mis compañeros.
- 37.- Estoy manipulando y deformando los hechos para evitar las responsabilidades de mis acciones u omisiones.
- 38.- Estoy decidido a alcanzar una recuperación "perfecta".
- 39.- Espero que mi determinación y voluntad de llegar a la abstinencia acabarán en una recuperación eficaz.
- 40.- Me atengo a normas y expectativas imposibles para mí mismo y para los demás.
- 41.- Continúo idealizando y glorificando experiencias previas con las drogas.
- 42.- Discuto por cosas insignificantes e insisto en tener la razón la mayoría de las veces.
- 43.- Tiendo a subrayar las dificultades y considerar cualquier problema como un desastre.
- 44.- Tengo problemas para admitir faltas y debilidades.
- 45.- Tiendo a culpar de mis problemas a los demás, específicamente familiares y otras personas afines.
- 46.- Intento que los demás se sientan culpables o a la defensiva cuando pretenden contenderme.
- 47.- Creo que la recuperación es tan sólo una manera de mantenerse apartado de las drogas y el alcohol.
- 48.- Me estoy centrando más de la recuperación de alguien que en la mía propia.
- 49.- Soy generalmente negativo, acusador y estoy casi siempre insatisfecho.

50.- Estoy enojado y desilusionado porque ahora que he dejado de consumir, las cosas en la vida no me van del todo bien.

51.- Estoy enojado con las víctimas de mi adicción porque no confían en mí y no me perdonan al instante.

52.- Intento en secreto reducir la frecuencia del consumo de drogas sin dejar las de todo.

53.- Creo que es imposible tener una vida social o sexual satisfactoria sin drogas o alcohol.

54.- Siento que mi recuperación es una prueba de resistencia en solitario.

55.- Dejo que el aburrimiento, el estrés y los acontecimientos se acumulen para poder justificar un retorno a las drogas como inevitables o como un "regalo" o "alivio" merecido.

56.- Tengo otras conductas adictivas (juego compulsivo, comer, sexualidad), que no menciono a mi terapeuta de grupo.

57.- Permanezco en silencio respecto a mis problemas en el grupo, considerando que los problemas de los demás son más serios e importantes que los míos.

58.- Trabajo activamente para construir una red de apoyo social firme de amigos no consumidores.

59.- Tiendo a sentirme culpable por mi conducta pasada y de este modo soy menos capaz de centrarme en mi conducta presente para la recuperación.

60.- Me resisto a la necesidad de cambiar mi estilo de vida.

61.- Continúo experimentando frecuentes deseos de drogas.

62.- Cuando tengo un deseo de drogas tiendo a sentir que mi recuperación está fallando.

63.- Tengo fantasías sobre si soy capaz de volver a consumir drogas en el futuro.

64.- Cuando no trabajo me siento muy holgazán y solitario.

65.- Me siento resentido, cohibido o compasivo hacia mí mismo por no consumir droga en los restaurantes, reuniones sociales o encuentros de negocios.

66.- Tengo un plan específico para controlar los deseos urgentes.

67.- Soy reacio a tender la mano para ayudar a miembros del grupo o a otros, por miedo de que me consideren débil e imperfecto.

68.- He contactado con alguien del grupo por razones sociales o de apoyo.

69.- Si tengo una recaída es probable que salga del tratamiento debido a una vergüenza extrema y a un sentimiento de fracaso.

70.- Me siento resentido cuando me llaman adicto o toxicómano o alcohólico.

71.- Tengo deseos urgentes de asistir a sesiones de grupo o a mis entrevistas con mi terapeuta.

72.- Creo que mi consumo de drogas es debido a un mal matrimonio, estrés en el trabajo, dificultades económicas o a otros problemas importantes de mi vida.

73.- Tengo miedo de guardar abstinencia el tiempo suficiente que me permita saber más de mí mismo y por qué consumo drogas.

74.- Siento que la mayoría de mis problemas se resolverían si otras personas reconsideraran mi caso y me tratan con más comprensión.

75.- Espero probar a mi terapeuta y a mis compañeros que están equivocados.

76.- Creo que sólo un adicto recuperado es capaz de comprender mi problema y ayudarme.

77.- Me fijó en las diferencias más que en las similitudes con otros adicto en recuperación.

78.- Estoy resentido y enojado respecto a la inversión de dinero y tiempo que debo dedicar a mi recuperación.

79.- Tiendo a pensar que mi programa de tratamiento es sólo una máquina de hacer dinero y que al terapeuta no le interesa en absoluto lo que me ocurre.

80.- Desconfío en secreto de mi terapeuta y siento la necesidad de controlar el plan de tratamiento tanto como sea posible.

81.- Me siento trastornado y decepcionado cuando el grupo no da prioridad a mis asuntos y problemas.

82.- Me siento competitivo y resentido hacia mis compañeros que han avanzado más en la recuperación que yo.

83.- Me siento frustrado y molesto cuando, al no poder dar con una solución inmediata y concreta a un problema apremiante, lo confieso en una sesión de grupo.

84.- Soy intolerante con compañeros recuperados que no se muestran de acuerdo conmigo.

85.- Creo que tener una enfermedad adictiva significa perder el control sobre el consumo de drogas.

86.- Me siento abandonado frente a la recaída y al fracaso.

87.- Soy "todo hablar y no actuar" cuando llega el momento de cambiar estilos de vida y actitudes fundamentales que son necesarios para la recuperación.

88.-Dedicó mucho tiempo a comentar las fallas de los demás.

89.- Soy excesivamente defensivo a la hora de hacer un inventario personal sincero de mis propios defectos y errores.

90.- Tengo una actitud negativa o pesimistas sobre la mejoría de mi vida.

91.- Estoy resentido porque algunos problemas actuales han empeorado desde que he dejado el consumo de drogas.

92.- Vivo como un sueño optimista, creyendo que la mayoría de mis problemas han quedado atrás.

93.- Me enojo con los demás si me enfrentan con mi conducta ligada a la droga.

94.- Tengo miedo de que mi recuperación sea una experiencia intolerable.

95.- Tengo cambios rápidos del humor.

96.- Tengo tendencias a sufrir reacciones desproporcionadas ante situaciones estresantes.

97.- Estoy siempre o casi siempre aburrido o distraído, y no productivo en el trabajo.

98.- Estoy siempre o casi siempre enojado o con ganas de discutir.

99.- Si me ocurre algo especialmente bueno tengo tentaciones de usar drogas como una especie de celebración.

100.- Estoy pendiente de las señales de alarma temprana de la recaída y sé qué hacer al respecto para evitar el uso de droga.

ANEXO II:

SESION	TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DINAMICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
1	Aplicación del instrumento, presentación y rapport.	Aplicación del instrumento.	La aplicación del instrumento.	Resolución individual.	Se hará entrega de un cuestionario de auto informe a cada uno de los adolescentes, mismo que deberán resolver de manera confidencial.	Instrumento, lápiz y goma.	25 min.
		La presentación tanto del terapeuta, el taller y los integrantes del mismo.	Presentación.	Individual.	Se lleva a cabo la presentación del psicólogo y del taller. Posteriormente se lleva a cabo la presentación de los asistentes (datos personales).	Espacio amplio, limpio, iluminado y butacas para cada sujeto.	35 min.

		<p>El establecimiento de rapport y empatía del psicólogo con los adolescentes para mantener un vínculo durante las demás sesiones.</p>	Telaraña.	Grupal	<p>Se formará la figura de un cuadrado con sillas. La madeja de estambre se pasa a cada uno de los integrantes hasta que cada uno halla mencionado su nombre y las principales actividades, colores, música y materia académica que le guste.</p>	<p>Espacio amplio y una madeja de estambre.</p>	20 min.
		<p>Que el adolescente experimente confianza con sus compañeros.</p>	Ensalada de frutas.	Grupal.	<p>Los adolescentes deben sentarse en las sillas de manera que se forme un círculo amplio con todas ellas. El psicólogo dará la primera consigna</p>	<p>Espacio amplio, sillas e ilustraciones alusivas a por lo menos 20 frutas.</p>	15 min.

		Que reconozca la importancia de pertenecer al grupo.	La elaboración de un reglamento interno.	Grupal.	que es: 1) decir "que se levanten las frutas que sean de" (característica), o 2) decir "ensalada de frutas". Posteriormente los adolescentes harán lo propio.		
			Retroalimentación.	Grupal.	Los adolescentes deberán crear un reglamento interno, que constará de horario de tolerancia, confidencialidad, respeto, etc.	Carta de autoridad, rotafolio, plumones de diferentes colores, hilo, un clavo y un martillo.	25 min.
					Los usuarios deberán expresar sus sentimientos e impresiones de su primer día en el grupo.		

SESION	TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DINAMICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
2	Tres etapas de la vida.	Que el adolescente reconozca las diferentes etapas y lo que sucede en cada una de ellas.	Exposición.	Individual.	El terapeuta realizará una exposición con los conceptos de niñez, adolescencia y juventud, los cambios físicos y emocionales que suceden y lo que la sociedad pide al individuo en cada una de estas etapas.	Lugar ventilado, sin ruido, rotafolios, acetatos.	20 min.
		Que el adolescente recuerde fácilmente las características de cada etapa	Memorama.	Grupal.	Los adolescentes jugarán memorama en equipos de tres integrantes.	Memorama con 4 cartas iguales de cada concepto o dibujo (80 pzas).	20 min
		Encontrar soluciones de manera individual o conjunta.	Mis miedos ante el futuro.	Individual.	Los participantes escribirán la peor situación que les pudiera suceder en su	Hojas, bolígrafo, colores y sillas.	30 min.

			El sabio de la montaña.	Individual.	<p>vida. Se solicita la lectura voluntaria de algunos escritos. Se induce a los demás adolescentes a realizar preguntas y comentarios en vía de una solución o actitud hacia el miedo por la situación escrita.</p> <p>Se pedirá a los adolescentes que se relajen con los ojos cerrados. Se les inducirá en un viaje imaginario a visitar a un sabio en la montaña, para encontrar la manera en la cual se puede</p>	Sillas, lugar ventilado, sin ruido, musica de naturaleza	30 min.
--	--	--	-------------------------	-------------	---	--	---------

		Identificar los elementos y situaciones que satisfacen su vida.	Pasado, presente y futuro.	Individual.	vivir feliz. El adolescente narrará tres situaciones, las mas felices de su vida, una de la niñez, una de su adolescencia y una inventada que le sucediera a futuro.	Hojas, bolígrafos, lugar amplio, ventilado y sin ruido.	20 min.
			Tarea.	Individual.	El adolescente llevará a la siguiente sesión una fotografía individual.	Fotografía.	1 sesión.

SESION	TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DINAMICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
3	Información sobre la adicción.	Conocer el grado de información con que cuentan los adolescentes.	Preguntas directas sobre la temática.	Grupal.	El terapeuta realizará preguntas abiertas al grupo sobre los conceptos de droga, las diferencias entre su uso, abuso y dependencia, así como los factores que pueden facilitar la ingesta de drogas.	Espacio iluminado y un listado de preguntas ya elaboradas.	20 min.
		Modificar el conocimiento y entendimiento actual de los conceptos de uso, abuso, dependencia y características de las drogas, así como, de	Ponencia del terapeuta sobre las adicciones y sus consecuencias	Individual.	El terapeuta realizará una exposición en la que abordará conceptos del consumo de sustancias.	Acetatos. Fragmentos de films y publicidad impresa.	20 min.

		<p>los factores implícitos que facilitan el consumo de sustancias y cuales son las mas utilizadas.</p>					
		<p>Reconocer la información y obtener la perspectiva de los adolescentes.</p>	<p>Preguntas directas después de la exposición a manera de mesa de debate.</p>	<p>Grupal.</p>	<p>El terapeuta realizará las mismas preguntas realizadas antes de la exposición mismas que se resolverán en cuatro equipos.</p>	<p>Espacio iluminado y un listado de preguntas ya elaboradas.</p>	<p>20 min.</p>
		<p>Enseñar al adolescente técnicas de relajación para evitar algún posible consumo de drogas.</p>	<p>Relajación "Metodo Silva". El lugar ideal de descanso.</p>	<p>Grupal.</p>	<p>Se llevará a cabo la relajación del cuerpo de la parte superior a la inferior y viceversa, contando de 5 a 0 y viceversa.</p>	<p>Música, grabadora, lugar sin ruido y ventilado.</p>	<p>15 min.</p>

		Identificar las razones por las cuales no se deben consumir drogas.	Un consejo.	Individual.	El adolescente realizará una carta a la persona de la fotografía, en la cual, el escritor le expresará las razones por las cuales no debe consumir drogas.	Lugar amplio, con poco ruido, iluminado, hojas, plumas y una fotografía del adolescente.	30 min.
		Fortalecer la relación.	Relajación "La estrella".	Grupal.	Se inducirá a la relajación con los ojos cerrados y posteriormente se tomará uno por uno a los adolescentes y se colocaran de pie sobre la figura estelar previamente dibujada en el suelo	Lugar amplio, ventilado, con poco ruido, un gis, grabadora y música ambiental de naturaleza.	15 min.

SESION	TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DINAMICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
4	Pensando en mi.	Que el adolescente reestructure y mejore la percepción de si mismo.	Twister.	Grupal.	Los adolescentes jugaran twister, mismo que en lugar de colores contendrá palabras agradables para la auto-percepción.	Lugar amplio, twister, grabadora y música.	20 min.
		Conocer los rasgos propios de nuestra personalidad.	Conocimiento de mi mismo. Posteriormente la palma de la mano.	Individual.	El terapeuta distribuye a los adolescentes el cuestionario "Conocimiento de mí mismo" solicitando sea contestado de manera sincera. Posteriormente se les pedirá que marquen la silueta de su mano en una hoja y, sin verla, dibujen las líneas que se encuentran en la	Lugar amplio iluminado, cuestionario "conocimiento de mí mismo", lapiz, goma, bolígrafos.	30 min.

		Identificar e idealizar conceptos que logren ubicar los sentimientos propios del adolescente en su futuro.	El fin del cuento.	Individual.	palma de la misma. Se dejará que surjan los comentarios pertinentes. Que el adolescente escriba como le gustaría que terminara un cuento en el cual el fuese el protagonista.	Lugar iluminado, hojas, bolígrafos y sobres.	30 min.
		Fortalecer la auto percepción del adolescente.	La olla de oro.	Individual.	Se relajará a los adolescentes mientras se encuentran sentados en el piso (posición flor de loto). Posteriormente se les indicará que imaginen cuales son los animales que él	Grabadora, música instrumental, ropa cómoda, lugar con poco ruido.	40 min.

					escogería para proteger una olla repleta de monedas de oro.		
--	--	--	--	--	---	--	--

SESION	TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DINAMICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
5	Sentimientos.	Concienciar que el adolescente reconozca los momentos de irritabilidad que lo inducen a la agresión activa, pasiva y auto-agresión.	Confrontación.	Individual.	Confrontar al adolescente con la finalidad de que experimente sentimientos desagradables.	Espacio amplio y ventilado.	20 min.
		Que el adolescente desahogue sus sentimientos desagradables.	Golpe al costal.	Individual.	El adolescente golpeará el costal con la finalidad de liberar los sentimientos desagradables.	Costal relleno de esponja o algún material suave y un espacio amplio.	20 min.
		Aprender a controlar y expresar sus sentimientos.	Reestructuración cognitiva.	Individual.	Que el adolescente reflexione cuáles son los sentimientos desagradables que comúnmente experimenta y	Lugar amplio, con poco ruido, ventilado, grabadora y música	25 min.

		<p>Conocer algunas técnicas que le permitan la detención de una posible conducta adictiva identificando sentimientos agradables.</p>	<p>Detención del pensamiento.</p>	<p>Grupal.</p>	<p>encontrar la manera de deshacerse de ellos sin consumir drogas.</p> <p>El terapeuta pedirá a los adolescentes que cierren los ojos y comiencen a repetir en su mente los valores que les leerá. Posteriormente el terapeuta dirá con voz firme ¡SI ASÍ SOY!. Se realizará repetidamente hasta cumplir el tiempo determinado.</p>	<p>Lista de valores, lugar amplio, sin ruido y música clásica.</p>	<p>25 min.</p>
--	--	--	-----------------------------------	----------------	---	--	----------------

		La relajación del adolescente.	Técnica de auto-relajación.	Grupal	Se realizan ejercicios de tensión y distensión de los músculos, iniciando por los dedos de los pies y culminando con los músculos faciales.	Espacio amplio, ventilado e iluminado, música clásica y una grabadora.	30 min.
--	--	--------------------------------	-----------------------------	--------	---	--	---------

SESION	TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DINAMICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
6	La familia.	Valorar la integración familiar y la poca o nula comunicación en ella como una variable influyente o determinante para el no consumo de la droga.	Exposición de la familia, la familia funcional y la familia disfuncional.	Individual.	El terapeuta expondrá las características de las familias funcionales y de las disfuncionales así como, los tipos de comunicación existentes.	Acetatos, videos, música, grabadora y videocasetera.	15 min.
		Tipo de comunicación con cada uno de los familiares (abierto, limitada o cerrada).	Enseñanza de familiograma.	Grupal.	El terapeuta proporcionará la simbología de los familiogramas. Explicará la manera en la cual se realizan, su función y aclarará dudas.	Hojas impresas con símbolos y significados para la realización del familiograma.	20 min.

		Ubicar el tipo de relación familiar predominante (conflictiva, difusa, democrática, autoritaria o permisiva).	Teatro.	Grupal.	Se crearán cuatro equipos. Cada uno creará una representación de un tipo de relación familiar.	Espacio amplio, iluminado, con poco ruido, ventilado y utilería (pelucas, estolas, barba. etc), música y grabadora.	40 min.
			Narrativa.	Individual.	Los adolescentes formarán un círculo y cada uno de ellos expondrá de manera breve que tipo de comunicación y relación existe en su familia.	Espacio con poco ruido.	20 min.
		Historial familiar.	Elaboración de una carta con carga sentimental dedicada a la	Individual.	Cada adolescente redactará un escrito con sus sentimientos y	Espacio iluminado, con poco ruido, bolígrafos, sobres y hojas.	20 min.

		Elaboración de un familiograma.	familia. Tarea.	Individual	<p>pensamientos que tiene hacia su núcleo familiar.</p> <p>El terapeuta dará las indicaciones de la tarea que será que, los adolescentes realicen un familiograma detallado de por lo menos dos generaciones paternas a ellos.</p>	Hojas, bolígrafo, lápiz de color (por lo menos diez), goma y un sobre.	5 min.
--	--	---------------------------------	--------------------	------------	--	--	--------

SESION	TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DINAMICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
7	La sociedad.	Identificar factores sociales influenciadores en la conducta adictiva, así como las situaciones que lo exponen al riesgo, con la finalidad de que sean evitados.	Narración.	Grupal.	Promover la narración de experiencias probablemente adictivas, así como, las diferencias percibidas entre la vida de los adolescentes marginados y las clases altas de la sociedad.	Espacio con poco ruido.	25 min.
		Identificar personas, circunstancias y lugares que propicien la actividad drogodependiente.	Ponencia.	Individual.	Ponencia del terapeuta sobre los indicadores sociales que propician el riesgo adictivo.	Rota folio, films, publicidad impresa, música.	20 min.
		Que el adolescente comprenda la importancia	Tu lo tienes, yo lo quiero.	Grupal.	Se sentara a cada adolescente frente a un compañero.	Sillas, lugar amplio y ventilado.	20 min.

		<p>saber como dirigirse con respeto y raciocinio hacia sus semejantes.</p>			<p>Uno de ellos tendrá una moneda que representará lo más valioso en su vida y teniendo como asignación nunca entregar esa moneda a alguien. El otro adolescente tendrá la asignación de conseguir esa moneda.</p>		
		<p>Explicar las consecuencias legales del consumo de drogas y situaciones relacionadas.</p>	<p>La ley.</p>	<p>Grupal.</p>	<p>El terapeuta expondrá las consecuencias legales de la actividad adictiva.</p>	<p>Lugar con poco ruido, acetatos, proyector.</p>	<p>25 min.</p>

			Revisión del famioliqráma.	Grupal.	Se revisará la elaboración de los famioliqrámas y se harán las correcciones y explicaciones pertinentes.	Famioliqrámas y hojas impresas con símbolos y significados de los famioliqrámas.	30 min.
--	--	--	-------------------------------	---------	---	--	---------

SESION	TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DINAMICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
8	Modelo de Gorski.	Proporcionar información para identificar las etapas de cambio por las cuales atraviesa un adicto.	Exposición.	Individual.	El terapeuta expondrá cada una de las etapas del modelo de Gorski.	Acetatos, rota folio, laminas.	20 min.
		Identificar las etapas a través de la historia adictiva en el modelo de Gorski.	Esquema.	Individual	El adolescente elaborará un esquema del modelo de Gorski y explicará las etapas por las cuales se pasa en un momento adictivo.	Lugar iluminado y ventilado, hojas, bolígrafos, lápiz de color y goma.	20 min.
		Ubicarse en las tareas pertinentes.	Distracción.	Grupal	El terapeuta indicará una tarea a realizar con cada uno de los materiales empleados. Posteriormente indicará a los	Lugar amplio y ventilado, rompecabezas, tablas de multiplicar, libro de adivinanzas, libros para	20 min.

		Identificar síndrome de abstinencia física, psicológica y social.	Tapiz.	Grupal.	<p>adolescentes que cierren los ojos, guarden silencio y se concentren en pensamientos agradables, situaciones graciosas, etc</p> <p>Abruptamente el terapeuta dará la orden de que se prosiga con la tarea indicada inicialmente</p> <p>El grupo de adolescentes realizará un tapiz con recortes que le sean alusivos o identifiquen como pensamientos y/o sentimientos del síndrome de abstinencia.</p>	<p>iluminar, realizar ejercicios físicos.</p> <p>Cartón o base para el tapiz de 2 x 1.5 m aprox , revistas, periódicos y todo tipo de publicidad impresa, pegamento, tijeras y cinta adhesiva.</p>	30min.
--	--	---	--------	---------	---	--	--------

			Álbum Gorski.	de Individual.	El adolescente realizara un álbum con recortes de periódicos y revistas en el cual ejemplifique cada una de las etapas del modelo de Gorski.	Periódicos, revistas, tijeras, pegamento, cuadernillos tamaño media carta.	30 min.
--	--	--	------------------	----------------	--	--	---------

SESION	TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DINAMICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
9	Reinserción.	Que el adolescente reconozca cuales son los determinantes mas importantes para una reestructuración conductual con el fin de no consumir drogas.	Inventario de vida.	Individual.	Se pedirá a los adolescentes que escriban tantas respuestas como se les ocurran, rápidamente y sin detenerse a las preguntas del cuestionario. Después se profundizará en las respuestas de manera grupal y se elaborará un listado comunal de 5 respuestas por cada pregunta.	Cuestionario del "Inventario de vida", sobre, bolígrafo, rotafolio y un lugar bien iluminado.	25 min
		Identificar los factores mas importantes para no consumir.	Avión.	Grupal.	Se realizarán 4 equipos con el mismo numero de integrantes. Cada una de las casillas del avión contendrán un factor en común	Lugar amplio, iluminado, gis, franela, 20 trazos de trapo y un pequeño recipiente con agua.	50 min.

			Rompecabezas.	Grupal.	<p>importante para no consumir drogas.</p> <p>Los miembros del grupo armaran un rompecabezas juntos mismo que será asignado por el terapeuta.</p>	<p>Lugar amplio, con luz, ventilado, rompecabezas con alusión a amigos y familia feliz, paisajes, mascotas y actividades deportivas. 300 pzs.</p>	30 min.
		Iniciar duelo.	Mi despedida	Individual.	<p>Cada uno de los adolescentes iniciará el escrito de una carta, canción, un poema o una tarjeta que exprese a él y a sus compañeros sus sentimientos e importancia de pertenecer al grupo.</p>	<p>Lugar amplio, ventilado y sin mucho ruido.</p>	15 min.

		<p>La planificación de objetivos a corto, mediano y largo plazo tanto de la abstinencia total de su adicción como de las expectativas que tenga el sujeto de su vida.</p>	<p>Relajación.</p>	<p>Grupal.</p>	<p>Durante la relación se pedirá al adolescente que se proponga y comprometa consigo mismo a cumplir 10 objetivos a corto, 10 a mediano y 5 a largo plazo.</p>	<p>Lugar amplio, ventilado, con poco ruido, música instrumental, grabadora</p>	<p>20 min.</p>
			<p>Incineración.</p>	<p>Individual.</p>	<p>La elaboración de dos cartas Una en papel blanco (su nueva vida) y una en papel negro (la vida pasada) misma que incinerará.</p>	<p>Papel, sobre, bolígrafo, un bote de metal y encendedor.</p>	<p>15 min.</p>

SESION	TEMA	OBJETIVO	TECNICA	DINAMICA	DESARROLLO	MATERIAL	DURACION
10	Cierre.		Segunda aplicación del instrumento	Resolución individual	Se hará entrega de un cuestionario de auto informe cada uno de los adolescentes, mismo que deberán resolver de manera confidencial.	Instrumento, lápiz, goma,	25 min.
		Realizar una recopilación de todas las sesiones anteriores, abordando las temáticas mas importantes que se han suscitado en cada una.	Exposición.	Individual.	La exposición verbal de cada adolescente respecto a sus modificaciones cognitivas, emocionales y conductuales desde la primera sesión hasta la actual.	Espacio amplio, iluminado, ventilado.	20 min.

			Árbol de Navidad.	Grupal.	El terapeuta solicita a los adolescentes que elaboren, con las hojas de papel esferas de Navidad y que escriban en ellas un pensamiento positivo para alguno (s) de sus compañeros. Posteriormente los adolescentes leerán los pensamientos que les escribieron en las esferas.	Papel lustre de colores, tijeras, pegamento, crayolas, plumones, bolígrafos y un lugar amplio.	20 min.
		El cierre.	Informal	Grupal.	Se tendrá una platica informal con los adolescentes, con la finalidad de expresar sus pensamientos y sentimientos de haber pertenecido al	Lugar amplio, ventilado, iluminado	20 min

					grupo y haber terminado el proceso.		
--	--	--	--	--	-------------------------------------	--	--