



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***LA DROGODEPENDENCIA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE
Y SUS CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES: PROPUESTA DE
UN MODELO DE ATENCIÓN***

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
ROBERTO JAFET SIERRA VOLLBERT

DIRECTOR DE LA TESINA:
LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ



Ciudad Universitaria, D.F.

Mayo, 2010



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.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Adolescencia. ¿Qué es la adolescencia?	
1.1. Definición de adolescencia	5
1.2. Adolescencia como etapa de desarrollo	7
1.3. Teorías de la adolescencia	8
Sigmund Freud	8
Lev Vygotski	10
Erick Erickson	13
Albert Bandura	14
1.3. Identidad del adolescente	17
Capítulo 2. Implicaciones sociales de los adolescentes adictos en México	
2.1 Situación de las Drogas en México	19
2.2 La escuela, la familia y amigos relacionados con el consumo de drogas	23
2.3 La sexualidad en los adolescentes usuarios de drogas	28
Capítulo 3. Instituciones de atención, prevención, tratamiento, y rehabilitación de adicciones	
3.1 Sector Público	30
Programa de acción para la prevención y el tratamiento de las adicciones. CONADIC	32
Centro de Integración Juvenil (CIJ)	34
Alcohólicos Anónimos (AA)	35
3.2. Sector Privado	36
OCEANICA	36
Hacienda del Lago	37
Clínica ser	37
3.3. Tipos de Tratamientos	38
Grupos de Autoayuda	39
Terapia de grupo	39
3.4. Diferencias entre los grupos de autoayuda y la terapia de grupo como tratamientos para las adicciones	40
3.5. Eficacia de los diferentes tipos de Tratamiento	41
Capítulo 4. Curso-taller para adolescentes adictos	43
Alcances y limitaciones	51
Referencias	54
Anexos	58

Resumen:

El ser humano ha tenido que enfrentarse a una serie de problemas políticos, económicos y sociales; en la actualidad el abuso crónico de sustancias es considerado un problema de salud pública debido a la gravedad de sus consecuencias. En México las estadísticas del consumo de sustancias en los adolescentes presentan importantes aumentos, no sólo en su magnitud, sino también en un cambio en los patrones de consumo; en este sentido la drogodependencia favorece a un sinnúmero de consecuencias severas e incluso afecta de manera negativa la calidad de vida de quien las consume. Es por ello que se requiere de la creación de modelos de intervención para adolescentes adictos, puesto que la mayoría de los ya existentes están limitados al apoyo de desintoxicación, o en su defecto, los costos son elevados y poco accesibles a la mayoría de la población afectada por esta problemática. Es importante restringir el acceso a la sustancia y ofrecer otras actividades que logren competir con el consumo, de ahí el surgimiento de esta propuesta que consiste en un programa mediante el cual se modificará el uso y abuso de drogas, a través de soluciones para desarrollar habilidades y obtener una adaptación saludable.

Palabras Clave: *Adolescencia, sustancias adictivas, modelos de intervención.*

Introducción:

A través del tiempo el ser humano ha tenido que enfrentarse a una serie de problemas políticos, económicos y sociales, que a pesar de los múltiples esfuerzos por erradicarlos, siguen siendo motivo de preocupación y de investigación.

Uno de ellos es la drogodependencia, un fenómeno muy complejo, ya que engloba conductas relacionadas con la autoadministración compulsiva de sustancias que afectan el estado de ánimo, la percepción o ambos.

De acuerdo con los resultados del último Informe Individual sobre el Consumo de Drogas Tendencias en el Área Metropolitana No.45 de Noviembre de 2008, elaborado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, se reporta que el mayor número de consumidores son los adolescentes de 15 a 19 años de edad, que tienen un nivel socioeconómico medio y la secundaria incompleta o en curso, y que las sustancias utilizadas para el consumo además del alcohol y tabaco, son los inhalables, marihuana, cocaína y sedantes iniciados por curiosidad e invitación.

Esto es un acontecimiento social alarmante y por ende existe la necesidad de elaborar mayores estrategias que prevengan, intervengan y de ser posible, eviten el incremento de personas adictas.

Diferentes fuentes de información, señalan que el consumo de drogas en México va en aumento y que este crece especialmente entre la población adolescente. Se ha señalado que en las estadísticas mexicanas concernientes al consumo de drogas lícitas, (como tabaco y alcohol) e ilícitas, (como marihuana, inhalables, cocaína, heroína y sustancias sintéticas), la edad de inicio son los años que los adolescentes pasan en la secundaria y en la preparatoria, mismos que corresponden a la adolescencia.

En México estas estadísticas presentan sustanciales aumentos, los cuales son reportados por los diferentes organismos que se encargan del estudio de esta problemática como:

- La Encuesta Nacional de Adicciones

- La Encuesta realizada en población escolar de enseñanza media y media superior del Distrito Federal
- Las cifras presentadas por los Centros de Integración Juvenil (CIJ).
- El Informe Individual sobre el Consumo de Drogas Tendencias en el área metropolitana No.45 de Noviembre de 2008, elaborado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

De acuerdo con la problemática actual del abuso de sustancias, se requiere de los recursos de los servicios médicos que abarcan los niveles de salud pública, legislación y formación de recursos humanos e investigación así como una estrategia de coordinación de los diversos sectores implicados en la prevención primaria, en la detección y atención oportuna de casos y la rehabilitación. Es por ello que diversas instituciones de los sectores público y privado se han evocado a implementar programas y acciones en sus diferentes ámbitos de competencia.

En nuestro país existen instituciones y programas gubernamentales, así como algunos organismos privados que atienden los problemas de adicciones, como los Centros de Integración Juvenil (CIJ), el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y Alcohólicos Anónimos; que brindan diversos programas abordando la prevención, pero su principal tarea es proporcionar tratamiento y rehabilitación a los usuarios de sustancias tóxicas. Aunados al trabajo que realizan las instancias antes mencionadas se suma el esfuerzo de otras clínicas de carácter privado, que ponen en práctica sus propios programas de tratamiento y rehabilitación como son: Oceánica, La hacienda del lago, Clínica SER, Los grupos de autoayuda voluntarios y las Terapias de Grupos, por mencionar sólo algunas.

Los informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud indican que alrededor de 70 millones de personas en el mundo tienen dependencia a alguna droga; México está situado entre los primeros países con mayor índice de consumo en adolescentes. Las tendencias observadas en los últimos años muestran, no sólo un aumento en su magnitud, sino además un posible cambio en los patrones de consumo. En este sentido, la dependencia a sustancias adictivas favorece a un sinnúmero de consecuencias severas, e incluso afecta de manera negativa la calidad de vida de quien las consume; por ésta razón se requiere de la creación de modelos de intervención a través de

programas educativos, preventivos y de atención a adolescentes en situación de alto riesgo, puesto que la mayoría de los ya existentes están limitados al apoyo de desintoxicación, o en su defecto, los costos son elevados y poco accesibles a la mayoría de la población afectada por esta problemática.

Es importante restringir el acceso a la sustancia y ofrecer actividades alternativas reforzantes y disponibles que puedan competir con el consumo, de ahí el surgimiento de esta propuesta, la cual mediante un programa, el adicto modificará el uso y abuso de drogas, mejorando las esferas empobrecidas a través de un curso- taller que brinda soluciones para desarrollar habilidades sociales y obtener una adaptación saludable.

Capítulo 1. Adolescencia. ¿Qué es la adolescencia?

1.1 Definición de adolescencia

Definirla es muy complejo, ya que varios autores tienen posturas distintas de lo que es la adolescencia. Mucho se ha escrito sobre ella, desde clásicos como Hall (1904), Erickson (1971), Aberatury (1971) o Muuss (1995), hasta contemporáneos como Obiols (2000) por mencionar algunos.

En lo que parecen coincidir todos los investigadores es que en la adolescencia se producen sustanciales transformaciones en la personalidad, al mismo tiempo que se define una identidad sexual y personal independientemente de los padres y se elabora un proyecto de vida.

En la actualidad casi nadie pone en duda que la adolescencia es un proceso esencialmente cultural y que para poder interpretar los comportamientos de los adolescentes, es preciso conocer cabalmente el contexto ecocultural en el cual esta inserto. Por ejemplo, un adolescente que vive en una zona rural tan pronto concluye la educación primaria, o aún sin concluirla, ingresan al mundo del trabajo con roles adultos y acceden a la maternidad o a la paternidad tempranamente. Este modo de vida y de tránsito por la adolescencia no tiene semejanza con el de un adolescente de una zona urbana; para éste, la etapa de la adolescencia se ha prolongado mucho más que la de sus congéneres de treinta años atrás. Este adolescente va a requerir más años de escolarización y de capacitación para ingresar al mundo del trabajo; no es infrecuente que presente mayores dificultades para lograr autonomía económica respecto de sus padres, lo cual prolonga la convivencia y la dependencia; también es probable que concrete su proyecto de pareja tardíamente y así mismo un proyecto de vida. (Contini, 2006).

El concepto de proyecto de vida resulta una de las perspectivas de análisis integrativo de construcción de la experiencia y la praxis personal-social, con la intención de contribuir a la comprensión y formación de las dimensiones del desarrollo humano integral. Expresa la apertura de las personas hacia el dominio del futuro, es sus direcciones significativas y en las áreas críticas que requieren de decisiones vitales, tanto en su expresión actual como en la perspectiva de los

acontecimientos futuros, de sus zonas de desarrollo próximo abiertas a la definición de su lugar y tareas en una determinada sociedad.

Todo el proyecto de vida se distingue por su carácter anticipatorio, modelador y organizador de las actividades principales y del comportamiento del individuo, que atribuye a delinear los rasgos de su estilo de vida personal y los modos de existencia característicos de su vida cotidiana en todas las esferas de la sociedad (D'Ángelo, 1998 citado en Fernández, 2009).

Por esta razón, es de suma importancia tomar en consideración el contexto cultural y no estigmatizar el momento del crecimiento con la marca de la psicopatología, la disfunción y el déficit.

La drogodependencia es un fenómeno muy complejo que engloba conductas relacionadas con la autoadministración compulsiva de sustancias que afectan el estado de ánimo, la percepción o ambos. De acuerdo con los resultados del último "Informe Individual sobre el Consumo de Drogas Tendencias en el Área metropolitana No.45 de Noviembre 2008, elaborado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz", se reporta que el mayor número de consumidores son los adolescentes de 15 a 19 años de edad, con un nivel socioeconómico medio y que tienen la secundaria incompleta o la están cursando. Así mismo, las sustancias utilizadas para iniciar el consumo, excluyendo alcohol y tabaco, son los inhalables, marihuana, cocaína y sedantes por curiosidad e invitación.

No es posible definir a las adicciones de manera simple y uniforme, ya que se presentan diferentes componentes en la intoxicación aguda y crónica con diferentes sustancias.

Siendo así, habría varios puntos que abordar al respecto de las drogas, el más importante es el consumo en los adolescentes a través de los factores psicosociales, por ejemplo una sociedad adolescente donde la "etapa" de la vida se transforma en valor en sí mismo, como un objeto de consumo para ser adquirido por adultos que lo logran gracias a su inserción en el mercado, las ciudadanía de los jóvenes se transforman en recortadas, flexibles, inestables y efímeras. De este

modo, se naturaliza la exclusión social, se crean nuevas formas de estigmatización y ser adolescente en la sociedad puede ser peligroso, tanto desde lo cotidiano como en relación con el consumo de drogas, sus efectos y sospechas. “Cuidar a los adolescentes de las drogas” surge muchas veces como discurso de adultos que exagera su carga simbólica. Otro punto importante es que las drogas, desde el discurso médico, se conciben como si fueran bacterias o virus que ingresan a la sociedad, generando adictos por contacto o contagio. Se sigue pensando que hay adictos porque hay drogas, mientras se vive en una sociedad donde todo consumo es exaltado para llenar las mismas ausencias que el mercado produce.

Las adicciones, en tanto construcción social, logran poner en marcha un deseo transformado en mito que se vuelve insaciable, que todo malgasta, construyendo un mundo donde la satisfacción nunca es definitiva. A su vez, se complementa con la “necesidad” de la trasgresión, misma que es en definitiva funcional a una sociedad y que necesita permanentemente ratificar el lugar de lo “sano” y de lo “enfermo” (Carballeda, 2008).

1.2 Adolescencia como Etapa de desarrollo.

Son numerosas las teorías que han intentado explicar la adolescencia desde diferentes puntos de vista; sin embargo, a través del tiempo se han ido eliminando algunos conceptos erróneos sobre el desarrollo de esta etapa. Este capítulo revisará los puntos de vista de diferentes autores que expresan discrepancias y similitudes sobre esta etapa de desarrollo.

Erick Erickson, Albert Bandura, Lev Vigotski y Kurt Lewin son autores que explican con sus diferentes enfoques la adolescencia; etapa en que los adolescentes se encuentran vulnerables a consumir alguna sustancia, a estructurar su identidad y tomar decisiones que los preparen para la construcción de su proyecto de vida (Casullo, 1994).

El consumo de sustancias ha demostrado variaciones importantes a partir de la década de los 70, fecha en la que se realizan las primeras encuestas y otros estudios de carácter epidemiológico y social. El inicio del consumo de las drogas se ubica en edades cada vez más tempranas, de ahí que sea de interés estudiar al

sector más joven de la población y dilucidar cuáles son los factores que los llevan al uso de drogas y eventualmente, al uso problemático. Por ello, es de suma importancia analizar el consumo de sustancias en esta etapa de desarrollo que es la adolescencia.

1.3 Teorías de la Adolescencia

Sigmund Freud

Sigmund Freud (1856-1939) menciona que la adolescencia es un estadio del desarrollo en el que brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital. Maneja dos vertientes sobre esta teoría: la de revivir conflictos edípicos infantiles con la necesidad de resolverlos con mayor independencia de los progenitores y un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos.

Freud dividía la personalidad en tres niveles: consciente, preconscious e inconsciente.

1. *Consciente*, es el nivel que incluye todas las sensaciones y experiencias de las que estamos al tanto de cualquier momento. Un ejemplo es el hecho de escribir estas líneas, uno es consciente del tacto del ambiente así como de ruidos externos. Sin embargo, Freud menciona que el consciente es un aspecto limitado de la personalidad, ya que solo tenemos consciencia en una pequeña parte de nuestros pensamientos, sensaciones y recuerdos.

2. El *inconsciente* contiene la mayor fuerza impulsora detrás de todas las conductas y es el receptáculo de fuerzas que no podemos ver o controlar, es el hogar de los instintos, aquellos deseos y anhelos que dirigen nuestra conducta.

3. Sobre estos dos niveles se encuentra el *preconscious*, en donde se almacenan las memorias, percepciones y pensamientos de los que no tenemos consciencia en el momento, pero que podemos traer con facilidad a la consciencia. Un ejemplo es cuando estamos concentrados en alguna actividad y en un momento dado recordamos alguna otra cosa como pensar en un amigo o lo que se hizo la semana pasada, ahí estaríamos recuperando material del preconscious al consciente.

Freud creía que la vida de los adolescentes estaba llena de tensiones y conflictos, y que estos a su vez generarían una ansiedad. Para producir estas tensiones, los adolescentes mantienen la información bloqueada en su mente de forma inconsciente. La formación de la personalidad se verifica durante la crisis de la pubertad. La teoría del desarrollo de Freud, sostiene que el niño pequeño atraviesa cinco fases definitivas en los primeros cinco o seis años de vida, y solo dos más en los quince años siguientes de la niñez y de la adolescencia.

- a) *Etapa oral.* Es la primera del desarrollo psicosexual, se prolonga desde el nacimiento hasta algún momento en el segundo año de vida. En este periodo la boca es el principal placer del niño, el bebe obtiene placer a través de succionar, morder y tragar. Aquí, el niño se encuentra en un estado de dependencia de la madre o el cuidador, ya que se convierte en el objeto primario de la libido infantil, podríamos decir que el niño esta aprendiendo a amar a la madre. Así mismo, los adultos fijados en la etapa oral se interesan en exceso en las actividades orales como comer, beber, fumar y besar. (Fadiman, 1939).
- b) *Etapa anal.* Al final del segundo año empieza a resaltar esta etapa. Freud creía que la experiencia del control de esfínteres durante la etapa anal tenía un efecto significativo en el desarrollo de la personalidad, trasladándose la fuente de placer de la región oral a la anal.. Las etapas oral y anal, fundamentalmente autoeróticas, se llaman a veces periodos de preego puesto que los impulsos del ello no están restringidos por el yo (Muuss, 2001 citado en Fernández, 2009).
- c) *Etapa fálica.* Alrededor del cuarto y el quinto año surge un nuevo grupo de problemas, cuando el foco de placer cambia del ano a los genitales. El niño entra en un batalla entre un impulso del ello y las demandas sociales reflejadas en las expectativas de los padres. En esta etapa, los niños se empiezan a explorar y manipular los genitales propios y los de sus compañeros de juego, empiezan a tener placer no solamente de la masturbación, sino propiamente de las fantasías y se empiezan a cuestionar sobre porqué los niños tienen pene y las niñas no. Algunos suelen hablar del deseo de casarse con el progenitor del sexo opuesto.

- d) *Periodo de latencia*. La etapa oral, anal y fálica son la base en la cual se desarrolla la mayor parte de la personalidad, ya que alrededor de los 5 años se han logrado estructurar las tres principales esferas de la personalidad, (ello, yo y superyó) y la relación entre estas se empieza a solidificar. En este periodo, el instinto sexual permanece inactivo, temporalmente sublimando en las actividades escolares, pasatiempos, deportes y en el desarrollo de amistades con personas del mismo sexo. (Schultz, 2002 citado en Fernández, 2009).
- e) *Etapa genital*. Es la última del desarrollo psicosexual y empieza en la pubertad, en donde el cuerpo va adquiriendo una madurez fisiológica. Freud menciona que esta etapa es crucial, ya que si al individuo no le ocurrió alguna fijación importante en una etapa anterior del desarrollo, este puede llevar una vida normal. El adolescente debe conformarse a las sanciones y tabúes sociales existentes mediante la búsqueda de sustitutos aceptables para la sociedad y más tarde en la adultez, con una relación de compromiso con una persona del sexo opuesto.

Lev Vygotski

El Psicólogo ruso Lev Semenovich Vygotski (1896 – 1934) fue un destacado defensor de la perspectiva contextual, en particular de su aplicación al desarrollo cognoscitivo de los niños. En contraste con Brofenbrenner, quien considera que los sistemas contextuales están centrados alrededor de la persona individual, el énfasis central de Vygotsky es el complejo social, cultural e histórico del cual es parte el niño. Al igual que la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget, enfatiza la participación activa de los niños con su ambiente, sin embargo Vygotsky consideraba el crecimiento cognoscitivo como un proceso colaborativo.

Vygotsky propone cinco conceptos que son fundamentales: las funciones mentales, las habilidades psicológicas, la zona de desarrollo próximo, las herramientas psicológicas y la mediación.

Funciones mentales

Para Vygotski existen dos tipos de funciones mentales: las inferiores y las superiores. *Las funciones mentales inferiores* son aquellas con las que nacemos, son las funciones naturales y están determinadas genéticamente. Se debe considerar también que el comportamiento derivado de las funciones mentales inferiores es limitado, esta condicionado por lo que podemos hacer.

Las funciones mentales superiores se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social, siendo que el individuo se desarrolla en una sociedad específica con una cultura concreta. Las funciones mentales superiores están determinadas por la forma de ser de esa sociedad: son mediadas culturalmente. Para Vygotsky, a mayor interacción social, mayor conocimiento, más posibilidades de actuar, más robustas funciones mentales. De acuerdo con esta perspectiva, el ser humano es ante todo un ser cultural, y a través de esto es lo que realmente establece la diferencia entre el ser humano y otro tipo de seres, incluidos los primates.

Habilidades Psicológicas, las funciones mentales superiores se desarrollan y aparecen en dos momentos: en un primer momento, las habilidades psicológicas o funciones mentales superiores se manifiestan en el ámbito social y en segundo momento, en el ámbito individual. Por ejemplo, la expresión de un niño que llora y está manifestando dolor es una función mental inferior, es una reacción al ambiente. Cuando lo hace por llamar la atención ya es una forma de comunicación, pero esta comunicación solo se da en la interacción con los demás; en ese momento, se trata ya de una función mental superior interpsicológica pues solo es posible como comunicación con los demás.

Zona de desarrollo próximo de acuerdo con Vygotsky, los adultos deben ayudar a dirigir y organizar el aprendizaje de un niño antes de que este pueda dominarlo e interiorizarlo. Esta orientación es más afectiva para ayudar a los niños a cruzar la zona de desarrollo proximal (ZDP), la brecha entre lo que ya son capaces de hacer y lo que aun no pueden lograr por si mismo. Los niños en la ZDP para una tarea particular casi pueden realizarla por si mismos, pero no del todo. No obstante, con el tipo correcto de orientación pueden realizarla con éxito. En el curso de la colaboración, la responsabilidad y supervisión del aprendizaje, gradualmente cambia el niño. La ZDP es la posibilidad de los individuos de aprender en el ambiente social, en la interacción con los demás. Nuestro conocimiento y la experiencia de los demás

es lo que posibilita el aprendizaje, por consiguiente, mientras más rica y frecuente sea la interacción con los demás, nuestro conocimiento será más rico y amplio. La ZDP, consecuentemente, esta determinada socialmente.

La ZDP consiste en la etapa de máxima potencialidad de aprendizaje con la ayuda de los demás, puede verse como una etapa de desarrollo del ser humano, donde esta la máxima posibilidad de aprendizaje. El nivel de desarrollo y aprendizaje que el individuo puede alcanzar con la ayuda, guía o colaboración de los adultos o de sus compañeros siempre será mayor que el nivel que pueda alcanzar por si solo; por lo tanto el desarrollo cognitivo completo requiere de la interacción social.

Herramientas Psicológicas, son el puente entre las funciones mentales inferiores y las superiores y, dentro de estas, el puente entre las habilidades interpsicológicas (sociales) y las intrapsicológicas (personales). Las herramientas psicológicas median nuestros pensamientos, sentimientos y conductas.

Tal vez la herramienta psicológica más importante es el lenguaje. El lenguaje es la herramienta que posibilita el cobrar conciencia de uno mismo y el ejercitar el control voluntario de nuestras acciones. Con el lenguaje ya tenemos la posibilidad de afirmar o de negar, en ese momento empezamos a ser distintos y diferentes de los objetos, y de los demás.

Mediación, cuando nacemos, solamente tenemos funciones mentales inferiores, las superiores no están desarrolladas. A través de la interacción con los demás, vamos aprendiendo y al ir aprendiendo vamos desarrollando nuestras funciones mentales superiores, algo completamente diferente de lo que recibimos genéticamente por herencia. Ahora bien, lo que aprendemos depende de las herramientas psicológicas que tenemos y, a su vez, las herramientas psicológicas dependen de la cultura en que vivimos. De esta manera, nuestros pensamientos y nuestras acciones están culturalmente mediadas. Para Vygotski la cultura es el determinante primario del desarrollo individual. Los seres humanos somos los únicos que creamos cultura y es en ella donde nos desarrollamos. A través de la cultura, los individuos adquieren el contenido de su pensamiento, más aún, la cultura es la que nos proporciona los medios para adquirir el conocimiento. La cultura nos dice qué pensar y cómo pensar,

nos da el conocimiento y la forma de construir ese conocimiento. Por esta razón, Vygotsky sostiene que el aprendizaje es mediado.

Erick Erickson

Erick Erickson (1902-1994) reconoció la aportación de Freud, considerando que no vio algunas dimensiones importantes del desarrollo humano. Incluye aspectos del desarrollo de la personalidad que Freud apenas había tocado o no enfatizado lo suficiente. Sostiene que en la infancia, los principales conflictos son provocados sólo en parte por la frustración de los instintos sexuales; muchos conflictos resultan del choque entre las necesidades y los deseos no sexuales de los niños y las expectativas y limitaciones impuestas por su cultura. Divide el ciclo vital en ocho etapas: cinco para cubrir los primeros 20 años de vida aproximadamente, y tres más para abarcar el resto de vida. Cada etapa presenta al individuo con una tarea principal para cumplir (Fadiman, 1939).

Erickson sostiene que las ocho etapas del ciclo vital son el resultado del principio epigenético. Este principio enuncia que el curso de desarrollo será programado genéticamente y que el despliegue maduracional sigue una secuencia con un patrón definido. También acepta el del superego, a través de la influencia del ambiente social y cultural, las necesidades deben satisfacerse en un escenario sociocultural. Las condiciones culturales, físicas y geográficas tienen una influencia tan profunda en el curso del desarrollo que toda la orientación de la gente, “lo que es valioso, ético y moral” es establecido por esas condiciones externas.

Una aportación importante de Erickson fueron las ocho etapas de desarrollo del ego; etapas que, si son encontradas y vividas exitosamente se agrega alto ego. Sin embargo, para este trabajo es importante enfatizar la cuarta etapa, *edad escolar* (laboriosidad contra inferioridad) y la quinta etapa, *adolescencia* (identidad contra confusión de papeles).

En la cuarta etapa las fantasías e ideas mágicas de la infancia deben ceder el paso a la tarea de prepararse para papeles aceptables en la sociedad. El niño se familiariza con el mundo de las “herramientas” en el hogar y la escuela. Los juegos continúan, pero se espera del niño el trabajo productivo y los logros reales. Se puede describir

al niño de esta edad como un aprendiz del arte de aprender las tareas de la edad adulta.

En la quinta etapa, Erickson afirma que la búsqueda de la identidad, aún cuando sea una preocupación siempre presente a lo largo de toda la vida, alcanza su punto crítico durante la adolescencia. Durante la adolescencia hay muchos cambios significativos en toda la persona, especialmente en el yo. La identidad se refiere a una integración de papeles, a la incapacidad de lograr un sentido de identidad, según Erickson la denomina *confusión de papeles*, es por esa razón que es de vital importancia que estas dos últimas etapas sean vividas exitosamente porque son un gran pilar en la formación del adolescente.

Albert Bandura

Albert Bandura (1925 – 1997) creador de la versión contemporánea de la teoría sociocognitiva, que en un principio se denominó teoría del aprendizaje social (Mischel, 1973 citado en Fernández, 2009).

Bandura menciona que los niños aprenden los roles de género mediante la socialización, proceso por el cual adquieren normas de conducta socialmente aceptadas en su cultura. Considera la identidad de género como resultado de un arreglo complejo de influencias personales y sociales que están en interacción. La forma en que un niño interpreta sus experiencias con los padres, maestros, pares e instituciones culturales desempeña una parte central.

El proceso de socialización empieza en la infancia, mucho antes de formarse la comprensión consciente del género. Conforme los niños empiezan a regular sus propias actividades, interiorizan las normas de conductas relacionadas con el género. El niño ya no necesita elogios, reprimendas o la presencia de un modelo para actuar con maneras socialmente apropiadas. Los niños se sienten bien consigo mismos cuando están a la altura de sus normas internas y se sienten mal si no lo hacen (Papalia, 1985).

En la propuesta de Bandura, el ambiente puede determinar el comportamiento de una persona, pero hay que tener en cuenta otros elementos. El comportamiento de una persona puede modificar el ambiente y los factores personales/cognitivos

pueden influir sobre el comportamiento de una persona y viceversa. Entre los factores personales/cognitivos se incluye la autoestima, la creencia de que uno es capaz de dominar una situación y obtener resultados positivos.

Bandura considera que el aprendizaje vicario o por observación es un aspecto fundamental de cómo aprende el ser humano. A través del aprendizaje vicario nos forjamos ideas sobre el comportamiento de otra persona y después podemos reproducir dichos comportamientos (Santrock, 2004 citado en Fernández, 2009).

Por ejemplo, un niño puede presenciar los estallidos agresivos de su padre y sus intercambios hostiles: cuando el niño este con sus compañeros de clase interactuará de forma agresiva, reproduciendo el comportamiento de sus padres.

La autorregulación (controlar nuestro propio comportamiento) es la otra piedra angular de la personalidad humana. En este caso Bandura sugiere tres pasos:

1.- Auto-observación. Nos vemos a nosotros mismos, nuestro comportamiento y recogemos pistas de ello.

2.- Juicio. Comparamos lo que vemos con un estándar. Por ejemplo, podemos comparar nuestros actos con otros tradicionalmente establecidos, como “reglas de etiqueta”; o bien podemos crear algunos nuevos, como “leeré un libro a la semana”. También podemos competir con otros, o con nosotros mismos.

3.- Auto-respuesta. Si hemos salido bien en la comparación con nuestro estándar, nos damos respuestas de recompensa a nosotros mismos. Si no salimos bien preparados, nos daremos auto – respuestas de castigo. Estas auto-respuestas pueden ir desde el extremo más obvio (decirnos algo malo o trabajar más tarde), hasta el otro más encubierto (sentimientos de orgullo o vergüenza).

Un concepto importante en la psicología, que podría entenderse con la autorregulación, es la autoestima. Si a través de los años, vemos que hemos actuado más o menos de acuerdo con nuestros estándares y hemos tenido una vida llena de recompensas y alabanzas personales, tendremos una autoestima alta. Si, de lo contrario, nos hemos visto siempre incapaces de alcanzar nuestros estándares castigándonos, tendremos una autoestima baja.

Lo mismo ocurre con el auto – castigo, Bandura ve tres resultados posibles del excesivo auto – castigo:

1. *Compensación*. Por ejemplo, un complejo de superioridad y delirios de grandeza
2. *Inactividad*. Apatía, aburrimiento, depresión.
3. *Escape*. Drogas y alcohol, fantasías televisivas o incluso el escape más radical como el suicidio.

1.4 Identidad del Adolescente

En la etapa de la adolescencia, Erickson se centró en el concepto de identidad abordándolo desde varios ángulos: la psicología, la sociología y la historia. Acuñó la frase *crisis de identidad* para referirse al estado mental en donde los adolescentes pierden su sentido de unidad y de continuidad, así como la convicción en su papel social. Describe la identidad como la transición de la niñez a la vida adulta, donde el adolescente debe abandonar la seguridad de la niñez para alcanzar y enfrentarse firmemente a la vida adulta; esta transición depende de la relación entre pasado y futuro y de la confiabilidad de aquellos que debe dejar y de aquellos que lo recibirán. Cualquier combinación de impulsos y defensas, de sublimaciones y capacidades que hayan surgido de la niñez de este adolescente, cobrarán sentido a la vista de sus oportunidades del trabajo y el amor, deberá detectar algún parecido significativo entre lo que ve en sí mismo y lo que su conciencia aguda le dice que los otros juzgan y esperan de él (Erickson, 1964, citado en Fadiman, 2002).

Erickson señala un tipo de identidad a la que se refiere como **identidad negativa**, comprende la conducta y las actitudes por la que el adolescente ha sido castigado o se ha sentido culpable. El sentido de identidad se forma con elementos positivos y

negativos, que comprenden aquello en lo que el adolescente quiere convertirse y aquello en lo que no quiere convertirse.

La falta de un sentido de una identidad sana se expresa como hostilidad hacia metas y valores de la sociedad, dicha hostilidad comprende cualquier aspecto de la sexualidad, nacionalidad, clase o ambiente familiar. Muchos adolescentes en conflicto preferirán ser alguien malo que un “don nadie”; así, la elección de la identidad negativa se basa en los papeles que se presentan como indeseables o peligrosos. Si el adolescente se siente incapaz de asumir papeles sociales positivos, los negativos serán más tangibles como: adicciones, tráfico de drogas, prostitución o cualquier modelo que represente el fracaso ante los ojos de su sociedad. (Fadiman, 1939).

La experiencia de vida de un adolescente esta conformada por una secuencia de sucesos que son particulares de una cultura, y que proveen las bases para asignar roles y recursos dentro de una sociedad. Cuando las identificaciones de los adolescentes, provenientes de su niñez y experiencias son inadecuadas, influyen de manera significativa en la elaboración de un proyecto de vida; así como en la decisión para elegir una carrera y comprometerse con una vocación.

La construcción o elaboración de un proyecto de vida forma parte de un proceso de maduración afectiva o intelectual, da la posibilidad de anticipar una situación, generalmente planteada en expresiones como “yo quisiera ser...” o “yo quisiera hacer...”; por lo tanto, requiere la construcción de una identidad sana. Fromm (1962), en su obra “El arte de amar”, hace referencia al “Arte de crecer” que supone la posibilidad de complementar tareas básicas como el ser capaz de orientar las acciones en función de determinados valores, aprender a actuar con responsabilidad, que implica hacerse cargo de las consecuencias de las propias decisiones, desarrollar actitudes de respeto que involucran el compartir y el aprender a aceptar las diferencias (Casullo, 1994). Estructurar proyectos sobre una base de desinformación resulta riesgoso, pues lleva al adolescente a enfrentar situaciones que le generan angustia y frustración.

Capítulo 2. Implicaciones sociales de los adolescentes adictos en México

Uno de los conflictos con mayor preocupación es el uso, abuso y adicción a las drogas, que ha modificado de manera sustancial las conductas y los comportamientos sociales de los habitantes de ésta, otras ciudades y localidades de nuestro país. Este problema se refiere, en lo general, a la compulsión por obtener lo que satisfaga alguna necesidad primaria o superflua, a través de la utilización de una sustancia natural o sintética; es decir, el uso indebido de dichas sustancias que al ser ingeridas por un individuo, logran cambios en su comportamiento que pueden ser benéficos o dañinos e incluso fatales.

El abuso de drogas, que tan graves problemas ha acarreado no sólo a los que los ingieren desmedidamente sino también a sus familias, a la economía, a la sociedad y en general a la humanidad, no es un fenómeno nuevo. (Berruecos, 2007).

2.1. Situación de las drogas en México

En las últimas décadas se han observado importantes transformaciones en la vida cotidiana debidas a la migración y a la dispersión geográfica de la población.

Diferentes fuentes de información (Medina Mora, 2007) señalan que el consumo de drogas en México va en aumento, y que este crece especialmente entre la población adolescente (Fleiz, Borges, Rojas, Benjet y Medina-Mora, 2007). En cuanto a la magnitud del problema se ha señalado (Velasco, 2002 citado en Berruecos, 2007) que las estadísticas mexicanas concernientes al consumo de drogas lícitas (tabaco, alcohol), e ilícitas (mariguana, inhalables, cocaína, heroína, sustancias sintéticas, etc.), indican que la edad de inicio es la que corresponde a los años en los que los adolescentes pasan en la secundaria y en la preparatoria.

En México las estadísticas al respecto de las drogas presentan sustanciales aumentos, los cuales son reportados por los diferentes organismos que estudian esta problemática como:

- La Encuesta Nacional de Adicciones de 2002. Destaca que en todo el país, 215, 634 adolescentes entre los 12 y 17 años han usado drogas; la edad de inicio es a los 14 años. La primera droga de uso, sin considerar el alcohol y el tabaco, es

la marihuana, seguida de los inhalables y, en tercer lugar, la cocaína. En el análisis por sexo, se observa que entre los adolescentes varones la marihuana ocupa el primer lugar, y los inhalables el segundo, seguidos por la cocaína y los estimulantes, en tanto que los alucinógenos ocupan el último lugar. En las mujeres, la marihuana ocupa el primer lugar, seguida por la cocaína y los estimulantes y por último los inhalables (Ortiz, Soriano, Galván y Meza, 2005).

- La información recopilada por la encuesta realizada en población escolar de enseñanza media y media superior del Distrito Federal da cuenta de que las sustancias de mayor consumo entre los adolescentes son la marihuana, seguida por los inhalables, por último los tranquilizantes y la cocaína. El análisis por sexo muestra que las drogas de mayor consumo entre las mujeres son los tranquilizantes, seguidos por la marihuana, los inhalables y las anfetaminas. Para los hombres el mayor consumo es la marihuana, inhalables, cocaína, anfetaminas y tranquilizantes.
- En los Centros de Integración Juvenil, de 4,676 casos que ingresaron a tratamiento en 2002, 30.5% reportó tener entre 15 y 19 años de edad y 21.8% entre 20 y 24 años. En ambos grupos el mayor consumo es para el nivel socioeconómico medio bajo. Las principales drogas de inicio, exceptuando alcohol y tabaco, son la marihuana, los inhalables, y la cocaína. La edad de inicio de la mayoría de los pacientes se ubica en el grupo entre los 10 y 14 años, seguido del grupo de entre 15 y 19 años de edad (Ortiz et al., 2005).
- De acuerdo con los resultados del último "Informe Individual sobre el Consumo de Drogas" Tendencias en el Área metropolitana No.45 (Noviembre, 2008), elaborado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, reporta que el mayor número de consumidores son los adolescentes de 15 a 19 años de edad, con un nivel socioeconómico medio y que tienen la secundaria incompleta o la están cursando. Las sustancias utilizadas para iniciar el consumo, excluyendo alcohol y tabaco, son los inhalables, marihuana, cocaína y sedantes por curiosidad e invitación.

De acuerdo a los diversos estudios relacionados con el uso, abuso y consumo de drogas en los adolescentes se observa que, como drogas lícitas, el alcohol es la sustancia de mayor uso seguido del tabaco (Fleiz et al., 2007). Los estudios revelan

que, al igual que en la población adulta, entre los adolescentes la sustancia de elección es el alcohol, con un consumo que asocia frecuentemente a la embriaguez.

La ingestión de bebidas alcohólicas continúa siendo un elemento importante en el paso hacia la edad adulta (Berruecos, 2007). La embriaguez está asociada a la armonía social más que a una conducta no inhibida o destructiva. La conducta del ebrio es afectada de manera sutil, pero bien definida por las diversas prácticas sociales, en las cuales las expectativas del grupo respecto de los efectos del alcohol desempeñan un papel decisivo.

También es importante señalar, en términos de persistencia y cambio, que las tradiciones, costumbres y formas de vida de un grupo, a pesar de un choque cultural, siguen entremezclando aspectos religiosos y rituales.

Berruecos, en 2007, señala que en la Encuesta Nacional de Adicciones del 2006 hay más de 32 millones de personas que consumen alcohol entre los 12 y los 65 años reportándose un incremento en zonas urbanas, sobretodo en la población adolescente.

En un estudio realizado por Fleiz et al. (2007) se señala que el alcohol es la sustancia de más uso y de menos variación por edad, sin embargo, es notorio que a partir de la adolescencia hay un crecimiento muy acelerado en su consumo, el cual se estabiliza después, poco antes de los 30 años de edad.

Las principales tendencias que el tabaquismo ha mostrado en México son una relativa estabilidad en la prevalencia, inicio a más temprana edad en el consumo de tabaco, mayor número de menores de edad que fuman y un incremento en la prevalencia en mujeres (Kuri, González, Hoy y Cortés, 2006). En el consumo de tabaco en adolescentes se identifican factores de exposición relacionados con el estilo de vida, tanto personal como de padres o de amigos, entre ellos la presencia de fumadores dentro del entorno sociofamiliar o a la menor dedicación de prácticas deportivas (Yamamoto et al., 2008). Respecto al inicio del consumo del tabaco en edades más tempranas, se relaciona con la venta de cigarrillos a menores de edad, a pesar de que se cuenta con una legislación que lo prohíbe, existe evidencia de la fácil accesibilidad del adolescente al producto (Kuri et al., 2006).

En lo que se refiere a las drogas ilícitas, se ha observado que la marihuana es la principal droga consumida en este grupo de edad y en ambos sexos, incluso el uso es tres veces mayor que el de la cocaína (Berruecos, 2007).

La cocaína ocupa el segundo lugar de importancia en ambos sexos, excepto entre los individuos de 12 a 17 años, que consumieron esa droga en proporciones similares a los inhalables.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe una disminución del consumo de drogas en países desarrollados y un aumento en países en vías de desarrollo; el impacto del problema es más alto en estos porque existen menos recursos de política social y de control social que permita lidiar con un problema mundial.

De 17 países encuestados, México ocupa el 11° lugar en lo que refiere al consumo de alcohol; sin embargo, comparado con el consumo de marihuana, existe una diferencia importante al estar en penúltimo lugar entre los países con incidencia del consumo de marihuana, por otro lado hay una gran prevalencia en el consumo de la cocaína. Sin contar a Estados Unidos, México se ubica en un segundo lugar en el consumo de dicha sustancia. (Medina-Mora, 2007).

En la relación que existe entre México y Estados Unidos la migración ha jugado un papel importante, constituye hoy en día uno de los fenómenos globales más complejos en el mundo; en este contexto, México representa uno de los principales expulsores de los migrantes. El proceso de migración tiene múltiples efectos e impacta en diversos ámbitos, lo que exige una serie de reajustes personales, familiares y comunitarios que, reflejados en la conducta, hábitos, valores, actitudes y perspectivas de vida, se deriva a veces en importantes problemas de salud pública, en los que destacando el consumo y abuso de drogas (Sánchez, Arellanez, Pérez y Rodríguez, 2006).

Las tendencias del uso de drogas en nuestro país en la última década muestran un importante crecimiento y complejización del fenómeno, especialmente en la parte norte y noroccidente donde el incremento de usuarios y la diversificación en el consumo de sustancias muestra la presencia de un patrón constante que parece expandirse a lo

largo del territorio nacional. Estos se aprecian en las tendencias que han mostrado algunas sustancias como la cocaína, la heroína, las metanfetaminas y el crack.

Durante el año 2001 se observó la asistencia de pacientes a tratamiento en Centros de Integración Juvenil en zonas donde habitualmente no existía consumo, como Puebla, Guanajuato, Michoacán, y Jalisco, entidades con alto índice de migración hacia los Estados Unidos. El retorno a nuestro país de los migrantes puede propiciar la aparición de nuevos tipos de sustancias y formas de consumo donde habitualmente no se presentaban. (Sánchez et al., 2006).

2.2. La escuela, familia y amigos relacionados en el consumo de drogas.

De acuerdo con los resultados de los diversos estudios realizados por las distintas instituciones que se preocupan por el consumo de drogas en nuestro país, podemos mencionar que existe un gran número de adolescentes en los grupos de edad de mayor riesgo para consumir drogas, que desertan de sus estudios o no continúan con ellos, principalmente después del ciclo básico, pues asistir a la escuela es un factor protector del consumo.

En estudios anteriores se ha observado que el consumo de drogas era 5 veces superior entre aquellos menores que habían abandonado los estudios, cuando se les comparaba con aquellos que estaban matriculados en la escuela (Vieyra, 2007). La mayor parte de los estudiantes no prueba las drogas y aquellos que lo hacen son en su mayoría experimentadores.

En un estudio hecho con adolescentes de 12 a 17 años (SS y CONADIC, 1999 citado en González y Rey, 2006) se halló un consumo más alto entre quienes no estudian que en los que sí lo hacen, por lo que es posible mencionar que la escuela puede ser un factor protector contra las adicciones. Si los adolescentes que no consumen drogas, a pesar de que estas estén disponibles en su entorno, representan la mayoría, un punto importante a investigar sería lo que están haciendo las familias, los educadores y la sociedad para evitar el consumo de las drogas.

Un estudio realizado por González y Rey (2006) señala que existen factores que protegen a las personas contra el uso de sustancias adictivas; tales factores pueden considerarse como una fuerza interna que las personas desarrollan para no

involucrarse en situaciones de riesgo que puedan afectar su salud física y mental. Dicha fuerza permite prevenirlas, es decir, las conduce, las prepara o las dispone para evitar un riesgo, y está asociada con la idea de prever, de conocer el daño y de anticiparse (Llanes, Castro y Margain, 2000 citado en González y Rey 2006).

Uno de los factores protectores consiste en la información que tienen las personas para saber y comprender las dificultades y trastornos que les pueden provocar el uso y abuso de las drogas. Los factores protectores pueden considerarse estilos de vida adquiridos en los grupos sociales, la familia, los amigos o la escuela entre otros; los que generan patrones conductuales sanos en los que los adolescentes pueden hacer uso de manera consiente o inconsciente.

La escuela es un factor protector importante, llega a favorecer el desarrollo de los individuos para que puedan lidiar con las vicisitudes a que los enfrenta la sociedad actual. En este marco los profesores, como modelos positivos, llegan a ser figuras relevantes para los niños y adolescentes. La escuela no debe ser ajena ni dejar de lado la satisfacción de necesidades que tienen los adolescentes en lo que información y apoyo se refiere (González y Rey, 2006).

Otro factor protector relevante es la resiliencia, que es la capacidad personal que tiene un individuo de proteger su propia integridad ante presiones amenazantes construyendo conductas positivas, en otras palabras que ante situaciones de alto riesgo los adolescentes adquieren confianza en lo que tienen, pueden y son.

Según Grotberg (1993, 1995) y Feldman (2001) citados en González y Rey (2006) mencionan que la resiliencia se refiere a la capacidad universal que permite a una persona, grupo o comunidad hacer frente a las adversidades de la vida, sobreponerse a sus efectos nocivos y salir de ellas fortalecidos o incluso transformados.

Por lo tanto, y de acuerdo a los resultados obtenidos por González y Rey en 2006, los adolescentes son conscientes de que llegan a influir decisivamente las relaciones humanas en la escuela, de manera que si se relacionan con consumidores, es posible que estos los lleven al consumo. Por otro lado, también reconocen la influencia de los verdaderos amigos, ya que aun siendo consumidores, los orientan para no hacerlo.

Los resultados del estudio realizado por Dorr, Gorostegui, Viani y Dorr en 2009 señalan que la percepción de consumidores respecto a la escuela es menos exigente que la de los no consumidores, y los consumidores transgreden las normas de disciplina y las relaciones con sus profesores son percibidas como regulares o malas. Así mismo, se concluye que la escuela es un importante agente protector de niños y adolescentes en riesgo social, lo que pareciera no ocurrir con los consumidores, o al menos ellos no lo perciben así. La mayoría presenta índices más altos de deserción, inasistencia a clases, repetición de cursos y percepción de escasas exigencias académicas y de que es posible trasgredir las normas de disciplina. En consecuencia no se relacionan bien con los profesores y sus calificaciones son significativamente inferiores a las de los no consumidores, sus expectativas de concluir la enseñanza media y estudios universitarios son inferiores.

Se ha demostrado que mientras más temprano sea el inicio del consumo de sustancias adictivas, más devastadores serán los efectos. El problema involucra a la escuela y a la familia, puesto que son los principales agentes formadores y protectores de los adolescentes; siendo el primero el más importante, por lo que es un factor de riesgo social para los adolescentes las familias disfuncionales, las familias con carencias económicas, las familias marginales y los padres ausentes. En suma, los padres sin las competencias necesarias para imponer normas, fijar límites, proteger y servir ellos mismos como referente de apoyo (Dorr et al., 2009).

Cuando un hijo es consumidor, la situación que preocupa a los padres es cuando presenta conductas sintomáticas en el hogar, descendiendo su rendimiento escolar sin causas aparentes, cambia su grupo de amigos y se aísla de la familia.

La familia se describe como el principal factor protector o de riesgo en adolescentes, ya sea por el consumo de sustancias o cualquier otra conducta disocial. De acuerdo con los resultados de Dorr et al. (2009) los no consumidores afirman que su familia influye en lo que piensan y que sus padres no harían nada o simplemente no saben como reaccionarían si los descubrieran consumiendo. Por otra parte, los padres de los consumidores han sido consumidores en comparación con los padres de los no consumidores. En términos de constituirse en un factor protector de consumo para sus hijos adolescentes, la mayoría de los padres de los consumidores no saben de las

actividades de sus hijos cuando no están en la escuela, ni se involucran en el proceso de enseñanza aprendizaje de sus hijos.

En el estudio realizado por Musitu, Jiménez y Murgui en 2007, donde se analizó el papel mediador de la autoestima en la relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de sustancias en adolescentes, se encontró que la autoestima tiene una función mediadora en la familia y sugiere que las características del funcionamiento familiar únicamente constituyen un factor explicativo distal del consumo de sustancias en la adolescencia. Es decir, las características positivas o negativas del funcionamiento familiar potencian o inhiben las autoevaluaciones positivas del adolescente en los distintos dominios relevantes de su vida (familia, escuela, sociabilidad y apariencia física), autoevaluaciones que son a su vez importantes productores del consumo de sustancias de los adolescentes. Las características del funcionamiento familiar, en términos de cohesión, adaptabilidad, expresividad y conflicto, influyen en el consumo de sustancias de los hijos, fundamentalmente, porque influyen previamente en sus autoevaluaciones o autoestima.

Otro grupo de protección o de riesgo importante es el grupo de pares. Considerado que estos grupos de referencia o de pertenencia pueden relacionarse tanto en la familia (el barrio, la calle en general) como con la escuela (los compañeros), no se hará una distinción especial para referirse a uno u otros grupos.

Sobre los grupos de pares, en el caso de los consumidores, más de la mitad de ellos afirma que sus amigos son quienes más influyen en la forma en que piensan, en comparación con los no consumidores que opinan de la misma manera. Los compañeros y amigos y amigos de los consumidores son percibidos como inherentes al consumo. Esta percepción se invierte en el caso de los no consumidores, en que la mayoría considera que el grupo trataría de disuadirlos del consumo. Por último cabría mencionar que la mayoría de los alumnos menciona que la marihuana les es proporcionada por personas que son amigos y conocidos (Dorr et al., 2009).

En relación con el consumo de marihuana se podría decir que las representaciones de los adolescentes en particular, y la sociedad en general, influyen en la decisión. La percepción de ausencia de daño en el consumo, en la cual se suma un aura de “buena

onda” que facilita la inclusión y la aceptación en grupos, la cual resulta tan difícil para los adolescentes.

De acuerdo con lo anterior la familia, la escuela y el grupo social juegan un papel sumamente importante frente a este tipo de conductas, puesto que pueden representar un factor protector o bien un factor de riesgo.

2.3 La sexualidad en los adolescentes usuarios de drogas.

La sexualidad puede abarcar un campo de expresión de intereses para diversos grupos, entre ellos la de los adolescentes. Si se considerara que estos adolescentes son usuarios de alcohol y drogas, la relación adolescencia y sexualidad presenta una mayor complejidad.

Suele afirmarse que los adolescentes usuarios de alcohol y de drogas inician su vida sexual sin protección y motivados más por factores externos y ajenos a ellos que por decisión personal, situación que los vuelve más proclives a contraer diversas infecciones de transmisión sexual, incluyendo el SIDA y a dar origen a embarazos no deseados (Aguilera, Romero, Domínguez y Lara, 2004).

En cuanto a su conducta sexual como consumidores y en comparación con sus pares de la población general, la edad de su iniciación sexual es un poco más temprana. Algunas veces aunada a historias de abuso y violencia sexual, violencia física y consumo de alcohol y drogas.

Aguilera et al. (2006) refiere que de acuerdo a los resultados de una medición hecha en México en el año 2000 respecto a la sexualidad y consumo de drogas, los adolescentes que se encuentran en secundaria y preparatoria han tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y otras drogas.

La relación entre sexualidad como conducta de riesgo y el consumo de drogas se ha enriquecido con aproximaciones sociológicas y antropológicas que explican por qué el conocimiento sobre determinada conducta de riesgo no es suficiente para dejar de repetirla. La relación entre la subjetividad de los actores, las normas sociales y el contexto sociocultural y político evidencian la importancia del contexto social y cultural en el que se da la conducta de riesgo, para poder entender los obstáculos ante el cambio de la conducta individual en adolescentes adictos (Rhodes, 1996 citado en Aguilera et al., 2004).

La vivencia subjetiva es distinta en varones y mujeres por la construcción cultural de la diferencia sexual; de los cambios físicos y biológicos vividos a raíz de la pubertad se explica que en la adolescencia aparecen los primeros síntomas de depresión. La sexualidad se da de manera diferencial en los varones y en las mujeres en esta etapa de la vida, los contactos sexuales son de tipo exploratorio y cumplen una función de conocimiento de sí mismo y socialización con personas del sexo opuesto, la muestra de afecto y placer se ve perturbada por el consumo de drogas, lo que dificulta el establecer contacto con los sentimientos y las sensaciones propias y en ocasiones la definición de su identidad de género y la de su orientación sexual (Aguilera et al., 2004).

Capítulo 3.- Instituciones de atención, prevención, tratamiento, y rehabilitación de adicciones

El abuso crónico de sustancias adictivas es considerado como un problema de salud pública debido a la gravedad de sus consecuencias (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005); De acuerdo con la problemática actual del abuso de sustancias, se requiere de los recursos de los servicios médicos que abarcan los niveles de salud pública, legislación, y formación de recursos humanos e investigación y una estrategia de coordinación de los diversos sectores implicados en la prevención primaria, en la detección y atención oportuna de casos, así como la rehabilitación. En virtud de lo anterior, diversas instituciones de los sectores público y privado se han evocado a implementar programas y acciones en sus diferentes ámbitos de competencia (Fernández, 2009).

3.1 Sector público:

La transición demográfica, socioeconómica y cultural que se ha gestado en nuestro país referente al uso y abuso de drogas, tanto legales como ilegales, o bien, médicas utilizadas sin prescripción, se fue convirtiendo en un problema emergente de salud. Esto fue incluido en 1997 entre las prioridades de atención por el daño directo que ocasionan en la salud individual, familiar y social.

En nuestro país surgieron instituciones y programas gubernamentales, así como algunos organismos privados que atendieron los problemas de adicciones desde finales de los años 60's. De ahí el surgimiento de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, convirtiéndose luego en el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, que después daría origen al Instituto Mexicano de Psiquiatría, transformado en el actual Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. El Programa de Atención de la Farmacodependencia (ADEFAR) de la Procuraduría General (PGR), y los esfuerzos de la Secretaría de Educación Pública (SEP) para incidir en la prevención del consumo de drogas fueron de suma importancia. La Ley General de Salud, reconoció el problema de las adicciones como un asunto de salubridad general por primera vez en 1984 y dentro del Programa Nacional de Salud 1983 – 1988 se estructuró el primer Programa Contra las Adicciones, dando lugar a la creación del Consejo Nacional

contra las Adicciones (CONADIC) en 1986. En esa época se establecieron los Programas Nacionales para el control de drogas coordinados por la Procuraduría General de la República (PGR).

Los Programas Nacionales se establecieron para mejorar la atención de las adicciones desde la investigación, la prevención, la formación de recursos humanos, el tratamiento y la reinserción social, con una participación de las organizaciones, de la sociedad civil, grupos de ayuda mutua, grupos sociales, empresariales, y dependencias estatales y del gobierno federal.

Instituciones del sector público que además de brindar servicios especializados para atención al usuario, como el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, realiza diversos estudios relacionados a esta problemática y presenta resultados semestralmente de encuestas poblacionales, a través del Sistema de Reporte de Información sobre Drogas (SRID), donde muestra un amplio panorama de las variables importantes implicadas de este fenómeno, tales como las tendencias del consumo, sustancias empleadas, perfil del usuario, problemas asociados al consumo, grupos de riesgo, entre otras. La Dirección General de Epidemiología (DGEPI), encargada de la vigilancia epidemiológica, a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) que permite la identificación de las características de las personas con adicción a sustancias lícitas o ilícitas, patrones de consumo y vinculación con áreas geográficas; éstos organismos son sumamente importantes a nivel de Investigación, pues con su trabajo y participación permiten desarrollar acciones de salud dentro de los Programas Nacionales.

Adicionalmente a los servicios de atención de organismos como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), se llevan a cabo acciones de información, promoción y difusión de los efectos producidos por el uso y abuso de sustancias tóxicas, que van dirigidas tanto a usuarios y familiares que acuden a éstas instituciones para recibir atención, como al personal médico, paramédico, operativo y administrativo que laboran dentro de ellas, cubriendo así el nivel de prevención y concientización.

Por otro lado, organizaciones que se consideran parte de este sector, como lo son el CONADIC, los Centros de Integración Juvenil (CIJ), Alcohólicos Anónimos, brindan diversos programas que abordan la prevención, pero que su principal tarea es brindar tratamiento y rehabilitación a los usuarios de sustancias tóxicas de acuerdo a sus propios programas que son parte de una Estrategia Nacional.

La tendencia al incremento en el consumo de diversas drogas ha generado una creciente demanda de servicios especializados para su atención. Por esta razón el Gobierno Federal, mediante la Secretaría de Salud, presenta una Estrategia Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones dentro del Programa de Acción Específica 2007 – 2012 a través de la CONADIC, que impulsa políticas claras para brindar una atención oportuna y de alta calidad para todos los sectores de la población, a fin de privilegiar la prevención de enfermedades y promover estilos de vida saludables. También se basa en la atención a grupos de riesgo y está enfocado para el abordaje de problemas de salud relacionados con el consumo de drogas.

Programa de Acción Específica 2007 – 2012, Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Consejo Nacional contra las Adicciones- CONADIC. <http://conadic.salud.gob.mx/interior/programas.html>

Programa de Acción para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones – CONADIC.

El programa de acción para la prevención y el tratamiento de las adicciones está basado en el modelo socio – ecológico de la salud, que busca construir una resiliencia universal para el uso de todo tipo de drogas, e incorpora tres grupos de factores explicativos de los determinantes de la salud: la conducta personal, el ambiente externo (físico y social) y los factores genéticos ya adquiridos por el individuo.

Este programa comprende, no solo el uso y el abuso de drogas, sino también el consumo de alcohol y tabaco. Tiene por prioridad la ejecución de acciones de prevención y promoción de la salud dirigida a la población general; acciones para llevar a cabo el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno a grupos de riesgo; acciones para enfrentar las consecuencias por el uso de drogas, así como para la rehabilitación y prevención de recaídas en ex usuarios respetando especificidad de intervenciones para cada tipo de drogas. Todas las acciones de este programa giran en torno de tres direcciones: la prevención, el control y el tratamiento de las

adicciones, coordinados con órganos colegiados homólogos denominados Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA) y Consejos Municipales Contra las Adicciones (COMCA) para llevar a cabo dichas acciones que concretan la voluntad y el compromiso de los gobiernos federales y estatales, así como el trabajo de diversas organizaciones sociales para contribuir a esta lucha mediante esta Estrategia Nacional.

La estructura actual del CONADIC es insuficiente para llevar a cabo este programa, tomando en cuenta las dimensiones del fenómeno de las adicciones en nuestro país; por lo que para optimizar su operación se requiere de una estructura gerencial a nivel federal que le permita continuar removiendo la prevención y la atención de las adicciones en coordinación con los sectores públicos social y privado. Derivado de ello se pone en marcha la creación de una red de 310 UNEMES Centros “Nueva Vida”, que operaran en puntos estratégicos del país, para ampliar sustancialmente la disponibilidad de servicios preventivos, de tratamiento y rehabilitación para asistir a las personas que más lo necesitan procurando así mejorar las condiciones de salud, brindar servicios seguros y de calidad evitando un mayor empobrecimiento de la población y garantizar que la salud contribuya al combate de la pobreza y al desarrollo social del país. La creación de estos centros tienen como fin incrementar la disponibilidad y satisfacer la demanda de servicios con mayor calidad y calidez.

Centro de Integración Juvenil (CIJ)

El Centro de Integración Juvenil (CIJ), con sus 101 unidades operativas, brinda a la población diversos programas de prevención sobre el uso de drogas y de atención terapéutica y rehabilitatoria.

El programa curativo del CIJ ofrece atención a las personas usuarias y adictas a las drogas mediante servicios de consulta externa y hospitalización; el tratamiento es realizado *por profesionales en adicciones, que incluyen médicos generales, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.*

El objetivo principal del tratamiento, dentro de este centro, es la reducción o eliminación del uso de drogas, así como identificar otros trastornos físicos y mentales y de localizar y tratar las relaciones familiares para reintegrar al usuario a una vida productiva.

El programa del CIJ consiste en pláticas, círculos de lectura y cursos de información, orientación y capacitación que van dirigidos a niños, adolescentes y adultos. Las sesiones son impartidas dentro de la escuela, la familia y la comunidad en general; dentro de estas pláticas, se explica de manera clara y sencilla los factores de riesgo y de protección del consumo de drogas acentuando estos últimos. De esta manera, los niños y los jóvenes podrán identificar que, si cuentan con buena autoestima, mayor asertividad, un adecuado apego escolar, buen manejo y control de estrés y un desarrollo correcto de habilidades sociales, se pueden mantener lejos de las drogas.

El programa de atención curativa de estos centros pretende ubicar al adicto dentro de su contexto personal, familiar, cultural y social y brindarle el tratamiento adecuado de acuerdo con sus características específicas incluyendo: servicio ambulatorio a través de la Consulta Externa en las Unidades Operativas, servicio de hospitalización mediante Unidades de Internamiento (comunidad terapéutica), clínicas de atención Heroinómanos (método sustitutivo) para impulsar la rehabilitación y la reinserción social.

Estos servicios son proporcionados por profesionales de la salud mental, es decir, médicos generales, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. Tienen por objetivo reducir o suprimir el uso de sustancias tóxicas, incluyendo alcohol y tabaco, impedir la evolución de la enfermedad adictiva e identificar y tratar los padecimientos asociados, aplicando modelos que resulten efectivos desde las perspectivas epidemiológicas de rehabilitación y reinserción social.

Alcohólicos Anónimos (AA):

Alcohólicos Anónimos es una agrupación formada por alcohólicos recuperados que se ayudan unos a otros a mantener su sobriedad y que comparten libremente las experiencias de su sanación con otros hombres y mujeres que también tienen problemas con el consumo de alcohol. Está orientada a la recuperación personal y la

sobriedad continua de cada alcoholico que llegué a la agrupación en busca de ayuda. Alcohólicos Anónimos no realiza ningún tipo de trabajo en el campo de la investigación, educación o propaganda al respecto del alcoholismo, ni ofrece tratamientos médicos, psicológicos o psiquiátricos.

El Programa de Recuperación propuesto por Alcohólicos Anónimos consiste en “doce pasos” creados para la recuperación del alcoholismo, tomando como base la aceptación por el usuario de su incapacidad para controlar su manera de beber, la realización de un análisis de personalidad, efectuar un reajuste de las relaciones interpersonales considerando necesaria la dependencia de un “ser superior”, respetando creencias y, la realización de tareas para ayudar a otros, de esta manera se muestra su gratitud a la agrupación.

Como parte de su tratamiento en alcohólicos anónimos se manejan dos tipos de juntas: *juntas abiertas* donde asiste cualquier miembro de la comunidad, usuario del alcohol o no, tratándose temas de información referentes a la organización; *juntas cerradas*, que están limitadas a los miembros del grupo con el propósito de dar a estos la oportunidad de exponer su problemática con otros usuarios de alcohol. Ambos tipos de juntas se llevan a cabo para la rehabilitación con una duración de una hora y media, sin requisitos ni cuotas de recuperación.

3.2 Sector Privado

Al trabajo que realizan las instancias del sector público se suma el esfuerzo del sector privado en un esquema que posibilitará generar la sinergia necesaria para instrumentar de manera eficaz los planes y programas en nuestro país. Se refieren a clínicas privadas, muchas de ellas operan heterogéneamente y de manera desarticulada, poniendo en práctica sus propios programas de tratamiento y rehabilitación.

OCEÁNICA

El programa de tratamiento de Oceánica consiste en un internamiento generalmente de 5 semanas que inicia con un programa de desintoxicación, estabilización y

posteriormente una valoración multidisciplinaria que permite tener un tratamiento individualizado y confidencial a través de terapia grupal, sesiones individuales, talleres, conferencias, terapia racional emotiva, grupo de autoayuda, seguimiento psicológico y psiquiátrico y actividades recreativas.

Proporciona también un *programa familiar* que provee educación y apoyo a los miembros de la familia y tiene como objetivo el entendimiento de la enfermedad, la liberación del sentimiento de culpa y la toma de responsabilidades de la propia recuperación.

Es un programa educativo-vivencial, las actividades se realizan mediante conferencias informativas, talleres vivenciales, videos y dinámicas de grupo. Se trabaja con terapia de grupo para restablecer una comunicación directa entre familiar y paciente.

El plan de tratamiento individualizado que elabora Oceánica contempla el *cuidado continuo*, lo conforman: grupos terapéuticos semanales, programa de reforzamiento y asistencia en crisis.

Las semanas de *reforzamiento* representan una revisión del proceso de recuperación personal para identificar factores de riesgo de recaída, reafirmar los conocimientos adquiridos por el usuario y desarrollar nuevas estrategias de apoyo y soporte acordes a la dinámica de vida cotidiana que exige cambios y reajustes en el comportamiento de la persona en recuperación.

Hacienda del Lago

La Hacienda del Lago es una organización que a través de programas de tratamiento diseñados a maximizar el potencial de recuperación para cada paciente en rehabilitación, se esfuerza en proveer los servicios más apropiados y de la más alta calidad, que puedan cumplir las necesidades de los pacientes con problemas de adicción a sustancias tóxicas ubicado en Ajijic, Jalisco.

Cuenta con programas terapéuticos para una pronta recuperación, con instalaciones independientes creadas en un ambiente natural y áreas para actividades físico-terapéuticas con la intención de un restablecimiento bien planeado.

Brinda programas personalizados con una duración que oscila entre 30 días de internamiento para su tratamiento. Una vez concluida dicha rehabilitación, los pacientes son canalizados a grupos de ex alumnos y personas en recuperación en su lugar de origen.

El programa personalizado que ofrece esta organización incluye: valoración y diagnóstico, cuidado médico, desintoxicación, medicamentos, análisis clínicos, conferencias médicas educativas, plan de cuidado continuo, material didáctico, cuidado terapéutico, grupo primario, terapia individual, terapia grupal, terapia familiar, alojamiento y comida durante la estancia del paciente y son proporcionados por profesionales especializados.

Clínica SER

Es una Clínica para el tratamiento de adicciones ubicada en la ciudad de Puebla, México. Su programa de tratamiento está sustentado en el Modelo de atención de Minnesota que utiliza las siguientes prácticas terapéuticas: Programa de los 12 pasos, Terapia Cognitivo Conductual, entrevistas motivacionales y Arte Terapia.

Cuenta con un equipo de profesionales experto en el tratamiento de adicciones, e instalaciones de primer nivel, que en conjunto ayudan a la recuperación física, emocional y espiritual de la persona.

Su Plan de Tratamiento consta de diferentes etapas: estabilizar al paciente, elaboración de un plan individualizado de tratamiento, apoyo clínico desde varias especialidades y disciplinas en el área de la salud mental, física y espiritual, y programa de atención continua con absoluta confidencialidad.

Considera tres etapas de tratamiento: *desintoxicación*, que estabiliza al paciente, es en esta fase donde se realizan exámenes físicos, de laboratorio y electrocardiogramas; *rehabilitación*, donde se elabora el plan a seguir de tratamiento individualizado, que incluye terapia individual, terapia grupal, terapia familiar, atención y tratamiento de salud mental, medicación, orientación espiritual, grupo de auto ayuda de doce pasos, educación física y yoga, arte terapia, alimentación balanceada y un programa familiar; y finalmente el *tratamiento continuo*, que proporciona atención externa con el fin de fortalecer la abstinencia de los pacientes.

Al concluir las etapas de tratamiento, el paciente y su familia pueden acudir a la clínica para incorporarse a grupos de ayuda mutua, así como a sesiones de prevención, mantenimiento y seguimiento, con el fin de evitar recaídas y continuar fortaleciendo su recuperación.

3.3 Tipos de Tratamientos

Dentro de las instituciones, tanto del sector público como del sector privado, para la rehabilitación y tratamiento en las adicciones se ofrecen diversos tipos de tratamiento que se basan en la terapia de grupo y/o en los grupos de autoayuda. En virtud de lo anterior, es importante mencionar la diferencia entre ambos y su eficacia como tratamiento en las adicciones.

Grupos de Autoayuda:

Los grupos de autoayuda son organizaciones voluntarias de miembros que comparten experiencias en común sobre alguna patología, con independencia de un control profesional y que presenta ventajas claras para sus miembros. Los grupos de autoayuda se definen como: grupos auto determinantes cuyos miembros comparten una preocupación común sobre su salud y se brindan unos a otros apoyo emocional y ayuda material, de forma gratuita o cobrando una pequeña suma como membresía, y que valoran, sobre todo, el conocimiento experimental en la creencia que ello provee de un entendimiento especial de la situación. Además de proporcionar apoyo mutuo para sus miembros, estos grupos pueden preocuparse de brindar a sus comunidades información, educación, ayuda material y apoyo social (Montaño, 2009).

Existen los grupos de autoayuda y los grupos de apoyo y es importante conocer la diferencia entre ambos; el grupo de apoyo, significa un grupo en el cual la responsabilidad última del manejo del grupo no es de los integrantes sino del profesional; que los apoya, y los grupos de autoayuda son en teoría, propiedad de sus miembros e independientes de control profesional; sin embargo esto no significa que

no tengan relación con ellos, por el contrario los grupos de autoayuda exitosos trabajan en cercana colaboración con profesionales relacionados. (Montaño, 2009).

Terapia de Grupo:

En las actividades preventivas con la población general o con grupos de edades o instituciones específicos, se trabaja con personas aparentemente normales, sin un cuadro patológico propiamente dicho, sino únicamente con la presencia de inmadureces o estancamientos en algunas áreas de la personalidad, que les impiden el pleno desenvolvimiento de sus potencialidades o que interfieren con sus relaciones humanas, su productividad o su sentimiento de bienestar en la vida. En este caso, la psicoterapia preventivo-promocional no tiene que curar un trastorno o reducir una sintomatología, sino única y específicamente facilitar el proceso madurativo y la eliminación de aquellos que interfieren en el mejor desarrollo de su personalidad.

Así mismo, se podría conceptualizar la psicoterapia preventiva grupal como un procedimiento de corto plazo para grupos medianos y grandes de personas dentro de lo normal, la cual esta diseñada para ayudar a las personas aparentemente normales que integran la mayor parte de la población; es decir, que clínicamente son personas que no presentan una sintomatología como para incluirse en un rubro de la clasificación nosológica. Dentro de ese grupo se presentaran pequeños desajustes y alteraciones del carácter que interfieren con su productividad, sus relaciones humanas y su satisfacción de vivir; estas interferencias se superarán con la psicoterapia preventiva grupal, al mismo tiempo que la personalidad crece.

Con estas técnicas, todos los participantes obtienen un provecho: este será mayor para los adolescentes que tienen un alto grado de adicción, pero aún los que tienen alteraciones discretas obtendrán un claro beneficio.

Sin embargo, los que no podrán ser aceptados en la psicoterapia preventiva, son las personas con una patología bien definida, pues no recibirán mucho beneficio y en cambio interferirán con el proceso de los demás.

3.4 Diferencias entre los grupos de autoayuda y la terapia de grupo como tratamientos para las adicciones:

Los grupos de autoayuda y la terapia de grupo son distintos aunque se parecen en algunos aspectos; los grupos de autoayuda no son excluyentes, sino complementarios, no son directivos, ni los dirigen un profesional, además no se requiere supervisión. La terapia de grupo es guiada por un profesional es directiva y requiere supervisión (Blanco, 2002).

Los grupos de autoayuda pueden ser útiles en la búsqueda de una solución a un problema en particular, pueden facilitar la disminución del malestar psicológico al compartir la problemática con otras personas. Dentro de estos grupos algunos individuos sirven de estímulo positivo a otros, y todos se ven beneficiados por esta dinámica, desempeñando diversos papeles que pueden ser didácticos, altruistas y activos con los otros miembros; sin embargo, pueden ejercer el efecto contrario en un momento dado si no existe supervisión de un profesional (Montaño, 2009).

Los grupos de autoayuda pueden servir para transmitir información, pero si no hay un profesional que los supervise, esta información puede no ser correcta y perjudicar a los miembros del grupo.

3.5 Eficacia de los diferentes tipos de tratamientos:

La eficacia de los tratamientos radica en la fundamentación teórica e implementación de técnicas, así como de la calidad de los servicios aunada al personal especializado que los proporciona y el grupo poblacional al que va dirigido.

Se piensa que el programa que siguen los grupos de autoayuda no siempre son efectivos con todos los miembros que lo conforman, pues dependiendo del grado de la adicción pueden requerir tratamientos supervisados por un profesional. Por lo que en función de las necesidades, se recomienda acudir a instituciones tanto del sector público como del sector privado que brinden esta atención.

Los grupos de autoayuda tipo AA han resultado de mucha efectividad para personas que tienen desconfianza o que son escépticos de modelos tradicionales de atención psicológica, por lo que se ha visto que personas que no han podido controlar su forma de beber tienen como una posible alternativa para su rehabilitación los grupos AA. La dinámica grupal se da entre iguales, no existen aparentemente jerarquías de tipo académico de conocimiento del problema (alcoholismo) y mucha gente se rehabilita

contra su condición de beber por lo que Bandura llama el aprendizaje vicario. Si se tratara de encuadrar dentro de una corriente terapéutica estaríamos frente a las terapias de choque.

Grupos tipo oceánica, – son grupos de desintoxicación, de orientación familiar y de reinserción social, generalmente para personas con solvencia económica. El plan de tratamiento individualizado que elabora Oceánica contempla el *cuidado continuo*, lo conforman: grupos terapéuticos semanales, programa de reforzamiento y asistencia en crisis.

Las semanas de *reforzamiento* representan una revisión del proceso de recuperación personal, para identificar factores de riesgo de recaída, reafirmar los conocimientos adquiridos por el usuario y desarrollar nuevas estrategias de apoyo y soporte acordes a la dinámica de vida cotidiana que exige cambios y reajustes en el comportamiento de la persona en recuperación. Cuenta con programas terapéuticos para una pronta recuperación, con instalaciones independientes creadas en un ambiente natural y áreas para actividades físico-terapéuticas, para un restablecimiento bien planeado.

Brinda programas personalizados con una duración que oscila entre 30 días de internamiento para su tratamiento. Una vez concluida dicha rehabilitación, los pacientes son canalizados a grupos de ex-alumnos y personas en recuperación en su lugar de origen.

Desafortunadamente estos grupos están dirigidos a ciertos sectores de la población, ya que los costos son demasiado elevados, y muchas veces no llegan a tener el impacto social necesario.

Es importante recordar que en el consumo de drogas existen diversos factores, entre ellos el económico, es por ello las instituciones privadas muchas veces no resultan una opción para el adicto.

Capítulo 4.- Programa de intervención para adolescentes adictos

El abuso crónico de sustancias adictivas es un problema de salud debido, no sólo a la gravedad de sus consecuencias, sino al incremento en el consumo en poblaciones más jóvenes (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz y Ayala, 2008). Resulta importante para nuestra sociedad desarrollar modelos de intervención que permitan generar mecanismos eficientes para dar solución a este fenómeno.

En la actualidad el inicio de consumo de las sustancias adictivas se ubica en edades cada vez más tempranas. De ahí surge el interés de estudiar a este sector de la población y dilucidar cuales son los factores que los llevan al uso de drogas. Por esta razón es de suma importancia analizar el consumo de sustancias en esta etapa del desarrollo que es la adolescencia.

Las condiciones culturales, físicas y geográficas tienen una influencia profunda en el curso del desarrollo. Entre los factores personales/cognitivos se incluye la autoestima, la creencia de que uno es capaz de dominar una situación y obtener así resultados positivos.

Bandura, en su propuesta, menciona que uno de los resultados del excesivo auto-castigo es el *escape* y lo relaciona con el uso de drogas y alcohol. La posibilidad de los individuos de aprender en el ambiente social, en la interacción con los demás, aplicando el conocimiento y la experiencia de los demás posibilita el aprendizaje. Por consiguiente, mientras más rica y frecuente sea la interacción con los otros, el conocimiento será más amplio, siendo estas las herramientas psicológicas que median los pensamientos, sentimientos y conductas.

Los informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud indican que alrededor de 70 millones de personas en el mundo tienen dependencia a alguna droga (Barragán et al., 2005), México está situado entre los primeros países con mayor índice de consumo en adolescentes. Las tendencias observadas en los últimos años muestran, no solo un aumento en su magnitud, sino además un posible cambio en los patrones de consumo. En este sentido,

la dependencia a sustancias adictivas favorece a un sinnúmero de consecuencias severas e incluso afecta de manera negativa la calidad de vida de quien las consume; por ésta razón se requiere de la creación de modelos de intervención para adolescentes adictos, puesto que la mayoría de los ya existentes están limitados al apoyo de desintoxicación, o en su defecto los costos son elevados y poco accesibles a la mayoría de la población afectada por esta problemática.

La teoría del aprendizaje postula el moldeamiento de conductas como factor crítico y determinante próximo del consumo; éste varía en función de la historia previa a la administración de drogas, de los factores situacionales y del tipo de interacción con los compañeros de consumo. Esta teoría propone, como factores asociados con recaídas en los consumidores crónicos, el grado de control y capacidad que se percibe frente a otros (autoeficacia), las situaciones o sucesos cotidianos asociados con el consumo (precipitadotes), la accesibilidad a las sustancia y las restricciones situacionales específicas, y los déficits en la capacidad de rehusarse al consumo ante la presión social, en las actitudes de solución de problemas, las sociales y las recreativas, y en la de modificación de expectativas frente a los efectos de la sustancia de consumo (Barragán et al., 2005).

Desde esta perspectiva es importante restringir el acceso a la sustancia y ofrecer actividades alternativas reforzantes y disponibles que puedan competir con el consumo.

Intervención:

Esta propuesta de intervención esta formada por tres etapas: una de admisión, otra de evaluación y una última de intervención.

Etapa 1.- Admisión:

A través de una entrevista estructurada se evaluarán los criterios de inclusión para así obtener información sobre un panorama general sobre la familia, las necesidades individuales y la identificación de roles poniendo principal atención en conductas que se puedan considerar problemáticas y puedan interferir en el

tratamiento, a su vez se realizará una carta compromiso firmada por cada individuo para el cumplimiento de los objetivos.

Etapa 2.- Evaluación:

Uno de los conflictos con mayor preocupación es el uso y abuso a las drogas, problema que se refiere en lo general a la compulsión por obtener alguna sustancia natural o sintética que a su vez logra cambios en su comportamiento y que puede ser benéfico, dañino e incluso fatal.

El uso de drogas ha acarreado problemas, no solo a los que lo ingieren, sino también a sus familias, la economía, a la sociedad y en general a la humanidad.

Ante esta problemática se realizará una evaluación que permita a los individuos otorgarnos un patrón de consumo y así lograr una intervención con un alto grado de eficacia.

Se utilizaran dos escalas, la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y el Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)

ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (EDA)

Fue elaborada por Horn, Skinner, Wanberg y Foster en 1998 (Barragán et al., 2005). Es un cuestionario de 25 reactivos que evalúa y discrimina diferentes grados de dependencia en el consumo de alcohol, sus criterios son: *no hay dependencia, baja, moderada, media y severa*. Se adaptó a la población Mexicana en 1998 y se ha utilizado en algunas investigaciones, mostrando sensibilidad para seleccionar usuarios con dependencia baja o moderada al alcohol.

CUESTIONARIO DE ABUSO DE DROGAS (CAD)

Fue elaborado por Skinner en 1982 y adaptado a la población mexicana por De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez y Ayala en 2001. Consta de 20 reactivos, mide la percepción de consecuencias y nivel de involucramiento en el consumo.

Etapa 3.- Intervención:

El curso-taller está dirigido a adolescentes adictos de edades entre 15 y 19 años y sexo indistinto y que consideren tener una dependencia media o severa al alcohol y/o sustancial o severa a otras drogas. El curso- taller tendrá una duración de 9 sesiones de dos horas cada uno.

Será un espacio en el cual se fortalecerá la autoestima y a su vez se proporcionaran herramientas para la toma de decisiones. También se enriquecerá la asertividad, las relaciones interpersonales y habilidades sociales logrando así completar metas y objetivos que permitan una adaptación saludable a la situación.

Con un enfoque cognitivo – conductual se llevará a cabo el curso – taller donde se emplearán diferentes materiales educativos y de apoyo para cada sesión del mismo, así como formatos de evaluación de las mismas, para que los participantes reporten sus opiniones sobre cada sesión. El profesional conversará francamente sobre la problemática de su adicción y los métodos que se utilizarán para cada caso en particular; proporcionará contención emocional y facilitará la construcción de nuevas alternativas.

Objetivo general

A través de un programa de intervención, el adicto modificará el uso y abuso de drogas, mejorando las esferas empobrecidas, mediante un curso- taller que ofrecerá modificaciones en su forma de consumo, brindando soluciones a través de la empatía y el apoyo; de esta manera, desarrollará habilidades sociales para una adaptación saludable.

Objetivos específicos:

Evaluación:

- Identificar y medir las esferas familiares, escolares y de amistad mediante un cuestionario.

Intervención

- Fortalecerá la autoestima, autoconocimiento, autovaloración
- Proporcionará herramientas para la toma de decisiones.
- Enriquecerá el clima afectivo en la familia.
- Desarrollará habilidades sociales

Objetivos terminales:

Mediante una autoevaluación realizada al final del curso-taller el adicto:

- Contará con herramientas para la solución de problemas
- Habrá mejorado la forma en comunicarse con los otros
- Habrá modificado su forma de consumo.

Curso – Taller para adolescentes adictos

Sesión	Tema	Objetivos	Actividades	Material
Primera	Admisión	1. Identificación del consumo	1. Entrevista Semiestructurada 2. Aplicación de cuestionarios EDA y CAD - IV	1. Cuestionarios previamente impresos y lápices.
Segunda	Introducción al tema de las adicciones	1. Mencionará las características del taller 2. Establecer lineamientos del trabajo 3. Introducirá al adolescente a la dinámica que vive un adicto	1. Introducción al tema 2. Lluvia de ideas 3. Debate 4. Conclusiones	2. Diapositivas con el contenido de información
Tercera	Problemática actual que presentan los adolescentes	1. Los participantes reconocerán la problemática actual a la que se presentan a través de fundamentos teóricos y metodológicos del curso	1. Exposición del tema a través de un apoyo visual 2. Debate y conclusiones	1. Diapositivas con el contenido de la información

Cuarta	Adolescencia, desarrollo físico y psicosexual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificarán habilidades físicas que los caracterizaban como niño y las adquiridas como adolescente, así como las diferencias entre sexo y sexualidad 2. Resaltarán las ventajas y desventajas que estas habilidades poseen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Role playing 3. Debate 4. Conclusiones 	1. Diapositivas
Quinta	Causas y efectos en el consumo de drogas	1. El adolescente identificará las causas y efectos que producen las drogas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia simulada en gabinete 2. Lluvia de ideas 3. Debate 4. Conclusiones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diapositivas 2. Hojas de papel bond 3. Marcadores de colores
Sexta	Clasificación de drogas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificarán sobre el concepto y el desarrollo de las adicciones 2. Describirán la droga más utilizadas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colage sobre las drogas 2. Lluvia de ideas 3. Conclusiones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diapositivas 2. Revistas. 3. Papel bond y marcadores de colores
Séptima	Instituciones de atención que proporcionan prevención, tratamiento y rehabilitación	1. Los adolescentes identificarán el apoyo que encontrarán en las diversas instituciones de acuerdo a sus posibilidades y problemáticas	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿A dónde acudo? 2. Información sobre Instituciones 	1. Papel y plumones

Octava	El compromiso de ser adolescente	1. Identificarán los derechos y obligaciones de convertirse en un adolescente 2. Identificarán las características del grupo de iguales como facilitadores de conductas	1. ¿Cuáles son mis derechos? 2. ¿Cuáles son mis obligaciones?	1. Papel y plumones
Novena	Apoyo en la familia, maestras y amigos	1. Identificarán la manera en qué se comunican con su familia, maestros y amigos.	1. Role Playing	
Décima	Conclusión del taller		1. Debate 2. Retroalimentación	

Alcances y Limitaciones

La adolescencia es una etapa que obedece a factores fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales que determinan el crecimiento, desarrollo y conducta de los adolescentes, enfrentándose a crisis, conflictos tensiones y riesgos; les permite adquirir conocimientos herramientas y conductas que se encaminan a la concepción y desempeño de un rol; la decisión de desempeñar un papel social depende de diversos factores: familiares, escolares, amistosos y el contexto donde se desenvuelven.

En la actualidad el consumo de drogas ha aumentado considerablemente modificando su patrón, iniciándose en edades cada vez más tempranas, de esta manera se considera como un problema de salud pública debido a la gravedad que su consumo acarrea, dicha problemática no solo es de los hombres sino también de las mujeres. Entre el consumo de drogas y los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los adolescentes en México existe un vínculo, el adolescente es motivado a consumir drogas por diversos factores que encierran a la estructura familiar, la estructura de personalidad, su historia, la redes o círculos de pertenencia, la cultura, el ambiente escolar, los espacios socioculturales y otras variables sociales y económicas que caracterizan hoy en día a nuestro país. Lo anterior se encuentra fuera del alcance preventivo de cualquier individuo, por lo que es importante, a nivel individual, se amplíe la conciencia para impulsar la resiliencia y generar procesos de responsabilidad.

La drogodependencia influye en el desarrollo físico y mental del individuo, deteriora su interacción familiar y social, le limitan su proyecto de vida, planes de convivencia entre otros, arrastrando por lo general a los familiares a una convivencia codependiente. La sociedad en general ha jugado y juega un papel importante dentro de las adicciones, pues ha permitido cambios en los estilos de vida de las personas debido al acceso de información sobre la forma de vida de otras culturas o naciones, a través de la televisión, radio, cine, internet y otros medios de comunicación masiva. De ésta manera, culturalmente, se enseña y refuerzan actitudes relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, generando el incremento de consumidores de edades más tempranas.

El manejo de información relacionada con sustancias adictivas como alcohol, tabaco y otras drogas es cada vez mayor, acercando a los consumidores de manera más temprana a temas para los que todavía los adolescentes no están preparados ni física, ni mentalmente.

De acuerdo con lo anterior, los adolescentes se encuentran expuestos al consumo de sustancias debido al acceso de información, aunado al estado de indecisión, búsqueda de nuevos modelos y respuesta ante nuevas demandas que impone la sociedad actual; de esta manera, el adolescente forma parte de una sociedad que bien lo puede formar o bien corromper.

A su vez la familia juega un papel muy importante, ya que en la adolescencia el sujeto aprende valores por medio de principios y normas que fortalecen la autoestima, fomentando la comunicación, evitando el prejuicio y las críticas destructivas. Es a través de ella donde el adolescente aprenderá distintas formas para transmitir afecto. Cuando la familia cubre la mayoría de sus necesidades, se impide la búsqueda de sustitutos de afecto, atención y compañía.

Por lo tanto la propuesta que se presenta pretende sensibilizar a los adolescentes dentro de esta problemática, proporcionándoles orientación, información básica sobre las adicciones y acompañamiento durante el proceso de identificación y aceptación del consumo, generando como resultado actitudes preventivas.

Se puede decir que se ha hecho mucho al respecto de las adicciones en el sector salud, político, social y escolar, puesto que se han implementado estrategias en el combate al consumo de drogas, cada uno aportando lo correspondiente con distintos puntos de vista, con el objetivo de apoyar y rescatar en la medida de lo posible a los que están inmersos en la situación y de manera preventiva.

Los tratamientos que brindan las instituciones para la atención de las adicciones resultan con grandes complicaciones ya que la demanda de estos es muy alta o requieren ingresos económicos elevados. La eficacia de los tratamientos para los adictos radica en la calidad de los servicios, del personal especializado y del grupo poblacional al que va dirigido.

Las acciones que pueden tomarse son de tipo preventivo y no punitivo o prohibitiva. Se trata de proporcionarle al adolescente herramientas para que pueda desenvolverse con mayor asertividad dentro de una sociedad. Es necesario fortalecer el desarrollo de habilidades socioafectivas como base para el crecimiento integral de los adolescentes.

Este programa de intervención pretende atender las necesidades psicológicas del adolescente adicto, sin embargo, no se pueden cubrir en su totalidad de manera individual debido a que es un primer acercamiento hacia la rehabilitación y al poco interés de los adolescentes. Para atender las demandas de los adictos sería necesario un programa que deba adecuarse a las distintas etapas implicadas en la rehabilitación de las adicciones.

El taller está diseñado con técnicas que proveerán al adicto de información, de herramientas para la toma de decisiones, de estrategias para la solución de conflictos, que fomentarán el fortalecimiento de las relaciones familiares y amistosas, mediante la comunicación para lograr una modificación en su forma de consumo.

El tema de consumo de drogas es y será siempre un problema social, por esta razón el psicólogo a través de su formación profesional debe contribuir con medidas preventivas para la disminución de nuevos adictos, esperando que los adolescentes puedan adquirir actitudes de prevención, concientización y sensibilización en los alcances de una adicción, fomentando de manera particular un estilo de vida diferente, de esta manera generará una sociedad apta para todo individuo.

Referencias

Aguilera, R. M., Romero, M., Domínguez, M. y Lara, M. A. (2004). Primeras experiencias sexuales en adolescentes inhaladores de solventes: ¿De la genitalidad al erotismo?. *Salud Mental*, 27 (1), 60 - 72.

Alcohólicos Anónimos, A. C. (2009). Disponible en la página electrónica: <http://www.aamexico.org.mx/>, consultada el 5 de noviembre de 2009.

Barragán, L., González, J., Medina - Mora, M.E. y Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo - conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28 (1), 61 - 71.

Berruecos, L. (2007). El consumo de drogas en la Ciudad de México. *EL cotidiano*, 22 (145), 105 - 113.

Blanco, A., Caballero, A. y De la Corte, L. (2002). *Psicología de los Grupos*. España: Prentice Hall.

Carballeda, J. M. (2008). *Drogadicción y sociedad*. Buenos Aires: Espacio.

Casullo, M. M. (1994). *Proyecto de vida y decisión vocacional*. Buenos Aires: Paidós.

Centros de Integración Juvenil, A. C. (2009). Disponible en la página electrónica: <http://www.cij.gob.mx/>, consultada el 27 de octubre de 2009.

Chávez, M. I. (1977). *Drogas y pobreza: estudio etnográfico del fenómeno de la farmacodependencia en una colonia suburbana de la Ciudad de México* (2a. Ed.). México: Trillas, 1990

Clínica SER, Servicio Especializado en Rehabilitación. (2009). Disponible en la página electrónica: <http://www.clinicaser.com/>, consultada el 20 de octubre de 2009.

Contini, E. N. (2006). *Pensar en adolescencia hoy: de la psicopatología al bienestar psicológico*. Buenos Aires: México: Paidós.

De las Fuentes, M. E., Villalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F. y Ayala, H. (2001). *Cuestionario de Abuso de Drogas. Adaptación de un Instrumento de tamizaje para la población mexicana que consume drogas*. Tesis de Licenciatura inédita, Universidad Nacional Autónoma de México.

Dôrr, A., Gorostegui, M. E., Viani, S. y Dôrr, M. P. (2009). Adolescentes consumidores de marihuana: implicaciones para la familia y la escuela. *Salud Mental*, 32 (4), 269 - 278.

Fadiman, J. (1939). *Teorías de la Personalidad* (2a. Ed.). México: Oxford University, 2002.

Fernández, M. D. (2009). *Adolescencia, riesgo en el consumo de drogas y la pertinencia de un proyecto de vida*. Tesina de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Fleiz, C., Borges, G., Rojas, E., Benjet, C. y Medina - Mora, M. E. (2007). Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*, 30 (5), 63 - 72.

Galván, J., Serna, G. y Hernández, A. (2008). Aproximación de las redes sociales: una vía alterna para el estudio de la conducta de uso de drogas y su tratamiento. *Salud Mental*, 31 (5), 391 - 402.

González, M. P. y Rey, L. (2006). La escuela y los amigos: factores que pueden proteger a los adolescentes del uso de sustancias adictivas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11 (1), 23 - 37.

Hacienda del Lago (2009). Disponible en la página electrónica <http://www.haciendadellago.com.mx/>, consultada el 10 de noviembre del 2009.

Kuri, P. A., González, J. F., Hoy, M.J. y Cortés, M. (2006). Epidemiología del Tabaquismo en México. *Salud Publica de México*, 48 (1), 591-599.

Martínez, K. I., Salazar, M. L., Pedroza, F. J., Ruiz, G. M. y Ayala, H. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 31 (2), 119 - 127.

Medina - Mora, M. E. (2007). *Panorama internacional de drogas: en dónde se ubica México*. Manuscrito inédito.

Montaño, R. (2009). Grupos de autoayuda: una cultura de espacios sociales de sostén para el trabajo grupal y la ayuda mutua. Tesis Doctoral inédita. Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Musitu, G., Jiménez, T. I. y Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública de México*, 49 (1), 3 - 10.

Oceanica, Clínica de Rehabilitación. (2009). Disponible en la página electrónica: <http://www.oceanica.com.mx/>, consultada el día 16 de noviembre de 2009.

Ortíz, A., Martínez, R., Meza, D. y Medina - Mora, M. E. *Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas* (Resultados de la aplicación de la cédula "Informe Individual sobre Consumo de Drogas", Noviembre 2008). Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz: México.

Ortíz, A., Soriano, A., Galván, J. y Meza, D. (2005). Tendencias y uso de cocaína en adolescentes y jóvenes de la Ciudad de México. Sistema de Reporte de Información en Drogas. *Salud Mental*, 28 (2), 91 - 97

Papalia, D. F., (1985). *Desarrollo humano* (9a Ed.) . México, D. F.: McGraw - Hill Interamericana, 2005.

Programa de Acción Específico 2007 – 2012, Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Disponible en la página electrónica: <http://conadic.salud.gob.mx/interior/programas.html>, consultada el 18 de octubre de 2009.

Sánchez, R., Arellanez, J. L., Pérez, V. y Rodríguez, S. E. (2006). Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos. *Salud Mental*, 29 (1), 35 - 43.

Vieyra, V. (2007). Evaluación de una intervención breve para padres de adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas: Estudio de caso. Tesina de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.

Villatoro, J. A., Gutiérrez, M. L., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N. y Medina - Mora, M. E. (2009). Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evaluación del consumo de drogas. *Salud Mental*, 32 (4), 287 - 297.

Yamamoto, L., Posadas, C., Méndez, I., Cardoso, G., Posadas, R., Fajardo, A. y Juárez, G. (2008). Tabaquismo en adolescentes del medio urbano y rural. Características individuales y familiares asociados. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (5), 511 - 518.

Anexos

Anexo 1. Entrevista Estructurada.

Edad _____ **Sexo** F () M () **Estado Civil** Soltero () Casado () Concubino () Viudo
Otros _____

Grado máximo escolar Técnico Medio. () Técnico Superior. () Trabajas. Si () No ()
Profesión u oficio. ____

FACTORES FAMILIARES

- 1) ¿Viven tus padres? Si () No ()
- 2) ¿Quiénes conforman tu grupo familiar? Padre, madre y hermanos () Madre y hermanos () Abuelos ()
Otros _____
- 3) ¿Como es la relación con los miembros de tu grupo familiar? Excelente () Buena () Regular () Mala ()
- 4) ¿Cual es la relación entre tus padres? Casados () Concubinos () Separados () Divorciados ()
- 5) ¿Como es la comunicación entre tus padres? Excelente () Buena () Regular () Mala ()
- 6) Si la comunicación es regular o mala ¿Describe? _____

- 7) ¿Existen conflictos dentro de tu familia? Si () No ()
- 8) Si la respuesta es afirmativa ¿Cuál? Violencia física () Violencia psíquica () Violencia verbal ()
Abuso sexual () Otros _____
- 9) ¿Quién es el principal sostén del hogar? Madre () Padre () Hermanos () Abuelos ()
Otros () _____
- 10) ¿Cuál es el nivel de instrucción de tus progenitores? Madre () 1. Universitario 2. Técnico medio 3. Bachiller 4. Otros _____
Padre () 1. Universitario 2. Técnico medio 3. Bachiller 4. Otros _____
- 11) ¿Cómo consideras los ingresos de tu familia? Suficientes () Insuficientes ()
Explique _____
- 12) ¿Qué tipo de trabajo desempeñan los miembros de tu familia? Obrero () Herrero () Carpintero () Albañil () Por cuenta propia () Comerciantes () Gerentes de empresa ()
Profesionales () Otro _____
- 13) ¿Como consideras las normas dentro de tu familia? Flexibles () Estrictas () Muy permisivas ()

familia?

14) ¿Tienes algún familiar que consuma drogas? Si () No ()

15) Si la respuesta es afirmativa ¿Quién y en qué lugar consume frecuentemente?

FACTORES PSICOSOCIALES

16) ¿Tienes muchos amigos? Si () No ()

17) Si la respuesta es negativa ¿Por qué?

18) ¿Tienes algún vecino que consuma drogas? Si () No ()

19) Si la respuesta es afirmativa ¿Ha influido esta persona en ti, para que consumas drogas? Si () No ()

20) Si la respuesta es afirmativa ¿Cómo?

21) ¿Hay en tu grupo familiar alguien con trastorno psiquiátrico? Si () No ()

22) Si la respuesta es afirmativa ¿Quién?

FACTORES INDIVIDUALES

23) ¿En el medio donde te desenvuelves, tienes fácil acceso a las drogas? Si () No ()

24) ¿A que edad consumiste drogas por primera vez?

25) ¿Qué tipo de drogas consumiste?

Alcohol () Heroína () Metadona () Analgésicos ()
Benzodiacepinas, Barbitúricos, Sedantes, Hipnóticos ()
Cocaína () Anfetaminas () Cannabis () Alucinógenos
() Inhalantes () Más de una sustancia () Otros

26) ¿En que lugar consumías la droga?

27) ¿Qué cantidad de drogas consumías?

28) ¿Cuál fue el motivo que te llevo a consumirla? _____

29) ¿Qué te motivo a iniciar un tratamiento? _____

30) ¿Estas satisfecho contigo mismo? Si () No ()

31) Explique ¿Por qué? _____

32) ¿Te entristeces frecuentemente? Si () No () A veces () Rara vez () Nunca ()

33) ¿Asistes a la escuela? Si () No ()

34) ¿Cómo es tu rendimiento escolar? Excelente () Bueno () Regular () Malo ()

35) Si eres regular o malo ¿Por qué? _____

36) ¿Te has fugado alguna vez de clase? Si () No ()

37) Si la respuesta es afirmativa ¿a dónde vas? _____

38) ¿Has asistido a alguna fiesta en la mañana? Si () No ()

39) ¿Vas a las fiestas en la mañana cuando te fugas de clase? Si () No ()

40) ¿Qué tipo de bebida consumen en las fiestas? Tequila () Ron () Cerveza () Ligada con algún tipo de droga ()

41) ¿Te has sentido solo en algún momento? Frecuentemente () A veces () Rara vez () Nunca ()

42) ¿Te has sentido rechazado por alguna persona o grupo? Si () No ()

43) Si la respuesta es afirmativa ¿Cuándo y porque? _____

44) ¿Qué haces en tu tiempo libre? Deporte () Ver TV () Escuchar música () Salir con tus amigos ()

Leer () Otros ()

Anexo 2.

Escala de Dependencia al Alcohol (EDA)

Estimado paciente:

Lea con cuidado las preguntas de este cuestionario, a continuación seleccione la respuesta adecuada de acuerdo a su propia experiencia. Sólo debe anotar una respuesta para cada pregunta tachando la letra correspondiente.

Nombre del paciente: _____

Expediente: _____ Fecha: _____

En los últimos doce meses	0	1	2	3
1 ¿Cuánto tomó la última vez que ingirió alcohol?	Lo suficiente como para ponerme contento	Lo suficiente para emboracharme	Lo suficiente para perderme	
2 ¿Con frecuencia tiene crudas los domingos o los lunes por la mañana?	No	Sí		
3 ¿Tuvo temblores cuando dejó de tomar (en la mano o un temblor interno)?	No	Algunas veces	Casi siempre que tomo	
4 ¿Se puso mal (vómitos, dolor de estómago) cuando tomó?	No	Algunas veces	Casi siempre que tomo	
5 ¿Tuvo delirium tremens -ver, sentir u oír cosas que no existen, estando muy ansioso inquieto y alterado?	No	Una vez	Varias veces	
6 ¿Cuando toma se tropieza, se va de lado o camina en "zig zag"?	No	Algunas veces	Varias veces	
7 ¿Se sintió con mucho calor o excesivamente sudoroso (fiebrebrado) como consecuencia de haber tomado?	No	Algunas veces	Varias veces	
8 ¿Vio cosas que en realidad no existían como consecuencia de haber tomado?	No	Una vez	Varias veces	
9 ¿Le ha dado miedo pensar en no tener un trago a la mano cuando lo necesite?	No	Algunas veces	Varias veces	
10 ¿Tuvo lagunas mentales (pérdida de memoria, sin perderse totalmente) como resultado de la bebida?	No	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre que tomo
11 ¿Cargó una botella con usted o la escondió en algún lugar para tenerla a la mano?	No	Algunas veces	Casi siempre	
12 Después de un período de abstinencia (sin beber), ¿terminó usted por tomar fuertemente de nuevo?	No	Algunas veces	Casi siempre	
13 ¿Llegó usted a perderse completamente como resultado de haber tomado?	No	Alguna vez	Más de una vez	
14 ¿Tuvo ataques (crisis) después de un período en que tomó?	No	Alguna vez	Varias veces	
15 ¿Bebió a lo largo del día?	No	Sí		
16 Después de beber fuertemente, ¿sintió que su pensamiento estaba confuso o poco claro?	No	Sí, pero sólo unas horas	Sí, durante unos dos días	Sí, por muchos días
17 Como resultado de la bebida, ¿sintió que su corazón latía rápidamente?	No	Alguna vez	Varias veces	
18 ¿Pensó constantemente en tomar alcohol?	No	Sí		
19 Como resultado de haber tomado, ¿oyó cosas que realmente no existían?	No	Algunas veces	Casi siempre	
20 ¿Tuvo sensaciones raras o atemorizantes cuando tomó?	No	Algunas veces	Casi siempre	
21 Como resultado de haber tomado, ¿sintió cosas que se arrastraban en su cuerpo y que realmente no existían (gusanos, arañas, etc.)?	No	Algunas veces	Varias veces	
22 Con relación a las lagunas mentales (pérdida de la memoria)	Nunca he tenido una laguna	He tenido lagunas que duran menos de una hora	He tenido lagunas que duran varias horas	He tenido lagunas que duran un día o más
23 ¿Trató de dejar de beber sin lograrlo?	No	Una vez	Varias veces	
24 Se tomó de una sola vez los tragos (toma muy rápida)	No	Sí		
25 Después de tomar una o dos copas, ¿generalmente podía dejar de tomar?	Sí	No		

Puntuaciones

0-7
8-13
14-21
22-30
31-45

Niveles de dependencia

No hay evidencia de dependencia
Bajo
Moderado
Sustancial
Severo

Puntaje obtenido: _____

Nivel de dependencia: _____

Nombre y firma del evaluador: _____

ANEXO 3

Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de tu involucramiento potencial con las drogas (sin incluir bebidas alcohólicas no tabaco) durante los últimos 12 meses. De las descripciones que se presentan, contesta **SI** o **NO**, tomando en cuenta la siguiente descripción.

Abuso de droga: Uso excesivo de sustancias médicas, no médicas o ilegales, que tiene consecuencias adversas significativas y recurrentes en diversas áreas de su vida, pero no tan graves que use la mayor parte del tiempo en el consumo y que acarree problemas fisiológicos.

CAD				SI	NO
1. ¿Has usado drogas diferentes de las que se utilizan por razones médicas?					
2. ¿Has abusado de las drogas de prescripción médica?					
3. ¿Has abusado de más de una droga al mismo tiempo?					
4. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilices drogas?					
5. ¿Puedes dejar de utilizar drogas cuando quieres?					
6. ¿Has tenido "lagunas mentales" o "alucinaciones" como resultado del uso de drogas?					
7. ¿Alguna vez te has sentido "mal" o "culpable" acerca de tu uso de drogas?					
8. ¿Tu pareja, familiares o amigos se quejan constantemente de tu uso de drogas?					
9. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con tu pareja, familiares y amigos?					
10. ¿Has perdido amigos por el uso de drogas?					
11. ¿Has descuidado a tu familia o faltado a la escuela y/o trabajo como consecuencia del uso de drogas?					
12. ¿Has tenido problemas en el trabajo y/o escuela debidos al abuso de drogas?					
13. ¿Has perdido algún trabajo debido al abuso de drogas?					
14. ¿Te has involucrado en peleas cuando estás bajo la influencia de las drogas?					
15. ¿Te has involucrado en actividades ilegales con tal de obtener drogas?					
16. ¿Te han arrestado por posesión de drogas ilegales?					
17. ¿Alguna vez has experimentado los síntomas físicos de retiro (sudoración, taquicardia, ansiedad, etc.) cuando has dejado de usar drogas?					
18. ¿Has tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (ej. Pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrados, etc.)?					
19. ¿Has pedido a alguien que te ayude a resolver tu problema con las drogas?					
20. ¿Has estado en un tratamiento específicamente relacionado con el uso de drogas?					
Diagnóstico	Leve (1-5)	Moderado (6-10)	Sustancial (11-15)	Severo (16-20)	

De las Fuentes, M. E., Villalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F. y Ayala, H. (2001). *Cuestionario de Abuso de Drogas. Adaptación de un Instrumento de tamizaje para la población mexicana que consume drogas.* Tesis de Licenciatura inédita, Universidad Nacional Autónoma de México.