INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL SOBRE FUENTES ELECTRÓNICAS EN DROGODEPENDENCIAS; INVENTARIO, CATEGORIZACIÓN Y ELABORACIÓN DE PÁGINAS WEB SOBRE EL TEMA EN 2000-2002

ÁNGELA PATRICIA PINEDA ESCOBAR

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ

ESPECIALIZACIÓN EN FÁRMACODEPENDENCIA

MEDELLÍN

2002

INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL SOBRE FUENTES ELECTRÓNICAS EN DROGODEPENDENCIAS; INVENTARIO, CATEGORIZACIÓN Y ELABORACIÓN DE PÁGINAS WEB SOBRE EL TEMA EN 2000-2002

ÁNGELA PATRICIA PINEDA ESCOBAR

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Farmacodependencia

Asesores

GUILLERMO ALONSO CASTAÑO PÉREZ

Magíster en Farmacodependencia

HUGO ARBOLEDA MONTOYA

Magíster en Educación

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ

ESPECIALIZACIÓN EN FÀRMACODEPENDENCIA

MEDELLÍN

2002

Nota de aceptación

Declaramos que la presente investigación cumple con los requisitos para que su autora, obtenga el título de especialista en Farmacodependencia.

_____

Presidente del jurado

_____

Jurado

_____

Jurado

Medellín, Agosto de 2002

Agradezco a la vida la posibilidad inmensa de vivir, de soñar, de amar…

De encontrar a lo largo de tantas vivencias la razón para trabajar y de aportar desde formas minúsculas, múltiples posibilidades.

A los niños, quienes han sido los mejores motivadores y los que me impulsaron a optar por esta especialización.

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa su agradecimiento a:

- La Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos, por su aporte económico y disposición en tiempo, para hacer posible éste trabajo.

- A la Magíster en Educación Psicopedagogía y Especialista en Gestión de Procesos Curriculares Luz Elena Pineda Agudelo, por sus valiosos aportes metodológicos y afectivos.

CONTENIDO

pág.

GLOSARIO

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

1. OBJETIVOS 16

1.1 OBJETIVO GENERAL 16

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 16

2. MARCO TEÓRICO 17

2.1 ENFOQUES EXPLICATIVOS DE LA ETIOLOGÍA DE LA FARMACODEPENDENCIA 19

2.1.1 Enfoque Sociológico 19

2.1.2 Enfoque Médico Biológico 21

2.1.3 Enfoque Psicoanalítico 21

2.1.4 Enfoque Interactivo 22

2.2 MODELOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA 24

2.2.1 Modelo Clínico Psiquiátrico 24

2.2.2 Modelo Psicosocial 26

2.2.3 Modelo Socio-Cultural 27

2.3 MODALIDADES DE TRATAMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA 28

2.3.1 Modalidad de Desintoxicación 29

2.3.2 Modalidad de Teoterapia 30

2.3.3 Modalidad de Comunidad Terapéutica 31

2.3.4 Modalidad de Grupos de Apoyo o de Autoayuda 33

2.3.5 Modalidad de Medicina Alternativa 37

2.4 PATOLOGÍA DUAL 38

2.4.1 Trastornos Neuróticos 41

2.4.1.1 De Ansiedad 41

2.4.1.2 Fóbica 42

2.4.1.3 Histérica 42

2.4.1.4 Obsesiva 43

2.4.2 Trastornos Psicóticos 43

2.4.2.1 Esquizofrenia paranoica simple 44

2.4.2.2 Catatónica 44

2.4.2.3 Trastorno Esquizoafectivo 45

2.4.3 Trastornos de la Personalidad 45

2.4.3.1 Trastorno Paranoide de la Personalidad 45

2.4.3.2 Trastorno Esquizoide de la Personalidad 45

2.4.3.3 Trastorno Esquizoafectivo 45

2.4.3.4 Trastorno Esquizotípico de la Personalidad 46

2.4.3.5 Trastorno Antisocial de la Personalidad 46

2.4.3.6 Trastorno Límite de la Personalidad 46

2.4.3.7 Trastorno Histriónico de la Personalidad 46

2.4.3.8 Trastorno Narcisista de la Personalidad 46

2.4.3.9 Trastorno de la Personalidad por Evitación 46

2.4.3.10 Trastorno de la Personalidad por Dependencia 47

2.5 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA PATOLOGÍA DUAL 47

2.5.1 Modelo Etiológico 47

2.5.2 Modelo de Disfunción Biológica 48

2.5.3 Modelo de Socialización 48

2.5.4 Modelo de Automedicación 48

2.5.5 Modelo de Independencia 49

3. DISEÑO METODOLÓGICO 50

4. PLANTEAMIENTOS FRENTE AL TRABAJO REALIZADO 55

5. DIFICULTADES 58

BIBLIOGRAFÍA 59

ANEXOS 61

GLOSARIO

ENFERMEDAD: estado anómalo de la función vital de cualquier estructura, parte o sistema del organismo, proceso o malestar específico caracterizado por un conjunto reconocible de signos o síntomas, atribuible a herencia, infección, dieta o entorno.

ENFOQUE: son las diferentes miradas o formas de abordaje que los investigadores han dado a la fármaco dependencia; este presenta una concepción del problema y del sujeto que hace uso nocivo de las drogas, ligado a un planteamiento de trabajo terapéutico (modelos), a manera de proceso para lograr un cambio.

FARMACODEPENDENCIA: según la OMS, es un estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un deseo imperioso a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

HOMBRE: ser bio-psico-social que en uso de su libertad está en relación consigo mismo, con los otros, con la naturaleza y con un ser superior. Ser de posibilidades.

INTERVENCIÓN: ayuda urgente terapéutica o no, en situaciones críticas, cuyos principios son la intervención inmediata, ya sea proporcionando abrigo, alimento, posada, control del síndrome de abstinencia o tratamientos farmacológicos sustitutivos, que puedan dar pie a la actitud decidida del paciente para continuar con un proceso de recuperación o al tratamiento de la problemática.

MODALIDAD: es la forma de hacer efectivo el modelo, las modalidades son las ofertas específicas mas comunes que se encuentran en el medio para beneficio de quienes deseen modificar sus comportamientos adictivos.

MODELO: hace referencia a las posturas teóricas que proponen y explican las formas de intervenir la dependencia a los fármacos

REHABILITACIÓN: proceso por el cuál un individuo es ayudado en su reincorporación a la normalidad dentro de su medio habitual después de una

enfermedad incapacitante, lesión o periodo de adicción y desintoxicación o incluso después de una deprivación como encarcelamiento o cautiverio involuntario, la rehabilitación encierra por su parte todos aquellos programas orientados a la reincorporación del individuo a la familia, la comunidad, el trabajo y el estudio.

SALUD: completo bienestar físico, mental y social.

TRATAMIENTO: es el procedimiento para llevar a una persona o grupo al abandono de la sustancia psicoactiva o al manejo social de ésta y de su comportamiento en el medio, esto se logra implementando las medidas apropiadas para la modificación de la conducta, mejorando y aclarando las condiciones sistemáticas del proceso que permitan una posterior inserción del sujeto a su vida cotidiana y productiva.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo investigar sobre el **tratamiento** de la farmacodependencia, mediante fuentes documentales escritas y electrónicas para posibilitar la construcción de un marco teórico pertinente que soporte el análisis y la recopilación en fichas de dicha información; los cuales hacen parte del sitio web que contempla el macroproyecto "Investigación documental sobre fuentes electrónicas en drogodependencias; inventario, categorización y elaboración de páginas web sobre el tema en 2000-2002".

Las bases para la elaboración del marco teórico parten en un primer momento de la exploración informativa del proyecto, la exploración bibliográfica para la recopilación de la información teórica y la exploración documental que compromete en el conocimiento para el manejo del Internet, la forma de análisis y selección de la información para la consignación de la misma en el sitio web.

En un segundo aspecto la Fundación Universitaria Luis Amigó, a través del Departamento de Informática ofrece la formación necesaria mediante asesoría metodológica y dirección de la Especialización de farmacodependencia aporta con la asesoría temática de revisión y ajuste de este subproyecto.

El método de exposición del trabajo empleado parte de la justificación, base importante para construir objetivos que orientan el marco teórico relacionado con los enfoques que explican el origen de la farmacodependencia, los modelos teóricos del tratamiento desde los parámetros psiquiátrico, psicosocial y psicoanalítico, así como las modalidades para este mismo tratamiento que hacen relación directa con las formas para el mejoramiento de la salud. Seguidamente se aborda la patología dual que contempla los trastornos neuróticos, sicóticos y de personalidad subyacentes en el farmacodependiente, además de los modelos explicativos a esta patología.

En capítulo aparte se describe el diseño metodológico en el que se hace alusión al proceso seguido para la obtención y sistematización de la información, dando lugar posteriormente a planteamientos frente al trabajo realizado y a las dificultades encontradas para su elaboración.

Para la realización de todos los aspectos anteriores se requirió de ayudas humanas y técnicas que posibilitaron la culminación del mismo, dejando la puerta abierta a posibles ajustes y continuidad del proyecto en ésta y las demás categorías conceptuales que abordan el tema de la farmacodependencia.

JUSTIFICACIÓN

Ante la novedad que presenta el medio social actual frente al mundo del Internet, como un medio de comunicación masiva para dar y recibir información y la necesidad que se gesta en la Fundación Universitaria Luis Amigó de investigación en los campos específicos de la formación de sus estudiantes para hacer aporte científico y académico en diferentes medios de difusión, teniendo en cuenta los adelantos de la ciencia y la tecnología, la universidad desarrolla propuestas que no sólo llevan a sus educandos a la obtención de títulos sino que posibilita la proyección de sus conocimientos al servicio de un mundo en permanente evolución.

De esta manera, los programas de especialización y más específicamente el programa de farmacodependencia ha formulado el macroproyecto "Investigación documental sobre fuentes electrónicas en drogodependencias; inventario, categorización y elaboración de páginas web sobre el tema en 2000-2002", para que desde la interdisciplinariedad sus diferentes profesionales estudiantes, según el perfil que los caracteriza en sus profesiones de base, puedan hacer parte de esta investigación documental, ya que en ésta se pretende abordar el tema de la farmacodependencia a través del estudio de diferentes categorías como son:

prevención, tratamiento, toxicología, cultivo, producción y comercialización, políticas, disposiciones legales, cooperación internacional, epidemiología, y otros que en la medida que avance la investigación se considere pertinente incluir. Cada una de éstas de estas categorías constituye un subproyecto que irá siendo desarrollado por diferentes equipos de investigación; el presente trabajo da cuenta del proceso seguido en la categoría de "tratamiento" y con él que se quiere hacer un aporte desde el punto de vista integral a la comunidad académica partiendo de fuentes electrónicas que facilitan no solo el conocimiento propio del Internet, sino también la forma de elaborar inventarios, categorizar ideas en este campo y dejar consignación de las mismas en el sitio web para los cibernautas que requieran información al respecto.

Específicamente en la categoría "tratamiento", se hace necesaria esta investigación por la propuesta de la universidad, la que va haciendo posible el desarrollo de su macroproyecto para ofrecer un aporte a la comunidad científico-académica y por el perfil y campo de acción de quien investiga, puesto que abre nuevas puertas para el desempeño tanto personal como profesional frente al tratamiento de la farmacodependencia.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la calidad científico académica de las fuentes documentales posibles en idioma español, provenientes del Internet, relacionadas con el tratamiento de la farmacodependencia, durante el 1 de octubre de 2001 y el 20 de mayo de 2002, para consignar la información obtenida en fichas bibliográficas que alimentan la base de datos publicada en el sitio web del macroproyecto.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar los elementos teóricos básicos sobre modelos, modalidades, enfoques terapéuticos y patología dual existentes para el tratamiento en farmacodependencia que posibiliten el ofrecimiento de información científico académica adecuada.

Describir mediante fichas, los artículos en español que tratan sobre el tratamiento de la farmacodependencia en Internet.

2. MARCO TEÓRICO

La dependencia a los fármacos se ha convertido a través del tiempo en un problema de salud pública, dadas las graves consecuencias degenerativas producidas en los individuos en el orden de los social, orgánico y mental. Esta situación ha hecho que el medio reaccione con diversas formas de intervención, rehabilitación y tratamiento que pretenden salvar la situación recuperando a los individuos para readaptarlos a la sociedad que espera de los sujetos productividad, funcionalidad y desarrollo para armonizar la vida misma.

Es así como en la medida en la que se han implementado formas de atención se han desarrollado investigaciones que muestran la complejidad de la problemática haciendo que los tratamientos evolucionen y no se polaricen sólo a una dimensión del ser humano sino que por el contrario integren la mayor cantidad de aspectos, por ejemplo de las comunidades terapéuticas tradicionales seguidoras del modelo Day top americano y Proyecto hombre italiano, en donde ex-adictos muestran desde el internamiento en un espacio, elementos de autoayuda a un grupo bajo situaciones cotidianas para que aprendan a vivir sobrios, hasta las comunidades terapéuticas mixtas en donde un equipo interdisciplinario trata de elaborar un tratamiento en donde desde las diferentes profesiones se les presentan

alternativas a los usuarios desde lo psicológico-comportamental, psiquiátrico, familiar, orgánico y ocupacional entre otros, proponiendo el aprendizaje del manejo de la adicción y formas de vida diferente que produzcan bienestar al individuo, su familia y por ende a la sociedad.

También para las dependencias fisiológicas se han implementado tratamientos sustitutivos que pretenden equilibrar químicamente el organismo eliminando el malestar que se produce al suspender la droga a la que se es adicto.

Los grupo de apoyo de gran auge en nuestro medio están abiertos a todos los que deseen contrarrestar la adicción y se encuentran bajo el nombre de Narcóticos Anónimos (N.A.) y Alcohólicos Anónimos (A.A.).

Existen también tratamientos desde la medicina alternativa y la Teoterapia, sin embargo la forma de tratar a los adictos mas difundida es la comunidad terapéutica, la cual en la actualidad contempla modalidades ambulatorias, hospitalizaciones e internados; cada una con procesos de atención establecidos e integrales con seguimiento institucional y post-institucional.

Es así como tratando de dar respuesta a las demandas actuales frente a la drogodependencia se mostrarán las formas de tratamiento mas relevantes clasificándolas según el enfoque, es decir según las miradas que los investigadores

asumen para el estudio de la problemática desde las diferentes áreas; los modelos teóricos que proponen y explican las formas de intervenir la dependencia a los fármacos y las modalidades de tratamiento que son las ofertas específicas mas comunes que se encuentran en el medio para beneficio de quienes deseen modificar sus comportamientos adictivos.

2.1 ENFOQUES EXPLICATIVOS DE LA ETIOLOGÍA DE LA FARMACODEPENDENCIA

La fármaco dependencia representa una situación compleja, en la medida en que tanto sus manifestaciones, como su etiología obedecen a diversos componentes; no pudiéndose explicar éste fenómeno en una sola vía; la postura por tanto puede ser desde el problema social, síntoma individual, enfermedad y otros tantos.

2.1.1 Enfoque Sociológico. Desde la perspectiva de la sociología se habla de la fármaco dependencia como un síntoma, resultante de una sociedad cambiante, convulsionada y violenta generadora de malestares mentales, en otros términos, el conflicto se atribuye a una "sociedad que funciona mal"[1], en la cuál existe una fuerte y pronunciada presión en cuanto a competitividad y supervivencia en el medio, además de la existencia de fuertes normas reguladoras del actuar de los ciudadanos; conduciendo así a los mismos a consumir drogas para evadirse un poco de estas situaciones generadoras de altas dosis de ansiedad, imposibles de

[1] KOOYMAN, Martien. La comunidad terapéutica para drogodependientes. Mensajero. Bilbao, 1999. p. 280.

manejar, para algunos en condiciones naturales; sin embargo la misma sociedad conducente, es aquella que posteriormente estigmatiza y elimina desde la marginación a los individuos que han desarrollado su compulsión, convirtiéndolos en "chivos expiatorios"[2], de la disfuncionalidad social. Desde esta perspectiva la adicción a las drogas se considera un problema social, ya que: Produce altas dosis de sufrimiento en el individuo, lo limita y no le permite a éste que desarrolle su personalidad al máximo de su potencialidad, ni tampoco que participe plenamente en el avance económico y social del país, generando en muchas ocasiones consecuencias sociales adversas como violación de normas y valores; psicológicamente se pueden producir efectos mentales negativos que repercuten en la familia y la comunidad, además de que se pueden afectar los códigos legales a consecuencia del comportamiento del fármaco dependiente.[3]

Algunos teóricos que han tratado de explicar el fenómeno de la fármaco dependencia desde el crecimiento de los pueblos en lo social como son Zinberg y Biernacki[4], sostienen que no es a los individuos a quienes se ha de intervenir, ya que, así solo se continua estigmatizando personas, cuando la resolución del fenómeno está en manos del conjunto, es decir en la puesta en práctica de procesos preventivos de tipo social, familiar y grupal.

---

[2] Ibíd., p. 280.

[3] BRENS, Víctor M. La calidad de vida de las personas, desafío actual del nuevo milenio. Proyecto de investigación-Acción vivir juntos el desafío de la droga. Universidad Católica, Santiago de los Cabellos, República Dominicana. 1992. p. 65

[4] KOOYMAN, Op. cit., p. 37.

2.1.2 Enfoque médico biológico. Para la postura médico biológica, la fármaco dependencia se plantea como un trastorno crónico, de origen multicausal, la cual por los alcances en cuanto a expansión en la población y deterioro producido en el sujeto dependiente, es considerada un problema de salud pública, sobre la que se debe realizar un seguimiento secuencial[5].

Este enfoque centra su atención en la posible existencia de condiciones fisiológicas innatas o adquiridas que hacen vulnerable al individuo para una adicción. A partir de éste supuesto se introduce el concepto de enfermedad para denominar en si la compulsión a las drogas que se genera en algunas personas, en la que se puede desarrollar incluso una dependencia física, cuando el sujeto no tolera la ausencia de fármacos en su organismo.

2.1.3 Enfoque Psicoanalítico. La posición psicoanalítica desde Jacques Lacan, afirma que los síntomas generados en un sujeto por la ingesta abusiva de drogas y la misma adicción como tal, se convierte en un lenguaje tácito o no verbal, forma de expresión, síntoma configurado durante la historia personal del sujeto evidenciando un conflicto intra psíquico con significado patológico.

"La dimensión del lenguaje oculta al drogadicto en la verdad de su deseo, pero a través de su discurso el ello habla de este deseo, sin que él lo sepa". El

[5] Díaz, Lino. Drogadicción, un decir que no se sabe. [artículo de Internet]. http://www.cij.gob.mx/tratamiento/trabajo/drogadicción.htm [Consulta: 14 Junio de 2002].

inconsciente se hace manifiesto en la vida de los sujetos a través de diversas formas, los sueños, el chiste, los actos fallidos y los síntomas[6].

El ser drogadicto en su significado lleva inserta una forma de decir las cosas, de relatar la historia personal, de verbalizar lo inconsciente, lo que se dice y lo que se calla, él lleva inscrito en su cuerpo una "cicatriz narcisista", un mensaje desconocido de sufrimiento, cuyo destinatario está ausente, el anhelo del objeto que falta y que es irrecuperable.

Estas tres posturas no son las únicas que intentan explicar como se ha ocasionado el fenómeno de las drogas, cómo se ha convertido en compulsión y cómo se ha extendido a un numeroso grupo poblacional, sin embargo éstas y la que se mencionará a continuación como enfoque interactivo, al parecer son las más relevantes, o por lo menos las más difundidas. Se hace la salvedad de que ninguna de las teorías explica por si sola la magnitud de la existencia de la drogodependencia.

2.1.4 Enfoque Interactivo. Este enfoque ha optado por integrar algunos modelos etiológicos y describir la fármaco dependencia como síndrome psico-fisiológico-social, determinado por un sistema complejo de reforzamientos[7]; en

[6] Ibíd., p. 1.

[7] EDWARDS, Arf y HODSON. Nomenclatura y clasificación de los problemas relacionados con las drogas y el alcohol (OMS). 1981.

éste se explican las posibilidades de una persona para convertirse en adicta, además de indicar los factores internos y externos que lo mantienen en dicha situación. Van Dijk, adhiere a éste enfoque la descripción de los círculos viciosos farmacológicos, psicológicos, social y desintegrador del cerebro, en donde farmacológicamente se crea un círculo vicioso cuando el adicto suspende el uso de la droga y aparecen síntomas de abstinencia que desaparecen tras el reinicio del consumo; el psicólogo se manifiesta a través de sentimientos de culpabilidad frente a la adicción, continuando el consumo a manera de evadir dichos sentimientos; el círculo vicioso social es visible a través de la estigmatización y aislamiento para con el adicto, creando subculturas difíciles de abandonar para el adicto por la identificación que a ellas se crea y el desintegrador del cerebro, tiene que ver con los posibles daños en las funciones integradoras y reguladoras que finalmente disminuyen la resistencia que la persona pueda oponer en la continuidad del consumo[8].

Observando de cerca estas posturas que tratan de dar cuenta del fenómeno de la fármaco dependencia se puede deducir que aunque desde mediados del siglo pasado el concepto de enfermedad sustituyó el concepto de moralidad predominante hasta entonces y gracias al cual se estigmatizó y marginó a grupos de adictos; éste concepto de enfermedad en el cuál se des-responsabiliza al sujeto, desplazando el protagonismo de sus actos a factores externos, aunque

[8] KOOYMAN, Op. cit., 41.

siempre en relación con él, aún sigue vigente en muchas formas de concepción de la fármaco dependencia y por ende en su forma de ser tratada; de hecho los modelos y modalidades más comunes en la intervención pretenden aliviar sujetos para que sean adaptables socialmente. Este elemento se convierte en una fuente importante de reflexión, pues tanto la prevención como el tratamiento tendrán que propender por el desarrollo integral de la persona, no mirada como entidad patológica, sino como ser holístico, en vía de mejorar siempre su calidad de vida.

2.2 MODELOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA

En éste texto se hará mención de tres modelos teóricos que dan cuenta del tratamiento de la Fármaco dependencia, como son el modelo clínico psiquiátrico, el modelo psicosocial y el modelo sociocultural; los cuáles son una respuesta al enfoque interactivo, ya que éste pretende integrar los demás enfoques teniendo una visión holística del hombre, situación a la que apuntan los modelos expuestos a continuación, pues tocan los aspectos orgánico, psicológico, social y cultural; mirados en conjunto, porque cada uno tiene su énfasis.

2.2.1 Modelo Clínico Psiquiátrico. Demuestra las perturbaciones mentales y las modificaciones orgánicas y psíquicas que se asocian al fenómeno causa-efecto, de tal manera que el paciente debe ser curado; para éste modelo la droga es la responsable del deterioro de la salud del sujeto, a partir de aquí el concepto de

enfermedad cobra importancia, pues, el paciente se asume como necesitado de curación. Por estas razones la atención se ubica en las características y efectos de los fármacos, para desarrollar actividades de contención con el uso de estupefacientes antagonistas. El fármaco dependiente se enmarca en un papel pasivo irresponsable y necesita ser desintoxicado mediante un tratamiento basado en sustancias químicas que dan solución al problema farmacológico de la siguiente manera:

Farmacología general: Emplea fármacos sintomáticos, como antidoloríficos (aspirina, novalgina y calmantes como el valium), generalmente poco precisos que van dirigidos a mitigar la crisis o el síndrome de abstinencia.

Fármacos específicos: Se emplean según la condición del sujeto ya sea por sustancias o por tiempo de consumo.

Fármacos agonísticos para opiáceos: Tratan de contrarrestar el efecto de la heroína utilizando metadona o morfina.

Fármacos antagonistas para opiáceos: Hace competencia a los opiáceos con sustancias como naltraxone que desplazan el efecto del sistema central nervioso hacia ellos.

Fármacos agonísticos-antagonistas: Son fármacos mixtos que cambian los efectos positivos de los agonísticos y antagonistas.

El modelo clínico psiquiátrico es importante en la medida en que el consumo crónico de sustancias psicoactivas actúa directamente sobre la actividad cognoscitiva, el estado de ánimo, los procesos de pensamiento y la personalidad, razón por la cuál es necesario intervenir el sujeto con la intención de restaurar en él dichos procesos.

2.2.2 Modelo Psicosocial. Este modelo busca básicamente la recuperación individual y social para el adecuado desarrollo del paciente tanto afectivamente como laboral e interpersonalmente. Desde éste se sugiere la importancia de profundizar sobre la personalidad del paciente en su dinámica intrínseca, en la problemática de sus relaciones interpersonales y en la dialéctica persona-sociedad, teniendo como base primordial el medio familiar.

La fármaco dependencia por tanto, alude a un comportamiento anormal, etiológicamente derivado de muchas causas donde se incluye el modismo, la curiosidad o el mimetismo sociocultural, la enfermedad mental, la personalidad psicópata o el trastorno neurótico al que está expuesto el paciente y que lo lleva a entrar en el uso de las drogas como síntoma incorporado al repertorio patológico y a la afección psicológica básica de la persona.

La atención en este modelo muestra las siguientes fases:

- Evaluación psicopatológica.
- Psicoterapia individual que busca mejorar los síntomas y un cambio en la conducta del paciente. La psicoterapia se da desde una perspectiva conductista, cognitiva, humanista, psicodinámica y sistémica.
- Psicoterapia de apoyo con intervención auxiliar.
- Intervención en crisis que busca hacer consciente a la persona sobre las actuaciones compulsivas y los impulsos como mecanismos de defensa y sobre los factores de riesgo frente a la vulnerabilidad.
- Psicoterapia grupal como facilitador del proceso de interacción del individuo, incluye actividades de confrontación, de apoyo, de ocupación grupal, de educación, etc.
- Y finalmente la terapia familiar y de pareja que promueve la maduración e individualización, mejora el sistema de comunicación, eleva la aceptación de necesidades y de los límites de los miembros de la familia.

2.2.3 Modelo Socio-Cultural. Éste modelo expone la relación que el individuo establece con la droga sin que lo afecte el medio, pues él realiza un tratamiento pero la droga no desaparece, en tanto que el individuo permanece expuesto a una recaída ya que los factores sociales, políticos, educativos y de la cultura en general hacen que el drogodependiente perciba de manera destacada la oferta y la disponibilidad de las drogas, además de los problemas previos como la incorrecta

percepción de una escala de valores, el desempleo, el desplazamiento y la discriminación a la que es sometido, además de los procesos pedagógicos de poca estimulación que no le permiten un adecuado uso de su tiempo libre y de la recreación.

Sin embargo la presencia o la ausencia de uno de estos factores no determina necesariamente un riesgo de caída o recaída de un paciente, pues si para uno representa un riesgo inductor, para otro puede ser un factor protector.

No obstante un tratamiento exitoso depende de la efectividad clínica que pueda superar los peligros potenciales externos, aunque actualmente el problema se está multiplicando a pesar de los esfuerzos de las sociedades, de la prohibición internacional, de los controles y talleres de orientación y hasta de la educación misma.

Pese a todas las dificultades que se presentan tanto a nivel individual como grupal, el modelo socio cultural pretende dar excelentes resultados en su proceso.

2.3 MODALIDADES DE TRATAMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA

Las modalidades de tratamiento presentadas aquí son las que se encontraron como mas comunes en el medio, no se pretende con esto decir que son las únicas, ni tampoco las mas funcionales, pues la eficacia de cada proceso de tratamiento

depende de la individualidad del sujeto, de su grado de conciencia y disposición al tratamiento.

2.3.1 **Modalidad de desintoxicación.** El modelo de desintoxicación suprime de manera gradual inicialmente el consumo de drogas en un sujeto, que tiene una dependencia física, la pretensión es lograr suprimir totalmente la ingesta de sustancias, liberando al organismo de la dependencia fisiológica; generalmente éste es el inicio de un proceso terapéutico de rehabilitación frente al abuso de drogas. El paciente muchas veces busca con la desintoxicación disminuir el nivel de dependencia, aprendiendo a controlar el hábito.

El desarrollo del proceso de desintoxicación, se da usualmente en centros hospitalarios, residenciales o ambulatorios que puedan manejar de manera efectiva el malestar causado por el síndrome de abstinencia que se genera ante la supresión de la sustancia, además de proporcionar un tratamiento seguro y humanizado al paciente, en quien se tratará de generar desde la educación, un compromiso más serio para que realice un tratamiento posterior a la desintoxicación si es necesario.

Durante éste proceso se pueden detectar problemas físicos generados por el consumo o asociados a éste, los cuáles se intervienen también. [9]

[9] GONZÁLEZ, Mónica y PINEDA, Francia. Los modelos de tratamiento en farmacodependencia, una mirada desde la historia de vida. Medellín, 2001. p. 31.

2.3.2 Modalidad de Teoterapia. Para la modalidad teoterapéutica, la fármaco dependencia impide el encuentro con Dios y es por ello que a través del tratamiento lo que pretende es la conversión del adicto desde la oración y la lectura y reflexión de la Biblia, propiciando con ello la cercanía con Dios y así cambiar de vida, el abandono del consumo se produce en tanto haya un aumento de la fe en Cristo Salvador, a esto se llega por convicción personal.

La Teoterapia aborda el nivel espiritual, emocional, mental y físico. "Dios tiene el poder de liberar a los hombres de las drogas".

Los fundamentos de la Teoterapia, son una mezcla de aspectos psicológicos, teológicos y médicos, los cuáles se organizan y presentan su intervención a través del asesoramiento personal y grupal con lo cual además de que el sujeto no continúe consumiendo asegura la expansión de la fe cristiana a través de los testimonios de quienes han sido beneficiados por esta modalidad de tratamiento. Su principal exponente es Mario E. Rivera Méndez.

Etimológicamente Teoterapia significa: Theos (Dios) y terapia (manera de generar cura), la Teoterapia se considera una modalidad colectiva, útil y abierta y aunque utilice técnicas o elementos variados, todos ellos antes de la intervención son examinados a luz de las escrituras.[10]

[10] Ibíd., p. 33.

2.3.3 Modalidad de Comunidad terapéutica: Genéricamente corresponde a una modalidad de intervención sobre problemáticas asociadas a la salud mental, cuya técnica grupal es la autoayuda y la ayuda mutua; este método también se define como terapia social. Esta modalidad se constituye en un grupo de pacientes y de personal técnico que trabaja en conjunto, participando activamente en la vida diaria de la casa o de la entidad prestadora del servicio. Allí todos asumen un papel y un estado por el que tienen que responder. La participación social de los miembros es deficiente, razón por la cual se preparan reuniones regulares para considerar los problemas comunes y discutir libremente aumentando así la experiencia, el aprendizaje, la reestructuración constante del papel que cada uno juega y de la libertad de acción de los pacientes y miembros de menor jerarquía del grupo.

La estructuración de la comunidad terapéutica debe considerar las características del macro medio social en las cuales los pacientes deben destacarse, así:

- Principios básicos de igualdad, comprensión y solidaridad en las interacciones humanas.
- Estimulación de los valores colectivos y del amor al trabajo como actitud fundamental que ennoblece al hombre, aumentando su autoestima y la aceptación social.

- Centralismo democrático con criterio organizativo, rector y viabilizador de la participación colectiva en la determinación de la conducta a seguir, garantizando la unidad y la efectividad de acción con el desarrollo de la discusión crítica y autocrítica, así como la supervisión y exigencia fraternal en ambos sentidos de la escala jerárquica, la cual es establecida por el nivel de responsabilidad de cada persona.
- Estimulación y valoración constante de las iniciativas de la comunidad.
- La emulación como motor impulsor en la construcción de una sociedad sin clases.

Maxwell Jones, pionero de la aplicación de las comunidades terapéuticas a la psiquiatría en 1952, se refirió a ellas como una situación grupal de vivir aprendiendo, donde el aprendizaje esta ligado a la experiencia de lo comunitario y a la vivencia de lo social. Varios autores mencionan que desde sus orígenes las comunidades terapéuticas han dirigido sus estrategias a reintegrar a las personas consigo mismas, con el grupo, con la sociedad y con Dios de manera trascendental.

Según este concepto general de comunidad terapéutica, en este espacio es posible erradicar condicionamientos maladaptativos en busca de la rehabilitación de drogadictos; aunque en sus inicios las comunidades terapéuticas atendieron psicópatas, retardados mentales, neuróticos y esquizofrénicos.

2.3.4 Modalidad de Grupos de apoyo o de auto ayuda. Éstos grupos de autoayuda se definen como comunidades de hombres y mujeres que comparten su experiencia, fortaleza y esperanza con el fin de ayudar a otros; su trabajo se desarrolla a partir de grupos de encuentro que pueden ser abiertos para todas las personas que deseen asistir, alcohólicas o no y cerradas, al cuál asisten sólo los miembros del grupo. Esta modalidad es conocida mundialmente como Alcohólicos anónimos (A.A.) y actualmente también Narcóticos Anónimos (N.A.), éste grupo e apoyo reúne periódicamente a todo aquel que quiera pertenecer y que quiera seguir fielmente sus principios, para mejorar su calidad de vida y cesar el consumo de alcohol y drogas. Su metodología de trabajo la basan en los doce pasos y las doce tradiciones. Las doce tradiciones se presentan a manera de estatutos, aseguran el anonimato del grupo y le dan estructura como tal y los doce pasos enumeran uno a uno los aspectos a seguir que garantizan la autoconciencia, frente a la construcción de un nuevo proyecto de vida.

Tanto las doce tradiciones como los doce pasos, se escribieron a partir de las primeras experiencias de los socios de Alcohólicos Anónimos, quienes describieron actitudes y actividades para dejar el alcohol o la droga.

El grupo de A.A. y N.A., es una organización democrática, que no tiene gobierno central, económicamente se sostiene de la contribución voluntaria de sus miembros, es apolítica y no se suscribe a dogmas, sectas religiosas, ni a ningún otro tipo de institución.

Las doce tradiciones son las siguientes:

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A.

2. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental, un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo.

3. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza, no gobiernan.

4. El único requisito para miembro de A.A. es querer dejar la bebida.

5. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a A.A., considerado como un todo.

6. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.

7. Un grupo de A.A., nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de A.A. a ninguna entidad, allegado o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo.

8. Todo grupo de A.A debe mantenerse completamente a si mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.

9. Las actividades de A.A. nunca tendrán carácter profesional pero nuestros centros e servicios pueden emplear trabajadores especiales.

10. Nuestra estructura como tal nunca debe ser organizada, pero podemos crear juntas o comités de servicios que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.

11. A.A. no tiene opinión a cerca de asuntos ajenos a sus actividades por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.

12. Nuestra política de relaciones públicas se basa en la atracción, no en la promoción, necesitamos mantener nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.

El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

Los siguientes son los doce pasos:

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

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

3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios como nosotros lo concebimos.

4. Sin temor hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.

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

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

7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.

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

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

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

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

12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de éstos pasos, tratamos de llevar éste mensaje a otros alcohólicos y de practicar éstos principios en todos nuestros asuntos.[11]

2.3.5 Modalidad de Medicina Alternativa. Su atención se basa en la práctica de la medicina bioenergética, ésta es utilizada en el tratamiento y prevención de todo tipo de adicciones.

La bioenergética se considera como la alternativa que explica y ofrece soluciones individuales o colectivas pero sin recurrir a los químicos o fármacos, sino que

[11] Ibíd., p. 35.

utiliza sustancias de origen natural, además de otros elementos como dietas, imanes, luces de colores, sonidos, aromas, meditación.

El tratamiento también incluye terapia para que el individuo aprenda a manejar su vida afectiva y social.[12]

El modelo de tratamiento basado en la medicina alternativa presenta dos fases: una inicial en la que se da la desintoxicación y una de equilibrio; en la fase inicial se aplican estímulos electromagnéticos de diferente frecuencia como los rayos láser, el calor, la acupuntura, la aurículo terapia, en donde se estimulan sitios en la piel que conducen el impulso al cerebro, el cuál libera las endorfinas que ocasionan la respuesta de placer por mecanismos diferentes al del consumo de sustancias que provocan dependencia. En la fase de equilibrio, se busca lograr un equilibrio bioenergético, entre el cuerpo mental y el emocional, el cuál consiste en armonizar los hemisferios cerebrales descompensados por la misma sociedad.

2.4 PATOLOGÍA DUAL

Una vez se han presentado las formas de analizar la problemática y de abordar teórica y técnicamente el tratamiento a las personas adictas a los fármacos, es indispensable adentrarnos en el tema de la "Patología Dual", pues algunos estudios dan cuenta de la presencia de un cuadro subyacente a la

[12] Ibíd., p. 35.

farmacodependencia de tipo mental, situación que amerita un acercamiento minucioso desde la importancia de realizar un diagnóstico claro y exhaustivo para que si existe la presencia de otro u otros cuadros en un sujeto, estos puedan ser tratados con mucho profesionalismo y dirección en beneficio de la persona tratada.

Se llama "Patología Dual" a la coexistencia de una drogodependencia y un trastorno mental definido; esto teniendo en cuenta que la propia dependencia figura en los criterios de la OMS, como un trastorno del comportamiento debido al consumo de sustancias[13].

Este aparentemente es un problema moderno, sin embargo en el pasado los psiquiatras la denominaron como una dependencia sintomática posterior al tratamiento psíquico. Actualmente el término comorbilidad se utiliza de manera similar, para referirse a la patología dual, definiéndolo como la cohabitación de trastornos, aunque no se sabe ciertamente si la adicción ocasiona el trastorno psiquiátrico o si por el contrario es el trastorno el que conlleva al paciente al consumo de éstas.

Es muy importante tener en cuenta que un adecuado diagnóstico juega un papel indispensable en el posterior tratamiento del cuadro, ya que, si no se conoce la

[13] CABRERA, Forneiro José. Patología Dual. Comunidad de Madrid-Agencia antidroga. Madrid: Gráficas Delos S.L., 1998. p. 28.

problemática posiblemente no se puedan generar criterios comunes y eficaces en la intervención.

El panorama de la patología dual se torna complejo si se tiene en cuenta que el consumo de las drogas genera por si mismo sintomatología psíquica, es decir síntomas particulares de un trastorno mental, es decir, la psicosis tóxica paranoide por ejemplo, ocasionada por anfetaminas o drogas de síntesis presenta síntomas muy similares a los que se presentan con la esquizofrenia, el síndrome de abstinencia generado por el consumo de opiáceos puede asemejarse a una crisis de angustia[14]. Puede ocurrir también, que el abuso de sustancias y sus efectos se conviertan en el evento desencadenador de enfermedades mentales latentes, como puede ser en el caso de los límite o borderline, en donde se pueden precipitar esquizofrenias o por el contrario que los síntomas de un trastorno psiquiátrico se mitiguen con la ingesta de alguna sustancia, como es el caso de los cuadros depresivos, en el cual los pacientes pueden buscar apoyo en los estimulantes.

Los trastornos mentales se pueden clasificar en tres grandes grupos, ellos son: Trastornos neuróticos, trastornos sicóticos y trastornos de la personalidad.

[14] Ibíd., p. 28.

2.4.1 Trastornos Neuróticos. La neurosis es definida como una enfermedad de la personalidad caracterizada por los conflictos intra psíquicos que inhiben las conductas sociales, produciendo una perturbación en el equilibrio interno del sujeto. El trastorno se puede representar en sentimientos o en ideas que manifiestan una defensa o armazón de procesos defensivos artificiales contra la angustia y que constituyen en relación con este conflicto interno un compromiso de que el sujeto obtiene desde su posición neurótica un cierto provecho, es decir, que obtiene ganancias secundarias, las cuáles mantienen el trastorno.[15] Los distintos tipos de neurosis se clasifican generalmente según los síntomas predominantes.

2.4.1.1 De Ansiedad. Según el DSM-IV[16], ésta se manifiesta como "la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño puede ser interno o externo", en la neurosis de ansiedad es representativo el estado emocional marcado por el temor y/o la inquietud; los síntomas se consideran patológicos cuando son lo bastante intensos como para perturbar el buen desarrollo de la vida cotidiana.

La agorafobia es considerada como uno de los síntomas predominantes en la neurosis de ansiedad, esta se caracteriza por la aparición de ansiedad en lugares o

[15] BERNARD, P. y BRISSET Ch. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Toray-Masson. p. 210.

[16] DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A., 1995. p. 401.

situaciones en donde escapar sea muy difícil o no sea posible encontrar ayuda en el momento en el que se presente la crisis de angustia, es decir la aparición súbita de los síntomas. La neurosis de ansiedad se clasifica en trastorno de angustia con o sin agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, inducido por sustancias y no especificado[17].

2.4.1.2 Fóbica. La característica esencial de la fobia es el miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente identificados, en donde tras la exposición al estímulo no deseado surge como respuesta inmediata la ansiedad, la cual adquiere la forma de crisis de angustia, aún cuando el sujeto admite que el miedo generado es irracional y excesivo. En la mayoría de los casos el estímulo fóbico es evitado y por lo tanto el patrón mas significativo para realizar el diagnóstico es cuando las conductas evitativas o el miedo anticipatorio frente a la situación u objeto fóbico, no permiten un desempeño social adecuado, interfiriendo en sus actividades cotidianas, relaciones interpersonales, laborales y salud física (alteración en la presión arterial y frecuencia cardiaca, entre otras).[18]

2.4.1.3 Histérica. La neurosis histérica es llamada también trastorno histriónico de la personalidad y en éste se presenta una emotividad generalizada y excesiva, tendiente a obtener atención, éste patrón empieza al comienzo de la edad adulta y

[17] Ibíd., p. 401.

[18] Ibíd., p. 402.

se da en diferentes contextos. En éste trastorno el sujeto se siente fuertemente herido y dolido cuando no logra ser el centro de atención; lo cual es difícil, porque las características comportamentales de estas personas son dramáticas, vivaces, llamativas, seductoras, entusiastas y extrovertidos, demandando continuamente atención.[19]

2.4.1.4 Obsesiva. Demarcada por una idea de actuación temerosa que se presenta repetidamente y es sentida por el individuo como un acto forzoso, impuesto en contra de su voluntad.

2.4.2 Trastornos Psicóticos. La psicosis es definida como "la pérdida de las fronteras del *ego* o un grave deterioro de la evaluación de la realidad"[20], esta patología incluye comportamientos desorganizados o catatónicos, gran cantidad de alucinaciones de varios tipos, además de ideas delirantes.

La esquizofrenia es una alteración que hace parte del grupo de las psicopatías, en la cuál se da una marcada disfunción social y/o laboral; los síntomas implican lo cognoscitivo, lo emocional, lo perceptual, el pensamiento inferencial, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez, productividad del pensamiento y el habla, así como también la capacidad hedónica,

[19] Ibíd., p. 671.

[20] Ibíd., p. 308.

la voluntad, la motivación y la atención. La psicosis se organiza en grupos, según los síntomas de la siguiente manera:

2.4.2.1 Esquizofrenia paranoica simple. identificada por una alteración del comportamiento repetitivo fijo donde el paciente siente que está haciendo las cosas bajo presión, experimentando claras ideas delirantes recurrentes de persecución, de grandeza o ambas. Las ideas delirantes pueden ser múltiples, agrupadas en torno a un tema específico coherente; también se presentan alucinaciones auditivas. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir.[21]

2.4.2.2 Catatónica. En este trastorno se observa una marcada alteración psicomotora, la cual puede incluir inmovilidad o por el contrario actividad motora excesiva, con negativismo extremo, mutismo y particularidades en el movimiento voluntario. Generalmente la actividad motora carece de un objetivo claro, sólo es repetitiva y no está condicionada por estímulos externos, muchas veces se presenta ecolalia (repetición de lo que una persona dice) y/o ecopraxia (imitación de los movimientos de otra persona). En este trastorno, existe el riesgo de malnutrición, agotamiento y desgaste o auto lesiones provocadas por la particularidad de las posiciones corporales adoptadas por el paciente.[22]

---

[21] Ibíd., p. 292.

[22] Ibíd., p. 294.

2.4.2.3 Trastorno Esquizoafectivo. En éste se presenta un período continuo de enfermedad durante la cuál se dan episodios de depresión mayor, maníaco o mixta, además de tener ideas delirantes o alucinaciones en un período de dos semanas. Este tipo de pacientes se describen como desanimados y tristes, aunque también pueden ser más irritables que depresivos.

2.4.3 Trastornos de la Personalidad. Según el DSM IV, un trastorno de la personalidad es "un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto"[23]. Los trastornos de personalidad se clasifican en:

2.4.3.1 Trastorno Paranoide de la Personalidad. Existe un patrón de desconfianza y suspicacia interpretando negativamente las intenciones de los demás.

2.4.3.2 Trastorno Esquizoide de la Personalidad. Se presenta una desconexión de las relaciones sociales, restringiéndose la expresión emocional.

2.4.3.3 Trastorno Esquizotípico de la Personalidad. Se presenta malestar intenso frente a las relaciones interpersonales, con distorsiones cognoscitivas, perceptivas y comportamientos inhabituales.

[23] Ibíd., p. 645.

2.4.3.4 Trastorno Antisocial de la Personalidad. Existe un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás, transgrediendo continuamente las normas.

2.4.3.5 Trastorno Límite de la Personalidad. Se presenta un patrón continuo de inestabilidad frente a las relaciones interpersonales, auto imagen y afectos, con impulsividad marcada

2.4.3.6 Trastorno Histriónico de la Personalidad. El sujeto presenta una continua demanda de atención a través de comportamientos excesivamente emotivos.

2.4.3.7 Trastorno Narcisista de la Personalidad. Se manifiesta a través de un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

2.4.3.8 Trastorno de la Personalidad por Evitación. Se manifiesta a través de sentimientos que inhiben a la persona en el establecimiento de relaciones sociales, sensación continua de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

2.4.3.9 Trastorno de la Personalidad por Dependencia. La persona demanda una excesiva necesidad de ser cuidado, además de mantener actitudes sumisas.

2.4.3.10 Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad. El sujeto es marcadamente perfeccionista y obsesivo, mostrando una compulsión por mantener y mantenerse en orden.[24]

2.5 MODELOS EXPLICATIVOS DE LA PATOLOGÍA DUAL

Según el Dr. Alberto Ortiz Cobo, citado en el libro Patología Dual[25], la asociación entre esquizofrenia y drogodependencia no es casual, conclusión extraída del estudio Epidemiological Catchment área del National of Mental Health (Regier et al. 1990), en donde la prevalencia del trastorno dual para la esquizofrenia-drogodependencia, fue del 47%, 4.6 veces más que la población general (el estudio involucró 20.291 individuos de cinco ciudades entre los cuáles hubo muestras de población en general y de pacientes en tratamiento incluyendo hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas, prisiones y residencias asistidas). Aunque la relación de esquizofrenia y drogodependencia no es casual tampoco su naturaleza es clara y es por ello que existen algunas hipótesis que dan cuenta de los posibles mecanismos que provocan la asociación psicopatológica que constituye el trastorno dual.

2.5.1 Modelo Etiológico. La relación etiológica puede considerarse en dos sentidos, uno cuando el abuso de sustancias puede causar o precipitar la

[24] Ibíd., p. 685.

[25] CABRERA FORNEIRO, José. Patología Dual. Comunidad Madrid Agencia Antidroga. Madrid: Gráficas Delos S.L., 1998.

esquizofrenia; el otro dice que el abuso de sustancias es otra manifestación de la esquizofrenia.

2.5.2 Modelo de disfunción biológica. Este modelo supone la posibilidad de que un trastorno en el funcionamiento del sistema dopaminérgico, puede incrementar la vulnerabilidad a la esquizofrenia y al abuso de sustancias psicopáticas.

2.5.3 Modelo de socialización. Según éste modelo el uso de las drogas por pacientes esquizofrénicos les permite a las personas más aisladas socialmente tener una identidad grupal, es decir, ser partícipes de un grupo social, incluso Dixon, en 1990 planteó que para algunas personas es más aceptable socialmente ser vistos desde el abuso de sustancias que desde el trastorno psiquiátrico.

2.5.4 Modelo de automedicación. Según éste modelo algunos pacientes esquizofrénicos que conservan sus capacidades cognitivas y motivacionales eligen consumir alguna droga como mecanismo de escape al estado desagradable en que se sumen como una derivación del trastorno sicótico o de los efectos secundarios del tratamiento neuroléptico, el cual con la droga se alivia.

2.5.5 Modelo de independencia. Tanto la esquizofrenia, como la drogadicción representan una lata prevalencia en la juventud, por tanto si se produce una coincidencia se pueden establecer influencias recíprocas entre ambos.[26]

[26] Ibíd., p. 30.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

Teniendo en cuenta los lineamientos metodológicos que presenta la "Investigación documental sobre fuentes electrónicas en drogodependencias; inventario, categorización y elaboración de páginas web sobre el tema en 2.000-2002", este trabajo logra establecer una síntesis y una clasificación sistematizada de diferentes textos electrónicos en la categoría del "Tratamiento", como aporte desde la Especialización en Farmacodependencia de la Fundación Universitaria Luis Amigó a la presentación del conocimiento formal sobre este tema; el cual va orientado a la posibilidad de consulta y de aplicación tanto en lo académico como para la construcción conceptual y teórica.

Se ha tenido en cuenta sólo el abordaje de los documentos hallados en español publicados en Internet, dando relevancia a la categoría del tratamiento con elementos concretos de información y aplicación.

Esta línea de investigación innovadora ha hecho uso del acto comunicativo y de recursos interactivos de carácter virtual.

De otro lado, se han seguido como proceso en esta investigación documental los momentos de inventario, categorización y elaboración de páginas web en el tratamiento de la farmacodependencia dentro del modelo cualitativo de investigación, sin extensión alguna al modelo etnográfico.

Los datos obtenidos se encuentran en la fuente documental de carácter electrónico, llegándose a ella por la revisión de textos ubicados en Internet.

Para la clasificación y organización del material encontrado según la revisión de textos en Internet, se han utilizado como herramientas fichas bibliográficas, diseñadas con antelación por la universidad desde el macroproyecto; estas fichas son de tres estilos: fichas para documentos (Anexo A), fichas para eventos académicos (Anexo B) y fichas para asociaciones, redes, instituciones y federaciones (Anexo C).

Los procedimientos empleados para la obtención de esta información se ha valido del método físico tradicional relacionado con la elaboración de 54 fichas de documentos disponibles para el estudio del tratamiento de la farmacodependencia, las cuales fueron construidas una vez se entraba al Internet y se ubicaba el mecanismo de búsqueda (Terra, Yahoo, Yupi, Altavista, Google), dándole una de las siguientes frases utilizadas para la búsqueda: "Farmacodependencia + Tratamiento", Drogadicción + Tratamiento", "Drogodependencia + Tratamiento",

"Comunidades Terapéuticas", "Farmacodependencia + Psicoterapia", "Rehabilitación + Farmacodependencia", para obtener el material a clasificar de acuerdo a la pertinencia científico-académica que diera respuesta a los requerimientos de la ficha a emplear en su respectivo orden de aparición. En la ficha de documentos (fue elegida por la investigadora esta ficha de acuerdo al material encontrado, ya que fueron más explícitos los documentos en cuanto a los aportes presentados para el tema en cuestión que era el tratamiento, que lo ofrecido desde los eventos académicos y redes y asociaciones, material para el cual existe el diseño de dos fichas más), se procede a sentar la información que sugieren los espacios después de cada indicador propuesto relacionado con: el sitio web, el título del documento, autor(es) del documento, autor(es) corporativo, e-mail del autor, ciudad o lugar de publicación, fecha de colocación en la web, mecanismo de búsqueda, frase utilizada para la búsqueda, orden de lista en que aparece; contenido (síntesis del documento seleccionado); observaciones (aspectos que resalta el investigador sobre la síntesis del documento); núcleo temático o categoría eligiendo opciones (se centra aquí la opción en tratamiento a la farmacodependencia); subcategoría (en caso de que la categoría presente la necesidad de subdividirla con nombre específico); tipo de fuente (para señalar una de estas alternativas: artículo, ponencia, libro, documento, chat) e indicación del nombre en caso de ser diferente a las opciones de la fuente; palabras claves (para la comprensión del artículo); publicaciones de otros artículos en la web (que tenga el autor del artículo); investigador (señala el nombre de quien construye la ficha,

como punto de referencia para el cibernauta ir al directorio del sitio web, en caso que lo requiera). Un ejemplo de una ficha desarrollada puede verse en el Anexo D. Finalmente, la información es enviada a la página de resultados, lugar donde está consignada toda la información recolectada por los diferentes investigadores en las dos categorías que hasta el momento se han desarrollado del macroproyecto.

Para construir una nueva ficha, se pulsa doble clic para restablecer el formulario.

Cuando se requiera ver la información existente en cuanto a fichas elaboradas en las categorías trabajadas, se ubica el cursor sobre la palabra **Resultados** y se pulsa clic.

La dirección del sitio web diseñado por la Fundación Universitaria Luis Amigó para el macroproyecto y que contempla como subproyecto la categoría de tratamiento es: **di.amigomed.edu.co/docfarmaco**.

En procura de una presentación adecuada sin saturación teórica se halla pertinente una muestra representativa de textos recientes ya publicados, la cual inicialmente se obtiene en 80 fichas que al ser expuestas a un daño en el sistema, han sido reducidas a 54, debido a la caducidad de la página, mas no, por disposición de la investigación; de ahí que por esta y otras razones, en el acto comunicativo se vayan presentando profundos cambios.

El tiempo empleado se da a razón de dos fichas por tres horas trabajadas inicialmente, finalmente la información que se encuentra o ya está reseñada en otro motor de búsqueda, o está incompleta o hace referencia a otro tema. Por lo tanto es necesario destinar mucho tiempo para la búsqueda del material.

Antes de la elaboración de las fichas se construyó un marco teórico en la categoría de tratamiento; todo lo cual se ha realizado en grupo interdisciplinario de investigación conformado por un experto en sistemas y tecnología electrónica, un experto en farmacodependencia, una experta en bibliotecología y la psicóloga estudiante de farmacodependencia de la presente investigación.

Se ha contado con la investigación, con la habilidad lectora y con la capacidad interpretativa y analítica de los textos, así como de los expertos para la confrontación y validación de los contenidos vaciados en las fichas de trabajo.

Es significativo que la relación investigador-objeto de estudio y comunidad reciba un aporte frente al tratamiento de la farmacodependencia ofrecida desde el mundo de la informática para el bienestar social y académico.

4. PLANTEAMIENTOS FRENTE AL TRABAJO REALIZADO

De la posibilidad de trabajar en el macroproyecto "Investigación documental sobre fuentes electrónicas en drogodependencias; inventario, categorización y elaboración de páginas web sobre el tema en 2000-2002", específicamente en el subproyecto que plantea el desarrollo de la categoría de "tratamiento de la farmacodependencia", se plantean a continuación aspectos relevantes extraídos del proceso que contempló la previa inducción en el conocimiento del macroproyecto, la selección de la categoría, la elaboración del marco teórico frente a la categoría seleccionada y la búsqueda del material en Internet con la posterior elaboración de las fichas que serán ubicadas en el sitio web diseñado por la universidad para el macroproyecto.

El investigar material escrito en documentos hallados en bibliotecas y centros de documentación permite luego el contraste con la información hallada en Internet y se puede deducir la actualidad de la información virtual, pero también la gran cantidad de material escrito a profundidad y con enormes elementos investigativos.

Los tratamientos reseñados en Internet para la farmacodependencia son generalmente de tipo farmacológico o tratamientos sustitutivos.

En algunos de los artículos o documentos se halla la inquietud por los tratamientos de tipo integral, pero pocos lo desarrollan pues a la hora de medir el impacto, el apoyo familiar y psicológico no parece marcar diferencias significativas.

Al parecer el término más serio para referirse al tema es la farmacodependencia, pues cuando se busca por drogadicción, generalmente aparecen páginas sin sustento corporativo o respaldo claro, lo que si ocurre con el término farmacodependencia, el cual se halla en los estudios e investigaciones.

Frente a las terapias de apoyo, aparecen solo desde la psicología, reflexiones teóricas desde el enfoque analítico y algunas desde la terapia racional emotiva y en lo familiar desde la terapia sistémica.

De todo el material encontrado aunque en muchos casos el título y la presentación son interesantes y sugestivos, no aparece el documento completo entonces no se puede dar cuenta de él.

El investigar material frente al tema deseado en Internet se hace muy relevante, ya que, se tiene acceso a información de todo el mundo y con ello se conocen las

diferentes formas de abordar el fenómeno según la cultura, aspecto importante en la medida en que los conocimientos se amplían de manera notable.

El hacer parte de este macroproyecto me permite poder entrar en contacto con muchas personas, si éstas lo desean, a través del directorio que hace parte de la información del sitio web, donde se encuentran reseñadas las direcciones de los investigadores y asesores.

Al consultar a través del Internet sobre el tema de la farmacodependencia, se conocen tendencias globales frente a la problemática, las cuales pueden generar pautas o reflexiones frente al abordaje actual en nuestra ciudad.

Al tratar de indagar por la categoría de tratamiento, se puede observar que ésta tiene muchas subcategorías, que fueron imposibles de abordar desde el marco teórico en el tiempo designado.

Frente al tema de la farmacodependencia hay mucho que decir y mucho que investigar, por su multicausalidad y sus múltiples efectos y consecuencias y es por esto que el tema fácilmente no será agotado.

5. DIFICULTADES

En un lapso de tiempo el servidor web que alberga el sitio web presentó dificultades con el ingreso de la información dinámica de las fichas, debido a que este host fue hackeado y alteró el normal funcionamiento del mismo. Sin embargo, la situación se superó grabando la información como documento de texto en Word y posteriormente en la normalidad del servidor, se ingresó la información.

BIBLIOGRAFÍA

ALMUDENA, Silva. La evaluación de programas en drogodependencias, Vol. 2. España.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM IV). Masson S.A., 1995.

BECK, Aarón T. Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós, 1999.

CABRERA FORNEIRO, José. Patología Dual. Madrid: Ediciones Gráficas Delos S.l., Comunidad de Madrid-Agencia Antidroga.

DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES. Modalidades de tratamiento y rehabilitación de fármaco dependientes en Colombia. Santa Fe de Bogotá, 1997.

ESCOHOTADO, Antonio. Aprendiendo de las drogas, usos y abusos, prejuicios y desafíos. Barcelona: Compactos anagrama, 1995.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ. Especialización en Fármaco Dependencia. Razones aducidas por usuarios que abandonaron el tratamiento de fármaco dependencia en 7 instituciones de Medellín y su área metropolitana entre el 15 de noviembre de 1998 y el 28 de febrero de 1999 y algunas de sus características individuales, familiares y sociales. Medellín, 1999.

--------. Especialización en Fármaco Dependencia IV Cohorte. Caracterización de las comunidades terapéuticas del área metropolitana del Valle de Aburrá. Medellín, 1996.

GONZÁLEZ AMARO, Guillermo. Valoración de un modelo de comunidad terapéutica, criterios de los pacientes y las familias. La Habana.

H. SAMET, Jeffrey y otros. Clínicas médicas de Norteamérica (Abuso de alcohol y otras sustancias). México: McGraw-Hill, 1997.

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO. Dirección Nacional de Estupefacientes. Modalidades de Tratamiento y Rehabilitación de Farmacodependientes en Colombia. Santa Fe de Bogotá, 1996-1997.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos de la OMS en Fármaco- dependencia. 30 Informe. Ginebra, 1998.

Revista de la Asociación Proyecto Hombre.

ANEXOS

ANEXO D. Resultado Ficha de Documentos.

Sitio_Web:
http://www.lamoira.com/sensorama/sensofarm.html
Titulo_del_documento:
SENSORAMA Y HOGAR INTEGRAL DE LA JUVENTUD
Autor(es):
*Elizabeth Rosas Tapia*Héctor Fernández Piña
Autores_Corporativos:
Hogar Integral de Juventud
E-mail:
Solo aparece el nùmero telefònico Desde México (01) 5574 3414
Ciudad:
Mèxico D.F
Fecha_de_colocacion_en_la_Web:
1998
Mecanismo_de_búsqueda:
google
Frase_utilizada:
farmacodependencia rehabilitación
Orden_de_lista_en_que_aparece:
1
Nucleos_Tematicos:
Intervención en Drogodependencia
Subcategoría:
comunidad terapèutica
Tipos_de_Fuente:
Artículo
Otro:
Palabras_claves:
sensorama, sensoanàlisis, lùdica
Investigador:
Angela Patricia Pineda
Fecha:
20/03/02
Hora:
19:34:34
Contenido

El Proyecto Sensorama se fundamenta en una metodología perceptual que exalta Los sentidos y emociones del participante mediante la privación temporal de la vista. Es un sistema didáctico que utiliza tacto, sonidos, aromas, gustos e imágenes para transmitir; conceptos, historias, creaciones artísticas, ambientes geográficos y situaciones específicas de la vida. El Sensorama es un escenario para

la liberación de Los sentidos y emociones, construido artificialmente o recreado en ambientes naturales. Este proyecto propone que la experiencia no sea sustituida por lo simbólico; no es lo mismo que te platiquen una situación a que la experimentes. El Sensorama es un método de conocimiento a través de las emociones que se propicia con la potencialización de Los sentidos. El objetivo de trabajo entre ambos proyectos consistió en que Los jóvenes vivieran el Sensorama como una experiencia de tipo lúdica y elaborativa que facilitara la reflexión personal y grupal (un "senso-análisis"). Que por un lado, favoreciera el proceso de rehabilitación de Los jóvenes y por otro, permitiera una reeducación sensitiva.

Observaciones

Publicaciones