



UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

“TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES”

ENSAYO MONOGRÁFICO
QUE PARA OBTENER
MENCIÓN HONORÍFICA

P R E S E N T A:

MARÍA EUGENIA CASTILLA PLATONOFF

DIRECTORA:

DRA. DIANA ISELA CÓRDOBA BASULTO

DICTAMINADORES:

MTRA. MARÍA CRISTINA RODRÍGUEZ ZAMORA

DR. JOSÉ SALVADOR SAPIÉN LÓPEZ



TLALNEPANTLA ESTADO DE MÉXICO

2009



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.

AGRADECIMIENTOS:

A la Maestra Cristi :
Por su profesionalismo y habilidades en la asesoría de éste trabajo,

A mi director en el C.I.J. Azcapotzalco, Ramiro:
Por haber sido el más actual representante que con interés genuino me impulsó a la
conclusión del mismo,

A Tani:
Por su valioso apoyo en la parte técnica de forma tan afable,

Y a mi hijo Andrés:
Por su comprensión y tolerancia por los tiempos no dedicados de manera directa a sus
necesidades.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

Antecedentes de la psicología Clínica, Social y de Salud..... 1

CAPÍTULO 2

La Creación de Centros de Integración Juvenil..... 7

CAPÍTULO 3

Modelo de Abordaje Clínico.....10

CAPÍTULO 4

Modelo de Abordaje Preventivo.....31

CAPÍTULO 5

Experiencia Profesional en Terapia Familiar en la Atención de las Adicciones.....60

CAPÍTULO 6

Experiencia Profesional en Terapia Grupal en la Atención de las Adicciones.....68

CAPÍTULO 7

Experiencia Profesional en Orientación Preventiva a Adolescentes.....74

CAPÍTULO 8

Instituciones con un Abordaje Preventivo o Clínico de las Adicciones...80

CONCLUSIONES..... 93

ANEXOS

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El trabajo del psicólogo en los diferentes campos en los que se desempeña, es diverso, amplio y de alcances en diferentes niveles para cada población, en el mejoramiento y recuperación de la salud mental, bienestar interno y en las relaciones interpersonales.

Diversas instituciones, entre ellas la institución en la que me he desempeñado, Centros de Integración Juvenil (C.I.J.) tienen la cualidad de incluir en su plantilla de manera preponderante al psicólogo, para la ejecución de los proyectos tanto del programa preventivo como el de atención curativa, por lo que los psicólogos que laboran en ésta institución, tienen la oportunidad de desarrollar sus conocimientos y adquirir experiencia en el campo de la psicología clínica, social y de salud.

El modelo del Programa Preventivo de Centros de Integración Juvenil, tiene como objetivo principal *“Disminuir la frecuencia del uso de drogas en la población en general y en las poblaciones de alto riesgo, mediante el reforzamiento de estilos de vida saludables y estrategias de educación para la salud, con la finalidad de retardar la edad del primer contacto con las sustancias y disminuir los riesgos asociados al consumo o los daños causados por el uso de drogas”*. Es un modelo original de orden institucional que se retroalimenta a partir de las experiencias de la práctica diaria, del sustento que aporta la evidencia científica, y de los lineamientos marcados por organismos nacionales e internacionales (Ley General de Salud, National Institute on Drug Abuse, Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Consejo Nacional Contra las Adicciones, entre otros).

Los cambios que ha observado el Modelo CIJ, en su programa preventivo, han sido la aplicación de contenidos por módulos, el desarrollo de estrategias de acuerdo a las características de riesgo de consumo de drogas en la población (prevención universal, selectiva e indicada), la consideración del abordaje de valores, género, movilización social, salud por ejes transversales, y la implementación de programas por contextos: escolar, familiar, laboral, deportivo, comunitario, entre otros.

El Modelo CIJ, en el Programa de Atención Curativa de las Adicciones, que tiene entre sus objetivos; disminuir o suprimir el uso de sustancias psicoactivas, acortar el curso y evolución de las conductas adictivas, identificar, tratar los padecimientos asociados a la adicción, y diagnosticar, tratar los patrones de relación familiar que estén asociados a la génesis y mantenimiento de la conducta adictiva, no han observado a nivel teórico modificaciones, pero sí en su implementación.

Con las modalidades de psicoterapias, atención médica y el programa del Centro de Día, se favorece, en especial con éste último, la remisión y rehabilitación de pacientes y familiares, ya que amplía la atención por espacio de ocho a nueve horas diarias, a diferencia de la atención semanal, dos horas en consulta externa.

Las funciones que el psicólogo desarrolla en Centros de Integración Juvenil que describo, incluye el abordaje particular en la implementación de los cursos-talleres, terapias, algunos logros y dificultades enfrentadas al abordar a grupos de adolescentes, grupos de familiares y familias, en la atención de las adicciones.

El presente inicia con una reseña de los antecedentes de las áreas que he desarrollado durante mi labor en CIJ, **la psicología clínica, social y de salud**. Asimismo se describen el marco teórico, los aspectos metodológicos de los programas preventivos y de tratamiento de otras instituciones que abordan las adicciones y la experiencia obtenida en los Proyectos Institucionales: “Orientación Preventiva a Adolescentes”, “Terapia Grupal a Familiares de Usuarios de Drogas” y “Terapia Familiar para la Atención de las Adicciones” donde me desempeño.

En el capítulo 1, se abordan los antecedentes de la Psicología clínica, social y de salud, a fin de contextualizar el trabajo que se desempeña en la institución.

En el capítulo 2, el proceso por el que atravesó CIJ desde su creación, y con ello, los cambios que también en el quehacer preventivo y curativo se han presentado en la labor del psicólogo.

En el capítulo 3 y 4, los aspectos teóricos y metodológicos que sustentan el modelo preventivo y curativo en la atención de las adicciones.

En los capítulos 5, 6 y 7, se aborda la experiencia profesional en los proyectos llamados Orientación Preventiva a Adolescentes, Terapia grupal para familiares y Terapia Familiar, la forma de intervenir, logros y dificultades.

En el capítulo 8 se describen de manera somera otras instituciones que brindan atención a nivel preventivo o de tratamiento de las adicciones, principalmente en relación al marco teórico que las sustenta y los servicios que ofrecen.

Este ensayo, se espera sea de interés para las nuevas generaciones de psicólogos y los motive a intervenir en éstas áreas de atención y que a continuación se describe.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA, SOCIAL Y DE SALUD.

En el presente capítulo se presentan algunas de las áreas principales en las que se puede desempeñar el psicólogo, se describen las funciones que realiza, siendo más específica en las que se implementan en Centros de Integración Juvenil, las cuales son la psicología clínica, la social y la de salud, las cuales con su aplicación han sido las más acordes a las necesidades de la población que se atiende en materia de adicciones a sustancias tóxicas, tanto a nivel preventivo como de tratamiento y reinserción social.

Se ha observado que dichas áreas de la psicología son las más viables en materia de adicciones en la consideración de que el consumo de drogas es un problema de salud pública a nivel social (Díaz-Barriga, 1999) y en lo individual se observa que por el consumo hay cambios en las funciones mentales como la memoria, juicio, percepción, estado de ánimo, alteraciones en la conciencia, además de ciertas características que existen previas al consumo, en el mismo individuo como parte de su personalidad, en su familia y comunidad que no lo proveen de un ambiente favorable para su desarrollo, por lo que se convierte también en una problemática de salud mental.

Antecedentes.

En el inicio y con el nacimiento de la Psicología como ciencia en 1879 con la fundación del laboratorio de Wilhelm Wundt en Leipzig Alemania, (Gross, 1998), el área en la que se desempeñaba el psicólogo recién separado de la medicina y la filosofía, era la investigación de la “sensación” y la “percepción”, por lo que aún cuando no la ubica claramente L. Garfield (1979), se puede señalar que era la Psicología Fisiológica, la primer área en la que se desempeñaba el psicólogo.

Psicología Clínica.

Al mismo tiempo que la Psicología Fisiológica, surge la Psicología Clínica teniendo como antecedente histórico el psicoanálisis encabezado por Sigmund Freud. Sin embargo, Lightner Witner en 1896, fue la primera persona que hizo una aportación directa al desarrollo de la Psicología Clínica, centrandose su trabajo en las perturbaciones mentales de la infancia, como el retraso mental, los desórdenes de la locución, atendiendo incluso niños psicóticos. (Sarason y Gladwin, 1958). Este interés por la atención de niños, continuó con la idea de prevenir los desórdenes en los adultos, creándose la primera clínica de orientación infantil en 1909 en Chicago.

Las principales aportaciones del psicólogo en el campo de la clínica:

- pruebas psicológicas,
- aplicación de técnicas psicológicas al estudio de los desórdenes de la personalidad,
- la clasificación de los cuadros psicopatológicos principales de Kraepelin.

- teorías de la personalidad y modificación del comportamiento.

No obstante, y como consecuencia de las teorías dinámicas, se le dio mayor importancia en procurar comprender los síntomas de cada paciente.

De acuerdo a Harsch, (1985), el psicólogo clínico dirige su actividad a la evaluación y tratamiento de personas y grupos que sufren de problemas emocionales y de adaptación. Sus funciones específicas son identificar, clasificar y analizar problemas en el área de la salud mental; evaluar programas encaminados a la prevención y solución de dichos problemas eligiendo las alternativas adecuadas a la realidad nacional. Por lo que las funciones del psicólogo en el área clínica, se fueron ampliando, de aplicadores y evaluadores de pruebas psicológicas, asesoría vocacional, orientación educativa, redactores de historias de casos, evaluaciones de personalidad hasta emitir diagnósticos de pacientes; y planear estudios de investigación y manejo de terapia individual y grupal, siendo ya una de sus funciones primordiales para la década de los 60's.

Fue evidente la gran aportación del psicólogo al campo de la psicoterapia y del cambio de conducta, a través de la aplicación de las teorías psicológicas del aprendizaje y de la modificación de la conducta a una variedad de problemas psicológicos, (Bandura, 1969; citado en Garfield).

La psicoterapia "Garfield", implica la aplicación sistemática de los métodos de la medicina psicológica al tratamiento de la enfermedad, particularmente en cuanto estos métodos suponen que se logra un mejor conocimiento del estado emocional del paciente y le sirven a éste mismo para que se conozca.

Seligson y Polaco en 1986, mencionan de manera específica las funciones del terapeuta:

1. Explicar el protocolo del tratamiento al paciente de manera sencilla, en lenguaje compatible con habilidades del cliente para entenderlo.
2. Obtener un acuerdo con el paciente acerca del grado de colaboración y participación necesario en el tratamiento específico.
3. Implementar el programa.
4. Recolectar resultados del tratamiento y procesar los datos obtenidos de éste.
5. Intervenir hasta donde sea posible en el medio natural del paciente.
6. Presentar un reporte semanal de acuerdo con un formato establecido, el cual incluye narrativa, progreso hacia las metas establecidas y otros datos.
7. Mostrar las razones por las que se suspende el tratamiento, entre las cuales se observan:
 - a) cuando los datos obtenidos del paciente indican que los objetivos conductuales especificados al inicio del tratamiento, han sido cumplidos;
 - b) cuando el paciente no regresa al tratamiento en un período de 90 días;
 - c) cuando el paciente pide la terminación del tratamiento o se rehúsa a continuar con el mismo;
 - d) cuando el paciente se niega a continuar con el tratamiento porque no ha tenido éxito y es recomendable no continuar con la intervención, debido a que nuevas consideraciones reducen las probabilidades de un resultado exitoso.
8. En caso de que éste sea por éxito se siguen los siguientes pasos: se programa una última sesión, se obtienen los resultados finales del tratamiento y se le informa al

paciente la necesidad de un seguimiento, éste de seis meses como mínimo con el propósito de determinar la estabilidad del cambio conductual, en los logros reportados por él.

Estos autores señalan que a finales de la década de los 70's, las funciones del psicólogo eran: aplicación de pruebas de diagnóstico, psicoterapia, investigación, consultas a la comunidad, entrenamiento y administración, reconociendo sin embargo, que la psicoterapia no es función exclusiva de los psicólogos.

Seligson y Polaco, comentan que tradicionalmente el trabajo del psicólogo clínico se basaba en el modelo médico, del cual refieren algunas características definitorias:

- una instancia pasiva receptiva en la que el profesional de la salud mental suele esperar en la clínica u oficina a que llegue un paciente, ya sea voluntaria o involuntariamente;
- generalmente el tratamiento se enfocaba hacia individuos que llegan con un problema o desorden conductual;
- básicamente era un servicio de relación uno a uno, en el cual el clínico atendía a un paciente a la vez; y
- con la aproximación comunitaria se subraya el medio en vez del individuo como una meta apropiada de tratamiento.

El tratamiento de un problema dentro de ésta aproximación, posibilita la intervención en tres dimensiones temporales:

- prevención primaria, que se refiere a la intervención inmediatamente anterior al surgimiento del problema, para de ésta forma prevenir su ocurrencia;
- prevención secundaria, que se define por la temprana identificación de desórdenes incipientes y la formulación de intervenciones para controlarlas, e
- intervención terciaria, la cual se preocupa en crear las condiciones naturales para que se mantengan las conductas meta que habían sido el resultado exitoso del tratamiento terapéutico.

Harsch (op.cit.) menciona que la psicología clínica se aplica directamente en los sectores de familia, en los grupos laborales y educativos, de la rehabilitación de delincuentes y sujetos con problemas emocionales.

Psicología Social.

Posteriormente señala Harsch la psicología social, sin ubicar el período de su surgimiento de la cual refiere que se ocupa de la interacción del individuo con el grupo, las organizaciones y las comunidades, a través del análisis de las estructuras y normas que la rigen. Por el tipo de funciones que desempeña tiene un papel de enlace, ya que une los conocimientos de la psicología general, con la economía, la historia, la antropología y la sociología. Ya que estudia los procesos de la estructura de poder, el liderazgo, las actitudes y las opiniones, la marginación y los problemas institucionales y no institucionales.

Sus funciones son:

-describir y explicar la interacción existente entre los factores sociales, la familia, el grupo social, la cultura, el Estado, el medio ambiente y la formación de la personalidad.

Todo lo cual lo sintetiza el autor apuntando que analiza la dialéctica entre individuo y sociedad.

-Realiza investigaciones y estudios de evaluación de familias, grupos, comunidades y municipios que permitan determinar el nivel de desarrollo y definir los recursos humanos y materiales, así como las limitaciones, con el fin de idear estrategias de cambio; educa a para-profesionales o líderes naturales en la solución de problemas comunitarios.

-Elabora y adapta instrumentos para identificar las necesidades de la comunidad y medir la influencia de los medios masivos de comunicación, además de que crea o amplía técnicas para el manejo y desarrollo de grupos grandes y propone modelos que permitan un cambio estructural de la situación de injusticia social.

Harsch menciona que la psicología social se aplica en comunidades rurales, urbanas y marginadas, en la elaboración de programas de entrenamiento, de orientación y de sistemas económico-políticos relacionados con los procesos de desarrollo social tales como la publicidad, la producción y el consumo.

Brea y Correa en 1986, señalaron que los objetivos de investigación de la Psicología Social, la hacen girar en torno a temas como cambio de actitudes, liderazgo, cooperación y competencia, toma de decisiones, etc. Y establecieron como tareas mediatas:

- a) Desprofesionalización de la psicología.
- b) Movilización de los recursos propios de la comunidad para la solución de los diferentes problemas.
- c) Frentes de entrada a la comunidad, a través de servicios psicológicos con el objeto de obtener la confianza de la comunidad.
- d) Establecimiento de relaciones cooperativas.
- e) Educación informal.

Psicología Preventiva.

Goldstein y Krasner en 1991, ubican a la psicología preventiva dentro de la comunitaria, remitiéndose a Joffe y Albee como los primeros en delimitar ésta área de la psicología en 1981. Sin embargo hay divergencias al ubicarla, ya que otros la consideran tanto como parte de la psicología educativa como de la clínica, lo cual puede esclarecerse a la luz de lo que señalan Goldstein y cols., acerca de que en la psicología educativa convergen muchas de las otras ramas de la psicología, como la comunitaria, clínica, experimental y social.

Psicología de la salud.

Rodríguez y Palacios en 1989, se refieren a la psicología de la salud, como otro campo de acción del psicólogo, definida como “el conjunto de contribuciones de la disciplina psicológica en lo científico y profesional dirigidos a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y de las disfunciones generadas por esta, el análisis y mejoramiento de los sistemas de salud y la formulación de políticas de salud” (American Psychological Association, 1981).

En términos generales, se ha conceptualizado al especialista en psicología de la salud, con dos tipos de habilidades: las del investigador y las del terapeuta y/o promotor de la comunidad; por un lado planea, diseña y conduce una investigación específica sobre los aspectos básicos de la incidencia y prevalencia de una enfermedad o de algunos factores de riesgo en la comunidad y por otro, da servicio a la misma o a sus individuos para el control y/o prevención de la enfermedades y la promoción de la salud.

También Martínez Líbano (1986), dice de la psicología de la salud, que abarca problemas y necesidades de los campos biológicos, psicológicos y sociales, y señala que entre los sectores en los que interviene está: la prevención, la cual requiere convencer a la población de su susceptibilidad a determinadas enfermedades y de que existen estrategias efectivas para prevenirlas.

Respecto a éste campo de la salud, las funciones del psicólogo tendrá que incluir necesariamente un enfoque bio-psico-social, y por ende una atención interdisciplinaria en lo que se refiere a los tres niveles de atención, (Durán, Hernández y Becerra, 1995).

El primer nivel, la atención primaria a la salud, está basada en métodos y tecnologías científicamente fundados, se encuentra al alcance de todos los individuos, familias y comunidades, ya que tiene un costo accesible, utiliza el enfoque de riesgo para dar una atención programada de la comunidad con un papel protagónico en el auto-cuidado de la salud.

Ante los habituales estilos de brindar salud a la población, hasta que ésta se pierde, sin contemplar el valor de la prevención, y sin considerar los grandes beneficios para ella, surge la necesidad de que el sistema de salud practique una atención en donde el bienestar de la comunidad sea la meta principal, aplicando una práctica preventiva, para la detección de riesgos específicos en individuos, familias y comunidades.

Rodríguez y Palacios señalan que una atención de éste tipo requiere que el profesional en salud, no sólo adquiera habilidades especiales, sino también que se promueva un cambio de actitud y de valores inherentes a la práctica médica, diferentes a los que hasta ahora se han venido realizando.

Cabe resaltar que proponen retomar el concepto integral de salud, por lo que los programas tienen como objetivo, contribuir al desarrollo mínimo de las capacidades físicas, cognitivas y sociales del individuo.

Resulta interesante el enlace que se va dando entre cada una de los campos de aplicación de la psicología, desde la etapa en la que se desprende del área médica, atendiendo más las funciones en las que se encuentran enlazadas las fisiológicas con las psíquicas, como es el caso de la percepción, y posteriormente los campos como la clínica en la que se atendían más las emociones, la personalidad o la conducta. Sin embargo, surgen otros campos, en los que vuelve a converger aplicaciones de la medicina a la psicología como en la de salud y prevención, al menos al retomar conceptos, como los niveles de atención de la salud.

CAPÍTULO 2.

LA CREACIÓN DE CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

“Institución Creada Para Vivir Sin Adicciones”

Marco de Referencia.

La institución Centros de Integración Juvenil (C.I.J.), fue creada en 1969, por un grupo de comunicadoras, encabezadas por la señora Ma. Eugenia Moreno, sensibles ante el problema de las adicciones a sustancias tóxicas, y que desde la década de los setentas, empieza a convertirse en un problema de salud pública. Por lo que inicialmente se conformó como una asociación civil.

He aquí una breve reseña (Díaz-Barriga, 1999):

El 12 de Marzo de 1970 abrió sus puertas el denominado en aquél entonces Centro de Trabajo Juvenil en Coyoacán, en él se iniciaron labores de prevención y tratamiento de la farmacodependencia.

El 12 de Octubre de 1973 se constituye Centros de Integración Juvenil, A.C., bajo el gobierno de una asamblea General de Asociados y el primer Patronato Nacional integrado por las fundadoras y miembros de diversos sectores.

Entre 1973 y 1976 se abrieron 9 unidades operativas en el área metropolitana y 20 en el interior del país.

Entre 1976 y 1979 se impulsó la coordinación nacional y binacional, celebrándose reuniones con instituciones y representantes del gobierno de Estados Unidos para intercambiar información científica y teórico-práctica.

1978, se estableció el servicio de Orientación e Información Telefónica, que desde 1980 brinda un servicio de 24 horas, 365 días del año.

En 1979 la institución fue invitada por la División de Estupefacientes de la ONU para presentar en Viena, Austria, el Modelo de Atención de C.I.J.

En 1981, la estructura organizativa de C.I.J. quedó definida por el Patronato Nacional como máximo órgano de gobierno y la Comisión de Vigilancia encargada de supervisar que los programas aprobados cumplan con las políticas y los lineamientos establecidos.

3 de Septiembre de 1982, mediante decreto presidencial, C.I.J., fue incluido dentro de los organismos sectorizados de la Secretaría de Salud, con el carácter de institución de participación estatal mayoritaria, y se integraron al Patronato Nacional representantes de la

Asociación Civil y de Patronatos Locales, así como de las Secretarías de Salud, Gobernación, Programación y Presupuesto, Contraloría General de la Federación, Trabajo y Previsión Social, Educación Pública y Desarrollo Social.

En 1994, en su XXV aniversario, la institución convocó a expertos de varios países a una reunión internacional de intercambio de experiencias.

En 1998, se firmó un convenio con el Programa de Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), para apoyar un proyecto de capacitación en seis países de Centroamérica.

En el 2001, a solicitud del Consejo Nacional Contra las Adicciones, la institución comenzó a incorporar contenidos acerca de tabaco y alcohol en sus proyectos de prevención, y en el mismo contexto se firmó un convenio con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, para instalar clínicas de tabaquismo, en todo el país.

Actualmente la institución cuenta con 89 unidades operativas distribuidas en los 31 Estados de la República Mexicana y el Distrito Federal, de las cuales 77 son Centros Regionales, cinco Unidades de Tratamiento Residenciales (Internamiento), cuatro Unidades de Tratamiento en Consulta Externa y una Clínica de Metadona, además de cinco edificios de oficinas normativas y administrativas.

Para su operación, se cuenta con una plantilla de aproximadamente 1,300 trabajadores, en su mayoría profesionales de la salud mental, apoyados por más de 11,000 voluntarios, lo que permite atender anualmente a más de 2 millones y medio de personas en programas de prevención y tratamiento.

Visión y Misión de Centros de Integración Juvenil, A.C.:

La visión de la institución es: una sociedad con mejores niveles de información, con más niveles de coparticipación en la tarea preventiva, con menos tolerancia o aceptación hacia el uso de drogas, con una mayor percepción de riesgo y con un mayor número de alternativas para vivir libre de drogas.

Su misión es: prevenir, tratar e investigar el problema de las adicciones, desarrollando acciones para disuadir y evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas, otorgando servicios a la comunidad prioritariamente en localidades con características identificadas que sitúan a los pobladores en condiciones de mayor riesgo de consumo, (C.I.J., 2007a).

Sin duda la institución ha crecido cuantitativamente, atendiendo a un mayor número de personas que se interesan por prevenir la problemática, así como la población que por presentar adicción a alguna droga demandan atención, gracias a la captación de más voluntarios que apoyan la labor, y a las coordinaciones nacionales e internacionales que la institución ha establecido con organismos gubernamentales y no gubernamentales que

tienen objetivos afines, con la finalidad de unir esfuerzos y mejorar la calidad de nuestros servicios.

A nivel cualitativo no se ha dado a la misma velocidad éstos avances, ya que por ejemplo a nivel preventivo, la institución ha mantenido el mismo modelo a lo largo de diez años, cambiando cada periodo igual, desde su creación hasta la actualidad

La visión no deja de ser ambiciosa, aún cuando el modelo preventivo que rige en la institución, se refiere a objetivos más acordes a nuestra situación nacional en torno a la problemática del consumo de drogas, incluyendo entre sus objetivos específicos, la reducción del daño, es decir, retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, acortar el curso, el número y tipo de drogas, aún se refiere a una sociedad con mayores alternativas para una vida libre de drogas, en tanto que en la operatividad la búsqueda es hacia estilos de vida saludables.

A continuación se describe el Modelo de Atención Curativa, los servicios diagnósticos que incluye éste y tres de los servicios de tratamiento que se eligieron de entre todos los que contiene.

CAPÍTULO 3.

MODELO DE ATENCIÓN CURATIVA EN CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A.C.

Centros de Integración Juvenil, cuenta con un programa de atención curativa, el cual es resultado de la experiencia, investigaciones y hallazgos clínicos a lo largo de 39 años de existencia.

En México, éste programa se ha consolidado como una de las mejores alternativas para atender al usuario de sustancias psicoactivas y su familia.

Dado que la institución pertenece al sector salud, los lineamientos establecidos en las guías técnicas, están fundamentados en el Reglamento de la Ley General de Salud.

El programa Atención Curativa (C.I.J., 2007a), considera que el abuso de drogas y la drogadicción son un problema de salud pública que afecta al individuo, a su familia y a la comunidad en general, teniendo amplias repercusiones sociales, y que el adicto padece un trastorno crónico, recurrente y tratable.

El programa está estructurado para proporcionar atención oportuna a los pacientes desde su admisión, la atención clínica abarca no sólo el abuso o dependencia a las drogas, sino también los problemas médicos, psicológicos, laborales, educativos, entre otros.

La atención está a cargo de equipos multidisciplinarios, capacitados en salud mental, conformados por: médicos/psiquiatras, médicos generales, psicólogos y trabajadores sociales, con funciones comunes algunas de ellas, y otras específicas por área.

Los objetivos del programa son:

- 1.- Reducir o suprimir el uso de sustancias psicoactivas.
- 2.- Acortar el curso y evolución de las conductas adictivas.
- 3.- Identificar y tratar los padecimientos asociados a la adicción.
- 4.- Diagnosticar y tratar los patrones de relación familiar que están asociados a la génesis y mantenimiento de la conducta adictiva.

Está conformado por diversas estrategias terapéuticas, partiendo del hecho de que no existe un tratamiento único para todos los pacientes. Para la recepción del paciente, su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, se cuentan con varios servicios, con diferentes estrategias y técnicas terapéuticas.

Es así que el programa contempla 3 fases: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; teniendo una participación común o específica el psicólogo respecto al resto de los perfiles.

I.- FASE DIAGNÓSTICA:

Durante ésta fase, se efectúa la entrevista inicial que realiza cualquier integrante del equipo, la valoración médica-psiquiátrica, psicológica y la socio-familiar. Se identifican la multiplicidad de agentes etiológicos a los cuales puede atribuirse el consumo de sustancias, destacando los factores de tipo orgánico y psicológico, así como la manera en que el entorno social y cultural influye en la situación actual del usuario de sustancias.

El diagnóstico está conformado por:

- a) Entrevista Inicial
- b) Historia Clínica
- c) Entrevista Psicológica
- d) Diagnóstico Familiar
- e) Estudio psicológico y/o psicométrico.

En caso de que se requiera ampliar información para el diagnóstico se llega a realizar visita domiciliaria. Una vez concluida ésta fase es posible establecer el plan terapéutico.

A los pacientes que dejan de acudir desde ésta fase, se implementan los servicios de rescate.

En caso de que no se cuente con los servicios que requiere el paciente, se le refiere a la institución especializada en prestar atención a su problemática.

II.- FASE DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN/REINSERCIÓN SOCIAL.

La fase de tratamiento está conformada por las siguientes modalidades terapéuticas:

- a) Terapia Individual
- b) Terapia Grupal
- c) Orientación Grupal a Familiares de Farmacodependientes
- d) Terapia Familiar
- e) Orientación Individual a Familiares de Farmacodependientes
- f) Farmacoterapia
- g) Auriculoterapia
- h) Terapia para Bebedores Problema
- i) Clínica de Tabaco
- j) Grupo de Codependientes
- k) Prevención de Recaídas

Es importante aclarar que la implementación de éstas modalidades terapéuticas pueden llevarse a cabo de manera simultánea; y también pueden trabajarse con diferentes enfoques teóricos de los que aquí se plantean, siempre y cuando se parta de un diagnóstico y se estructure un plan terapéutico a seguir, lo cual deberá quedar consignado en los formatos del Expediente Clínico correspondiente a cada modalidad.

Entrevista Inicial.

Representa el primer contacto terapéutico entre paciente y terapeuta, y es el inicio formal del tratamiento, y se considera que éste encuentro puede influir para que el usuario de drogas y/o la familia, acepte(n) ingresar a un programa de tratamiento.

La entrevista se configura en un campo donde los dos protagonistas se encuentran interrelacionados, dependen y se influyen de manera recíproca, por lo que éste fenómeno sólo puede estudiarse a través de los procesos de la comunicación, interacción verbal y no verbal.

La entrevista es una situación nueva y desconocida para el paciente, la ansiedad es un factor importante y el terapeuta debe ser capaz de proporcionar un ambiente confiable, amistoso, pero con límites claros y definidos.

Cuanto mayor es la ansiedad del paciente, mayor será su tendencia a “descargarse” en la entrevista, transformándola en una psicoterapia muy breve, con un engañoso alivio que puede movilizar una huída hacia la salud, por lo que éste es el momento en el que el terapeuta debe señalar las fantasías mágicas de curación que han aparecido contrastándolas con la realidad de lo que significa el tratamiento.

Objetivo generales:

- Realizar una valoración clínica sobre la evolución que ha tenido el consumo de drogas
- Valoración de las repercusiones en las diferentes áreas del paciente,
- Sobre los datos anteriores, establecer un diagnóstico y
- Determinar las intervenciones médicas que se realizarán.

Objetivos específicos:

- Efectuar la valoración diagnóstica del usuario de sustancias.
- Favorecer el inicio de la relación terapéutica.
- Conocer el motivo de consulta.
- Conocer las expectativas sobre la atención institucional.
- Conocer los aspectos generales en relación al uso de sustancias (patrón de consumo incluyendo tabaco y alcohol, períodos de abstinencia, reinicio de consumo, etc.)
- Identificar los problemas médicos y psicosociales asociados al uso de sustancias.
- Identificar la actitud y el apoyo familiar.
- Conocer la opinión que tiene el paciente sobre su uso de sustancias.
- Clarificar la demanda de tratamiento.
- Establecer el diagnóstico del eje I de acuerdo al Diagnóstico de Salud Mental IV.
- Valorar si el paciente puede ser atendido en la unidad operativa.
- Evaluar la capacidad de comprensión del paciente.
- Determinar las intervenciones terapéuticas que se realizarán al usuario y/o familia para incorporarlo al tratamiento.

Criterio Clínico:

El criterio clínico para derivar a la entrevista inicial es que se trate de usuarios de sustancias psicoactivas y/o familiares que soliciten tratamiento. Los responsables de llevar a cabo ésta actividad queda a cargo de manera indistinta, a cargo del personal de psiquiatría, médicos generales, psicólogos y trabajadores sociales.

El desarrollo de la entrevista consiste en que al iniciarla, se debe explicitar el encuadre de trabajo: objetivos, técnicas, tiempo disponible; siendo prioritario el explicar cuál es el objetivo de la información que se solicitará.

Se registran los datos de la ficha de identificación, considerando en el patrón de consumo, alcohol y tabaco. Al término de la entrevista, se determina el servicio al que será derivado, y se informa sobre la cuota de recuperación que pagará por el servicio otorgado. Posteriormente, se concluye con el llenado del formato de Entrevista Inicial. En caso de que se valore que el paciente no puede ser atendido en la unidad operativa por condiciones médicas de urgencia, se procederá a elaborar la referencia a una clínica de emergencias.

Historia Clínica.

Debido a que las múltiples drogas de uso recreativo, abuso compulsivo, y las impurezas utilizadas en su fabricación, pueden causar complicaciones agudas así como consecuencias severas sobre la salud física y mental del usuario, dando lugar a síndromes adictivos que integran procesos mórbidos bien definidos desde el punto de vista nosológico y que constituye una unidad para efectos del estudio clínico de su historia natural, se requiere de un instrumento que permita recoger información necesaria, clara y suficiente que oriente la investigación diagnóstica de las demás disciplinas, para llegar a establecer una comprensión exacta del problema, un diagnóstico y un plan de tratamiento.

Objetivo general de la Historia Clínica:

Integrar en un formato la historia clínica y el examen físico, de los pacientes que acuden a tratamiento en las Unidades de Centros de Integración Juvenil.

Objetivos específicos

- Obtener, organizar, analizar y aportar al diagnóstico integral, la información clínica de las causas, efectos, evolución, complicaciones y daños a la salud física y mental producidos a los pacientes por el abuso o consumo crónico de sustancias adictivas.
- Registrar la información clínica, desde el punto de vista médico, para el estudio diagnóstico de personas con trastornos adictivos.

- Formar una base de datos para el programa de informática, con la información obtenida en la sección pre-codificada del formato de historia clínica psiquiátrica.
- Facilitar la revisión y discusión de cada caso, con información fácil de encontrar y de rápido acceso.

Criterios Clínicos:

El criterio clínico para ser aplicado el servicio de Historia Clínica es a todo paciente que sea admitido al Programa de Atención Curativa.

Procedimiento:

- a) El desarrollo de éste servicio, queda a cargo del médico general o psiquiatra, es flexible y puede adaptarse a la demanda y necesidades del paciente.
- b) Los pacientes con síndromes de intoxicación, abstinencia y urgencias, deberán ser valorados clínicamente con la información mínima necesaria, para la solución oportuna de la demanda de atención. Deberá registrarse de manera temporal en la nota de admisión, hasta que se pueda realizar el estudio de la Historia Clínica Psiquiátrica.

El formato de Historia Clínica Psiquiátrica proporciona una guía del contenido mínimo necesario para integrar el estudio diagnóstico desde el punto de vista médico. El formato incluye todos los rubros de Historia Clínica de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana emitida por la Secretaría de Salud.

La información obtenida a través del interrogatorio en la Historia Clínica se compone de una parte “libre” donde el paciente y la familia aportan datos espontáneamente y otra parte “dirigida” por el médico, para precisar información cuidando de cubrir todos los rubros y sugerencias en cada uno.

El médico, con base en la información recabada, solicitará los estudios y exámenes de laboratorio y gabinete que considere necesarios para completar el estudio. Entre estos se deberá incluir, hasta donde sea posible, el estudio antidoping, VIH y prueba de embarazo.

Estudio Social:

Por ser concebido el ser humano como un ente que se constituye socialmente, además de ser considerado una unidad interactiva de un conjunto, un “holón”, formando parte de una unidad mayor: una familia, la pandilla, el grupo de pares, la escuela, la comunidad; al individuo le corresponderá una ubicación o lugar dentro de dicho sistema, lo cual implica que para la realización de sus distintas funciones y satisfacción de necesidades, es preciso contar y hacer uso de los recursos generados en el sistema. Por ello, será ineludible el remitirse al análisis de las interacciones existentes entre éstos y sus sistemas.

El Estudio Social, como parte del proceso de valoración diagnóstica integral, se constituye como uno de los elementos fundamentales para el conocimiento de los pacientes usuarios de sustancias y sus diferentes contextos ambientales (ambiente físico, familiar, escolar, laboral, comunitario, etc.), los cuales permiten hacer una vinculación de la información en

términos de influencias recíprocas entre los sistemas implicados en el problema de uso de sustancias y de otra variedad de problemas que inciden sobre su funcionamiento personal y social.

Este estudio implica hacer un reconocimiento de los recursos personales, familiares y comunitarios, necesarios y disponibles para el apoyo en la superación de dichas problemáticas. Esta información se constituye como valioso material para el diseño de las líneas de intervención terapéutica, sobre todo, en términos de Rehabilitación y Reinserción Social.

Por otra parte, éste conjunto de datos y análisis nos permite también hacer las conclusiones y clasificación de la situación socioeconómica de las personas entrevistadas, para establecer los montos de cuota de recuperación que pagarán por los servicios recibidos.

Objetivo general:

Contar con información que permita obtener un panorama completo del sistema familiar, comunitario y ambiental, sus influencias e implicaciones en el problema del abuso y dependencia a sustancias.

Objetivos específicos:

- Obtener la información sobre la composición y características del ambiente físico, familiar y comunitario en los que se desenvuelve el usuario de sustancias.
- Especificar en el eje IV del DSM IV, los núcleos problemáticos más significativos involucrados en el surgimiento y mantenimiento del uso de sustancias.
- Contar con la información acerca de los intereses, hábitos y necesidades del usuario de sustancias, así como de los recursos personales, familiares y comunitarios con los que cuenta, a fin de favorecer la formulación de estrategias terapéuticas y de reinserción social.
- Determinar el nivel socioeconómico del usuario de sustancias y su familia, que permita establecer la cuota de recuperación que deberán pagar por los servicios institucionales.

Criterio Clínico:

- El criterio clínico para derivar a éste servicio es ser usuario de sustancias, con la recomendación de que con pacientes menores de edad, se deberá intencionar que acuda un familiar, para que ayude a proporcionar información.

Proceso.

- El personal encargado de realizar el Estudio Social es el de Trabajo Social.
- Se le explica brevemente al usuario de sustancias y/o familia, los objetivos que se pretenden alcanzar, así como el encuadre de trabajo en el que se realizará.

- El personal de trabajo social consulta el Manual para la fijación de cuotas de recuperación y el tabulador correspondiente a Consulta Subsecuente de Especialidad a fin de determinar el nivel y monto de la cuota a pagar.

Cabe señalar que la cuota también es establecida considerando las condiciones clínicas de cada caso.

Entrevista Psicológica.

El inicio en el consumo de drogas suele ser precipitado por situaciones de diversa índole. Generalmente se asocia a acontecimientos estresantes que son causa de dolor o malestar emocional, ya sea por la dificultad de responder a las exigencias cotidianas tanto internas como externas, o bien por la necesidad de mitigar sensaciones aunadas a recuerdos o experiencias previas y/o actuales no gratificantes.

Independientemente del grado en que el paciente perciba o reconozca los pensamientos y sentimientos involucrados con el origen del consumo y el mantenimiento de conductas de tipo adictivo, la identificación de las ideas que tiene acerca de sí mismo y de su entorno, son puntos clave que requieren explicarse en la consulta de corte psicológico.

Considerando que una de las funciones más importantes del psicólogo en la atención a las adicciones es el desarrollo de un plan de tratamiento basado en las características del paciente, es conveniente valerse de otros instrumentos. Por lo que para comprender la situación clínica del usuario de sustancias, es necesario realizar una evaluación psicológica que subyace a la condición clínica. Por ello, la integración de instrumentos tales como los tests y técnicas proyectivas, coadyuva al análisis profundo de sentimientos, actitudes y emociones involucradas en el consumo, y a la valoración e identificación de las funciones psicológicas que se encuentran alteradas o deterioradas por el uso de drogas.

La entrevista psicológica como actividad es el inicio de la toma de decisiones con respecto a los instrumentos requeridos para evaluar el funcionamiento y las primeras indicaciones terapéuticas, de ahí que la información recabada en ella deba vaciarse en un formato que contenga la descripción de los problemas y datos precodificados que ayuden a establecer el pronóstico y el curso que tomará el tratamiento.

La entrevista psicológica junto con el estudio psicométrico y psicológico, pretenden capturar una imagen clara de la información obtenida acerca de la situación personal del paciente, en forma organizada y sistemática.

Objetivo general:

Integrar información psicológica de los pacientes que acuden a las Unidades de Centros de Integración Juvenil, A.C.

Objetivos específicos:

- Obtener, organizar, analizar y aportar al diagnóstico integral, la información clínica acerca de los aspectos emocionales que motivan la consulta, sus antecedentes, la situación actual y las condiciones de las diferentes áreas afectadas por el consumo de sustancias adictivas.
- Registrar información de los aspectos emocionales y el funcionamiento psicológico, para el estudio diagnóstico de personas con trastornos adictivos.
- Facilitar la revisión y discusión de cada caso, mediante información de fácil y rápido acceso.

Criterio Clínico:

El criterio clínico para ser aplicado éste servicio, es a todo paciente admitido al Programa de Atención Curativa.

Procedimiento:

- a) El psicólogo es el encargado de realizar la entrevista psicológica.
- b) La exploración psicológica, es flexible y deberá adaptarse al motivo de consulta y necesidades del paciente.
- c) La entrevista libre combinada con la semidirigida, es lo que se sugiere, para dar oportunidad a que el paciente se exprese libremente. Cabe resaltar la importancia de atender al lenguaje verbal y no verbal, ya que de ambos se obtiene información de los aspectos cognitivos y afectivos que subyacen a la condición clínica del paciente.
- d) La entrevista no se restringe únicamente al consumo de drogas. Aunque éste es el tema principal, deberán discriminarse los problemas referidos por el paciente y deberán evaluarse los aspectos emocionales involucrados.
- e) Se valora la situación actual y las metas de las áreas personal, familiar, escolar y/o laboral y social. Esta información se tomará en cuenta para determinar la extensión y duración del estudio psicométrico o psicológico y para sustentar la modalidad terapéutica a seguir.
- f) Se señala además las indicaciones terapéuticas que correspondan, mencionando las líneas de trabajo psicológico a seguir, de acuerdo al análisis que el psicólogo haga de la situación particular del paciente.

- g) El formato de Entrevista Psicológica incluye los rubros necesarios para consignar los aspectos que integran la conducta (cognitiva y afectiva).
- h) El psicólogo con base en la información recabada, efectúa la aplicación del estudio psicométrico o psicológico, o hace la derivación para la aplicación de pruebas a otro psicólogo, cuando el caso así lo amerite.

Psicológico y Psicométrico.

Entre las características más comunes que suelen presentar nuestros pacientes se encuentra la inseguridad, falta de autoestima, conflictos con la figura de autoridad, incapacidad para tolerar estados de tensión, dolor, frustración y situaciones de espera, incapacidad para la regularización de los sentimientos y para expresar sus emociones, etc. Al emplear pruebas psicológicas se posibilita conocer las actitudes, habilidades, aptitudes y rasgos caracterológicos de la personalidad de los pacientes.

La utilización de pruebas psicológicas para los usuarios de sustancias, permiten reforzar y/o corroborar el diagnóstico. Depende de los objetivos a alcanzar y de las características del paciente la selección de los instrumentos necesarios; sin embargo la aplicación de una sola prueba no puede validar los hallazgos clínicos.

Las pruebas que principalmente se utilizan son.

Para medir inteligencia, escala de inteligencia Weshler para adultos (WAIS), escala de inteligencia Weshler para niños (WISC), test no verbal de inteligencia Army Beta II-R de Kellog y test de Dominós.

Para conocer aspectos de la personalidad: Inventario Multifacético de la Personalidad de Hattaway MMPI, test de la Figura Humana de Karen Machover, test de Frases Incompletas de Sucks y test Casa-Árbol-Persona (HTP).

Para valorar maduración neurológica el test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender.

Objetivo general:

Apoyar en la complementación y/o confirmación del diagnóstico integral de los pacientes usuarios de drogas.

Objetivo específico:

- Aportar la información necesaria sobre aspectos orgánicos, cognitivos, conductuales y emocionales, que permitan tener un mayor conocimiento de las características de personalidad de los pacientes usuarios de sustancias.

Criterio Clínico:

El criterio clínico para derivar al Estudio Psicológico y Psicométrico es cuando es necesario obtener mayor información para establecer el diagnóstico.

Proceso.

Cuando el paciente ya ha sido atendido en otros servicios diagnósticos y el terapeuta quiere complementar o precisar el diagnóstico, porque tiene algunas dudas que no pudieron ser aclaradas, ya sea por la conducta del paciente o porque sospecha de daño orgánico, el terapeuta responsable del caso, puede solicitar el estudio psicológico a un profesional del equipo conocedor de las pruebas psicológicas.

Las pruebas también pueden emplearse aunque el paciente ya esté en alguna modalidad terapéutica.

- a) Se realiza el encuadre con el paciente, explicando los objetivos del estudio.
- b) Obtenidos los datos del Estudio Psicológico y Psicométrico, se entrega al terapeuta responsable del caso para que haga la devolución al paciente. Los elementos encontrados en el estudio podrán ser trabajados durante las sesiones de tratamiento

Diagnóstico Familiar.

Sustento Teórico:

El Constructivismo Social, el cual pone el énfasis en la interpretación social, a las influencias intersubjetivas del lenguaje y a la cultura, propone la idea de que la realidad es una construcción que se crea en el intercambio social a través del lenguaje y en un contexto determinado, esto es, construimos la visión y conocimiento del mundo en la relación con otros; llevó al personal de la institución, a entender que las percepciones externa e interna, no son reflejo de elementos que existan *per se* de manera independiente del sujeto, son moldeables, cambiables.

Y nos lleva a “mirar” los problemas humanos como narraciones o historias que las personas cuentan de sí mismas, parafraseando a Anderson y Goolishian (1988 citado en C.I.J., 2007a), “...el problema del sistema es lingüístico y no tiene una realidad objetiva, no es una verdad, sino una versión más de las múltiples versiones que se construyen”, (pp 94).

Desde la Terapia Familiar Sistémica, el construir un diagnóstico significa:

- hacer distinciones, que hacen los terapeutas a partir de cada una de las escuelas, modelos terapéuticos o convicciones teóricas que han surgido dentro de esta nueva epistemología,
- construir de forma diferente la definición del problema,
- plantear el dilema familiar,
- construcción de hipótesis,
- elaboración del mapeo estructural,
- la búsqueda de las soluciones intentadas,
- ampliar la mirada sobre las relaciones significativas del sistema consultante,
- conocer la interacción dominante de su vida y
- formular una hipótesis sistémica de trabajo del sistema relacional y de significados de la familia y del usuario de sustancias.

Partiendo del entendido de que en la mayoría de los casos lo que se busca es conocer la historia de vida del sistema consultante (familia e individuo), el proceso de separación e individuación y la significación con los otros y en nuestro caso, con el uso de las sustancias adictivas.

Instrumentos gráficos en el diagnóstico familiar:

El familiograma es una descripción gráfica de la composición del sistema, en la que se señalan los integrantes, sexo, edad, Nivel de escolaridad, ocupación y estado civil, el cual permite construir esta explicación del sistema consultante (familia y usuario), siendo necesario, contar con alguna información previa.

El genograma es una descripción del funcionamiento y de las interacciones del sistema, tomando en cuenta datos como la etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia o en la que se ha quedado atorada, sus tendencias al cambio/no cambio, así como una explicación de cuál es la demanda, quién la hace y desde dónde parte ésta, es decir, qué los mueve a venir en ese momento; así como en qué lugar colocan al terapeuta y qué le demanda.

Supuestos Básicos

De lo anterior se desprende que la formulación de estas hipótesis sistémicas de trabajo, son una aproximación a la realidad de la familia, por lo tanto no es algo estático, sino que siempre estará en juego durante la sesión y las subsecuentes para comprobarla e ir modificando o co-construyendo a través de la conversación y el acoplamiento estructural entre el terapeuta, la familia y el usuario.

De acuerdo al Construccinismo social, la idea de que la “realidad” emerge en el lenguaje a través del consenso y que de este modo es co-creada, hace que la idea de patología se manifieste inapropiada y adhiriéndose a la mirada construccionista, la cual se enfoca al lenguaje y a los sistemas de significados, tenemos que el terapeuta no buscará cambiar el sistema de significados, los cuales son mediados por el lenguaje y creados en el tiempo con relación al “problema” actual.

La finalidad del Diagnóstico Familiar según éste modelo es trazar distinciones en el discurso de la familia para sistematizar la información, que permita ir elaborando un mapa terapéutico.

Objetivo general:

Determinar el plan terapéutico a seguir con los familiares del usuario de sustancias para que participen activamente en el tratamiento y se logre la reducción o supresión del consumo.

Objetivos específicos:

- Obtener información sobre las relaciones significativas que se dan en el sistema familiar.
- Construir la(s) hipótesis sistémica(s) de trabajo que expliquen la configuración del sistema relacional de la familia (Nivel de la Estructura y la Interacción).

- Construir una hipótesis que explique el programa oficial del sistema que consulta (¿qué demandan del terapeuta?).
- Establecer los objetivos para la construcción del mapa terapéutico (construcción del sistema terapéutico).
- Construir una hipótesis del nivel de los significados que permita acceder al mapa del mundo de la familia, a su sistema de creencias.

Criterio Clínico:

- El único criterio clínico para derivar a diagnóstico familiar, es ser familiar del usuario de sustancias.

Procedimiento cuando el usuario de sustancias asiste al tratamiento:

- a) Se aplica posterior a la Entrevista Inicial, Estudio Social, Historia Clínica y Entrevista Psicológica.
- b) Si sólo asisten los familiares del usuario se realiza la Entrevista Inicial y Estudio Social únicamente.

Responsables:

El terapeuta que cuenta con capacitación en Terapia Familiar Sistémica, o que esté en proceso de capacitación.

Funciones:

Durante la actividad, y de acuerdo con los datos obtenidos, se elaboran las hipótesis que permitan determinar el plan terapéutico a seguir. Es importante destacar que los objetivos se establecen de manera conjunta entre el terapeuta y el grupo familiar.

El diagnóstico familiar permite determinar la modalidad terapéutica en la que se atenderá a la familia.

Rescate-Visita Domiciliaria.

En el entendido que la articulación de diferentes factores que inducen a las personas a usar sustancias, no sólo se constituyen como factores etiológicos del fenómeno, sino que son factores dinámicamente presentes en su realidad cotidiana, cualquier intento de modificarlo resulta ser muy complicado, también éste conjunto de factores conforman de igual manera, la dinámica de lo que es la deserción o abandono del tratamiento. En varios estudios internos se ha reafirmado que la interrupción del tratamiento por parte del paciente no es un fenómeno fortuito sino que se origina en el contexto ambiental, en la familia y en el sujeto mismo, aún antes de que éstos lleguen a solicitar la ayuda. Por ello resulta lógico observar que el mayor porcentaje de pacientes que desertan de su proceso de atención se dá en las primeras consultas (fase diagnóstica).

Ante ésta situación y después de haber analizado las características y dinámica de la deserción, Centros de Integración Juvenil A.C., establece las estrategias operativas tendientes a contrarrestar los índices de abandono al tratamiento por parte de los pacientes y por ende favorecer la obtención de mayores beneficios derivados de los servicios de tratamiento y rehabilitación que estén recibiendo.

Una de estas medidas son los servicios de Rescate y de Visita Domiciliaria, los cuales constituyen una forma de atención mediadora entre la institución y el paciente, entre su proceso de atención y su contexto ambiental. Son una intervención psicosocial que promueve la continuación de la relación terapéutica, ya sea de forma escrita, verbal o personal. Estas intervenciones buscan “rescatar” los propósitos iniciales, ayudando a superar los motivos u obstáculos que provocaron la interrupción de su tratamiento.

Objetivo general:

Promover la continuación del Proceso de Atención Curativa por parte del paciente usuario de sustancias y/o su familia.

Objetivos específicos:

- Conocer los motivos o circunstancias que provocaron la interrupción o abandono de los servicios Diagnósticos, de Tratamiento y Rehabilitación o de Seguimiento.
- Evaluar las posibilidades y deseos para continuar asistiendo a Centros de Integración Juvenil.
- Ampliar y corroborar información sobre los aspectos socioeconómicos y familiares directamente en su contexto ambiental.

Criterios clínicos:

- Cuando el paciente ha faltado a sus consultas, sin avisar al terapeuta, y éste considera que existen condiciones clínicas para solicitar el rescate.
- Se procede a realizar el rescate, sólo cuando los datos del expediente clínico indiquen que el paciente no tiene ningún inconveniente de ser visitado en su domicilio.
- El número de rescates y la frecuencia en que se realizan, queda a criterio del terapeuta, el cual fundamenta la indicación clínica.
- La actividad de rescate, deberá ser una indicación clínica y hacerse sólo en circunstancias precisas, es decir, cuando existan posibilidades de éxito y redunde en bien del paciente.
- El tipo de rescate a solicitar se hará de acuerdo a las características psíquicas, familiares y socioeconómicas del paciente en cuestión.

- El rescate vía telegráfica, será indicado cuando el lugar de residencia del paciente sea demasiado lejos y complicado de llegar o que represente una amenaza seria para la seguridad del trabajador social, o bien cuando no cuenten con líneas telefónicas propias o cercanas donde se pueda hacer contacto con el paciente.
- El rescate vía telefónica será indicado además de lo anterior, cuando se requiera tener un trato más cercano con el paciente, pero su lugar de residencia es demasiado lejos y complicado de llegar, o que representa una amenaza sería para la seguridad del(a) trabajador(a) social.
- El rescate vía domiciliaria, será indicado cuando no se presenten las circunstancias antes mencionadas.
- La visita domiciliaria puede realizarse cuando se requiera obtener o corroborar información de manera más directa y cuando se tenga que realizar una intervención concreta.

Proceso:

a) Una vez que el paciente ha faltado a sus consultas, el terapeuta responsable o el profesional que fue el último en atenderlo, hace una valoración del caso en cuestión y si cree pertinente la acción del rescate en cualquiera de sus modalidades, solicita a trabajo social su realización.

II. FASE DE TRATAMIENTO.

Terapia Familiar.

Antecedentes:

La Terapia Familiar Sistémica, surge en la década de los 50's en Estados Unidos como un modelo innovador en el campo de la Salud Mental, básicamente dentro del área de la Psiquiatría que es donde toma mayor auge. En México, el movimiento se inicia a principios de los años sesenta. El crecimiento ha sido vertiginoso y aún se considera un campo muy joven y fértil para explorar. Es en la década de los 80's, que la Institución define y adopta este modelo de abordaje terapéutico para brindar una mejor atención al usuario de sustancias y su familia.

Justificación:

Entendemos que el usuario de drogas no es un sujeto aislado, sino que se encuentra inmerso en un tejido de relaciones interpersonales con distintas organizaciones como son la cultura, la familia extensa, el grupo de pares, la escuela, el trabajo, entre otras, con lo que ha establecido una coordinación de relaciones en donde su comportamiento tiene una historia que le da un significado al mismo.

Sustento Teórico:

Su cuerpo teórico-metodológico se nutre de los conceptos de la Teoría General de Sistemas (Bertalanffi, 1981), la cual presenta al "hombre como un sistema activo de la personalidad que crea su universo". Parte de una secuencia de sistemas mayores (familia extensa, sociedad, país, etc.) y sigue con otra serie de sistemas menores (los subsistemas conyugal, parental, filial, fraterno e individual).

Retoma también conceptos teóricos de la Cibernética, ciencia que abarca todo el campo de la teoría de la comunicación y del control de las máquinas y de los organismos vivos.

Su propósito consiste en desarrollar tanto un lenguaje propio de las máquinas, como las técnicas específicas que permitan al hombre, no sólo encarar los problemas más generales de la comunicación y regulación, sino establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones.

Dentro de la evolución de la terapia familiar se reconocen dos momentos o etapas importantes relacionados con la influencia de esta teoría, uno denominado de la primera cibernética el cual se centra en los procesos de estabilidad (permanencia) en la familia, con el terapeuta como un observador externo y neutral. Otra etapa fue la cibernética de segundo orden, ésta difiere en cuanto a que se centra en los procesos de cambio (transformación), el terapeuta se sitúa como un observador que es parte del sistema observado, en donde todos los procesos son circulares.

También se incorporaron los postulados de G. Bateson (1972), sobre su Teoría Extensa de la Mente y la Epistemología Cibernética, mencionando que “la mente es un sistema cibernético, una unidad total pertinente que completa el procesamiento de información, el ensayo y error, más ampliamente se incluye una organización de subsistemas”.

Otro constructo teórico que se incorpora a este modelo, es la Teoría de la Comunicación Humana de Paul Watzlawick (1997), el cual parte de que “toda conducta es comunicación y no hay no-conducta, por lo tanto no hay no comunicación” por lo que se tendría que hablar de comunicación funcional y disfuncional.

Desde todos estos postulados y constructos, es que el modelo sistémico en terapia familiar pone el foco en el tipo de relación entre la conducta de una persona, -tomando en cuenta el medio donde ocurre- con la conducta de las otras personas que interactúan con él, en un momento y en un lugar preciso, en este caso su familia. No trata con elementos aislados, sino con la totalidad del grupo familiar.

La familia desde este modelo de pensamiento es considerada como un sistema abierto autónomo y con la capacidad de corregirse, el cual se mantiene en un constante intercambio de información, materia y energía con su medio social. Con lo cual tenemos a la familia, como un sistema de relaciones que presenta un proceso evolutivo a través de dos preferencias: una hacia el cambio (transformación) y la otra hacia el no-cambio (estabilidad), patrones que se presentan y conviven en todos los sistemas abiertos.

Aparición del síntoma:

Entre estas dos preferencias, es que la familia logra pasar de una etapa a otra en su proceso de crecimiento, presentándose situaciones en las que la familia se queda detenida en dicho proceso, o hace frente a crisis que se dan en la base de estas dos tendencias, favoreciendo la aparición de la problemática en el grupo y con ello la(s) conducta(s) sintomática(s), la cual podemos entender como un acto comunicativo que tiene una función dentro de las relaciones familiares. El síntoma o problema no es una unidad de información, sino una aproximación que tiene como referente, múltiples aspectos de la situación de la persona, incluyendo su relación con el terapeuta.

El objetivo de la terapia es el cambio en el comportamiento de la persona, en el nivel de sus significados y de sus creencias, el cual tiene que ver con los cambios que se generen en la familia en estos mismos niveles, para que de manera conjunta puedan escribir su historia.

El otro aspecto a tomar en cuenta, es que la familia evidencia ser el sistema central para el hombre, las principales identificaciones, los más importantes valores y objetivos del hombre, su adaptación social remiten a lo que le sucedió y sucede en su familia (Stierlin y col. 1981 en C.I.J. 2007a).

Beneficios:

La importancia de implementar la Terapia Familiar Sistémica favorecerá en la conformación de una visión más amplia de la problemática, así como del significado que su contexto le da, por lo tanto la tarea consistirá en formar un sistema terapéutico (terapeuta-familia), en el cual se trabaje de manera conjunta en la búsqueda de otras posibilidades de ver el mundo, es decir, de una realidad diferente a la que tiene en esos momentos, que encuentren otras formas de relación, mostrando un cambio en la estructura, en el significado y en la función que el síntoma juega dentro de ésta.

Objetivo General:

Lograr un espacio psicoterapéutico que permita el cambio en la relación entre el adicto y la familia que favorezca la remisión del consumo de drogas y el mantenimiento de la abstinencia.

Objetivos Específicos:

- Favorecer la remisión total o parcial de la adicción, creando un espacio psicoterapéutico que permita el cambio.
- Que la familia analice y se explique las causas que originaron el consumo de sustancias en el usuario.
- Trabajar con las formas de relación que sostienen la conducta adictiva, para provocar cambios en la familia y en el usuario.
- Lograr un acoplamiento diferente en la familia sin el consumo de sustancias que coadyuve a mantener la abstinencia.

Criterios Clínicos.

- De manera general cuando en la familia exista un usuario de sustancias y muestren la disponibilidad por lo menos dos miembros de diferente generación para asistir a la terapia.

Y de manera específica cuando:

- A partir de que el paciente solicite o acepte la atención bajo esta modalidad terapéutica.
- En aquellos casos en que el paciente esté detenido en su fase de separación-individuación.
- Cuando el usuario de sustancias haya superado situaciones de crisis psicóticas, depresiones agudas o estados de intoxicación relacionados con el uso de sustancias psicoactivas.
- Cuando se detecten dos o más usuarios de sustancias en la familia u otro síntoma en algún otro miembro(s), por ejemplo: alcoholismo, algún problema orgánico, de conducta y/o aprendizaje, etc.

Proceso.

En el caso de la terapia familiar, éste resulta ser de la misma manera que el descrito para la terapia individual, desde la fase inicial, intermedia, terminación, recontractación, rescate y reingreso.

Plan de Seguimiento.

Si la familia es egresada por los criterios de curación o mejoría debe establecerse un plan de seguimiento, a través del cual se intenta mantener la comunicación con el grupo familiar, a fin de constatar su evolución para apoyarlo y ofrecerle la posibilidad de que éste recurra al Centro en caso de posible recaída.

En el seguimiento los aspectos de la dinámica familiar a revisar y registrar son:

- Logros relevantes obtenidos durante el tratamiento.
- Los cambios realizados, el abandono o reincidencia de las formas de interacción repetidas (disfuncionales), por ejemplo relaciones de codependencia.
- Las características actuales de inserción, en su sistema familiar y red social.
- Elaboración de un plan de prevención de recaídas, para el mantenimiento de la supresión o abstinencia del consumo de sustancias.
- La independencia y autonomía de la familia.
- Trabajar posibles alternativas a instrumentar en la familia, y de ser necesario plantear el recontrato.

La primera sesión de seguimiento se establecerá al mes de haber otorgado el egreso, la segunda sesión a los dos meses, la tercera sesión a los tres meses, la cuarta sesión a los seis meses, y la quinta sesión al año de haber otorgado el egreso.

Proyecto: Orientación a Familiares de Farmacodependientes en Grupo (Terapia Grupal a Familiares).

Justificación:

El usuario de drogas no es un sujeto descontextualizado, sino que se encuentra inmerso en una red de relaciones interpersonales con distintos sistemas como son: la cultura, su realidad social, su sistema familiar de pertenencia, el sistema de pares, etc., con los que ha establecido una trama comunicacional, por lo cual su comportamiento tiene un contexto que le da un significado al mismo.

Beneficios:

Un componente fundamental para el tratamiento de los familiares de usuarios de sustancias se encuentra la posibilidad de compartir experiencias, sentirse apoyados, percatarse que no son los únicos que atraviesan por esa vivencia difícil de enfrentar y solucionar, como lo es el consumo de drogas en un integrante de su familia.

La Familia:

Habitualmente los familiares no identifican cuáles son las formas de relación y los significados con que participan en el mantenimiento de las conductas adictivas del usuario, generalmente suelen concebirlo como un problema originado en causas individuales y/o factores externos. Dificilmente llegan a diferenciar que tienen establecidas formas de relación disfuncionales, como lo es, la codependencia y todas las implicaciones en el ámbito emotivo, relacional, cognitivo y social, que ésta conlleva.

Siguiendo en este orden de ideas, es que entendemos que el usuario de drogas no es un sujeto aislado, sino que se encuentra inmerso en un tejido de relaciones interpersonales con distintas organizaciones como son la cultura, la familia extensa, el grupo de pares, la escuela, el trabajo, entre otras, con lo que ha establecido una coordinación de relaciones en donde su comportamiento tiene una historia que le da un significado al mismo.

Sustento Teórico:

Esta modalidad cuenta con dos vertientes para trabajar, una es la modalidad de Orientación a Familiares de Farmacodependientes, sustentada en la teoría del aprendizaje y el enfoque cognitivo conductual; la segunda vertiente es la Terapia Familiar Múltiple la cual tiene un desarrollo conceptual desde la Terapia Familiar Sistémica y la Terapia de Grupo, que son sus antecesoras a partir de las cuales conforma su marco teórico.

Objetivo General:

- Desarrollar habilidades en la familia que contribuyan para el logro y mantenimiento de la abstinencia del usuario de sustancias.

Objetivos Específicos:

- Ofrecer un espacio psicoterapéutico grupal que dé contención a los familiares del usuario de sustancias.
- Analizar los aspectos cognitivos, conductuales, y afectivos que se encuentran involucrados en el patrón de relación que mantiene la familia con el usuario de sustancias y con su conducta adictiva.
- Dar a conocer las características de una persona *codependiente*, identificando las formas de relación de codependencia que establecen con su familiar usuario de sustancias para que logren modificarlos.
- Reconocer cuáles son los detonadores que pueden propiciar en los padres y en sus hijos usuarios de sustancias una situación de ansiedad y que aprendan a manejarla adecuadamente.
- Dar a conocer las drogas de uso más frecuente, explicando los efectos y daños que causan al organismo, así como trabajar el cambio de las creencias, ideas irracionales y pensamientos automáticos asociados al consumo.
- Explicar los síntomas y reacciones de un Síndrome de Intoxicación y Abstinencia, indicando las diferentes formas de intervención cuando se presente cualquiera de estos síndromes.

- Analizar qué es la autoestima y enseñar a los familiares cómo pueden mejorarla.
- Enseñar a los familiares qué es la conducta asertiva y la manera en la cual ellos pueden actuar asertivamente.
- Explicar a los familiares qué es una recaída, y cómo pueden ayudar a su familiar usuario de sustancias a prevenir éstas.
- Elaborar un plan de acción que parta de los padres para fomentar y mantener el no uso de sustancias.
- Evaluar el proceso grupal así como los logros y habilidades obtenidas a lo largo de las sesiones.

Criterios Clínicos para derivar a éste proyecto:

- Ser familiar de un usuario de drogas, o una persona significativa para él.
- Presentar resistencias para aceptar que juega un papel importante en el proceso de recuperación.
- Requerir información específica sobre el consumo de drogas.
- Mostrar dificultades para participar en un proceso psicoterapéutico.

Criterios de Exclusión:

- Familiares psicóticos en fase aguda.
- Familiar(es) con conducta violenta, impulsiva, agresiva, caótica.

Procedimientos.

- a) Participa el personal de Psiquiatría, Psicología, Medicina General y Trabajo Social.
- b) Para los familiares que asisten sin que el usuario de sustancias esté en tratamiento o se requiera para él otra modalidad de atención.
- c) El terapeuta debe contar con los resultados de Entrevista Inicial, Estudio Social y Diagnóstico Familiar.
- d) Para los familiares en los que el usuario de sustancias está acudiendo al tratamiento, el terapeuta debe contar con los resultados de Entrevista Inicial, Estudio Social, Historia Clínica, Entrevista Psicológica y Diagnóstico Familiar.

Sobre la conformación de grupos:

- Para iniciar el trabajo grupal se requiere por lo menos de 2 familias (independientemente del número de integrantes con que cuente cada una de ellas).
- El número máximo de familias para cada grupo es de 6.
- Se especifica que el proceso consta de 10 sesiones en total.
- Preparación de las sesiones:
- Se elabora un programa de trabajo que contempla las siguientes temáticas.-
 - “Ideas Irracionales y Racionales”
 - “Relaciones de Codependencia”
 - “Manejo de Ansiedad”
 - “Conocimiento sobre las drogas”

- “Cómo intervenir en casos de Intoxicación y Abstinencias”
- “Desarrollo de la Autoestima”
- “Desarrollo de Habilidades Asertivas”
- “Prevención de Recaídas”
- “Plan de Acción: cómo enfrentar el problema del consumo de drogas”
- “Análisis y Reflexión Grupal” (Cierre).

Fase Inicial.

Encuadre de trabajo en el que se explica a las familias sobre los objetivos que se pretenden alcanzar a lo largo del desarrollo del programa y en específico de cada una de las temáticas que se trabajarán, señalando de manera clara y directa que se trata de una labor integral y de conjunto, y no sólo una tarea del terapeuta.

Especificar el procedimiento a seguir en caso de ausencias.

Considerar de antemano las diferentes situaciones que suelen presentarse a lo largo de un tratamiento, por ejemplo si la familia falta a sus sesiones sin avisar al terapeuta, si tiene que ausentarse por enfermedades, cuestiones laborales, etc., si las sesiones tendrán que ser pospuestas por los períodos vacacionales, incapacidades o asistencias a cursos del terapeuta, etc.

Fase Intermedia.

Independientemente de la evaluación que se realiza al término de cada sesión, se recomienda realizar una evaluación conjunta sobre los objetivos alcanzados, técnicas utilizadas, etc., en ésta fase del tratamiento.

Fase de Terminación.

En la última sesión se realiza una evaluación del proceso terapéutico, haciendo una revisión de expectativas y los objetivos propuestos inicialmente.

El terapeuta determinará los servicios a los que se derivará a las familias.

Si la familia requiere ser derivada a Terapia Familiar entonces el terapeuta se deberá apegar a los lineamientos establecidos. Si ya fueron cubiertos los objetivos institucionales y aún existe una demanda de atención, entonces referirá a la familia a la instancia correspondiente. Si decide otorgar el egreso, lo registra en el expediente.

Rescate.

Existe la posibilidad de que la familia deje de asistir a terapia antes de cubrir las sesiones contratadas, en tal caso el terapeuta valorará la pertinencia de solicitar rescate. Si la familia regresa al grupo, deberá realizar un análisis de los motivos por los cuales dejó de acudir y continuar su atención en la sesión en la cual se incorpore. Si el terapeuta considera que no es clínicamente recomendable solicitar rescate, deberá evaluar los logros alcanzados durante el tiempo que se efectuó el proceso de orientación, de acuerdo con ellos podrá establecer el criterio de egreso que otorgará, registrándolo en el formato correspondiente en el expediente.

CAPÍTULO 4.

MODELO DE ABORDAJE PREVENTIVO EN CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL A.C.

Marco Referencial del Programa Preventivo. Teorías y Modelos de Referencia a los programas.

La estrategia preventiva diseñada para la población adolescente del programa “Para vivir sin adicciones”, parte de referentes contemplados en diferentes teorías y modelos preventivos que permiten contar con un marco explicativo sobre la forma en que es posible influir y/o modificar determinados factores relacionados con evitar y/o retrasar la edad de inicio, así como disminuir el impacto negativo del consumo de drogas.

Teorías Integrativas para explicar el consumo de drogas.

Existe un conjunto de teorías denominadas integrativas y comprensivas porque incluyen una diversidad de factores, variables, procesos que pueden ser utilizados como marcos generales para explicar la conducta adictiva, dentro de ella se encuentran las siguientes: El Aprendizaje Social (1969), la Teoría de la autoeficacia (1986, 1989), ambas de Bandura; el Modelo de Desarrollo Social, la Teoría de la Interacción Familiar, la Teoría para la Conducta de Riesgo de los Adolescentes de Catalana, Hawkins (1996), Thomberry (1987, 1996) y Jessor (1991) y el Modelo Social de Peelé (1985, en Ponce, 2007).

La Teoría del Aprendizaje Social o Cognitivo Social.

Esta es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta. Fue propuesta por Bandura haciendo la aportación de incluir el aprendizaje social, vicario o de modelos, que como elemento práctico permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas. En los años 80, éste autor renombra a esta teoría como Cognitivo Social,; éste nuevo término que ahora él utiliza reconoce los orígenes sociales de gran parte del pensamiento y de la acción humana; la porción cognitiva reconoce la influyente contribución causal de los procesos de pensamiento hacia la motivación , afecto y acción humana.

Esta teoría tiene como referentes subyacentes el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario. Bamdura, a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en los dos tipos de condicionamiento antes citado, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta.

El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico.

El segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; y

El tercero lo constituyen los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerían sobre la conducta futura.

Partiendo de los principios del aprendizaje vicario, Bandura propuso las técnicas de modelado para adquirir y eliminar conductas, mediante el aprendizaje de modelos reales o simbólicos.

Bandura propone el modelo de determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos, otros personales, y las influencias ambientales; señalan que estos operan de manera interactiva como determinantes de cada una de las otras. El término determinismo lo utiliza en el sentido de hacer énfasis en que ciertos factores producen los efectos, y no como causas que operan independientemente del individuo. Varios factores pueden ser necesarios para que se produzca un efecto. A causa de la multiplicidad de influencias interactuantes, el mismo factor puede ser parte de diferentes combinaciones de condiciones que tienen efectos diferentes.

La teoría cognitiva social tiene seis características:

- 1.- Determinismo recíproco triádico.
- 2.- Definición de la naturaleza humana (capacidad de simbolización, de previsión, vicaria, autorreguladora, autorreflexiva y naturaleza humana).
- 3.- La importancia de los factores cognitivos, junto con el ambiente y la conducta, en relación recíproca entre sí.
- 4.- La teoría de la autoeficacia de Bandura.
- 5.- La teoría del aprendizaje social con relación a las técnicas (modelado).
- 6.- El sujeto dirige su propio cambio de conducta y su autocontrol (Mayor y Labrador, 1984; O'Leary y Wilson, 1987 en C.I.J., 2007a).

La teoría Cognitiva Social, puede resultar de una considerable utilidad para explicar el proceso que, a nivel de cogniciones (expectativas, creencias, pensamientos), encausa a un sujeto hacia una conducta de consumo. Los determinantes dentro de este modelo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas. Es decir, las cogniciones funcionan como detonadores de la decisión de consumo/no consumo, ya que, debido a los altos niveles de estrés y no tener la percepción de conductas alternativas, se inician los episodios de consumo para pasar a los hábitos.

Dentro de la teoría cognitiva-social, el papel de los fenómenos autorreferenciales (lo que uno se dice a sí mismo) como el medio por el cual la persona es capaz de actuar en su ambiente.

Teoría de la Autoeficacia.

Esta teoría se centra en un aspecto particular: los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad de actuar. Bandura esbozó cuatro tipos de experiencias que influyen en la autoeficacia:

- I. La primera y más influyente es la experiencia directa, el encuentro personal con el ambiente, proporciona el índice más fiable de las capacidades de uno.
- II. Una segunda influencia es la vicaria; en parte, la gente basa las evaluaciones de sus propias capacidades en la ejecución de otros que son similares a ellos.
- III. Una tercera fuente de influencia es la persuasión verbal; los sujetos con frecuencia intentan inculcar creencias de eficacia percibida persuadiendo a otros de su eficacia.
- IV. Finalmente, los estados afectivos y psicológicos pueden proporcionar información acerca de la propia eficacia.

La autoeficacia es un factor personal que probabiliza la motivación, el afecto y la ejecución, es decir, la conducta que es en última instancia, un aspecto observable, evaluable. Esta puede entenderse como las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar situaciones futuras.

La percepción de control que es atribuida sobre una conducta, está mediatizada por el riesgo que pueda o no implicar esa conducta. Según Ramos (1999 en C.I.J. 2007a), se puede suponer que una persona está expuesto a un riesgo cuando:

- a) hay una exposición consciente a daños;
- b) los daños, en alguna manera son dimensiones, son considerados eventuales; y cuando
- c) tal situación es producto y objeto de decisiones.

Modelo de Desarrollo Social.

Desarrollado por Catalano, Hawkins (1996, en Ponce, 2007), tiene como objetivo explicar la conducta antisocial a través de la especificación de relaciones predictivas del desarrollo, enfocándose en los factores de riesgo y protección; mencionado de otra forma, el objetivo del modelo es explicar y predecir el comienzo, la escalada, el mantenimiento, la desescalada y el abandono al llevar a cabo conductas como la delincuencia y el uso de drogas ilegales. Dicho modelo hipotetiza que son similares los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial, afirmando que la persona pasa por varias fases a lo largo del curso de su vida; asume que la conducta antisocial (abuso de drogas) es el resultado de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales en diferentes dominios.

Teoría de la Interacción Familiar.

Brook en 1990 (en Ponce, 2007), enfatiza que la falta de supervisión y apoyo de los padres hacia sus hijos contribuye a debilitar el apego de éstos con la familia y a aumentarla probabilidad de que se relacionen con iguales que consumen drogas.

Existen una serie de aspectos que se han demostrado relevantes para prevenir el consumo de drogas:

- a) el conocimiento de las actividades y amigos de los hijos,
- b) el conocimiento de los problemas, los intereses y las necesidades de los hijos,
- c) la identificación de factores y situaciones de riesgo para el consumo de drogas, sobre todo cuando éstos proceden de las relaciones y el funcionamiento familiar, por ejemplo: violencia, falta de comunicación y de expresión de afectos, entre otros,
- d) fortalecimiento de vínculos con la escuela, potenciando el rendimiento académico y el reconocimiento de los progresos y logros escolares,
- e) el adecuado desarrollo de la autoestima,
- f) desarrollo de la competencia social y personal, incluyendo las habilidades de resistencia a la influencia social, (Martínez, 2001 en Ponce, 2007).

Teoría para la Conducta de Riesgo de los Adolescentes de Jessor

En su planteamiento se hace imprescindible la interacción persona-contexto, que había sido omitida u obviada desde otras teorías. Se caracteriza por la complejidad con que hace interaccionar distintos elementos para explicar las conductas adictivas. Considera factores de riesgo y protección, conductas de riesgo y resultados de riesgo. Le otorga un importante peso para explicar la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes a partir de la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación, elementos fundamentales para considerar a una parte de la población adolescente en lo que este autor ha denominado “riesgo”. Se basa para esta afirmación en los datos proporcionados por dos fuentes: la epidemiología conductual y la psicología social y del desarrollo.

Desde la epidemiología conductual una conducta de riesgo puede definirse como “cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente” (Jessor, 1991, en Ponce, 2007).

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Biológico Genéticos	Historia familiar de alcoholismo	Alta inteligencia
Medio Social	La pobreza, la anomia normativa La desigualdad racial y las oportunidades ilegítimas	Las escuelas de calidad, la familia cohesionada, disponer de recursos vecinales y de vecinos interesados.
Medio percibido	Modelos de conducta desviada y los conflictos normativos entre Padres y amigos	Modelos de conducta convencional y altos controles de la conducta desviada
Personalidad	Percepción de pocas oportunidades Baja autoestima y la propensión a correr riesgo	La valoración de los logros, de la salud y la intolerancia a la desviación.
Conductas	Los problemas con el alcohol y el bajo rendimiento escolar	La asistencia a la iglesia y participar en clubes escolares de voluntarios

Bajo este modelo lo que interesa es conocer cuáles son los factores que derivan conductas de riesgo, sobre todo previas a la fase de experimentación, que es donde influye ésta para consumir determinada droga (Modelo comprensivo y secuencial de las fases del consumo de drogas). Jessor en su modelo considera cinco grupos de factores de riesgo o protección que sirven de marco conceptual general para la conducta de riesgo de los adolescentes, estas categorías son: biológico-genéticos, medio social, medio percibido, personalidad y conducta, como a continuación se describen:

Aún cuando estos factores están más ubicados dentro de la cultura norteamericana, lo importante es tener claro que al identificar dichos factores de riesgo y protección, se contextualiza y dirige la intervención preventiva hacia aspectos específicos que probabilizan una prevención efectiva.

Dentro de las conductas de riesgo del adolescente o de su estilo de vida, considera Jessor tres grupos de ellas: la conducta problema, las relacionadas con la salud y la escolar. Las conductas problema consideran el uso de drogas ilícitas, la delincuencia y el conducir bebido. Las conductas relacionadas con la salud: la alimentación no saludable, el consumo de tabaco, el sedentarismo y no usar el cinturón de seguridad. Dentro de la conducta escolar: la inasistencia, el abandono de la escuela y el consumo de drogas en la escuela.

Los resultados del riesgo que el autor conceptúa como los resultados del compromiso salud/vida, considera la salud (dolencias/enfermedades, baja condición física), los roles sociales (fracaso escolar, aislamiento social, problemas legales y la paternidad prematura), el desarrollo personal (autoconcepto inadecuado, depresión/suicidio) y la preparación para la vida adulta (escasas capacidades laborales, desempleo y falta de motivación). Desde ésta teoría se deben reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida, especialmente aquellos jóvenes que viven en ambientes sociales adversos.

Teoría del Modelo Social de Peele.

Para éste autor la adicción se debe a dos elementos, una actitud pasiva del sujeto en tanto su incapacidad de afrontar los problemas de vida, a sus estados emocionales como estrés, ansiedad, depresión, culpa; y a la cultura actual, que propone estándares de éxito difíciles de alcanzar, al mismo tiempo que facilita el acceso a las sustancias, (Peele, 1985, en C.I.J. 2007a).

Percepción de Riesgo y Factores de Riesgo/Protección en el Consumo de Drogas.

Se puede entender a la percepción de riesgo como predictor del consumo de drogas, como el nivel de conciencia que tiene un sujeto sobre las situaciones que promueven el mismo consumo y el grado de peligrosidad que puede representar para su persona y su comunidad (Medina 1992 en C.I.J.2007a). También se puede entender como el conocimiento de daños y consecuencias del consumo de drogas y de la severidad atribuida a ellas. O como el nivel de conciencia que tiene el individuo sobre las situaciones que promueven el consumo y la peligrosidad de esta para su persona y su comunidad. Sin embargo, es importante indicar que la percepción de riesgo no está limitada sólo por el conocimiento de riesgo, sino sobre todo, a la serie de atribuciones y representaciones que el sujeto se formula, y con las cuales puede enfrentar o resolver las implicaciones que representan ese riesgo.

Una alta percepción de riesgo asociado al consumo de drogas, estaría indicando una menor probabilidad del riesgo asociado al consumo de drogas, estaría indicando una menor probabilidad en un sujeto para iniciar un consumo de drogas o en el caso de un usuario experimentador, evitar transitar a un consumo continuado que le represente un problema.

Por lo tanto, en la Información Preventiva, se visualiza la percepción de riesgo como mediador para la decisión de consumo/no consumo y uno de los aspectos fundamentales en el cual deben estar basados los contenidos de cada proyecto preventivo de este nivel para lograr un nivel de sensibilización tal que favorezca para que la población se motive a actuar en torno a este problema de salud pública.

Se considera como factor de riesgo “Un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”.

Como factor de protección “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiente que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Díaz-Barriga, 1999).

Clayton (1992 en C.I.J., 2007a) enumera de forma genérica los factores de riesgo:

- Tener problemas económicos,
- Padres con problemas de abuso de drogas,

- Ser víctimas de abuso físico, sexual o psicológico,
- Jóvenes sin hogar,
- Jóvenes que abandonan la escuela,
- Jóvenes embarazadas,
- Jóvenes implicados en actos delictivos y/o violentos,
- Jóvenes con problemas de salud mental y
- Jóvenes que han intentado suicidarse.

Para Hawkins (1992, en C.I.J., 2007a), los factores de riesgo se agrupan de la siguiente forma:

Genéticos: hijos de consumidores de sustancias psicoactivas.

Constitucionales: uso temprano de drogas (antes de los 15 años), dolor o enfermedad crónica, factores fisiológicos.

Psicológico: problemas de salud mental, abuso físico, sexual o emocional.

Sociocultural: familia (uso de drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas, divorcio o separación de los padres, bajas expectativas para los niños), iguales (amigos que usan drogas, actitudes favorables hacia el uso de drogas, conducta antisocial o delincuencia temprana), escuela (poca dedicación a la escuela, fracaso escolar, abandono de la escuela), y comunidad (leyes y normas favorables hacia el uso de drogas, carencia de una adecuada vinculación social, problemas económicos y sociales, disponibilidad de drogas).

Los factores de protección, para estos autores tienen que ver con la reducción del impacto del riesgo, de aquí que se hayan identificado las situaciones que inciden en un no consumo. Se retoma “la vulnerabilidad al riesgo” para establecer los factores de protección. Para comprender esto Hawkins propone dos escenarios para la prevención:

1. Riesgo/protección: se pretende que los factores de protección disminuyan los efectos de exposición a factores de riesgo.
2. Protección/protección: se pretende un factor protector potencialice los efectos de otros factores protectores.

Muñoz (1998 en C.I.J. 2007a), los clasifica en ambientes contextuales, individuales (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y factores de socialización. El autor menciona que el uso precoz de drogas y el posterior abuso de las mismas depende de la existencia de leyes o normas sociales tolerantes hacia el consumo de drogas o hacia comportamientos desviados; la disponibilidad de drogas; las carencias económicas (delincuencia y marginalidad); familias con historia de consumo de alcohol y otras drogas; inicio temprano del consumo de drogas; en la adolescencia, presencia de rasgos de personalidad tales como agresividad, aislamiento social, personalidad depresiva, impulsividad, introversión y desadaptación social, baja resistencia a la frustración y búsqueda constante de emociones;

en la infancia la presencia de problemas de conducta de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o trastornos por déficit de atención; la ausencia de valores ético-morales, pertenecer a familias donde hay un solo padre; un estilo familiar autoritario o permisivo, la ausencia de relación padre-hijo, relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes, la comunicación familiar pobre e inexistente, la pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto (violencia en la familia); uso de drogas por parte de los padres; compañeros consumidores de drogas; fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales; fracaso escolar, bajo rendimiento escolar o abandono temprano de la escuela.

De los datos de las investigaciones realizadas en México, Castro (1999 en C.I.J., 2007a), sistematiza cincuenta factores de riesgo, agrupados de la siguiente manera:

Familiar

- Apoyos y controles familiares débiles.
- Uso de drogas o alcohol entre padres y/o hermanos.
- Familia caótica o desorganizada.
- Falta de contacto con la familia.
- Divorcio de padres.
- Consumo eventual entre familiares.

Social

- Actos antisociales.
- Insatisfacción con la calidad de vida.
- Uso de drogas en el grupo de iguales.
- Tolerancia de la escuela al consumo.
- Disponibilidad de lugares de consumo.
- Acceso a lugares públicos en los que se consume.

Demográfico

- Vivir en la Ciudad de México, Sonora o Baja California.
- Migración de zonas rurales y urbanas.

Patrón de consumo.

- Consumo frecuente de una sola droga.
- Consumo experimental de más de una sustancia.

Tipo de droga.

- Uso experimental de marihuana.

- Uso experimental de cocaína.
- Uso de marihuana y cocaína.
- Uso elevado de alcohol.

Presencia de la droga.

- Facilidad para conseguir.
- Acceso a distribuidores.
- Amigos(as) usuarios.
- Presencia de drogas en fiestas.
- Baja percepción de riesgo que significa usar drogas .

Socio demográficos.

- No existe dedicación de tiempo completo a los estudios.
- Estudios de preparatoria.
- Alto grado de inconformidad.
- Pertenecer a familia cuyos padres tienen pocos estudios.

- Tener entre 15 y 18 años.
- Haber iniciado consumo experimental en la adolescencia temprana.

Historia de vida.

- Alto grado de incorporeidad social.
- Conductas de riesgo.
- Aceptación al consumo.
- Dinero disponible.
- Sucesos traumáticos en la infancia.
- Deseos o intentos de suicidio.
- Embarazos.
- Abortos.
- Muertes cercanas.
- Eventos negativos de la vida en el último año.
- Descuido de la salud.
- Conducta consumista.
- Descuido de vida social.
- Problemas escolares en segunda infancia.
- Pérdida de sentido de pertenencia en familia o escuela.

Los factores de protección que se identifican con población mexicana están relacionados con:

- Alta percepción de riesgo,
- Baja tolerancia social,
- No tener amigos usuarios,
- No tener antecedentes familiares de uso o dependencia,
- Asistir a la escuela,
- El percibir como cercana a la familia, entre otros.

Como se puede observar, en lo que respecta a los factores de riesgo, se encuentran similitudes en las clasificaciones antes descritas sobre las condiciones que posibilitan el uso y el abuso de drogas. Cabe resaltar que se consideran a los factores genéticos, sociales, ambientales como en los aspectos que tienen que ver con la vulnerabilidad psicológica, que incluye factores como la competencia cognoscitiva, la impulsividad, la agresión, la inconformidad o los trastornos afectivos (depresión, ansiedad, etc.).

Aunque se menciona, qué factores de riesgo posibilitan el consumo de drogas “la evidencia científica actual no permite aún determinar cuáles son los factores de riesgo, ni cuales combinaciones de los mismos, son más virulentas, cuales son modificables y cuáles son específicos para el abuso de drogas” (Berenzon 1996 en C.I.J. 2007a).

Es importante considerar que entre mayor sea la cantidad de los factores de riesgo a los cuales un sujeto está expuesto, mayor será la probabilidad que tome parte de las conductas problemáticas, como es el caso del consumo de drogas.

Recientes investigaciones acerca de los factores de riesgo continúan afirmando que la penetración, el número, y la severidad de los factores de riesgo tienen un efecto acumulativo. Por tanto, la posibilidad del uso de alcohol, tabaco y otras drogas de abuso está probablemente relacionada con la “dosis” de los factores de riesgo que uno recibe. Ciertas investigaciones que están surgiendo, sugieren la importancia de una dosis-efecto similar, con respecto a los factores de protección para ayudar a reducir el riesgo. Estos hallazgos implican de una manera firme que los programas de prevención deben tratar sistemáticamente con los diversos factores de riesgo y protección (Stein, 1999 en C.I.J., 2007a).

Se podría plantear que el desarrollo de la percepción del riesgo para la identificación de los factores del mismo tipo, se basa en las Teorías integrativas que colaboran también en explicar el consumo de drogas y generar habilidades de afrontamiento.

Tanto los factores de riesgo como los de protección tienen relevancia en la prevención del consumo de drogas, ya que unos disminuyen la fuerza de los otros, en forma mutua, y para ello, es importante basarse en las teorías y modelos que aportan evidencia científica, acerca de los factores más relacionados con el consumo, si bien, no es posible conocer los que impactan de manera directa, de ser así, se regresaría al modelo multicausal, en el que se creía que había una relación causal entre una característica individual, familiar o social y el consumo de drogas, ya que al referirnos a la conducta, generalmente no es posible establecer dichas relaciones causales.

Estrategias de Intervención en la Prevención del Consumo de Drogas.

Actualmente, las estrategias de abordaje que se emplean en la prevención del consumo de sustancias tóxicas se definen con base en el modelo desarrollado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos quien en 1994, considera que la atención a la población de interés implica actividades de prevención, tratamiento y mantenimiento.

En este sentido, se plantea que con la prevención se pretende incidir en la reducción de la demanda al disminuir los factores de riesgo y aumentar los de protección relacionada con el uso de drogas.

Particularmente, debe señalarse que en la prevención se contemplan tres tipos de categorías: la prevención universal, la prevención selectiva y la prevención indicada, "las cuales reemplazan el sistema viejo y algunas veces confuso de prevención primaria, secundaria y terciaria", (INH, 1997 en C.I.J. 2007a). Desde ésta óptica, las citadas estrategias preventivas fundamentan su intervención a partir del nivel de riesgo para el abuso de sustancias en el que se encuentra cualquier individuo o grupo.

Las estrategias derivadas de la intervención universal, selectiva e indicada representan a los grupos de la población a quienes se enfocan tales actividades preventivas y para quienes se piensa que éstas son óptimas de acuerdo a la situación de factores de riesgo y protección en la que se encuentran.

Prevención Universal.

En este tipo de intervención las actividades que se desarrollan se diseñan para abarcar a todos los individuos de la población en general, sin considerar si algunos de ellos presentan mayor número de riesgos individuales que los conlleven al inicio y abuso de drogas; en otras palabras, se considera que los miembros de la población pueden compartir los mismos factores de riesgo relacionados con las drogas, pero el riesgo puede ser variable para cada individuo.

El objetivo principal de la intervención preventiva universal es posponer o prevenir el abuso de drogas, a partir de la presentación de información específica y actualizada, así como promover el desarrollo de habilidades necesarias en las personas que contrarresten el problema de las adicciones.

La participación de los individuos en este tipo de programas es abierta, ya que no implica la formación de "grupos especiales" que presenten alguna característica en particular relacionada con el consumo de drogas. El trabajo en esta estructura temática de prevención favorece un beneficio generalizable a todos los participantes. Se considera que los factores de riesgo y protección que se integran a los programas de prevención universal, reflejan principalmente las influencias del medio, más que las características individuales o de ciertos subgrupos, ejemplos de lo anterior, lo representan los valores de la comunidad, el apoyo escolar, la estabilidad económica, el empleo, etc.

Principales características que definen la intervención preventiva universal:

- Contempla en la realización de sus actividades a toda la población en general.
- Pretende retardar o prevenir el consumo de drogas.
- Los individuos no se seleccionan por requisitos establecidos para participar en las actividades.

- El riesgo individual relacionado con el uso de drogas regularmente no es valorado.
- No se enfoca a la solución de problemas personales que se relacionan con el abuso de drogas.
- El desarrollo de los programas puede requerir de menos tiempo y esfuerzo por parte de los participantes.
- El costo de operación de los programas tiende a ser menor sobre una base por persona, en comparación con los programas selectivos e indicados.
- Los efectos o resultados derivados de la intervención presentan limitaciones en lo que respecta a su medición.

En general, la operación de los programas de prevención universal se enfoca al mejoramiento ambiental, al establecimiento de habilidades de resistencia personales y al fortalecimiento de otros aspectos positivos en la población participante.

Los proyectos que integran la Información Preventiva del Programa Preventivo de Centros de Integración Juvenil, A.C. “Para vivir sin adicciones”, se encuentran ubicados precisamente en esta prevención universal.

Prevención Selectiva.

Las estrategias de trabajo en este tipo de intervención, se dirigen a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en alto riesgo para el abuso de sustancias tóxicas; ya que presentan riesgos específicos que requieren su participación directa en actividades preventivas adecuadas a su situación.

El objetivo principal de los programas basados en la prevención selectiva es evitar el inicio del abuso de drogas, a partir del fortalecimiento de los factores de protección de los integrantes del subgrupo en alto riesgo, de forma que éstos sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo (como la asociación que se establece con gente que abusa de las drogas).

Cabe señalar que el conocimiento de los factores de riesgo específicos en estos grupos favorece el diseño de programas preventivos que enfocan sus objetivos a la reducción de riesgos particulares vinculados con las drogas.

Los grupos de riesgo pueden identificarse a partir de los factores biológicos ((predisposición genética), psicosociales (disfunción familiar, falta de compromiso escolar) ambientales (comunidades desorganizadas, normas que toleran el consumo) que se conoce están asociados con el abuso de sustancias y, particularmente, los subgrupos de interés pueden definirse por la edad, género, historia familiar, lugar de residencia, etc.

Frecuentemente, los factores de riesgo que son evaluados y considerados en los programas de prevención selectiva muestran tanto las características individuales y del subgrupo, como las influencias ambientales, por ejemplo:

- Búsqueda de sensaciones placenteras,
- Asociación con personas que han cometido actos delictivos,

- Abuso de sustancias en miembros de la familia,
- Desempleo,
- Altos índices de criminalidad, etc.

Los programas desarrollados en base en la prevención selectiva, comparten ciertos elementos característicos:

- Se dirigen a subgrupos particulares que se encuentran en mayor riesgo para el abuso de drogas.
- Pretenden posponer o prevenir el uso/abuso de sustancias tóxicas.
- Seleccionan o reclutan a los individuos que deben participar en las acciones preventivas.

Consideran que la vulnerabilidad para el consumo de drogas se ubica con base a la pertenencia del grupo en riesgo.

Generalmente, operan por períodos de tiempo más largo, requieren de mayor tiempo y esfuerzo por parte de los participantes en comparación con las acciones de la prevención universal.

Necesitan que el personal que opera los programas sea hábil debido a que se enfrentan a poblaciones con problemas múltiples y se encuentran en alto riesgo para el consumo de sustancias.

Favorecen que las actividades se involucren en la vida cotidiana de los participantes, tratando de modificar su comportamiento al desarrollo de conductas específicas.

Igualmente, las intervenciones de prevención selectiva a menudo incluyen actividades psicoeducativas, entrenamiento en habilidades, programas de tutoría y liderazgo, así como actividades culturales para jóvenes.

Prevención Indicada

Dirigen sus actividades hacia aquellos individuos que han experimentado con drogas y que exhiben conductas problemáticas relacionadas, que están asociadas con el abuso de sustancias. La atención a estos individuos requiere de la elaboración de programas de prevención especiales. De acuerdo con la IOM, las personas que se identifican en estas etapas, a pesar de que muestran señales de uso temprano de drogas, no cumplen con los criterios de diagnóstico clínico como lo define el DSM IV, más bien muestran conductas parecidas a las del abuso de sustancias, pero a un nivel sub-clínico.

El objetivo central de los programas de prevención indicada es reducir el primer evento del abuso de drogas, disminuir a lo largo del tiempo la combinación de señales; retardar el inicio del abuso y/o reducir la severidad del consumo excesivo de drogas.

Los programas de prevención indicada se emplean para las personas que usan y/o abusan de las drogas, sobre todo, porque presentan algunos factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que se desarrollen problemas asociados al consumo de sustancias, por ejemplo: fracaso escolar, problemas sociales interpersonales, delincuencia, otras conductas antisociales, depresión, ideación suicida, etc.

De esta forma, las actividades o programas preventivos se enfocan a los factores de riesgo asociados con el individuo (baja autoestima, problemas de conducta, alejamiento de los padres, la escuela o el grupo de amigos “positivos”), otorgando un menor énfasis a la consideración y modificación de las influencias ambientales como por ejemplo: las normas comunitarias o en la pertenencia de un individuo en cierto grupo de alto riesgo.

La operación de los programas preventivos implica períodos de tiempo más largos (meses), una frecuencia de contacto mayor entre el especialista y la persona de interés (horas, días), así como un gran esfuerzo por parte del participante, en comparación con las estrategias de trabajo universales y selectivas.

La intervención indicada se caracteriza con base a los siguientes aspectos:

- Las actividades se enfocan a las personas que muestran señales tempranas de abuso de drogas y otras conductas relacionadas.
- Pretende detener la progresión del abuso de drogas y las conductas problemáticas relacionadas.
- El desarrollo de los programas se puede enfocar de forma simultánea a otras conductas.

Los participantes se seleccionan específicamente para el desarrollo de las acciones de trabajo.

Enfatiza la atención y/o evaluación precisa de los factores de riesgo y las conductas problema del individuo. Básicamente, los programas buscan modificar las conductas de los individuos.

Requiere que el especialista posea un entrenamiento clínico, habilidades de consejería, así como de intervención terapéutica.

Finalmente, debe mencionarse que los contenidos considerados para cada una de las estructuras temáticas de intervención preventiva, otorgan los referentes teóricos necesarios que permiten definir y adecuar las estrategias de trabajo a las características, y demandas de los individuos que atiende Centros de Integración Juvenil A.C., es decir, a la población en general y a los grupos vulnerables o individuos que se encuentran en alto riesgo para el uso y abuso de drogas. Se espera que la especialidad metodológica y el apoyo de la evidencia científica respecto al conocimiento de los factores de riesgo y protección para cada sector poblacional y el diseño de programas preventivos particulares, consecuentemente la obtención de resultados efectivos y eficaces que anulen los problemas relacionados con el consumo de sustancias tóxicas.

Método de trabajo

Objetivo General de Prevención.

- Disminuir significativamente en la población infantil y adolescente los índices de consumo de drogas evitando y/o retardando la edad de inicio, así como reducir los daños y riesgos asociados con el mismo para evitar la transición en el nivel de consumo.

Nivel de Información Preventiva.

Objetivo General:

- Proporcionar información científica de factores de riesgo/protección en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas con la intención de sensibilizar a la población en general respecto al problema de salud pública que representa, aumentando la percepción de riesgo asociada al mismo.

Objetivos Específicos:

- Conocer y actuar preventivamente a partir de las representaciones con que cuenten los participantes con relación al consumo de drogas, para incrementar su percepción de riesgo.
- Dar a conocer al grupo factores de riesgo directamente relacionados al inicio del consumo de drogas y factores protectores para el afrontamiento y resistencia a los mismos.
- Proporcionar información relacionados con los daños y riesgos asociados con el consumo de drogas.
- Promover los diferentes proyectos preventivos, motivando a la población a continuar participando en el proceso preventivo integral.

Universo De Trabajo.

Los proyectos del nivel informativo están dirigidos a atender de forma diferenciada a la población de ambos géneros, principalmente, como población objetivo institucional a la comprendida entre los 10 a 54 años, a través del desarrollo de una sesión única. Sin perder de vista, que por situaciones especiales del contexto o de los grupos, es posible ampliar o disminuir las edades contempladas anteriormente, lo cual queda bajo la responsabilidad y conocimiento del coordinador del grupo. Es necesario que se considere los posibles y distintos escenarios en los que la comunidad se organiza y estructura (grupos escolares, de trabajo, grupos religiosos, etc.) para responder de manera efectiva a algunos de sus problemas.

- Proyecto: Información a Concurrentes (IC).
- Proyecto: Información en el Contexto Comunitario (I.C.C.).
- Proyecto: Información en el Contexto Escolar (I.C.E.).

Nivel De Orientación Preventiva.

PROYECTO: Orientación Preventiva a Adolescentes.

Introducción:

De acuerdo a Gavilán y Herrero (2003, en C.I.J. 2007a), la palabra adolescencia proviene del latín y significa “crecer”, “padecer”, “sufrir”. Implica un período de crisis entendido como proceso de cambio a través del cual el joven alcanza su autonomía psicológica y se inserta en el medio social sin la mediación de la familia, y agrega que en esta etapa hay dos tareas fundamentales a realizar:

- el logro de la propia identidad, el alcanzar una definición de sí mismo(a), una valoración y una seguridad personal, y
- la apertura al mundo sociocultural, la búsqueda del sentido de la vida y el desarrollo de un proyecto personal.

Con la adolescencia aparecen tanto transformaciones fisiológicas, como psicosociales importantes. La idealización de los padres y otras figuras como profesores, parientes, etc, deja paso a una visión más realista de los mismos, a veces con la “necesaria” ruptura hacia los antiguos modelos.

Por su parte, el pensamiento abstracto constituye la gran innovación en lo que se refiere a los cambios a nivel intelectual. Con la aparición del pensamiento abstracto o formal, el adolescente puede evadirse fuera de lo real, de lo directamente observable, trasciende lo actual y lo concreto, para llegar a reflexionar sobre lo posible, lo abstracto, el pasado y el futuro (Herrero, 2003, en C.I.J., 2007a).

El grupo de iguales supone un importante apoyo en el proceso de búsqueda de identidad por parte de los adolescentes, pues proporciona al adolescente una serie de ventajas que facilita la transición hacia el mundo adulto, da apoyo y seguridad; favorece la separación de los padres y los modelos anteriores, y proporciona ideales, intereses y valores. Sin embargo, también el grupo puede suponer un riesgo en la medida que puede inhibir la responsabilidad individual y la toma de decisiones libres y personales, favorecer la excesiva dependencia y el conformismo, y facilitar conductas inadecuadas, entre las que se incluye el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Por lo anterior, es fundamental que los adolescentes dispongan de información veraz y actualizada sobre los daños y las implicaciones que se relacionan con el uso y abuso del alcohol, tabaco y otras drogas, de manera que tenga mayores elementos para tomar decisiones responsables acerca de su consumo, conozcan y respeten sus límites personales y desarrollen habilidades que les ayuden a disminuir riesgos.

Objetivo General.

- Promover en las adolescentes habilidades que les permitan afrontar factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas, y fomentar estilos de vida saludables.

Objetivos Específicos

- Informar acerca de los datos, efectos y otros problemas asociados al consumo de drogas, a fin de incrementar la percepción de riesgo.
- Promover actitudes para fortalecer la autoestima.
- Promover el desarrollo de habilidades sociales que ayuden a enfrentar situaciones de riesgo relacionados con el consumo de drogas.
- Fomentar el reconocimiento, aceptación y motivación de los adolescentes para el desarrollo de actividades y normas del entorno escolar que contribuyan a establecer estilos de vida saludables contrarios al consumo de drogas.
- Promover y fortalecer métodos de autocontrol emocional que eviten el desarrollo de conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas.
- Promover prácticas de ocio contrarias al consumo de drogas y la planificación de actividades saludables en el tiempo libre que coadyuven a disminuir conductas de riesgo.

Marco Teórico:

La estrategia preventiva diseñada para la población adolescente del programa “Para vivir sin adicciones”, parte de referentes contemplados en diferentes teorías y modelos preventivos que permiten contar con un marco explicativo sobre la forma en que es posible influir y/o modificar determinados factores relacionados con evitar y/o retrasar la edad de inicio, así como disminuir el impacto negativo del consumo de drogas.

El programa se desarrolla en base al enfoque cognitivo-conductual, con el cual se promueve el desarrollo y el fortalecimiento de comportamientos y estrategias de afrontamiento para la prevención del consumo de drogas.

Enfoque de habilidades para la vida.

Este propone que es necesario desarrollar destrezas para permitir que los adolescentes adquieran aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria, e identifica como habilidades para la vida a las:

Habilidades sociales e interpersonales como comunicación, negociación/rechazo, cooperación y empatía.

Habilidades cognitivas como toma de decisiones, soluciones alternas, pensamiento crítico, auto evaluación y clarificación de valores.

Habilidades para manejar emociones, como control de estrés, de sentimientos y aumento interno de un centro de control (Mangrulkar, 2001, en C.I.J., 2007a).

Teoría de la socialización primaria.

La teoría de Oetting y cols, (1998 en C.I.J. 2007a), señala que aunque la base biológica de la conducta es incuestionables, esencialmente, las conductas humanas son activamente aprendidas a través del proceso de socialización primaria. El cual se refiere al aprendizaje de normas y conductas sociales que se adquiere básicamente en la familia, la escuela y el grupo de iguales. A través de la interacción, el individuo incorpora conductas normativas o desviadas. Se refiere también a otras fuentes de socialización secundaria que permiten aumentar o disminuir las oportunidades para que la socialización primaria ocurra, dentro de las que se mencionan las características de la comunidad, la familia extensa, la religión e instituciones religiosas, grupos que forman asociaciones, el ambiente de iguales y medios de comunicación (Becoña, 1999 en C.I.J. 2007a).

Teoría del Autocontrol.

Logue (1998 en C.I.J. 2007a), parte de la premisa de que la impulsividad es lo opuesto al autocontrol, y éste lo define como la capacidad que tienen las personas para frenar o inhibir determinadas

La intervención con adolescentes se dirige por una parte a explorar, reflexionar y debatir las creencias y significados que le atribuyen a las drogas, respecto a los riesgos y daños que se asocian a su consumo, respuestas motoras, conductuales o emocionales, que le permitan al individuo demorar las gratificaciones o recompensas.

La teoría explica la existencia de tres factores que afectan el autocontrol:

- El retraso del resultado.
- El tamaño del resultado y
- Las contingencias del resultado.

Logue señala que el autocontrol también depende de las características individuales de cada persona y se incrementa con la edad, es niños es menos que en adultos.

Procedimiento.

Población Objetivo:

Está dirigido a la población entre los 13 y los 18 años, ya que en ésta etapa, la influencia de los factores de riesgo, de carácter individual y del grupo de pares, incrementan la probabilidad para iniciar el consumo de drogas.

Por razones didácticas, es recomendable que los grupos estén constituidos por un mínimo de 12 y un máximo de 20 participantes.

Hasta el momento, sólo se propone el desarrollo de los módulos de carácter universal, dado que actualmente, los de prevención selectiva e indicada, se encuentran en etapa de proyecto piloto. Se selecciona alguno de los módulos obligatorios, así como el o los complementarios con base en las expectativas e intereses del grupo, así como en la impresión diagnóstica del facilitador respecto a la situación en la que considere se encuentra éste para el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.

Los elementos para la construcción de dicha impresión diagnóstica son:

- a) Contexto sociocultural en el que se ubica el grupo de adolescentes.
- b) Antecedentes que se tengan del grupo o alguno de sus integrantes, como consumo de drogas, grupos “estigmatizados” o problemáticos dentro de la escuela.
- c) Información que hayan recibido recientemente relacionados con la prevención del consumo de drogas y el cuidado de la salud física y mental.
- d) Nivel de percepción de riesgo sobre el consumo de drogas, conocimiento sobre las drogas de mayor consumo y los problemas que creen ocasiona su uso y abuso.
- e) Características del grupo como edad, género, intereses en los temas, las actitudes hacia el consumo de drogas, las prácticas grupales o individuales de riesgo que practiquen, etc.

Estrategia preventiva utilizada:

Partiendo de la clasificación elaborada por Torjman en 1986 (en Martínez, 1999), respecto a las estrategias preventivas en el consumo de drogas, este programa está diseñado sobre la base del desarrollo de competencias:

- El objetivo es desarrollar habilidades personales para afrontar de manera exitosa situaciones cotidianas,
- Implica la identificación de situaciones de riesgo, tanto personales como del entorno inmediato, así como el modelamiento de conductas y actitudes que disminuyan los efectos negativos de estos riesgos,
- Desarrolla acciones para mejorar la autoestima, la capacidad cognitiva, afectiva, las habilidades sociales, etc.

Se tienen evidencias de que los programas preventivos que tienen un impacto positivo, son aquéllos que promueven el ensayo de conductas para afrontar la presión del grupo para el consumo de drogas, lo cual se le conoce como metodología activa, (Fernández, 2007).

Características del facilitador:

- Conocimiento claro de los referentes teóricos y metodológicos que conforman el programa preventivo, así como de los materiales didácticos que apoyan las actividades.
- Poseer conocimiento o experiencia en el trabajo con grupos de adolescentes, que permitan desarrollar los contenidos temáticos y las técnicas sugeridas en la guía técnica de éste programa, haciendo las adecuaciones necesarias en función de las características de los grupos, sin descuidar el cumplimiento de los objetivos.
- Mostrar habilidades de manejo grupal para moderar, dinamizar, clarificar y reforzar los objetivos, contenidos y actividades incluidas en la guía.
- Contar con las herramientas para fomentar la participación activa de los adolescentes en el desarrollo de las sesiones.
- Estar motivado en promover factores de protección que ayuden a los adolescentes a afrontar de manera adecuada situaciones de riesgo que lo puedan poner en una situación de vulnerabilidad frente al consumo de drogas, y
- Fomentar el análisis crítico de los mensajes publicitarios sobre alcohol y tabaco.

El programa está estructurado para trabajarse en un sistema de módulos temáticos, cada uno de los cuales implica el desarrollo de dos o tres sesiones con una duración de 90’.

Se recomienda que la frecuencia de las sesiones sea una o dos veces por semana. Y la cantidad de módulos a trabajar dependerá de las condiciones de riesgo a las que está expuesto el grupo y/o a los tiempos que otorgue la institución a la que se le otorgue el servicio.

Técnicas Utilizadas.

Se favorece la implementación de recursos con un enfoque cognitivo-conductual como:

- Modelado.
- Moldeamiento.
- Ensayo conductual.
- Juego de roles.
- Retroalimentación positiva y
- Desarrollo de tareas fuera del proceso preventivo.

Se promueve el trabajo en equipos y el empleo de materiales didácticos preventivos.

Recomendaciones para la aplicación del programa:

Adecuar el lenguaje empleado durante la intervención, utilizar ejemplos y/o experiencias de vida que sean de interés para los participantes, así como promover y facilitar una mayor motivación por los contenidos.

Favorecer un ambiente propicio de confianza, a fin de que los participantes puedan expresar sus opiniones, puntos de vista y traten de llegar a acuerdos sobre aspectos importantes que se aborden, ejercitando habilidades sociales.

Evitar contribuir en la construcción de procesos de estigmatización.

Por las características de la población, se sugiere que la intervención esté basada en cuestiones prácticas, reflexivas y con un manejo didáctico adecuado, con objetivos definidos que faciliten el desarrollo de conductas deseables.

Sustancias a las que está dirigido el programa.

Considerando las evidencias científicas, este programa está enfocado a disminuir los daños y riesgos asociados con el consumo de alcohol, desalentar el inicio o mantenimiento del de tabaco, así como de drogas ilegales.

Contenidos Temáticos:
MÓDULO OBLIGATORIO I (Opción A):
“ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS”

Tema.	Alcohol
Subtemas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Por qué se consume Alcohol? ✓ Daños asociados al consumo. ✓ ¿Qué hacer ante esta situación ✓ Conclusiones y Cierre.
Objetivos :	Informar sobre los daños y riesgos asociados al abuso del alcohol, con la finalidad de incrementar la percepción de riesgo ante el mismo.

Tema.	Tabaco
Subtemas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Por qué se consume tabaco? ✓ Daños del consumo. ✓ ¿Qué hacer ante ésta situación? ✓ Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Informar sobre los daños y riesgos del consumo de tabaco, con la finalidad de incrementar la percepción de riesgo del mismo.

Tema.	Drogas Ilegales.
Subtemas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Por qué se consumen drogas ilegales? ✓ Daños del consumo. ✓ ¿Qué hacer ante ésta situación? ✓ Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Informar sobre los daños y riesgos del consumo de drogas ilegales con la finalidad de aumentar la percepción de riesgo de las mismas.

**MÓDULO OBLIGATORIO. (Opción B):
PAQUETE PREVENTIVO “ARMANDO EL REVÉN”**

Objetivo:

Promover estrategias de afrontamiento entre los participantes ante la influencia de factores de riesgo en el inicio y mantenimiento de consumo de alcohol y otras drogas en espacios de diversión.

Actualmente, la disponibilidad y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas son frecuentes en determinados espacios destinados al esparcimiento de grupos de jóvenes, donde la asociación que existe entre diversión y consumo de drogas, es muy estrecha. En éstas situaciones el consumo se ve reforzado por la disponibilidad y la tolerancia social hacia el consumo de éstas drogas.

El paquete preventivo “Armando el Reven” gira en torno a una historia que resulta cotidiana para muchos jóvenes, ya que ilustra algunas situaciones de riesgo a las cuales se enfrentan cuando asisten a una fiesta, donde la constante es la disponibilidad de alcohol, tabaco y otras drogas.

La intervención con éste material propone evitar o disminuir la influencia negativa de algunos riesgos a los que pueden ser expuestos los jóvenes, y contribuir a retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias ilegales como la mariguana y cocaína, así como disminuir el abuso de drogas legales y los daños provocados por éstas.

La propuesta teórico-metodológica de reducción de riesgo supone que las personas puedan desarrollar la capacidad de poder distinguir entre aquellas situaciones que puedan perjudicarlo y las que no, crear habilidades que les permitan disminuir los efectos negativos de determinadas situaciones que forman parte de su vida cotidiana.

Sesión 1.

Tema.	“Diversión y consumo de drogas”
Subtemas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El alcohol, tabaco y otras drogas en las fiestas. ✓ ¿Es necesario consumir para divertirse? ✓ El papel del anfitrión en la fiesta. ✓ Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Reconocer la estrecha relación que existe entre las actividades que se desarrollan en espacios destinados a la diversión y el consumo de alcohol y otras drogas, así como estrategias que les permitan reducir los riesgos relacionados con estos entornos.

Sesión 2.

Tema.	“Bajo presión”
Subtemas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cómo ejerce presión el grupo? ✓ Recursos para enfrentar la presión. ✓ Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Promover en los participantes habilidades para la toma de decisiones adecuadas ante las situaciones de riesgo, e identifiquen estrategias para comunicarlas de manera asertiva, particularmente bajo la influencia de su grupo de pares.

Sesión 3.

Tema.	“Disminuir los riesgos”
Subtemas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ video “Una fiesta en casa”. ✓ Los riesgos en los espacios de diversión. ✓ Cómo actuar para disminuir riesgos. ✓ Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Identificar estrategias para evitar o disminuir conductas de riesgo u otros problemas asociados al abuso del alcohol y otras drogas en espacios de diversión.

MÓDULO II. AUTOESTIMA.

Objetivo: Promover actitudes para fortalecerla.

Sesión 1.

Tema.	“Autoimagen y autoconcepto”.
Subtemas	<ul style="list-style-type: none">✓ Importancia de la autoimagen y el autoconcepto.✓ Autoimagen y autoconcepto positivos.✓ Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Promover la identificación y desarrollo de una autoimagen y autoconceptos positivos.

Sesión 2.

Tema.	“Autoconocimiento y autoaceptación”
Subtemas	<ul style="list-style-type: none">✓ Importancia del autoconocimiento y la autoaceptación.✓ Reconocerse y aceptarse.✓ Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Reconocer la importancia del autoconocimiento y la autoaceptación para el fortalecimiento de la autoestima.

MÓDULO III.: HABILIDADES SOCIALES.

Objetivo:

Promover el desarrollo de habilidades sociales que ayuden a enfrentar situaciones de riesgo relacionadas con el consumo de drogas.

Sesión 1.

Tema.	“Toma de decisiones”
Subtemas	<ul style="list-style-type: none">✓ Importancia de la toma de decisiones.✓ Procedimiento para la toma de decisiones.✓ Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Conocer y practicar un método para tomar decisiones adecuadas ante situaciones de riesgo.

Sesión 2.

Tema.	“Presión de pares”.
Subtemas	<ul style="list-style-type: none">✓ ¿Cómo ejerce presión el grupo de pares?✓ Recursos para enfrentar la presión✓ Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Reforzar estrategias de afrontamiento ante la presión del grupo de iguales, para el consumo de drogas.

Sesión 3.

Tema.	”Comunicación asertiva”.
Subtemas	<ul style="list-style-type: none">✓ ¿Qué es la comunicación asertiva?✓ Componentes de la comunicación y su importancia.Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Comprender el significado de la asertividad y aprender algunas estrategias para lograr comunicación asertiva.

MÓDULO IV. TIEMPO LIBRE Y OCIO.

Sesión 1.

Tema.	Qué hacemos en nuestro tiempo libre.
Subtemas	Qué es el ocio y el tiempo libre. Las fiestas y reuniones. Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Identificar las prácticas que se tienen con relación al uso del tiempo libre, ocio, y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas que se hace en esos espacios, así como los riesgos relacionados con el abuso de sustancias.

Sesión 2

Tema.	“Alternativas saludables de diversión”.
Subtemas	Qué hacer para reducir riesgos. Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Fomentar el reconocimiento de alternativas y el desarrollo de habilidades que permitan reducir el riesgo en el abuso de drogas en espacios recreativos.

MÓDULO V. “AUTOCONTROL”.

Objetivo:

Promover y fortalecer métodos de autocontrol emocional que eviten el desarrollo de conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas.

Sesión 1.

Tema.	”Reconocimiento de emociones”.
Subtemas	✓ ¿Qué son y cómo reconocer nuestras emociones? ✓ Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Identificar diferentes emociones y clasificarlas como positivas o negativas.

Sesión 2.

Tema.	“Autocontrol”.
Subtemas	✓ Técnicas de autocontrol. ✓ Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Conocer y practicar técnicas para el control de emociones.

MÓDULO VI. “APEGO ESCOLAR”.

Objetivo:

Fomentar el reconocimiento, aceptación y motivación para el desarrollo de actividades y normas del entorno escolar que contribuyan a establecer estilos de vida saludables contrarios al consumo de drogas.

Sesión 1.

Tema.	”Integración escolar”.
Subtemas	<ul style="list-style-type: none">✓ El significado de ser estudiante.✓ Sentido de pertenencia y permanencia.✓ Conclusiones y cierre.
Objetivos :	Fomentar la pertenencia y permanencia a fin de favorecer la integración a la escuela.

- Líneas de Acción Transversales al Proyecto.
- El programa se aborda con líneas de acción transversal con temáticas como:
- La Educación para la Salud,
- El Género,
- Los Valores y La Movilización Comunitaria.

CAPÍTULO 5.

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN TERAPIA FAMILIAR EN LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES.

El trabajo que he desempeñado en Centros de Integración Juvenil (CIJ) con familias que presentan uno o más integrantes adictos, tuvo como base, los conocimientos adquiridos durante la carrera y la asistencia a cursos de “Familias y Salud Mental” y “Terapia Familiar”; como la capacitación y supervisión *in situ*, utilizando en algunas ocasiones la cámara de Gessell.

Terapia Familiar en la Atención de las Adicciones.						
Años		2005	2006	2007		
No. De Casos en Terapia Familiar		32	18	13		
Egresos	CURA- CIÓN	MEJORIA	INTERRUP- CIÓN CON MEJORÍA	INTERRUPCIÓN SIN MEJORÍA		
	5	11	16	3		

Las familias que se presentan al C.I.J. a solicitar tratamiento, presentan las siguientes características: se conforman por tres a cinco integrantes en promedio, por madre, padre e hijos, o familias uniparentales, regularmente la madre y los hijos, familias extensas, y reconstituídas, relaciones de parejas quienes cada uno tiene hijos de uniones anteriores. La mayoría de los padres cuenta con estudios de nivel medio básico, al igual que los hijos así como nivel superior. El nivel socioeconómico al que pertenece la mayoría es medio bajo. Y las edades que cursan los padres se encuentran entre los 35 y 45 años, mientras que los hijos van desde los 20 hasta menores en edad pre-escolar. Y las ocupaciones más frecuentes en los padres son comerciante, obrero y empleado; las madres, el hogar y comerciantes, en tanto que los hijos varía entre estudiantes, empleados, obreros y en especial en el consumidor, sin ocupación.

El abordaje a partir de escenarios me facilita la descripción del desarrollo de las actividades por lo que iniciare por considerar a los usuarios o consumidores de drogas, que para este reporte lo llamaremos **consumidor**.

El consumidor

Lo que he observado en él a diferencia de una entrevista sin su familia como la entrevista psicológica durante la fase diagnóstica, es que si fue en una entrevista anterior capaz de hablar de lo que a nivel familiar le aqueja, como la violencia de la que ha sido objeto, de la falta de atención, de la ausencia física o funcional de su padre, etc., la mayoría de las veces, frente a la familia no les es posible expresarlo, y en caso de que lo hagan, son rápidamente descalificados, callados ante las actitudes culpígenas de los padres, y a veces también por parte de los hermanos, por lo que probablemente en los últimos años, a partir de este encuentro desafortunado entre el consumidor y su familia, el primero decide no asistir más, y en el mejor de los casos, logra expresar su deseo por solo participar en terapia individual y sólo en pocas ocasiones, expresan sus sentimientos hacia la familia con cierta confianza motivados y respetados por los padres.

Sin embargo su historia de vida ha sido no poder expresar estas necesidades y actúa a través del consumo, lo que no le es posible hablar, por ello, el término mismo de “adicto”, significa sin dicción, sin lenguaje. Y la adicción desde este punto de vista, la ubico como el síntoma, como la señal de lo que a nivel más amplio está ocurriendo.

En otras ocasiones, he notado que el paciente identificado, frecuentemente niega la participación o responsabilidad de la familia en el origen del consumo, atribuyéndoselo todo él mismo y de manera superficial, argumentando sólo el gusto por la droga y la curiosidad.

En casos avanzados de adicción, el consumidor adopta una actitud de abuso pleno, con conductas sociopáticas, manteniendo el control de la situación, y aún cuando haya un trato de violencia también hacia él, la familia se nota imposibilitada para romper con ésta situación.

b) La familia, al enterarse cualquier integrante de la familia del uso de drogas en uno de sus miembros, “empieza” a ser también un problema para ellos si bien, la problemática o disfuncionalidad en el sistema familiar se estaba presentando desde antes del consumo), integrándose la adicción en parte de la dinámica, estructura y función de la familia.

Lo que he observado al tener el primer contacto con las familias de adictos, tanto las de origen (constituida por padres y hermanos) como por la de formación, (conformada por pareja e hijos), al enterarse del consumo de drogas, a fin de evitar el dolor de que uno de ellos haya caído en el consumo, es la negación, o la racionalización. En el primer caso, aún cuando haya evidencias de consumo, pueden creer que se trata de una droga que: “*me la dio a guardar un amigo*”, y en el segundo caso, creer que “*es la primera vez que la pruebo y no lo volveré a hacer*”, o que “*no soy adicto, sólo la consumo ocasionalmente, yo la controlo*”, etc.

La característica principal en las reacciones de las familias de los adictos que he observado, es culpar a personas externas al grupo familiar, básicamente al grupo de pares, y con ello al propio consumidor, o culparse a sí mismas, sobre todo al rol paterno y sus.

En el caso de que la familia se presente a terapia y tenga meses o años de estar enterada del consumo, las conductas más frecuentes son las codependientes entendidas como todas aquellas que giran en torno al adicto, descuidando el resto de las funciones familiares y sus propias necesidades como persona, en particular en la madre o la pareja, a quién es delegada ésta función, y que por razones de género, son quienes adoptan estas actitudes (C.I.J, 2007b).

d) Sustento teórico de la terapia familiar.

El enfoque sistémico, sustentado por Von Bertalanfy, quien en 1945, creó la Teoría General de Sistemas, describiendo sus características y llegando a una serie de postulados.

La teoría de la comunicación ha sido otro gran apoyo para el entendimiento, abordaje y técnicas aplicadas en la terapia familiar, ya que sobre la base de que toda nuestra conducta es comunicación, podemos entonces afirmar que el hecho de que una persona decida -con mayor o menor conciencia-consumir drogas, es una forma de comunicar “algo”.

En otras investigaciones, se menciona que las características de una familia con un integrante adicto, varían en comparación con las familias que no lo tienen.

Por otra parte, también he ido incluyendo en mis intervenciones, de manera transversal en ocasiones, y en otras, de manera explícita, la *perspectiva de género*.

Perspectiva, en el arte, se refiere a la forma en la que el artista recrea en el material en el que plasma su obra, e incluye los conceptos de pluralismo, originalidad y creatividad.

El género se refiere a la simbolización social y cultural de la diferencia sexual. García, (s.f. citado en Manual del Proyecto Familiares Coadictos, s.f.), lo define como la producción cultural que atribuye diferentes roles y conductas esperadas a las personas según su sexo biológico.

Dicha *perspectiva* la aplico cuando la inequidad entre sus relaciones, o el género y la forma en la que se constituyó la subjetividad masculina en especial, y no así la subjetividad femenina, forme parte de la función y del mantenimiento del síntoma. Se ha planteado la posible influencia entre el consumo de drogas y las conductas que fueron aprendidas en el desarrollo de la conformación de la masculinidad, ya que para que ésta se conforme, se cree que el varón debe mostrar conductas de riesgo, por lo que probablemente se aumente la impulsividad; no debe expresar emociones, (Fernández, 2006).

e) **La concepción propia.**

En mi desempeño laboral con las familias de adictos, he constatado que las adicciones, como cualquier otro padecimiento mental no puede ser explicado sólo a partir del sujeto mismo que consume drogas, sino desde su entorno inmediato familiar, por el grupo de pares y el resto de las instancias socializantes. Este enfoque me hace privilegiar la atención del adicto en forma conjunta con su familia de origen o de formación, e incluso, atender a la familia aún cuando el adicto no esté interesado en asistir a la terapia.

Entre los comentarios que muchos terapeutas utilizamos y con los que he tenido oportunidad de trabajar, hacemos referencia a que el consumo de drogas es una forma de expresar dolor emocional por algún dilema, y éste es entendido como “ un grito desesperado de pedir ayuda”, “ *a través del consumo, es como si lograra decir, yo no puedo ser el hijo que ocupe el lugar vacío que ha dejado mi padre, me incapacito porque no puedo con el peso de ser un hijo parental*”, “*prefiero verte preocupada por mí que deprimida*”, etc.

De mantenerse igual, y lograr el no cambio, o morfostasis, el cual se entiende como un proceso de los sistemas a fin de lograr el equilibrio, pero en éste caso, a cambio del sacrificio de uno de sus integrantes, al ser adicto a una droga, en detrimento de su propio desarrollo.

He observado en torno a la estructura familiar:

- Un integrante periférico, regularmente el padre, o bien el propio adicto, cuando éste ya ha adquirido este rol,
- Un hijo parental, el cual consiste en aquél que desempeña funciones paternas, al haber Un integrante periférico, éste puede ser el hijo modelo o el propio adicto,
- Cuando el padre del consumidor es adoptivo o funcional, es enterado de ello durante la adolescencia y en la mayoría de las veces “descubierto”, el consumidor de drogas en la mayoría de los casos se trata de un hijo varón.

Y considerando la dinámica familiar las características más frecuentes están ubicadas en los 4 elementos que son los parámetros para determinarla, (límites, jerarquía, alianzas o coaliciones y centralidad) y son:

- Límites intra y eztrafamiliares (los cuales son considerados las fronteras imaginarias entre los diferentes subsistemas, entre el conyugal y paterno, y entre éste y el filial, a fin de que no se mezclen las diferentes funciones o problemáticas entre sí) difusos, lo cual indica que sí hay mezcla y confusión entre subsistemas al interior, y que el contacto que mantiene la familia con otros sistemas, como con la familia extensa, tampoco se distingue y le permiten un nivel alto de ingerencia a tíos, abuelos, etc.,

Desequilibrio entre la jerarquía (la capacidad para tomar decisiones) que manejan en el subsistema parental, manejando mayor poder la madre de manera encubierta a través de la manipulación y el chantaje.

La presencia de coaliciones. Las coaliciones son comunes entre alguno de los padres aliado con el hijo parental y en contra del hijo sintomático, o aliada la madre con el hijo sintomático, en contra del padre; y por otro lado, la sobre involucración entre la madre y el hijo sintomático también es frecuente,

- Centralidad puesta en el hijo sintomático, es decir que la mayor atención está puesta en él, a través de dicha sobreinvolucración, particularmente por parte de la madre, queriendo vigilar todas sus conductas, hablando siempre de él, preocupada por él, etc., lo cual provoca:
 - Desequilibrio entre el tiempo dedicado al subsistema parental y el conyugal, en detrimento de éste último,
 - Conflictos en el subsistema conyugal y parental desviados hacia el hijo sintomático (consumidor o paciente identificado), lo cual es considerado desviación del conflicto o del síntoma, y entre los más frecuentes:
 - Violencia psicológica de parte de la madre hacia el hijo sintomático, generada por la violencia física, psicológica o económica del padre hacia la madre.

El Primer Contacto con la Familia.

Este se inicia con el diagnóstico familiar que realizo y tiene como objetivos:

- Identificar qué dinámica o estructura familiar está manteniendo el consumo de drogas,
- Formularme hipótesis acerca de la función que está teniendo el síntoma para esa familia en particular, e
- Identificar de entre los propios recursos del sistema, los que permitan reorganizarse sin la necesidad del síntoma.

Mi propia forma de llevar a cabo la terapia.

Fase inicial del tratamiento:

Se llevan a cabo las sesiones, con un trato cercano, coparticipando con cada uno de ellos, lo que en inglés es una técnica llamada “joining”, la cual consiste en ser empática con cada uno de ellos, entrevistando a cada uno de los integrantes de la familia de manera particular, acerca de sus datos generales, e identificando y reconociendo en ellos, las habilidades, cualidades o fortalezas internas que desde un primer momento se detecten,

de tal forma, que el consumidor, deja de ser el centro de atención, el señalado como el problema durante la sesión, y mi función tendiente a la neutralidad, y a mostrar interés en todos por igual, busca colocarse en el lugar de cada uno, ser empática, y que cada uno exprese su mapa conceptual de la visión que tienen de su familia y del síntoma en particular, a fin de integrar todos estos mapas y contar con una visión más completa, con lo que se consigue que se escuchen, se incluyan, y aprendan a enfrentar sus diferencias, consiguiendo una comunicación más enriquecedora.

Asimismo, la dedico a identificar las defensas, el estado emocional en la que se encuentra la familia a partir de que se enteraron del consumo, de acuerdo al mapa conceptual que se han formado del origen del síntoma, es decir, que a partir de su “guión oficial”, conformado por creencias, mitos y valores, cómo se explican el consumo de droga(s) en un hijo, regularmente sin verse involucrados ellos en dicha explicación. Y una vez identificadas, se les apoya para que las expresen, a fin de que dejen de actuarlas y aprendan el manejo de sus emociones, haciéndose cargo de ellas.

Posteriormente al identificar cómo hay ciertas conductas que los padres tienen para con el adicto, que teniendo la intención de ayudarlo a que suspenda el consumo, consiguen todo lo contrario, que éste se mantenga, se les guía hacia opciones de apoyo que sí sean útiles para la remisión del síntoma.

Entre las conductas de mantenimiento por parte de la familia he observado la codependencia, sobreprotección, o el otro extremo, un trato violento, éste último más frecuente en el caso de que quien consume drogas, sea una hija. A la vez estas conductas, son generadas por los sentimientos arriba señalados.

Fase Medular de la Terapia.

Durante éste proceso la explicación que ellos se daban del origen del síntoma, se va modificando, ampliando, y esto conduce hacia la parte medular de la terapia, ya que una vez que han logrado identificar y expresar sus emociones, se encuentran preparados para mejorar su autoridad, haciendo la diferencia entre sus responsabilidades como padres, y las que tiene el hijo, dejando que éstos las asuman así como la consecuencia de sus actos. Con ello, los sentimientos que presentaban los padres o el propio adicto, se va disolviendo, al permitirles expresarlo y al cambiarlo por la responsabilidad que tiene en la problemática y reparar, el hijo a los padres y hermanos, y los padres hacia el hijo sintomático.

El paciente que era el identificado, empieza a retomar el sentido de su vida, como dice Víctor Frank, en su teoría sobre la Logoterapia, encuentran en el sufrimiento que les ha traído la adicción, el sentido de su vida, el por qué y para qué vivir. Y al tiempo que suspenden el consumo, retoman algunas actividades deportivas, educativas o laborales, a veces aún con ciertas medidas de apoyo, como el que no tengan en su poder cierta cantidad de dinero, porque identifican ésta situación como riesgosa para continuar consumiendo.

Busco equilibrar el sistema, al resaltar las áreas en las que todos han descuidado sus relaciones, básicamente, todas las familias de adictos, tienen una problemática importante en sus niveles de comunicación verbal, se evidencian las enfermedades que uno o más integrantes padece y de la que tendrán que hacerse cargo, sin relacionarlo con que si el adicto continúa consumiendo o no; problemas de conducta en otro de los hijos(as), y actividades personales que han dejado de hacer, de tipo deportivo, recreativo, creyendo que debían dedicarse al cien por ciento a atender al adicto.

Se ponen en práctica sus propios recursos como sus tradiciones, convivencias, rituales, expresiones de afecto, experiencias en resolución de problemas anteriores, para que continúen funcionando sin la necesidad del síntoma, y sin que tengan que mantener las conductas de espías, vigilancia hacia el consumidor desde que se enteraron del consumo, y que favorecían también la codependencia. Si bien estas conductas, no desaparecen del todo, ya que es muy frecuente que la llamada “desconfianza” que le llaman los padres a su angustia porque se vuelva a drogar, y que en realidad aún se trata de codependencia, justificándolo con el argumento de que “yo antes confiaba totalmente en él, pero ya no puedo volver a hacerlo, desde que hizo eso”, etc.

Fase Final de la Terapia.

La prevención de recaídas, no sólo del síntoma en sí, sino de que la familia recaiga en los mismos patrones de comportamiento que favorecieron, estuvieron correlacionados o fueron aumentando la probabilidad de aparición del consumo. En ésta fase, que el paciente lleva al menos tres meses de abstinencia, le asigno actividades de rehabilitación también para los padres, y en especial para la madre que no trabaja fuera de casa, y si ha presentado conductas codependientes, a fin de remitirlas.

Dificultades Resueltas, No Resueltas y Cambios en la Terapia Familiar:

Durante el tiempo que llevo participando con familias de adictos en el espacio clínico, las dificultades han sido diversas algunas superadas, otras aún subsisten.

Una situación que ha cambiado de unos 8 años a la fecha ha sido el número de integrantes que participan en la terapia, reduciéndose de 6 asistentes en promedio, a 3, y a veces hasta sólo 2, siendo más complicado cuando asisten madre e hijo sintomático, que cuando se trata de ambos padres.

De acuerdo a los criterios que la institución establece para que se lleve a cabo la terapia familiar, si sólo son dos los asistentes, éstos deben pertenecer a diferentes generaciones. La experiencia que he tenido al aceptar a los padres sin la asistencia del hijo sintomático, es que se ha logrado mejorar el funcionamiento del subsistema conyugal, estableciendo límites claros, apoyando su rol como figuras de autoridad, al responsabilizarse de lo que les corresponde pero remitiendo sentimientos de culpa, etc., por lo que si no siempre se ha logrado la remisión del síntoma, al menos, siempre en estos casos, los padres, dejan de ser cómplices, los generadores o receptores de conductas violentas del hijo sintomático.

Sin embargo, al presentarse sólo el consumidor y uno de los padres, ha dificultado la atención, al darse en las sesiones un enfrentamiento encarnizado entre ambos, culpándose uno y otro, adjudicándose mutuamente los motivos de sus conductas, de consumo, de mentiras, de falta de responsabilidad, por un lado, y de vigilancia extrema, falta de respeto en aras de evitar que se drogue, conductas violentas, etcétera .por el otro lado. En esas ocasiones, he optado por darles una atención por separado, con diferentes terapeutas de ser posible, uno para el consumidor en Terapia Individual, y a la madre o al padre, en el grupo de terapia para los familiares, llamado por la institución, Orientación a Familiares de Farmacodependientes.

Un cambio que he notado en las conductas de los padres, es el hecho de que logran expresar más sus emociones, si bien, aún sin saberlas manejar; sin embargo, considero que es un avance, que un padre, logre llorar, decirle a su familia cuanto los quiere, y que pida perdón también cuando reconoce que ha equivocado su manera de expresarles que los quiere, comprendiendo que así fue educado, pero proponiéndose otra forma de ser esposo y padre.

En ciertos momentos de la etapa de vida que curso, no he podido mantenerme tan neutral como dice la teoría, en tanto me he visto implicada en las emociones que la familia expresa de dolor y con mayor frecuencia, los cambios favorables que están experimentando. No considero que esto sea una dificultad, sino un cambio en mi forma de llevar la terapia

CAPÍTULO 6

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN TERAPIA GRUPAL EN LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES

En este inciso abordaré la experiencia profesional en la Terapia Grupal de Familiares en CIJ denominada “*Orientación a Familiares de Farmacodependientes*”.

Características de los familiares que acuden a Terapia Grupal

En cuanto a las características socioeconómicas son las mismas a las señaladas en el capítulo anterior.

Los grupos están conformados por familiares de los consumidores; regularmente asiste un sólo integrante de cada familia, y en la mayoría de los casos es la madre, en menores ocasiones la pareja del consumidor si viven juntos, en menor número el padre, o algún hermano(a), e incluso la novia(o) es quien se presenta.

Los familiares que se reúnen en grupo, se perciben muy desconfiados al inicio de la terapia, sin interrelacionarse, dirigiéndose al terapeuta únicamente, y sin describir ni brevemente el motivo de su asistencia, sino queriendo encontrar una respuesta inmediata y casi mágica a la problemática de adicción que consideran suya.

La madre del consumidor (adicto)

Observo invariablemente, que las madres tienen la idea de poder controlar *ellas* el consumo de drogas de su hijo(a), y piensan que se requiere:

- De encontrar un centro de rehabilitación, que a través de algún medicamento lo cure, o se resuelva la adicción al estar alejado del grupo de pares con quienes se droga, o como un castigo del cual aprenda.
- Vigilar constantemente al hijo(a) para identificar si se drogó o no, pero sobre todo para evitarlo.
- Haciendo responsable a la pareja de que no se drogue, o
- Que sólo evitando que no se relacione con otros adictos, dejará de hacerlo.

Otro aspecto sobresaliente, es el sentimiento hacia el hijo(a), de sentimientos de culpa, o una profunda desilusión; por lo que evalúan y comparan lo que le han dado al hijo, con el hecho de drogarse, lo cual juzgan, en parte por la codependencia y actitudes “*chantajistas*” que manejan, como un acto en contra de ellas, diciendo frases como: “*no sé por qué me hace esto a mí*”, “*yo le he dado todo y él me salió con esto*”.

Una situación que afecta la adherencia al tratamiento con los familiares, es el hecho de que acuden, sólo con la idea de que noten que los apoyan, pero al no ser fácil reconocer su responsabilidad en el origen y mantenimiento del **síntoma**, su asistencia es *como si lo apoyaran*, y mientras tanto, (no asumen su rol de madres y las funciones que les corresponde), utilizan el tiempo de la sesión como un espacio acusatorio, de descalificación

de los pocos o grandes avances que tenga el consumidor y con una mirada desde lo que ocurría en el pasado, justificando su dificultad para ubicarse en el *aquí y en el ahora*; expresan que después de la “sorpresa” que se llevaron al enterarse del consumo, no pueden volver a confiar en el adicto.

La Codependencia en las Madres de los Usuarios de Drogas.

Si bien ya se hizo mención de la codependencia, cabe señalar de manera más detallada algunas consideraciones. Diferentes definiciones de codependencia:

- Atributo de las personas de cualquier sexo o edad, cuyas relaciones interpersonales rebasan su capacidad de preservar su identidad, sobre involucrándose más allá de sus deseos y posibilidades. La persona coadicta crea un vínculo enfermo con un adicto, es decir, “el adicto es la sustancia de elección de la persona coadicta”.
- Condición emocional, psicológica y de comportamiento que se desarrolla como resultado de una exposición prolongada a reglas opresivas que evitan la expresión de sentimientos.
- Conducta aprendida que se pasa de una generación a otra, se identifica como una “adicción de relación”, porque forman o mantienen relaciones que son de una parte, emocionalmente destructivas y/o abusivas.

De acuerdo a Huneus (s.f., en C.I.J. 2007b), son las mujeres las más involucradas en éste tipo de relación, y subraya que lo ha observado sobre todo en los sectores populares, porque *“el ser y vivir para el otro es lo deseable”*.

.Lo que desde mi experiencia resalto, es **la relación de sobre involucración del codependiente hacia el hijo(a) consumidor(a)**, al grado de perder en cierto grado el juicio, y exponerse a situaciones riesgosas, con tal de realizar las actividades que creen son su obligación, y con ello suponen ayudan al hijo, en detrimento de su preservación, salud, economía, su desempeño de sus funciones, etc., como el hecho tan frecuente que narran las madres, de que salen a la calle en su búsqueda a horas muy avanzadas de la noche en zonas de alto riesgo, o no dormir hasta que llega a casa, o buscarlos en los lugares donde se llevan a cabo “tocadas”, o en una ocasión una madre relató; que acudió al hotel donde se estaba quedando a dormir su hijo, a llevarle dinero que le había pedido.

Ha sido muy interesante y útil para las madres, descubrir lo que sostiene estas conductas codependientes, que son impulsivas y no les permite detenerse.

He observado en el trabajo con las madres de los consumidores, que hay una serie de ideas de género, es decir ideas acerca de lo que se concibe como lo masculino y lo femenino a nivel social, y a lo que hay que responder, si se quiere contar con una u otra identidad, que favorecen el desarrollo y mantenimiento de la codependencia, como (esquema): un padre a su hija.- *“si te duele algo, amárrate las tripas y tú sigue adelante”*,

y otras ideas tan bien incorporadas en la subjetividad tanto de hombres como de mujeres, que no se logra identificar, en qué momento de su vida y a través de quién la incorporaron, como *“las madres dan la vida por los hijos”, “una buena madre se quita la comida de la boca para dárselo a su familia”, “una madre, sufre si los hijos sufren”, etc.* por lo que al analizarlas les permite *deconstruir* la idea del *maternaje*, darse cuenta de que actuar así sería una actitud de santidad, de sacrificio, y de desconsideración hacia ellas mismas, si bien para cambiar tendrán que renunciar a ése lugar santificado, por lo que han estado repitiendo patrones de conducta dictados por sus padres implícita o explícitamente.

Es decir, al descubrir que ellas aprendieron que ser madres era ser entregada hasta la muerte, incondicional, sin importar la etapa de vida del hijo, hacen consciente también que con esas ideas, no les enseñaron a cuidarse primero ellas, y desde el modelo que representan poderlo enseñar a los hijos(as), por lo que se crea una dependencia a costa de una baja autoestima mutua, y de manera implícita cobran constantemente el precio de dicho sacrificio, como el que se queden siempre a su lado los hijos(as) a fin de que no las dejen solas, si bien no se tienen a sí mismas, no tienen a nadie, pero caen en la ilusión de que el hijo(a) puede llenar sus carencias, y justamente a través del consumo de drogas puede cumplir el deseo de la madre de no alejarse nunca, al enfermarse, también a cambio de su propio desarrollo.

De acuerdo a lo señalado en el Manual del proyecto de Familiares Coadictos, (C.I.J., 2007b), las mujeres que presentan ésta característica de la codependencia, nunca han tenido o se han dado la oportunidad para hablar de ellas y discutir con alguien de sus experiencias de sufrimiento. Esta falta de expresión de sí mismas las aleja del contacto con sus propios sentimientos. Pareciera que no tienen un espacio saludable en el cual validar su identidad.

A partir del análisis que se lleva a cabo en el proceso terapéutico, tienen la posibilidad de actuar de acuerdo a sus propias necesidades, ideas, sentimientos, motivaciones, autoestima, recursos como habilidades, cualidades, etc.

Experiencia laboral del Pasante.

Mis Intervenciones en la Fase Inicial de la Terapia:

- a) Al integrarse un familiar al grupo por primera vez, énfasis, al hacer el encuadre de trabajo, que la Terapia es para ellas y no para sus hijos(as). Y que si indirectamente los hijos resultan beneficiados, será una ganancia extra.
- b) La terapia es para que las madres expresen cómo se sienten, qué han hecho para resolver el problema del consumo de drogas de su hijo(a), qué entienden del por qué su hijo(a) se droga, y qué aspectos de su propia vida han descuidado desde que se

enteraron del consumo. El descuido hacia ellas y la centralidad en la que tienen al hijo(a), en algunos casos ya se daba antes del síntoma, con la finalidad de que logren mejorar su función materna y aprendan a ayudar al hijo(a) a no consumir drogas, o por lo menos a no hacerse cómplices de la problemática.

- c) Favorezco un ambiente de confianza y de interrelación, señalándoles que todas las personas reunidas tienen en común un familiar consumidor de drogas, y que podrán entenderse cuando cualquiera de ellas hable de lo que vive, porque será muy similar a la situación del resto del grupo, y que las diferencias que observen también les serán útiles, en tanto sean experiencias no vividas por el resto y que puedan evitar, además de que logran identificar las fallas en el desempeño de sus funciones, al escucharlo en otro.
- d) También establezco como regla la confidencialidad entre ellas, ya que llega a ser frecuente que sean vecinas, y de no cuidar este aspecto, temen hablar en sesión.

Desde la primera sesión en grupo, mi objetivo es que cada familiar se quede con una idea clara de lo que desea aprender, cambiar o modificar a través del grupo para poder ayudar a su hijo(a), con lo cual se refuerza la idea de que éste espacio es para ellas.

Objetivos en la Fase Medular de la Terapia.

1. **Pedir a la madre que hable de ella y no del hijo(a) consumidor (a), si relatan los problemas asociados al consumo... pido siempre que agreguen en su discurso *qué pensaron en el momento, qué sintieron y qué hicieron*, para que se den cuenta que actúan impulsivamente. Que no coincide lo que piensan con el área afectiva y su conducta.**
2. Poner atención a sus sentimientos; ya que si lo hacen podrán tener un mejor manejo de sus emociones y para cuando suceda una situación crítica, actuarán de acuerdo al momento en forma práctica y sin mezclar sus emociones, y actuar de acuerdo a lo que requiere el hijo(a), ésta atención ayudará también a que establezcan con mayor asertividad las reglas y obligaciones, o que apliquen las consecuencias a del incumplimiento previamente acordadas.
3. Mejorar la asertividad en las madres; para disminuir sentimientos de culpa y aumentar su autoestima, dejando atrás conductas de género que la afectaban, mejorando a la vez su estado de ánimo, el cual regularmente se encontraba deprimido.

Reflexión Clínica:

En algunas ocasiones, las madres requieren de un apoyo extra a la terapia para atender la depresión que presentan, por lo que se les refiere con el especialista.

En ésta fase, medular de la terapia y debido a las características de codependencia y sobreprotección, queriendo resolver los problemas que provoca la conducta adictiva del hijo, les pido en la terapia que lo dejen de hacer; indicación no fácil de seguir.

Cuando las madres logran seguir las indicaciones, o van decidiendo de manera menos impulsiva, favoreciendo conductas en los(as) hijos(as) más responsables, autónomas, tratándolo(a) de acuerdo a la etapa de vida en la que se encuentra, entran en dudas, pero sobre todo temores, y si el resto del sistema familiar no está preparado para dichos cambios, también ejerce presión, aumentando las dudas de la madre, acerca de si el trato que le está brindando, corresponde al concepto que a ella le enseñaron y por mucho tiempo llevó a cabo,, por lo que estos cambios no son constantes y rápidamente pueden regresar a sus patrones de comportamiento.

El temor que las madres presentan al cambiar su forma de ejercer sus funciones, regularmente se debe a los chantajes, manipulación del consumidor(a), y por otro lado, a las ideas que le fueron transmitidas abierta o en forma oculta, de que “una madre en todo y cualquier momento deberá resolver los problemas de los hijos”, como una madre que después de años de reclusión de su hijo, lo estuvo visitando todos los días que el reglamento lo permitía, buscó abogado, destinando gran parte de sus ingresos para pagar los honorarios de éste, y por el hecho de no haberlo visitado en una ocasión, ella lo refería como “*sólo le fallé una vez*”.

He observado que los chantajes de los consumidores(as), regularmente tocan las carencias, aspectos no resueltos de las madres, se trata de actos violentos al amenazarlas con que se irán de la casa, se drogarán más o incluso se matarán ellos(as) mismos(as); o utilizan el amor que las madres le tienen a los nietos(as), para conseguir lo que desean. Lo cual es congruente con las investigaciones de C.I.J. que reportan una serie de articulaciones entre el uso de drogas, la violencia familiar y las construcciones sociales de género, (Fernández, 2006).

En ésta fase de la terapia, aún puede ser que insistan en responsabilizar más que a sus hijos(as) mismos(as), al grupo de pares o familiares extensos adictos de que aún se droguen; que aún presenten conductas codependientes, sobreprotectoras, de culpa, culpígenas, de violencia, etc., por lo que la terapia se extiende por meses y en algunas ocasiones, se implementan técnicas paradójicas, las cuales tienen que ver con una forma desafiante en forma inversa, ya que no se le dice al familiar si acaso podrá atreverse a identificar su responsabilidad en el mantenimiento del síntoma, aún con el dolor que ocasiona al ideal del padre o de la madre,, sino que se le desafía a que continúe igual con sus mismas conductas, ya que es lo único que ha podido hacer, a pesar de que se ha dado cuenta que éstas afectan al hijo(a).

Fase Final de la Terapia.

En ésta fase regularmente les doy indicaciones para que lleven a cabo alguna actividad de rehabilitación de las que se llevan a cabo en el Centro de Integración, o en alguna institución cercana a su domicilio, a fin de que pongan en práctica lo que han avanzado en la terapia, Por ejemplo, si mejoraron en control de impulsos se les pide lleven a cabo alguna actividad manual como pintura en tela, filigrana o ajedrez.

Las madres después de haber asistido durante meses a terapia, aún cuando hayan logrado cambios esperados significativos, de vez en vez regresan a los mismos patrones de conducta, por lo que cuando terminan el tratamiento, se hace hincapié en que pongan atención a las situaciones de riesgo que las haría recaer.

Motivos más frecuentes de interrupción de la terapia.

Los familiares interrumpen sin mostrar aún mejoría en ellos cuando:

- El paciente identificado recae en el consumo y llegan a decidir internarlo o anexarlo y consideran que ya no tienen necesidad de atenderse,
- No encuentran la respuesta mágica que buscaban,
- No toleran la idea de la responsabilidad que ellos tuvieron en el origen y mantenimiento del síntoma,
- Familiares violentos en extremo,
- Familiares muy rígidos al cambio,
- Al ser recluido el paciente identificado,

En ocasiones interrumpen después de alguna mejoría cuando:

- Han logrado remitir sentimientos de culpa.
- Remitieron en gran medida conductas de codependencia,
- Remitieron deseos de control hacia el consumidor, y comprendieron que la decisión de drogarse o no es del hijo,
- Le quitan la centralidad al hijo, y atienden sus propias necesidades, gustos, inquietudes y el resto de sus funciones.

CAPÍTULO 7

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN ORIENTACIÓN PREVENTIVA A ADOLESCENTES

Conformación de los grupos de adolescentes que se intervienen.

En una gran mayoría, los adolescentes que he atendido se contactan a través de solicitudes de escuelas secundarias, y en menos ocasiones, por trato directo que establezco con las autoridades ofreciendo el trabajo, y en otros casos por convenios entre la S.E.P. y C.I.J.

Se atienden los grupos escolares completos, que por tratarse de escuelas públicas en su mayoría, regularmente son numerosos entre 30 y 40 adolescentes, hombres y mujeres casi por igual.

En algunas ocasiones, he trabajado con adolescentes de otras instituciones como Centros de Seguridad Social del I.M.S.S., Scouts, grupos conformados por asistentes a INEA, y en menos casos, los hijos de las madres que asisten a curso de orientación en Unidades de Medicina Familiar del I.M.S.S.; recientemente se trabajó con adolescentes de colegios judíos.

Invariablemente a los adolescentes no se les informa previamente del trabajo que se les propone y tampoco se les toma en cuenta para solicitar su opinión acerca de los temas que sean más de su interés y que estén relacionados con la prevención de las adicciones, como podría ser Autoestima, Comunicación Asertiva, Manejo del Estrés, Adecuado Uso del Tiempo Libre, etc. Lo cual es aclarado ya en la primera sesión del taller y como parte del encuadre.

Característica de los adolescentes.

Regularmente presentan dificultades de atención, se muestran inquietos, al grado de presentar hiperactividad.

Aparentemente muestran interés ante la llegada de la coordinadora, sin embargo, abiertamente expresan el verdadero motivo, consistente en no tener la clase correspondiente, además de querer aprovechar el espacio para realizar alguna tarea copiándola en ese momento de otro compañero, pero sobre todo adoptan una actitud bastante relajada, platican, bromean, juegan con cualquier objeto que tengan en la mano, se avientan cosas, chiflan, se levantan de su lugar, o piden permiso para salir con cualquier pretexto, en especial si no hay ninguna autoridad en el salón durante la sesión, ya que les queda claro que mi presencia no está relacionada con ninguna calificación.

Si el profesor se queda durante la sesión y adopta una actitud amenazante, señalándoles que de no poner atención se les bajarán puntos, se quedarán sin receso o tendrán algún reporte, modifican su conducta.

Por espacios breves de tiempo, de 10 y hasta 15' logran participar en forma pertinente e interesante, se refieren a personas cercanas a ellos que son consumidores o vendedoras de drogas, los cuales pueden tratarse de sus vecinos o incluso familiares, y en menos casos, incluso se atreven a hablar de cómo ellos también participan de alguna forma de la venta a pequeña escala, o del consumo que han hecho de drogas ilícitas, regularmente ya enterados los padres y atendidos en terapia psicológica según refieren.

Acerca del consumo de drogas lícitas logran hablarlo en ocasiones por sí mismos, sin embargo lo más frecuente es que entre ellos se denuncien como adictos a alguna droga, no obstante no es fácil distinguir cuando se trata de una broma y que incluso pudiera ser que el mismo que lo dice es el que consume.

Se relacionan entre sí con apodos, insultos, y golpes, empujones, quitándose objetos personales, lo cual obedece a los modelos que tienen en sus figuras parentales, así como a una baja autoestima. En ocasiones como consecuencia de ello, presentan problemas de relaciones interpersonales, y algunos se muestran aislados y así los mantiene el grupo, reaccionando el adolescente que se aísla con cualquiera de las conductas extremas, en forma violenta o pasiva.

Características generales del trabajo con los adolescentes.

Se trabaja con la estrategia de prevención universal, es decir, se aborda en su totalidad al grupo, sabiendo que hay diversidad en el nivel de riesgos del consumo de drogas, que presenta cada uno de los adolescentes, incluso que una parte del grupo ya haya consumido drogas lícitas, y en menor medida, también ilícitas.

El curso consta de 8 sesiones de una hora de duración cada una, y debido a que las clases en la secundaria son de 50' se ajusta el trabajo a éste tiempo en el caso de los grupos en escuelas. La periodicidad con la que se trabaja varía, siendo la más frecuente, dos veces a la semana.

En la primera sesión del encuadre de trabajo, se les habla de los motivos por los que se les propone el curso-taller, argumentándoles lo siguiente:

- El inicio del consumo de drogas, se presenta en la mayoría de los casos durante la adolescencia, por lo que la etapa de vida que cursan, es ya un factor de riesgo,
- Debido a que su escuela se encuentra ubicada en una zona de alto riesgo de consumo y/o venta de drogas,
- O porque a través de algún estudio se encontró que alguna problemática en particular, presenta un alto índice y está asociado a las adicciones, como es el caso de la violencia.

Les explico que el trabajo no consiste en clases ni conferencias, sino en un trabajo en conjunto, que requiere de su participación, a fin de que:

- Cuenten con ideas claras; información científica de las adicciones y del tema en particular que se vaya a abordar,
- Se abra un espacio de reflexión y análisis acerca de sus propias situaciones cotidianas que puedan representar un riesgo de consumo,
- Desarrollar la percepción de riesgo del consumo de drogas y aspectos asociados a ello, y
- Reforzar y desarrollar habilidades para afrontar las situaciones de riesgo que los protejan.

En ocasiones ha sido necesario pedirles su participación para la elaboración de un reglamento básico que permita el trabajo en un ambiente de orden, respeto y confianza, así como las consecuencias a las faltas a éste.

En algunos casos cuando el profesor no está presente, se busca el apoyo del jefe de grupo, el cual es un integrante del mismo, que tiene entre sus funciones, anotar a los compañeros que se desordenan y en general, no respetan el reglamento.

También les ofrezco que los que participen, será tomado en cuenta para su calificación de la materia más relacionada con el tema que estamos abordando.

Se incluye de manera transversal, la perspectiva de Género, a fin de llevar a los adolescentes al análisis de cómo se conformó su masculinidad o feminidad, y cómo ello influye en ciertas actitudes de riesgo del consumo de drogas, dificultades para el manejo de sus emociones, o en sus habilidades asertivas. Ya que como menciona Fernández y cols., “la expresión de emociones es una característica que socialmente se les permite a las mujeres, no así a los hombres. El hombre tiene prohibido admitir que siente tristeza, vulnerabilidad, desesperanza y cansancio, que en muchas ocasiones no puede ni siquiera registrarlos internamente, pues ello supondría atentar contra su hombría. En cambio, en una investigación sobre la vida emocional de las mujeres casadas, Eguiluz (2003 citado por Fernández, 2006), encontró que la mayor parte de las mujeres entrevistadas comentaron que son muy *pacientes y rara vez se enojan*. Lo cual plantea la hipótesis de que el coraje sea descargado de manera encubierta o se transforme en depresión, trastorno socialmente autorizado para ellas”, presentándose así situaciones de riesgo tanto para hombres como para mujeres.

Ha sido necesario, hacer un resumen de la sesión anterior al iniciar la siguiente, no sólo para llevar una continuidad entre una y otra, sino para recordar juntos lo trabajado.

Cuando se realizó algún ejercicio en el pizarrón y no dio tiempo de analizarlo todo, también se le pide el apoyo al jefe de grupo para que tome nota y retomarlo en la siguiente sesión.

Función del Coordinador.

El trato que se les ofrece es de respeto, escucha, confianza, con los límites que ellos mismos establecieron en el reglamento, de reconocimiento hacia sus participaciones acerca de aspectos teóricos, ideas que aportan e incluso valorando comentarios personales, ya que se interpreta que el poderlo hacer es indicativo de cierto grado de confianza en ellos mismos y hacia el grupo, evitando prejuicios y críticas. Con todo lo anterior y de manera abierta, los motivo a la participación y cuando ésta no se da por su propia iniciativa, se les solicito justamente al que más se distrae en ese momento, al que parece aburrido o que regularmente no participa.

Cuando se distraen con algún objeto, regularmente se los pido para tenerlo yo y evitar que lo sigan haciendo, aclarándoles que no es castigo sino una forma de ayudarlos a que pongan atención, así como en ocasiones les solicito se cambien de lugar si se encuentran platicando constantemente con el compañero cercano, lo cual en ocasiones funciona.

Dicho trato marca una diferencia con el que reciben de la mayor parte de sus autoridades, autoritario, impositivo, violento, e inflexible, lo cual al percibirlo los adolescentes llegan a tener un acercamiento hablándome de situaciones difíciles que viven en la escuela por el trato irrespetuoso o violento de algún profesor en particular, ante lo cual se han sentido impotentes, e intensamente enojados por el abuso de poder que ejercen, descalificándolos, insultándolos o calificándolos de manera arbitraria, ante lo cual se les orienta en las diferentes opciones que tienen para defender sus derechos en forma asertiva y pedir un trato respetuoso, sin embargo, regularmente la reacción es de desesperanza, diciendo que cuando se han quejado, las consecuencias han sido peor al tomar represalias con sus calificaciones, o no son escuchados; o bien reaccionan con mucho temor.

En ocasiones se refieren a situaciones conflictivas y dolorosas que viven en su hogar, solicitándome apoyo psicológico a veces intentándolo sin el apoyo de sus padres e incluso ocultándose, y otras veces, pidiéndoles a los padres los lleven a terapia.

A veces y sólo entre uno y tres integrantes de todo el grupo adoptan un trato hacia la coordinadora de búsqueda de reconocimiento, e incluso de afecto, saludándome de beso, queriendo ayudarme con mis cosas personales de un salón a otro, mostrándome sus apuntes que por iniciativa realizan de la sesión, o pidiéndome mi opinión acerca de su conducta o su personalidad, o de todo el grupo.

Contrariamente con lo anterior, también hay adolescentes que muestran un rechazo hacia el taller y/o hacia la persona de la coordinadora, actuando con desagrado a nivel no verbal durante la sesión, o haciendo comentarios de lo que se está exponiendo en tono de burla, broma, sin exponer abiertamente su opinión incluso aún cuando sus compañeros se lo sugieran.

Técnicas Utilizadas.

Debido a la cantidad de adolescentes que se atienden, y a las características ya señaladas de falta de atención e inquietud, no es posible llevar a cabo técnicas de animación, integración o vivenciales. Por lo que se opta por técnicas como lluvia de ideas, preguntas y respuestas, ejercicios en el pizarrón y escritos, derivados de la técnica cognitivo conductual como análisis funcional, dibujos libres y la aplicación de algunos instrumentos validados, en formato de cuestionario, para evaluar algún aspecto en particular como asertividad, control de impulsos o estado de ánimo.

Su actitud ante los dibujos y ejercicios escritos regularmente es favorable, escribiendo aspectos personales de tipo emocional que no saben manejar, y esto es más evidente si se les da la indicación de que escriban o dibujen lo que quieran.

En menos ocasiones y debido a lo numeroso de los grupos, se utilizan técnicas de animación como “las lanchas”, “el cartero”; de atención como “el viaje”, “Simón dice...”, “el rey pide”; “nidos y pájaros”; de dramatización y análisis como juego de roles, “el director de cine”, “el ello, yo y superyö”, “la ventana de Johari”, “el árbol de la autoestima”, “el cuervo y el pavorreal”, “la maleta de la vida”, “el semáforo”, “ventajas y desventajas de ser hombre y de ser mujer”, “la fiesta”, “la vaquita”, “¿quién es el farmacodependiente?”, etc.

Contenidos que se abordan:

Se abordan diversos temas como la Autoestima, Comunicación Asertiva, Influencia del Grupo de Pares y de los Medios Masivos de Comunicación, Uso de Tabaco y Alcohol, Uso del Tiempo Libre y Manejo del Estrés.

En otros casos, se elige sólo uno de ellos, cuando así es solicitado, trabajando en la mayoría de estos casos, Autoestima.

Recientemente, se ha abordado el tema de Prevención de Violencia y Adicciones.

Dificultades Más Frecuentes en el Desarrollo del Curso:

Los adolescentes se llegan a mostrar apáticos, enojados o pasivos ante las consecuencias de los problemas de conducta que presentan, o bien, porque el tema no parece interesarles ante la falta de percepción de riesgo que presentan.

Con frecuencia demandan que se aborde el tema de sexualidad, lo cual considero es fundamental para trabajarlo en un taller y que los adolescentes estén orientados, disipen sus dudas, inquietudes y encuentren formas sanas y placenteras para ejercer su sexualidad, y en el momento en que se sientan preparados para ejercerla a nivel genital, cuenten con elementos suficientes para hacerlo. Lo cual a su vez, permitirá que tengan un área de satisfacción vital, sana, sin riesgos, ni sentimientos de culpa o mitos que les impida ejercerla, en vez de iniciarse en el mundo de las drogas como una búsqueda de satisfacción o evasión a sus sentimientos de displacer.

Sin embargo, debido a que el tema de sexualidad no es uno de los contenidos que se señalan para ser abordados en éste proyecto, no es posible atender dicha demanda. Ante estos planteamientos, las autoridades en el área normativa de prevención, proponen se atienda la demanda a través del módulo de “Habilidades sociales”, el tema “comunicación asertiva”, y el módulo “Alcohol, tabaco y otras drogas”, y el tema “Bajo presión”. Lo cual, responde al trabajo preventivo de manera muy focalizada, y crea la necesidad de derivar a estos adolescentes interesados en recibir información y orientación sobre sexualidad, a otra institución, o mínimamente comentar dicha necesidad a las autoridades del plantel.

La etapa por la que atraviesan y los temores a exponerse en grupo, la baja autoestima que presentan, les impide participar con libertad, ya que ante cualquier comentario acertado o no, se escuchan las burlas al unísono.

Logros Observados.

Se observa al final de los cursos, que al menos una parte del grupo, logró aprender conceptos básicos del tema, disiparon dudas, y en menos casos, se escucha cómo el adolescente está aplicando lo revisado en el taller y ha mejorado su comunicación con sus padres, ha reforzado sus habilidades asertivas o mejorado el manejo de sus emociones, y con ello, logra un trato sin violencia y de mayor respeto hacia sí mismo, o mínimamente una actitud más crítica y menos impulsiva.

A veces logran identificar los problemas en el manejo de autoridad de sus padres, comprenden lo que les pasa, y desean que también sus padres sean atendidos psicológicamente, a diferencia de confundir sus problemas con los de ellos, o enojarse y alejarse de los padres por no comprender sus actitudes. Cuando algún adolescente logra exponer contenidos personales, también llama la atención que en estos casos, sí adoptan una actitud respetuosa de escucha sin comentarios.

CAPÍTULO 8

INSTITUCIONES CON UN ABORDAJE PREVENTIVO O CLÍNICO DE LAS ADICCIONES

Existen una serie de instituciones públicas, privadas y asociaciones civiles que también brindan servicios específicos a la población en materia de prevención y/o tratamiento de las adicciones, se describirán a continuación algunas de ellas de manera somera, debido a que los documentos específicos donde se encuentran los contenidos de su modelo, regularmente son de circulación interna.

La Fundación de Investigaciones Sociales es una asociación civil (FISAC), que cuenta con un programa preventivo específico para el consumo del alcohol.

Marco Conceptual

Cuentan con un manual llamado TIPS, el cual se fundamenta en “propuestas teóricas generales aprobadas a nivel internacional y en experiencias y estudios nacionales”.

Los marcos en los que se fundamenta, son la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y la Teoría de la Reducción de la Ansiedad, la cual destaca la función del alcohol para reducir el estrés, la tensión y el dolor emocional, lo que deriva en beneficios psicológicos y sociales para los bebedores (Horton, 1943 cit. en FISAC)

Heath y Single (1995, 1993 cit. en FISAC), han señalado la importancia de la cultura en construir la experiencia psicológica de beber alcohol, y la relación entre beber y comer, como parte de la convivencia social y de compartir normas colectivamente.

Estos aspectos del medio ambiente y la cultura interactúan con otros factores genéticos y psicobiológicos, para determinar la forma en que algunos individuos consumen alcohol o presentan consecuencias a corto y largo plazo.

Esta institución considera el enfoque acerca de las diferencias en los riesgos a los que se exponen, la manera de beber y las consecuencias del consumo de alcohol, debido al género, desde el punto de vista biológico, y por las funciones asimétricas y roles construido socialmente de acuerdo con Neve (1997 cit. en FISAC).

Un aspecto importante en la manera de consumir alcohol en los jóvenes en muchas culturas, es que de manera conciente beben para intoxicarse (Roche, 2001, cit. en FISAC).

Esto se ha convertido prácticamente en una parte común de la socialización en muchos grupos; aparentemente estos jóvenes adolescentes buscan alcanzar ése estado alterado de conciencia, una sensación de elevación o salida de la realidad, con comportamientos que desafortunadamente son tolerados y casi esperados por sus pares. La adolescencia es

frecuentemente una etapa en que los jóvenes se encuentran en un elevado riesgo de sufrir daños asociados a sus intentos de explorar y extender los límites en muchas áreas de sus vidas, como en poner a prueba las fronteras de la autoridad, de las normas establecidas por los adultos y de afirmar su autonomía e independencia.

Sin embargo, no todos los adolescentes y jóvenes consumen alcohol de una manera excesiva, y ponen en peligro su integridad. Esto ha dado origen, en años recientes, a tratar de determinar el origen y trayectoria de los problemas y se han identificado algunos factores que diferencian a los que presentan esas conductas de los que no las presentan. Los factores asociados a una mayor probabilidad de que sucedan, se llaman “factores de riesgo”, mientras que los asociados con una menor probabilidad se llaman “factores de protección” (NIDA, 2000). Los factores de riesgo pueden situarse en la familia, cuando presentan ambientes caóticos y una paternidad ineficaz; en el individuo, al presentar vulnerabilidad biológica; psicológica si se encuentra disminuida su capacidad para enfrentar las tensiones y socializar adecuadamente; escolares al presentarse presiones de los compañeros, con la percepción de que beber en exceso es normal y deseable en la cultura juvenil. A éstos se agregan la falta de alternativas positivas y estimulantes para la recreación y el exceso de oferta de alcohol y de incitación a su consumo.

Los factores de protección que se han identificado son los fuertes lazos familiares, tener ejemplos de moderación en el consumo en el entorno, y contar con una adecuada autoestima.

Para FISAC , las problemáticas asociadas al consumo del alcohol como los accidentes de tránsito y que representan un problema de salud pública, se presentan generalmente en jóvenes que no son alcohólicos pero que beben grandes cantidades en una ocasión, llegando a intoxicarse y a presentar otros graves problemas como las riñas y en algunos casos, congestión alcohólica.

Esta institución reconoce que existen diversas influencias individuales, familiares y sociales que repercuten en la decisión de una persona joven para beber alcohol o no hacerlo, tales como: los amigos, los familiares, los medios de comunicación, la religión y en general la cultura en la que estamos inmersos.

Proponen que el trabajo preventivo está centrado en la comprensión de cómo interactúan estas influencias, ayudando así a los jóvenes a evitar conductas negativas a los que están expuestos.

Su marco conceptual se apega a una realidad que considera innegable, que el alcohol es parte integral de nuestra cultura, por lo que los jóvenes están expuestos a su consumo.

Su propósito es enseñar a los jóvenes cómo enfrentarse con fortaleza a los riesgos del consumo abusivo del alcohol, adoptando habilidades para el autocuidado y para la toma de decisiones positivas para su bienestar y desarrollo.

Objetivo General del Manual Tips:

- incidir sobre los patrones de consumo de alcohol de la población que bebe, particularmente los jóvenes.

El término “patrones” es central en esta postura para predecir y prevenir el desarrollo de consecuencias negativas de beber. Se refiere a diversos aspectos de la conducta de beber, incluyendo las cantidades de alcohol, la frecuencia y características de las ocasiones de beber en grandes cantidades, los contextos en los que se consume y las bebidas ingeridas; las expectativas y actitudes del bebedor, las normas y conductas que rodean al acto de beber en cada subcultura.

Objetivos Específicos:

- Identificar las habilidades de los jóvenes,
- Ejercitar el autocontrol y la autoconfianza ,
- Construir y participar en redes de apoyo y relaciones significativas,
- Promover intereses culturales, deportivas y sociales,
- Promover el desarrollo espiritual y emocional,
- Fortalecer los valores,
- Favorecer la toma de decisiones adecuadas para el autocuidado y
- Apoyar proyecto de vida realista y positiva.

Procedimiento:

FISAC coincide en su metodología con los programas más exitosos, los cuales ven a los jóvenes como actores activos en la definición de sus problemáticas y en la identificación de las soluciones, para los que deben ser motivados a ser autogestivos, a usar su creatividad e imaginación para llevar a cabo acciones que les beneficie.

Contenidos Temáticos:

Parte I.- “Alcohol y Sociedad”

Parte II.-“Desarrollo Integral del Adolescente”

Parte III.- “Modelo Riesgo Protección”

Temas:

Factores de riesgo, protección y resiliencia.

1.- Actores de riesgo y protección:: algunos conceptos

2.- Factores de riesgo

3.-Factores de protección

4.- Resiliencia

Técnicas

Autoestima

1.- Definición

2.- Componentes de la autoestima

3.- Componentes del autoconcepto

4.- Características de la autoestima

Técnicas

Asertividad

- 1.- Definición
- 2.- Componentes de la asertividad
- 3.- Conducta no asertiva
- 4.- Conducta agresiva

Técnicas

Valores

- 1.- Definición
- 2.- Clasificación
- 3.- Jerarquización
- 4.- Educación en valores
 - 4.1 La enseñanza de los valores en la adolescencia
 - 4.2 Estadios morales. Enfoque cognitivo evolutivo: Kohlberg
- 5.-Estrategias y técnicas de educación en los valores

Técnicas

Tiempo Libre

- 1.- Definición
 - 1.1 Otras definiciones de ocio
- 2.- Significado del tiempo libre en la adolescencia
- 3.- Utilización del tiempo libre en la adolescencia
- 4.- Necesidad de una educación para usar el tiempo libre

Técnicas

Proyecto de vida

- 1.- Modelos para planificar un proyecto de vida
- 2.- Definición de proyecto de vida
- 3.- Características de un proyecto de vida
- 4.- Elementos para la elaboración de un proyecto de vida
- 5.- Responsabilidad ante la toma de decisiones
- 6.- Metas a corto, mediano y largo plazos
 - 6.1 Proyecto independiente o dependiente
- 7.- Elaboración personal de un proyecto de vida
 - 7.1 ¿Cómo ayudar a los jóvenes a construir y realizar su proyecto de vida?

Técnicas.

Responsabilidad al consumir bebidas con alcohol

- 1.- El inicio en el consumo de bebidas con alcohol
- 2.- TIPPS FISAC
- 3.- TIPPS para una fiesta feliz

Técnicas

Mitos y creencias

Responsabilidad social y elaboración de un programa preventivo de adicciones

- 1.- Educación para la salud
- 2.- ¿Qué es prevención?
- 3.- Modelos de prevención
- 4.- Movilización comunitaria
- 5.- ¿Qué es una red social?
- 6.- Programa de prevención en una comunidad
- 7.- Elaboración, desarrollo y evaluación de un programa preventivo.
- 8.- Evaluación de un programa preventivo

FISAC es una institución que se dedica a la prevención primaria del consumo abusivo de alcohol, ubicándose como una opción seria, fundamentada en teorías validadas para contribuir en la atención de los riesgos a los que se enfrentan los adolescentes y jóvenes adultos, en el consumo de alcohol, el cual es la droga más consumida en el país (Fernández, 2006).

La Teoría del Aprendizaje Social en la que se apoya el trabajo que se realiza en FISAC, pareciera ser rebasado por la misma institución, y basarse más en el Modelo de Habilidades Generales de Botwin (1997), Jonson (1990), (citados en C.I.J., 2005a) ya que éste se utiliza para desarrollar en la población habilidades que les permita enfrentar situaciones de riesgo, tales como el autocontrol, construir y participar en redes de apoyo que se señalan como parte de su modelo.

Centro de Atención e Integración Social C.A.I.S. “Torres de Potrero”.
Unidad de Tratamiento Residencial para las Adicciones.

Se trata de una institución pública que a nivel de internamiento y de consulta externa ofrece un tratamiento profesional especializado, que permita favorecer su recuperación y su reintegración social. a las población de la Ciudad de México que presentan una adicción a cualquier droga, ambos sexos de 16 a 60 años y a sus familiares (<http://www.iasis.df.gob.mx/cais/>).

Antecedentes:

En el año 2000 se inauguró la Unidad de Tratamiento Residencial para las Adicciones “Torres de Potrero”, la cual pertenece al Instituto de Asistencia e Integración Social, organismo dependiente de la Secretaría del Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de México.

Marco Conceptual:

El tratamiento se brinda bajo el modelo mixto profesional y ayuda mutua con una duración de 40 días de estancia. Durante éste tiempo, los pacientes se integran a psicoterapias individuales, grupales y familiares, así como en actividades ocupacionales y deportivas. Una vez concluida la estancia en servicio residencial, se le motiva al paciente para que continúe su tratamiento en consulta externa durante un año y permanezca integrado a un grupo de ayuda mutua.

Servicios:

- Consulta externa.
- Tratamiento Residencial (40 días de estancia).
- Desintoxicación.
- Psicoterapia individual y grupal.
- Psiquiatría.
- Medicina.
- Grupo de ayuda mutua.
- Servicios de enfermería.
- Trabajo Social.
- Capacitación en temas relacionados con adicciones.
- Alimentación.
- Farmacoterapia.
- Atención continúa las 24 horas.
- Orientación a familiares en tres sistemas de abordaje.
- Grupo de codependientes y de información.
- Terapia familiar.

Criterios de Inclusión:

- Tener problemas relacionados con sustancias (alcohol y otras drogas).
- Acudir voluntariamente.
- No tener problemas legales ni enfermedades mentales graves.
- Respetar el reglamento de la institución.
- Favorecer la participación de la familia durante el tratamiento.

Equipo de Trabajo:

Profesionales en las áreas de medicina interna, psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería.

C.A.I.S. es una institución que de manera profesional a nivel de internamiento y de consulta externa, también ofrece tratamiento a quienes presentan una adicción a cualquier droga, y a sus familiares, que por pertenecer la Secretaría de Desarrollo Social, del Gobierno del Distrito Federal, sus servicios son gratuitos.

No se conoce de manera clara cuál es su marco conceptual, sin embargo, quienes brindan todos los servicios son profesionales especialistas.

Estos beneficios que brinda la institución genera una dificultad para ingresar a un paciente: el servicio residencial regularmente se encuentra saturado.

Monte Fénix.

El Centro de Integración para Adictos y Familiares Monte Fénix Asociación Civil, es un modelo de tratamiento que pone énfasis en las potencialidades del ser humano para renacer a una nueva vida (<http://www.montefeniz.org.mx/>).

Misión.

Continuar siendo la institución líder especializada en promover la sobriedad de quien padece la enfermedad de la adicción al alcohol y otras sustancias psicoactivas, por medio de un modo de tratamiento de recuperación, la experiencia y la educación. Asimismo procuramos permanentemente a través del amor, ética, servicio, innovación y perseverancia, la satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares como el continuo desarrollo de nuestros empleados.

Visión.

Ser el líder de influencia en la promoción de la sobriedad entre la sociedad, manteniendo un alto índice de recuperación por medio de un tratamiento probado y confiable, fomentando la prevención a través de la educación, formando profesionales calificados, aportando información, experiencia y conocimientos sobre la enfermedad, para la creación de una nueva cultura en el ámbito de las adicciones.

Objetivo del Modelo “Las Flores”:

Orientar y promover la recuperación del enfermo adicto y de su familia mediante el reconocimiento de su enfermedad y la recuperación de sus valores personales, familiares, laborales y espirituales, a través de la aplicación de siete puntos fundamentales que permiten la abstinencia al alcohol y otras drogas como piedra angular de la recuperación.

El modelo pone énfasis en el desarrollo de los valores que a continuación se señalan:

- a) Amor. Creen en un poder superior como fuente de vida, fortaleza y aceptación para dar lo mejor de nosotros a quienes servimos.
- b) Ética. Actúan con respeto hacia pacientes y sus familiares, fortaleciendo sus valores, principios espirituales e integridad como seres humanos, apoyándose en el programa de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos.
- c) Servicio. Tienen la disposición de proporcionar ayuda profesional e interdisciplinaria a cuantos pacientes con la enfermedad de la adicción al alcohol y otras sustancias psicoactivas, les sea posible.
- d) Innovación. Se esfuerzan por alcanzar los más altos estándares de tecnología. Proponen modelos holísticos de recuperación y capacitación profesional que influyan en la conciencia de la sociedad
- e) Perseverancia. Persisten en la recuperación del enfermo adicto al alcohol y otras sustancias psicoactivas, así como la de sus familiares.

Equipo de Trabajo.

Está formado por médicos, psicólogos especialistas en adicciones, enfermeros, consultores, neuroterapeuta, terapeuta de arte, terapeuta de meditación, psicometrista, profesor de gimnasia y un equipo completo de personal en el área administrativa y de servicios que comparten la concepción de adicción como una enfermedad.

Tratamiento en Adicciones.

En Monte Fénix, la adicción al alcohol y a otras drogas se considera una enfermedad que requiere de una atención integral, con un modelo propio de tratamiento holístico (cuerpo, mente y espíritu) llamado Modelo “Las Flores”, que ofrece un trato digno, amoroso y respetuoso.

La efectividad de éste modelo fue evaluado por Pearson Research en 2004 y 2007, (Monte Fénix, 2008), presentando un porcentaje de recuperación del 74%

El tratamiento consta de las siguientes fases:

Fase 1 Desintoxicación, valoración y diagnóstico.

El propósito es lograr la estabilización del paciente tanto en el síndrome de abstinencia como en otros síntomas agregados, y establecer el plan de tratamiento individualizado en el que participa un equipo multidisciplinario.

Fase 2 Tratamiento y rehabilitación.

Proporcionar al paciente las herramientas para favorecer la recuperación y la integración al núcleo familiar a través de terapia individual, grupal, familiar e inducción a grupos de ayuda mutua con el programa de los 12 pasos.

Fase 3 Tratamiento continuo.

Una vez concluida las dos primeras fases de tratamiento primario que tiene una duración de 32 a 38 días de internamiento, el propósito de ésta fase es el fortalecimiento de la abstinencia y la reintegración a la vida. Se realiza durante un año en sesiones de terapia grupal externa así como de prevención de recaídas para los pacientes y familiares, durante las cuales se incrementa gradualmente el trabajo de recuperación integral de las diferentes áreas de la vida.

Tratamiento a la Familia.

La institución considera que el alcoholismo y la adicción a otras drogas también afecta al núcleo familiar, por lo que Monte Fénix ofrece además de la participación en el tratamiento primario que incluye pláticas educativas, psicoterapia grupal, participación en grupos de ayuda mutua y encuentros familiares, la “Semana Familiar”, taller intensivo, todo lo cual está dirigido a la familia del adicto y para cualquier otro familiar interesado en conocer las características de la enfermedad de la adicción y de la codependencia.

Se trata de una institución que a nivel particular y de internamiento ofrece una opción de atención clínica a las personas con adicción a alguna droga y a la familia, al parecer, basado en la recuperación de los valores de cada paciente y su familia.

El porcentaje de recuperación resulta muy alto en comparación con el que en promedio, se sabe a nivel informal se obtiene en las instituciones que atienden clínicamente la problemática de las adicciones. Sin embargo, no presentan datos precisos de cómo evalúan su labor para obtener dicho porcentaje de recuperación. Asimismo, tampoco se aclaran los siete puntos fundamentales en los que se basa su modelo, y sólo se insiste en el trabajo sobre valores.

Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA).

Misión:

Impulsar políticas, estrategias y líneas de acción para la atención integral de las adicciones, y disminuir el consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias con especial énfasis en los aspectos vulnerables de la población y contribuir a elevar la calidad de vida de los mexiquenses (<http://salud.edomex.gob.mx/imca/dirclinicas.htm>).

Visión:

Ser un Estado con una cultura efectiva en la prevención de adicciones en lo individual, familiar, y en la disminución de la morbilidad y mortalidad de las causas atribuidas de manera directa al consumo de sustancias adictivas, así como lograr la rehabilitación y reinserción social de los consumidores de sustancias psicoactivas en el Estado de México.

Objetivo General:

Difundir e impulsar las acciones realizadas por los sectores público, social y privado relacionadas con el tratamiento y combate a las adicciones causadas principalmente, por el alcohol, tabaco y farmacodependencia en el Estado de México.

Antecedentes:

El IMCA considera que la salud de la población es una de las garantías sociales imprescindibles para su desarrollo y progreso, por lo que el alcoholismo, tabaquismo y la fármaco-dependencia son problemas de salud pública que deben ser atendidos. Ante esta necesidad, el gobierno del Estado de México ha iniciado programas y acciones orientados a combatir las adicciones, mediante la divulgación de información que enfatiza los daños y riesgos que se derivan del consumo de sustancias psicoactivas.

En Mayo del 2007 se creó el IMCA como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica para el ejercicio de sus atribuciones y con el objeto de organizar, operar y supervisar las políticas, estrategias y programas en materia de adicciones, prevención de riesgos y su difusión entre la población, así como para proponer los convenios o acuerdos que permitan intercambiar y tener actualizada la información sobre las adicciones, ejecutar de manera coordinada los programas y estrategias preventivas y de tratamiento en atención al alcoholismo, tabaquismo y la fármaco-dependencia con instituciones afines de los sectores público, social y privado, y tener vinculación permanente con el Consejo Nacional contra las adicciones, así como con instituciones afines de otras entidades federativas.

En Septiembre del 2007, se autorizó una estructura organizacional integrada por una Dirección, la Unidad de Apoyo Administrativo y las Subdirecciones de Prevención de Adicciones de Tratamiento y Reinserción Social y de Información y Evaluación.

Funciones de la Subdirección de Prevención de Adicciones.

Diseñar y proponer políticas y estrategias en materia de prevención universal y selectiva de adicciones para el Estado de México.

Desarrollar modelos de prevención en materia de adicciones para promover la aplicación de programas evaluados y efectivos a las necesidades de la población.

Establecer relación permanente con los comités y redes municipales contra las adicciones y con los servicios de salud del Estado, para diseñar y adecuar los mecanismos de coordinación y cooperación en la aplicación de los programas y proyectos en materia de prevención universal y selectiva de adicción.

Desarrollar actividades de información, orientación y sensibilización, en coordinación con organismos de los diferentes sectores, que coadyuven a la prevención de las adicciones y a la detección y atención oportuna de grupos vulnerables.

Promover la participación comunitaria en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Funciones de la Subdirección de Tratamiento y Reinserción Social.

Diseñar y proponer políticas y estrategias en materia de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de la población del Estado de México.

Elaborar y proponer la ejecución de programas de identificación temprana de consumidores de tabaco, bebidas alcohólicas, fármacos y otras sustancias adictivas, con atención especial a mujeres embarazadas y personas con problemas de salud.

Desarrollar modelos de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de personas en materia de adicciones, así como promover la aplicación de programas evaluados y efectivos a las necesidades de la población mexicana.

Promover la participación comunitaria en la detección temprana y tratamiento de los afectados por el consumo de sustancias psicoactivas.

Enlaces. Instituciones en Convenio:

CARITAS, CAEDRO, C.I.J., Drogadictos Anónimos, INEPAR, Océánica, Juventud Luz y Esperanza.

Enlaces Nacionales:

Alcohólicos Anónimos, Centro de Información en Salud Mental y Adicciones (CISMAD), Consejo Nacional de Salud Mental, Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), FISAC, Monte Fénix y Vive sin Drogas.

En éste caso se trata de un organismo gubernamental, que coordina la elaboración, aplicación de programas, propone políticas, da seguimiento a los acuerdos, celebra convenios, promueve acciones, difunde los servicios, establece y mantiene vínculos, vigila el cumplimiento de las disposiciones legales y programas, sin embargo no lleva a cabo directamente ningún servicio de tratamiento ni prevención de adicciones.

CONCLUSIONES

El trabajo realizado en Centros de Integración Juvenil, requirió de la implementación de conocimientos previos obtenidos durante la formación profesional, sin embargo, como en otras profesiones, ha requerido de capacitación específica constante y actualizada para el desempeño de diversas funciones: la practica misma, adquiriendo de ésta forma la experiencia laboral.

Desde mi labor como psicóloga de CIJ, he sido parte del desarrollo de la institución con respecto a la diversidad de programas preventivos de tratamiento y rehabilitación, a fin de brindar servicios con un enfoque integral y eficaz a la población objetivo.

Hoy día los proyectos preventivos y las guías normativas son más específicos, descriptivos y focalizados en aspectos que favorecen los estilos de vida saludables del individuo, familia y comunidad.

Centros de Integración Juvenil, ofrece tratamientos diversos tanto para los usuarios de drogas como a las familiares, entre los que se encuentran:

- terapias específicas para consumidores de alcohol y tabaco
- auriculoterapia, para adictos a cocaína, crack, o con períodos de depresión;
- terapia grupal para familiares
- programa de tratamiento y rehabilitación de medio internado o Centro de día y otras más.

Actividades que han redituado en mayores logros, la remisión de consumo de drogas en un tiempo breve como principal característica:

Sin embargo el terreno de la prevención no ha sido fácil, los programas no han sido del todo acordes a las situaciones reales a las que se enfrenta la población de alto riesgo, ya que por ejemplo, los objetivos han sido formulados en forma muy ambiciosa, y aún no se han incluido suficientes medidas para lograr la reducción del daño, o evitar la transición del uso al abuso y de éste a la dependencia.

Otro aspecto que he percibido a lo largo de mi trayectoria en la institución en el área de prevención, ha sido la dificultad para homogeneizar el trabajo en los programas de orientación y capacitación, ya que si bien, sí se persigue un objetivo definido, a veces no sólo la metodología es muy diversa entre sí a partir de las diferencias entre los grupos que se abordan, sino las técnicas utilizadas. Especialmente en la forma de evaluar el trabajo y la posibilidad de darle seguimiento. Si bien se aplican técnicas de evaluación en la parte final de cada proceso, tampoco hay homogeneidad en este sentido.

Debido a los cambios que la institución ha ido implementando a lo largo de su existencia, en ocasiones se rebasan los programas y objetivos, es el caso del servicio de tratamiento llamado Orientación a familiares de farmacodependientes.

Hago referencia a la terapia que he llevado a cabo con los familiares de los consumidores, y que durante todo el tiempo de existencia de la institución, ha sido considerado de manera ambigua, ya que como un servicio de tratamiento a la vez es llamado *Orientación a Familiares de Farmacodependientes*, cuando por otro lado, la orientación es considerada una intervención a nivel preventivo, y al tratarse de familiares de adictos, no es indicada ni pertinente la orientación, sino un abordaje clínico.

Incluso entre los criterios de egreso para éste servicio, no incluyen el de “curación” sino solamente el de mejoría, como si los cambios en uno de sus integrantes, no fueran suficientes para hablar de curación de los patrones disfuncionales que presenta la familia y que mantienen el síntoma.

Por lo que en éste trabajo he optado por referirme a este programa como Terapia Grupal a Familiares y no seguir llamándole “Orientación a.....”, ya que no corresponde.

Retos personales en el área de la prevención:

- Mayor coordinación con las autoridades escolares, ofreciéndoles apoyo al capacitarlos en la aplicación de encuestas aplicadas a los alumnos y padres de familia, para saber sus necesidades en materia de salud, así como en la aplicación de instrumentos de tamizaje, para determinar niveles de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
- Con la población de alto riesgo, un trabajo más específico, centrado en los factores de riesgo que presentan, y el desarrollo de habilidades de afrontamiento y protección, en forma más reflexiva y lúdica.
- Colaborar con grupos de adolescentes en el mejoramiento de su percepción de riesgo así como en la habilitación o desarrollo de factores protectores del consumo de drogas, a partir de tomar en cuenta sus expectativas y generando su motivación para el trabajo.

Retos personales en el área de tratamiento – rehabilitación:

- Establecer encuadres con períodos de duración de la terapia más breves, con un trabajo más focalizado. Si bien una vez que se abordan las estrategias para la remisión del síntoma, se requiere trabajar también las creencias, construcciones de género y las condiciones y el contexto que le dieron origen, como dice White (citado por Fernández, 2006), concibo la terapia como una acción política en la cual se establece una batalla para desmitificar dichas creencias.
- Generar en los pacientes la motivación necesaria para asistir a las actividades de rehabilitación que se realizan en las instalaciones del C.I.J., asignándoles la actividad que más les favorezca para el logro de los objetivos clínicos específicos, llevando a cabo el mismo procedimiento que para las citas de sus terapias. Ya que en mi práctica diaria, argumentado por el hecho de la falta de una infraestructura en las instalaciones del C.I.J., no se incorpora de manera íntegra dichas actividades como parte del tratamiento.
- Mejor y mayor uso de las técnicas de la Terapia Sistémica de primer y segundo orden, en especial, la paradoja, la metáfora y las tendientes a la deconstrucción de ideas, creencias y mitos en los sistemas familiares que no les permita avanzar.
- Hacer uso de la perspectiva de género sin que se vea contaminado mi trabajo por una ideología propia sobre éste, empoderando a la mujer, sin tomar en cuenta las características de la familia y su motivo de consulta.

Durante estos años de labor, he realizado dos movimientos, por un lado, sí he notado que me he ceñido a los cambios que la institución ha marcado como línea de trabajo, por ejemplo dejé de abordar en prevención temas tan abiertos como el de Sexualidad, ya que se focalizó a los temas que a través de investigaciones se sabe tienen relación directa con el consumo de drogas, como factor de riesgo o de protección, y el de sexualidad, no se ha demostrado que observe dicha relación.

Y en sentido inverso, la institución me ha facilitado tener libertad en mi trabajo y desde antes de que haya sido señalado como política pública abordar los ejes transversales de la perspectiva de género o el énfasis en señalar los daños por consumo de tabaco y alcohol, además de que la población las identifique como drogas, sin minimizar los daños porque han sido vistas como drogas lícitas, ya estaba presente en mis abordajes, a través de los contenidos, o tratado de manera transversal.

Centros de Integración Juvenil es una institución creada para buscar la autogestión en todos los niveles y formas, desde los individuos hasta instituciones, desde aspectos muy particulares como la autoestima, hasta las condiciones interinstitucionales pasando por lo que se le enseña a los usuarios y familiares durante la terapia, que conlleve todo a favorecer estilos de vida saludables previniendo en los diferentes niveles, el consumo de drogas, o remitiendo la adicción y rehabilitando a los usuarios de drogas.

El psicólogo puede encontrar en la institución diferentes campos de trabajo para ejercer su profesión, con cierto grado de libertad en el ejercicio de sus funciones, y con el suficiente soporte teórico metodológica que sustenta, apoya y enriquece su práctica profesional.

ANEXOS

Glosario de Términos:

- ❖ **Síntoma:** *en el terreno psicológico, se refiere a la expresión del sujeto a nivel conductual o a través de la presencia de una enfermedad, de un malestar emocional en su mundo interno y/o externo.*
- ❖ **Deconstruir:** *La visión que buscaba la recuperación de las múltiples voces de la familia fue planteada por los investigadores del Instituto de Galbeston, tales como H. Goolishian y H. Anderson (Anderson citado en Fernández, 2006). Ellos plantearon que dentro de un sistema social si son escuchadas las distintas voces de cada uno de los integrantes con el mismo peso e importancia, cambia la descripción de la “realidad” de ése grupo social, puesto que en términos generales en cualquier tipo de grupo social algunas voces o discursos tienen una fuerza mayor a la de las otras. De ésta manera se deconstruye”la “realidad” establecida anteriormente en éste grupo social. La deconstrucción de la realidad preestablecida es automáticamente una construcción de nuevas realidades.*
- ❖ **Maternaje:** *se refiere a las funciones que tradicionalmente se le han encargado a la madre y que no se circunscribe a su desempeño por la madre, sino que cualquier figura adulta cercana afectivamente, es posible las desempeñe.*
- ❖ **Codependencia:** *históricamente el concepto surge en la década de los cincuenta en los Estados Unidos, cuando en los grupos de AA, las esposas se autodenominan coalcohólicas; dos décadas después, el término se transforma al de codependiente. Hasta finales de los noventa, el término se conserva junto con el de coadicto, y remite a la persona que establece una relación interpersonal íntima con alguien que padece una dependencia química. Cantú en 1992 la ubica como un trastorno en el área de las relaciones interpersonales, y que el antecedente de la codependencia es una quiebra en el narcisismo, que ocurre en la infancia tardía o en la adolescencia temprana. Así, la mayoría de los codependientes captan inconscientemente que quien tiene una enfermedad adictiva es una fuente ideal para alimentar su autoestima, toda vez que el adicto se presta para recibir ayuda, y tanto él como los que están a su alrededor, lo reconocerán.*

La baja autoestima que presenta el codependiente es resultado de una historia familiar caótica y desorganizante, que se refleja en un profundo vacío emocional, el cual trata de llenar con el adicto.

Las conductas características del codependiente son: invertir tiempo y energías para acompañar e intentar controlar las conductas del adicto, posterga las propias necesidades y deseos en función de atender las del otro, por lo que puede mostrar trastornos del sueño, la alimentación y los estados de ánimo; asume sus responsabilidades, lo encubre y lo protege, le esconde y controla el dinero, se exacerban problemas físicos, se aleja de sus amistades y presenta excesiva tolerancia ante los abusos físicos y emocionales por parte del adicto, (Castrellon, 1998).

Referencias

- 1.- Bandura, (1979), Introducción y evolución histórica. En: Garfield, S. Psicología clínica. El estudio de la personalidad y la conducta. (1-26). México: Manual Moderno.
- 2.- Bateson, G. (1972). Pasos hacia una ecología de la mente humana. Barcelona: Gedisa.
- 3.- Bertalanffy, L. (1945). La teoría general de los sistemas. Fundamentos desarrollo y aplicaciones. México: Fondo de cultura económica.
- 4.-Brea, L.; Correa, E. (1986). La Psicología comunitaria: embrión de un nuevo paradigma. En: Rives, I., Fernández, G. (371-379). México: Trillas.
- 5.- Castellon, D. (1998). Codependencia. México: Promexa.
- 6.- Centros de Integración Juvenil. (2007a). Guías técnicas de prevención y tratamiento.. México: Autor.
- 7.- Centros de Integración Juvenil. (2007b). Manual del Proyecto Familiares Coadictos. México: Autor.
- 8.- Díaz-Barriga, L. (1999). Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. México: C.I.J.
- 9.- Durán. G., Hernández, R., Becerra, A. (1993). La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. En: Salud Pública. México: Manual Moderno.
- 10- Fernández, C. (2006). Modelo de terapia familiar multidimensional con perspectiva de género. México: C.I.J.
- 11- Fernández, C. (2007). Prevención del consumo de drogas. Retos y estrategias en la sociedad contemporánea. México: C.I.J.
- 12.- Fundación de Investigaciones Sociales A. C. (2008, septiembre) Alcohol-Infórmate (pp 1-5) Tips en Línea (En red). Disponible en: <http://www.alcoholinformate.org.mx/>
- 13.- Garfield, S. (1979). Introducción y evolución histórica. En: Garfield, S. Psicología clínica. El estudio de la personalidad y la conducta (.1-26). México: Manual Moderno.
- 14- Goldstein, Krasner. (1991). La psicología aplicada moderna. México: Pirámide.
- 15.- Gross, R. (1998). ¿Qué es aquello que llamamos Psicología? En: Gross, R., Psicología. La ciencia de la mente y la conducta (3-19). México: Manual Moderno.

- 16- Harsh, C., (1985). Campos de aplicación de la Psicología. En: Harsh, C. El psicólogo ¿qué hace? (141-156). México: Alambra Mexicana.
- 17.- Hunneus, S. (2003, agosto) Coadicción e implicancias en familias con hijos farmacodependientes. Manual del proyecto familiares coadictos (En red). Disponible en: <http://www.eradicaciones.org/Revista/número 5/coadicción.htm>
- 18.- Monte Fénix. (2008, septiembre) Tratamiento en Adicciones (pp. 1-5) En red. Disponible en: <http://montefenix.org.mx/>
- 19.- Ponce, M. (2007). Prevención del consumo de drogas. México: C.I.J.
- 20.- Rodríguez, O., Palacios, V. (1989). Algunas consideraciones sobre la Psicología de la salud en México. En: Urbina, J. (compilador). El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva (473-482). México: UNAM.
- 21- Sarason, Gladwin. (1958) Introducción y evolución histórica. En: Garfield, S. Psicología clínica (1-26). México: Manual Moderno.
- 22.- Secretaría de Desarrollo Social. (2008, septiembre) Unidad de Tratamiento Residencial Para Las Adicciones (1-3) Liberadictus en Línea (En red). Disponible en: <http://iasis.df.gob.mx/cais/>
- 23.- Secretaría de Salud. (2008, septiembre). Instituto Mexiquense Contra Las Adicciones (1-13) En red. Disponible en: <http://salud.edomex.gob.mx/imca/direclínicas:htm>
- 24- Seligson, I., Polaco, R. (1978) Perspectiva de un enfoque conductual aplicado a la Psicología clínica. En: Ribes, I., Fernández. G., Rivera, B. Investigación de la Psicología Un Modelo Integral. (351-359). México: Trillas
- 25.- Watzlawick, P. (1997). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.

Bibliografía:

- 1.- Acle, G. (1980). Perfil profesional del psicólogo y situación actual de la enseñanza de la psicología en México. En: Urbina, J. (compilador). El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva (121-128) México: UNAM.
- 2.- Aceves, M. (1981) Clases de Psicología. En: Aceves, M Psicología general. (45-56). México: Publicaciones Cruz S. A.
- 3.- Centros de Integración Juvenil. (2002). Características del consumo de drogas entre hombres y mujeres. México: Autor.
- 4.- Centros de Integración Juvenil. (2002). La influencia del género en la incorporación de factores de protección del consumo de drogas. México: Autor.
- 5.- Fernández, R., Comes, J. (1997). Psicología preventiva: conceptos y perspectivas. En: Bucla, C., Fernández, R., Carrasco, G. Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. (39-57). Madrid: Pirámide.
- 6.- Fraisse, P. (1982). Cómo ven los jóvenes universitarios la psicología del futuro. En: Fraisse, P. El porvenir de la psicología. (290-300). Madrid: Morata.
- 7.- Fuentes M., Tovar, M., Sorín, M. (1998). El rol del psicólogo en el ámbito comunitario. En: Martín, G. Psicología comunitaria. Fundamentos y aplicaciones (233-239). Madrid: Síntesis.
- 8.- Girón, B., Urbina, J., Jurado, I. (1980). El ejercicio profesional de la psicología. En: Urbina, J. (compilador) El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva. (621-636). México: UNAM.
- 9.- Rueda, M., Quiroz, A., Hernández, G. (1980). El psicólogo en la educación. En: Ribes, I., Fernández, G., Rueda, B., Talento, C, López, V. Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. (361-367).México: Trillas.
- 10.- Russel, A. (/1976). Misión y división de la Psicología laboral. En: Russel, A. Psicología del trabajo. (20-27). Madrid: Morata.