



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**LOS GRUPOS PSICOEDUCATIVOS EN EL TRATAMIENTO DE
PACIENTES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN Y EL GRADO
DE ADHESIÓN TERAPÉUTICA**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
JOSÉ MARTÍN CORONEL CASTAÑEDA



DIRECTOR DEL TRABAJO: DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



INDICE

- RESUMEN.....	3
- DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	3
- JUSTIFICACIÓN.....	4
- CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL.....	5
- DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	10
- OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL.....	18
- SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO.....	18
- RESULTADOS OBTENIDOS.....	27
- RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....	28
- ANEXO I	32
- ANEXO II	54
- REFERENCIAS.....	74

RESUMEN

El siguiente reporte realiza un análisis sobre el plan de intervención terapéutica en la Unidad de Atención Toxicológica (UAT) Xochimilco de la Secretaría de Salud del Gobierno del DF dentro del Departamento de Psicología. La perspectiva teórica desde la cual se aborda dicha terapia es el método sistémico. La principal vicisitud que se observa en el tratamiento es la falta de adhesión terapéutica. El objetivo del análisis es detectar los factores que influyen en esta falta de adhesión terapéutica conforme al plan de tratamiento y emitir recomendaciones para mejorarlo. El resultado del análisis realizado mediante el método de observación participante indica que existe una discrepancia entre el plan de tratamiento planteado y el ejecutado que impide efectos positivos de la terapia.

Palabras clave: adhesión terapéutica, adicciones, grupos psicoeducativos

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del Programa: Atención Psicológica en Unidades de la Secretaría de Salud del Gobierno del DF

Objetivos Específicos:

1. *Dar a conocer a los estudiantes el Programa de Atención de las Unidades de Atención Toxicológicas, los manuales de procedimientos; así como los diferentes dispositivos legales que existen en materia de adicciones (Normas Oficiales Mexicanas, Ley General de Salud, Ley General para el Control del Tabaco, etc.).*
2. *Revisar conceptos básicos y actualizados sobre farmacodependencia; sobre las principales estrategias epidemiológicas; y principales modelos y modalidades de atención en adicciones.*
3. *Efectuar una revisión de las teorías y metodologías que sustentan las intervenciones psicoterapéuticas en las Unidad de Atención Toxicológica (Terapia breve, Terapia Familiar Sistémica, Intervención en crisis, etc.)*
4. *Capacitar a los estudiantes en el manejo y aplicación de los diferentes instrumentos y pruebas de tamizaje que se emplean en adicciones.*
5. *Guiar a los estudiantes en el manejo de los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (DSM-IV y CIE-10).*

6. *Capacitar a los estudiantes en la elaboración de la historia clínica y en el llenado adecuado de los diferentes formatos e instrumentos de tamizaje que se emplean con pacientes de esta unidad.*
7. *Capacitar a los estudiantes para un adecuado manejo e integración del expediente clínico, de acuerdo a la normatividad." (Secretaría de Salud Pública, 2010, p. 20, 21)*

JUSTIFICACIÓN

Durante la estancia como prestador de servicio social dentro de la UAT se identificó que los pacientes mantenían un bajo porcentaje de adhesión terapéutica. Este reporte tiene por objetivo hacer un análisis de la forma en la que se lleva a cabo la intervención terapéutica multidisciplinaria otorgada en la UAT Xochimilco, así como los resultados obtenidos. Lo anterior, para identificar factores que aumenten la adhesión terapéutica; de esta forma, proponer cambios a realizar en el tratamiento para que en nuevos pacientes se logre que completen las sesiones. Uno de los principales problemas que enfrentan los terapeutas en problemas de adicción es conseguir que el paciente asista a terapia y se mantenga en ella. Por ende, se requiere hacer una evaluación rigurosa sobre el método actual, así como identificar las características y los intereses de los pacientes que permitan lograr continuidad en la terapia. De esta manera, se logrará establecer un tratamiento más efectivo enfocado a modificar los patrones conductuales que deterioran al individuo.

Si bien el efecto contrario existe en los familiares de los pacientes, quienes presentan una dependencia clara a asistir al tratamiento, el objetivo principal más allá de saber si el perfil de los pacientes en sus distintos roles de la dualidad adicto-coadicto, es la causa de su comportamiento frente a la terapia, entender como en pocas sesiones se puede fortalecer las defensas yoicas de ambos individuos. Lo anterior lograría cambios importantes en el círculo familiar y aumentaría la constancia al ver resultados positivos de la intervención.

El principal desafío de los pacientes al momento de iniciar una intervención terapéutica es establecer una correcta transferencia. Es vital desarrollar un vínculo

de confianza con su terapeuta. El objetivo es definir la mejor metodología para lograrlo, compararla con el tratamiento actual y establecer una línea de mejoras.

CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

El programa de servicio social se desarrolla en la UAT de la Secretaría de Salud en Xochimilco. La Unidad atiende a la población del sur del Distrito Federal que presenta algún problema de consumo de drogas enfocando su servicio desde una perspectiva multidisciplinaria que comprende una atención integral en cuatro áreas: Medicina, Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social.

La UAT Xochimilco es una institución de la Secretaría de Salud Pública que desarrolla actividades enfocadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de pacientes con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. Se evalúa a los pacientes en las siguientes especialidades: Medicina, Psiquiatría, Trabajo Social y Psicología. Conforme al resultado de la evaluación del caso por cada una de las especialidades se desarrolla un plan de tratamiento y se monitorea su progreso continuamente. Uno de los servicios incluidos es el internamiento de corta duración, cuando los pacientes se encuentran intoxicados y el caso no representa una gravedad severa. Otro servicio son los grupos psicoeducativos para familiares, que consisten en pláticas de orientación. Dichos programas incluyen la evaluación y el trabajo en grupo de la problemática de codependencia que se presenta la mayor parte de las veces en los familiares.

Dentro de los servicios que se presentan en la unidad se debe emitir un reporte epidemiológico del área que se atiende a nivel regional, indicando al SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica contra las Adicciones) la morbilidad y presencia del fenómeno conforme a las estadísticas de los pacientes atendidos.

Visión

Conformar un modelo psicológico en constante transformación profesional, científico, institucional e interdisciplinario, en el ámbito de las adicciones centrado en la persona, que sea un referente que impacte a las redes sociales de la comunidad de la ciudad de México por medio de la intervención, investigación y enseñanza, vinculando instituciones y personas.

Misión

Somos un grupo de psicólogos perteneciente a las Unidades de Atención Toxicológica de la Secretaría de Salud del gobierno del DF comprometidos a brindar una atención oportuna, de calidad, eficaz y con sentido ético a la población usuaria en el área de psicología mediante estrategias de intervención especializadas e integrales en las áreas de prevención, detección y tratamiento de consumidores y adictos a tabaco, alcohol y otras drogas, así como a sus familiares.

Filosofía

- 1. Fomentar la atención a la población usuaria con un sentido de responsabilidad, honestidad, respeto y equidad, así como la valoración de la persona del adicto promoviendo su desestigmatización.*
- 2. Facilitar el trabajo en equipo intra e interdisciplinario.*

Objetivo General del Programa Terapéutico del UAT

Desarrollar y aplicar un modelo de atención para usuarios, consumidores y/o dependientes de sustancias psicoactivas y sus familiares, para facilitar su reinserción a un estilo de vida saludable; y promover el mismo mediante acciones de investigación y enseñanza entre profesionales de la salud.

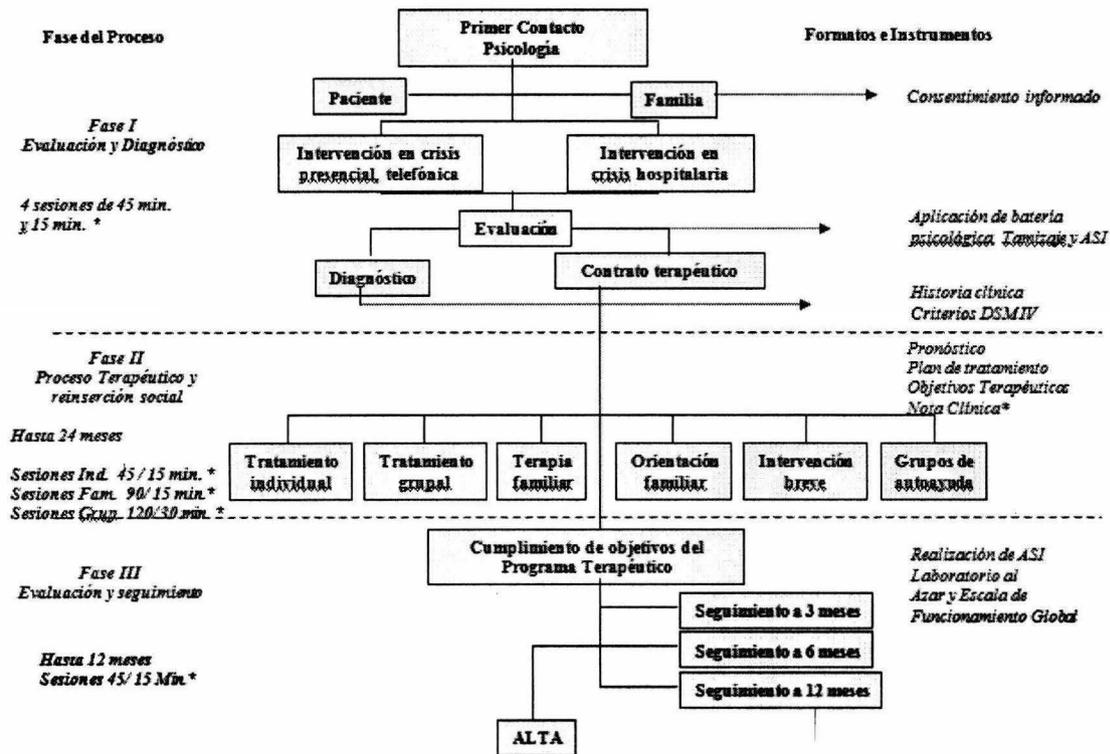
Objetivos Específicos del Programa Terapéutico del UAT:

- 1. El modelo deberá contener características de perfectibilidad y dinamismo a partir de la evaluación permanente.*
- 2. Producir modificaciones estables, en la representación del sí mismo en los beneficiarios que presentan uso, abuso o dependencia de sustancias y su familia, acordes con su ambiente que contribuyan a un estilo de vida saludable.*
- 3. Elaborar iniciativas de vinculación con actores sociales claves, (grupos, organizaciones y personas) que faciliten la reinserción social de los beneficiarios para el logro y mantenimiento de los cambios.*
- 4. Detectar de manera temprana y oportuna los casos de uso, abuso y dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas a través de instrumentos de tamizaje, evaluación y diagnóstico a los usuarios, para orientar las estrategias de intervención.*

5. *Aplicar la intervención específica individual, familiar y/o grupal para la modificación del consumo de sustancias en el usuario, en función de su diagnóstico.*
6. *Aplicar la estrategia de intervención para los familiares del beneficiario a través de información, orientación y/o terapia individual, familiar o grupal, de acuerdo a sus necesidades.*
7. *Facilitar en el beneficiario y/o familiares procesos de desprendimiento gradual de su tratamiento terapéutico a partir de un proyecto autónomo de vida.*
8. *Vincular servicio, enseñanza e investigación que incida en la creación y promoción del modelo de atención.*

A continuación se muestra un diagrama del Plan de Acción de la UAT (Detalle en Figura 1.1) Para conocer a fondo el Programa de Atención Terapéutica ver Anexo 2.

PLAN DE ACCIÓN



* Tiempo para Nota Clínica por Sesión

Figura 1.1

PLAN DE ACCIÓN

Fase del Proceso	Formatos e Instrumentos	
<p><i>Fase I</i> <i>Evaluación y Diagnóstico</i></p>	<p><i>Consentimiento informado</i></p> <p><i>Aplicación de batería psicológica TAMIZAJE y ASI</i></p> <p><i>Historia clínica Criterios DSMIV</i></p>	<p><i>Consumidores y Familiares</i></p> <p><i>Solo consumidores (Bender, Pordus o Wonderlick HTP); Audit, CAGE, Fagerstrom, Tweak, Posit; ASI</i></p> <p><i>Consumidores y Familiares HC Breve y extensa DSMIV</i></p>
<p><i>Fase II</i> <i>Proceso Terapéutico y reinserción social</i></p>	<p><i>Pronóstico</i></p> <p><i>Plan de tratamiento</i></p> <p><i>Objetivos Terapéuticos</i></p> <p><i>Nota Clínica*</i></p>	<p><i>En la Historia Clínica</i></p> <p><i>En la Historia Clínica</i></p> <p><i>Objetivos Terapéuticos:</i></p> <p><i>Iniciales para los primeros 3 meses de intervención</i></p> <p><i>Finales para lograrse durante el Seguimiento</i></p> <p><i>Nota Clínica: Deberá realizarse al finalizar cada sesión para asestar el contenido del trabajo realizado</i></p>
<p><i>Fase III</i> <i>Evaluación y seguimiento</i></p>	<p><i>Realización de ASI</i></p> <p><i>Laboratorio al</i></p> <p><i>Azar y Escala de</i></p> <p><i>Funcionamiento Global</i></p>	<p><i>Realización de ASI</i></p> <p><i>Laboratorio al</i></p> <p><i>Azar y Escala de</i></p> <p><i>Funcionamiento Global</i></p>

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

Capacitación (1 mes)

Al ingreso a la Unidad Toxicológica Xochimilco al no tener ningún tipo de conocimiento o experiencia previa en el campo de las adicciones y los conocimientos que poseía estaban más enfocados hacia el psicoanálisis. En esta etapa previa a cualquier actividad dentro del servicio se dio una revisión del modelo de atención psicológica que manejaban en el centro (incluido en el soporte teórico-metodológico). Para comenzar las labores dentro de la institución fue importante conocer la normatividad de la unidad, por ende, se hizo una revisión de toda la reglamentación que rige al ejercicio de la salud mental en México. Lo anterior incluyó revisar las normas de salud pública publicadas por la Secretaría de Salud que regulan la actividad profesional en dicho ramo a nivel nacional. Las normas revisadas fueron las referentes a la prevención y tratamiento de enfermedades de salud mental, las normas de epidemiología para el aporte de información que se envían al SISVEA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones)- Dicho organismo estudia el fenómeno de las drogas a nivel estadístico en México, emitiendo reportes de consumo constantemente para monitoreo del fenómeno. Asimismo parte del entrenamiento incluyó el manejo adecuado de un expediente clínico, el llenado correcto de la historia clínica, las notas de sesiones subsecuentes de tratamiento, los formatos de consentimiento del paciente y el manejo de pruebas de tamizaje para la evaluación del paciente. Además fui entrenado en el desarrollo de planes terapéuticos y diagnósticos conforme al modelo de intervención "Terapia Sistémica Breve" (*figura 1.1*) utilizado dentro de la UAT.

Se maneja un estudio exhaustivo de los diferentes efectos que causan a nivel físico y psicológico las diferentes sustancias psicoactivas, incluyendo la forma de

administración, tiempo de eliminación, forma de actuar en el organismo y los efectos a corto y largo plazo. Además la utilización de instrumentos de medición que apoyan en el diagnóstico para determinar el grado de adicción que presenta una sustancia o el grado en que se presentan algunos trastornos asociados como la depresión y la ansiedad.

Finalmente se me facilitó el programa de atención psicológica de la unidad donde se incluye información sobre la problemática de las drogas en el país, adicionando la revisión de estudios estadísticos como la Encuesta Nacional de Adicciones o el SRID. Recibí capacitación en la forma de trabajo interdisciplinario en la problemática de adicciones, lo que significó una estrecha comunicación entre el médico, el psicólogo, el psiquiatra y el trabajador social, lo que implicó conocer la forma en la que otras áreas trabajaban con los pacientes y así comprender qué papel juega el psicólogo en un equipo multidisciplinario. Hablando de la metodología multidisciplinaria dentro de la observación del trabajo de otras áreas, logré entender que cada área recopilaba información y se analizaba desde diferentes perspectivas de cada uno de los profesionales fomentando una red de apoyo en diferentes áreas para el paciente. Esta atención multidisciplinaria se enfoca en los siguientes aspectos:

- **Psiquiatría:** Analiza al paciente desde la perspectiva psicofisiológica identificando síntomas de alteraciones neurofisiológicas que requirieran de un tratamiento farmacológico. Dicho tratamiento ayuda a estabilizar la química cerebral para poder trabajar con la problemática de adicciones del paciente. La actuación del psiquiatra se enfocaba a restablecer el balance neuroquímico para disminuir los síntomas psicóticos. Considero que esta área es fundamental ya que las drogas desequilibran el funcionamiento de los neurotransmisores, lo que provoca los cuadros de adicción.
- **Trabajo social:** Analiza el entorno del individuo identificando factores sociales o familiares de riesgo que impidan una correcta rehabilitación del paciente.

- Medicina: Las drogas alteran a nivel sistémico el aparato digestivo, respiratorio, circulatorio, endócrino, entre otros. El médico es fundamental para la evaluación fisiológica de los pacientes y la estabilización de los trastornos y enfermedades provocadas por ellos.

Terapia Individual

Una de las actividades más importantes para mi formación profesional involucró la participación como observador en algunos casos escogidos por el terapeuta titular, para el análisis y el aprendizaje de las técnicas terapéuticas utilizadas. Para aprender la técnica de terapia individual en los diferentes casos de adicciones se decidió iniciar con una fase de capacitación teórica donde se revisaron diferentes teorías sobre terapia individual, incluyendo la terapia sistémica que es la más utilizada en los pacientes (Anexo II). Posteriormente participé como observador en sesiones de pacientes que recién iniciaban su tratamiento, se eligieron tres casos para dar un seguimiento y una observación detallada. Primeramente, para cada paciente se requirió revisar el expediente donde se incluían las notas clínicas de las otras especialidades, también aplicaba al paciente las pruebas de tamizaje y apoyaba en la calificación de la misma. La interpretación era conjunta y establecía una hipótesis sobre el diagnóstico. Dentro de las primeras sesiones la psicóloga titular hacía una investigación detallada a través de la entrevista clínica. Se hacía un interrogatorio profundo sobre las condiciones y forma en la que se suscitó el inicio del síntoma (la adicción). Posteriormente al final de las primeras tres sesiones, se establecía un plan terapéutico para cada paciente. Este plan incluía una hipótesis de diagnóstico y un tratamiento incluyendo a las otras disciplinas. Mi labor dentro de las sesiones consistía en registrar la información de la sesión, y elaborar una propuesta de plan terapéutico. Finalmente apoyaba en las hipótesis de diagnósticos analizando desde el punto de vista sistémico al paciente.

Dentro de las sesiones observadas se utilizaron diferentes procesos de acercamiento de los pacientes. Dentro de la primera sesión se evaluaba la forma en la que se podría manejar el "approaching" o apego terapéutico. De los

pacientes atendidos un 70% oscilaban entre los 12 y los 25 años. La población adolescente involucraba un reto importante para establecer este apego, ya que la percepción de riesgo de los pacientes jóvenes en cuanto al uso de drogas es bajo en general. Dentro de las sesiones iniciales la terapeuta comenzaba con un interrogatorio sobre los intereses del paciente por asistir a la terapia, de esta forma se sondeaban factores de riesgo y de protección, además de la posibilidad de continuar con la terapia. En la sesión inicial, si era posible y el paciente se prestaba, se hacía una sesión familiar para determinar la situación en la estructura familiar. Dentro de las sesiones iniciales se identificaban posibles círculos viciosos y se recomendaba a los familiares acudir a los grupos psico-educativos para familiarizarse. Parte del diagnóstico involucraba analizar las pruebas de tamizaje para identificar posibles episodios depresivos u otros trastornos de importancia. Para hacer una evaluación más completa se identificaban, dentro de la exploración psicológica, los conflictos familiares subyacentes, para lo cual la terapeuta utilizaba como base el análisis estructural de Minuchin; de esa forma determinaba la estructura de autoridad observando posibles trastornos. Finalmente, en el diagnóstico la psicóloga evaluaba los factores de riesgo, es decir, los factores que favorecen la adicción y los factores de protección, aquellos que apoyan la rehabilitación del paciente. Dentro de los aprendizajes obtenidos observé que la psicóloga utilizó una técnica similar a la empleada en la psicoterapia centrada en el cliente de Rogers, ya que aplicaba el principio que dice que "el individuo se percibe a sí mismo como más capaz de ser espontáneo y auténtico, a percibir todos los aspectos de su mismo y de sí mismo en relación con menos emoción y más objetividad, a percibirse a sí mismo como más independiente y capaz de afrontar los problemas de la vida, a percibirse a sí mismo como el que evalúa la experiencia, en lugar de considerarse en un mundo en que los valores inherentes ya están ligados a los objetos de su percepción". (Rogers, 1997) Esto es parte del objetivo de la adhesión terapéutica hacer que el propio paciente reconozca su capacidad para tomar control de la situación, ya que en esa medida se acercará más a la terapia. El trabajo realizado con las personas

con problemas de adicciones requiere de una forma en la que el individuo se de cuenta de las consecuencias que traen consigo el consumo de la sustancia para que esté abierto al cambio.

Terapia Familiar

En la mayoría de los casos se puede hablar de que existe una problemática familiar subyacente al consumo de drogas. A pesar de ser un fenómeno multicausal es muy frecuente ver que existen patrones de comportamiento disfuncionales en la familia conforme a lo que se observó en los expedientes analizados en el servicio social. Es por esto que gran parte de la atención dada en la UAT se enfoca a la atención de la familia (Anexo II). Una parte de mi aportación en el Unidad estaba enfocada a participar observando sesiones familiares. Al ser un tema complicado tener varios miembros dentro de un sistema interactuando, las sesiones eran restringidas y solamente tuve oportunidad de participar en un caso.

En este caso la terapeuta comenzó la sesión evaluando el problema de adicción del paciente. Durante aproximadamente tres sesiones realizó una evaluación del sistema interrogando a los miembros de la familia sobre la problemática y extrayendo la mayor información posible sobre la forma en la que la familia se desenvolvía. Parte de las herramientas utilizadas para el análisis involucró un familiograma que es una fotografía de la constitución familiar. Dentro de éste se investigó cómo estaba conformado el sistema familiar, se evaluaron alianzas y si había algún problema con el sistema de autoridad. La evaluación implicó determinar los roles que juega cada miembro de la familia y la forma en la que interactúan en el sistema. Después de las sesiones la psicóloga explicaba cuáles eran los círculos viciosos visualizados en el sistema y la forma en la que intervenía. También observé que la psicóloga elegía con qué sistemas trabajar dentro de la familia, y mediante los cambios que provocaba en los subsistemas se alteraba el sistema total. Básicamente la psicóloga trabajaba más con el subsistema de autoridad paterno, ya que este subsistema al ser eje directivo de

todo el sistema familiar es más susceptible a cambios en el sistema. En las sesiones donde participé como observador encontré que dentro de una intervención familiar es importante que se estudie el rol que juega la psicóloga, al final de las sesiones ella señalaba por qué cada miembro reaccionaba ante ella de cierta manera, estableciendo la importancia de aprender a manejar las respuestas emocionales que se suscitaban durante la sesión.

Después de la observación de las sesiones aprendí que la terapia estructural de familia permite establecer una visión holística y sistémica sobre la problemática de los individuos. Esta terapia toma en cuenta el contexto en el que se desenvuelve el sujeto, de esta forma se pueden desarrollar soluciones más completas y efectivas para el tratamiento del individuo. Además, cabe resaltar que la forma de analizar a la familia y las técnicas sugeridas por Minuchin incluyendo el mapa familiar son una herramienta importante que permite visualizar desde varios ángulos y tener más estrategias de solución para el conflicto. La psicóloga destacó que los síntomas son solamente manifestaciones de un conflicto interno, que al tener una perspectiva individual del problema se tiene una visión más corta y pequeña lo que impide darse cuenta de obstáculos que puedan presentarse dentro del núcleo social del individuo para resolver su problema.

Terapia de pareja

Con respecto a la terapia de pareja tuve la oportunidad de hacer observaciones en algunas sesiones de un caso con la terapeuta a cargo. Al ser una terapia que involucra la participación de dos individuos hay que tener precaución al momento de ingresar al sistema. La psicóloga comenzó la sesión inicial rastreando la problemática de la pareja, durante las primeras dos sesiones se hizo una evaluación. Posteriormente después de las sesiones la psicóloga comentó algunos aspectos sobre la sesión, sobre la revisión que había que hacer en los límites que estaban establecidos en el sistema. La psicóloga dejó para las sesiones subsiguientes una lista de tareas a la pareja que tenían que desarrollar incluyendo algunas observaciones de agresiones para comenzar a trabajar el proyecto de

vida que tenían como pareja. Dentro de la revisión bibliográfica que tuve que realizar para conocer la forma en la que se interviene dentro de una terapia de pareja incluye la técnica de Simmons (detallada en el soporte metodológico). Dicha técnica incluye la evaluación de los siguientes elementos: 1) revisión del contrato conyugal, que, explica la terapeuta, son "las ideas y expectativas que cada uno tiene sobre el otro; sobre la vida en común y la crianza de los hijos".

2) Evaluar las dimensiones y los límites, las exigencias y las concesiones mutuas, las necesidades y las esperanzas de cada uno. Finalmente, para completar este breve acercamiento a la observación de una terapia de pareja tuve que analizar el expediente inicial del paciente que venía por consumo de sustancias y establecer una hipótesis de diagnóstico que fue revisada con la psicóloga para concretar el aprendizaje.

Entrevista Psiquiátrica

Para comprender el trabajo interdisciplinario, participé como observador en tres entrevistas iniciales donde se realizaba una evaluación psiquiátrica a través de un interrogatorio para conocer la orientación y el estado de conciencia que presentan los pacientes, con la finalidad de determinar el tratamiento posterior. Parte de las evaluaciones psiquiátricas consisten en definir el estado en el que se encuentra el paciente y si está en condiciones de recibir tratamiento psicológico. (Anexo II) Lo que aprendí es que los psiquiatras apoyan a los psicólogos para establecer un equilibrio en los pacientes que atienden y apoyar al psicólogo a controlar el estado de conciencia y el desequilibrio químico del paciente. De esta forma el paciente se mantiene en un estado de conciencia suficiente que le permite estar en contacto con la realidad para establecer una modificación conductual a través de las terapias psicológicas. Si el paciente no se encuentra en condiciones los psiquiatras ayudan a determinar en qué momento estarán listos para una intervención psicológica. También aprendí a identificar los discursos desorganizados y las condiciones psiquiátricas a las que me podía enfrentar. De

cierta forma me permitió sensibilizarme sobre la forma en la que se puede identificar síntomas de trastornos de la personalidad.

Grupos psicoeducativos

Una de las actividades fundamentales realizadas dentro del Servicio Social fue la participación como observador y posteriormente preparando algunos temas para los grupos psicoeducativos (*Anexo 1*). La dinámica de estos grupos se encuentra enfocada a la orientación de los familiares en las fases de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. El modelo de intervención sistémica señala como parte fundamental de la terapia a los familiares, quienes en el primer acercamiento al problema del consumo del paciente es importante que reciban una orientación grupal. En dichos grupos se manejan temáticas enfocadas al problema de adicciones y los conflictos familiares subyacentes. La dinámica involucra una primera etapa expositiva y segunda de preguntas y respuestas sobre casos particulares de cada familiar, que se anclan al tema expuesto resolviendo dudas sobre el manejo de los pacientes en casa. El objetivo principal de los grupos implica una sensibilización de los familiares para facilitar el acercamiento y la aceptación del problema de adicción que presenta el paciente por el que acuden a consulta. Además, para los familiares que se encuentran en fase de negación de la problemática familiar ayuda a comprender cómo participan ellos en el conflicto y que la problemática radica no solamente en el paciente, quien es presentado como síntoma de la misma. En el Anexo 1 se presentan los resúmenes de los trabajos presentados en los grupos psicoeducativos. Parte del trabajo más importante dentro de la institución involucra preparar estos temas de una forma que permitan a los familiares dar un acompañamiento al paciente y aprender a manejar las situaciones de conflicto que puedan surgir a lo largo de la recuperación. En algunos casos que los familiares acudían y el paciente no podía acudir este grupo los ayudaba a conocer sobre el problema. Algo que aprendí sobre estos grupos fue que el desconocimiento sobre la problemática de los pacientes llevaba a los familiares en ocasiones a no actuar o a dejar pasar

conductas inapropiadas e incluso peligrosas para su integridad a costa de mantener la relación afectiva con el ser querido que tenía problema de adicción.

OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

Objetivo General: Evaluar la estructura del programa terapéutico de la Unidad Toxicológica de Xochimilco conforme a lo aprendido durante mi carrera profesional.

Objetivos Específicos:

1. Conocer el proceso de rehabilitación propuesto por la UAT.
2. Analizar el proceso de rehabilitación propuesto por la UAT y evaluar su eficacia.
3. Evaluar los cambios posibles que permitan una mejora en el tratamiento de los pacientes con problemas de adicción.
4. Dar a conocer los resultados del trabajo realizado dentro de la institución para generar una aportación que mejore los servicios que presta la institución.

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

El sistema terapéutico desarrollado por la UAT se encuentra basado en la terapia sistémica. Específicamente la intervención psicológica se funda en el modelo de Virginia Satir, para quien "los individuos no están en contacto con su fuerza vital" (Satir, 2002, p. 148) y la base de la intervención se encuentran en una relación igualitaria entre el terapeuta y el paciente. En palabras de la propia Virginia se diría que "la jerarquía de 'yo (experto) – tú (persona con un problema, y que necesita ayuda)' entre terapeuta y paciente, se convierte en una relación 'yo-Tú'. Y la conexión humana ayuda al paciente a entrar en contacto con su fuerza vital". Dentro del servicio de atención psicológica una de las estrategias para establecer un vínculo y poder ayudar al paciente era utilizar esta relación igualitaria. Lo anterior apoyaba al paciente con problema de adicción quien en la mayor parte de

su enfermedad ha sido estigmatizado y rechazado. Virginia presenta dos enfoques opuestos del mundo: Modelo Amenaza- Recompensa y Modelo Semilla.

Estos modelos, según ella misma menciona "contrastan de manera notable en cuatro áreas: la definición de una relación, la definición del individuo, la explicación de los acontecimientos y las actitudes de la gente hacia el cambio. Virginia afirma que al saber cómo enfrenta el individuo estos cuatro aspectos, es posible alcanzar una comprensión básica de la forma como vive su vida".(Satir, 2002, p. 149) Conforme a la descripción de Satir dentro del Modelo Amenaza- Recompensa la definición del individuo está basada en un conjunto de normas de conducta. Este modelo de recompensa provoca que los individuos se manejen en una constante lucha por asumir los estándares que dicta la sociedad. "el resultado es que el individuo se siente impedido a actuar de cierta manera y el costo para los no conformistas es la culpa, el temor o el rechazo." (Satir, 2002, p. 151) Por lo tanto, este modelo rezaga y obstaculiza el crecimiento natural del individuo.

Como parte de la solución y del objetivo mismo de la terapia Satir nos presenta el Modelo Semilla, dentro de este modelo la condición de persona determina la identidad. Todo ser humano nace con un potencial que puede desarrollar durante su existencia en este planeta; dicho potencial varía de un ser humano a otro, pero el hecho de que un individuo tenga mayor capacidad que otro, no le coloca en una posición mejor. Bajo esta premisa podemos decir que "los roles y el estatus son términos que definen relaciones sólo dentro de contextos específicos" (Satir, 2002, p. 151) Parte de la terapia implica definir al individuo a través de este modelo y liberar al paciente de los impedimentos que el modelo de Amenaza- Recompensa han dejado. El objetivo es aceptar esa manera especial como difiere de la sociedad. Virginia define su trabajo al considerar que el objetivo es "ayudar a la gente y a sus familias a obtener un sentido de su totalidad, donde totalidad se define como la característica fundamental del universo." (Satir, 2002, p. 156) ¿Cómo se logra lo anterior? el método de Satir indica que hay que aprender a ejercer las Cinco Libertades:

- Ver y oír lo que hay, en vez de lo que debería haber, hubo o habrá.
- Decir lo que se siente y piensa, en vez de lo que debería decirse.
- Sentir lo que se siente, en vez de lo que debería sentirse.
- Pedir lo que se desea, en vez de siempre esperar a recibir permiso.
- Correr riesgos por cuenta propia, en vez de tomar la determinación de permanecer “seguro” y no hacer olas.

Las anteriores libertades permiten desarrollar al individuo y alcanzar la integridad. Pero para desarrollar estas libertades se requiere conocer cómo se desarrollan y crecen los individuos. La experiencia de la tríada primaria (padre, madre e hijo), es la fuente esencial de la identidad del individuo. Determina cómo encaja en el mundo y cuánta confianza puede depositar en sus relaciones con los demás.

Objetivos de la terapia:

El primero objetivo de la terapia de la autora es “capacitar a la familia para encontrar nuevas esperanzas y ayudarla a reactivar antiguos sueños o desarrollar nuevos” (Satir, 2002, p. 175) Es de vital importancia que los pacientes tengan una consciencia de cambio, si no les es posible sentirse preparados o capaces de un cambio, no podrán jamás dar el salto a la mejoría. Un segundo objetivo es fortalecer y enfatizar las habilidades de resolución de los miembros de la familia como individuos, mediante la enseñanza de nuevos métodos para enfrentar y resolver las situaciones” (Satir, 2002, p. 177) Otro objetivo de la terapia es hacer que la gente tome conciencia de que tiene la capacidad de tomar decisiones. La conciencia y apreciación de una persona hacia las determinaciones, contribuye a su capacidad para sentirse competente y capaz de resolver un problema. (Satir, p. 177)

El proceso de diagnóstico consiste en explorar la vida del individuo o de la familia con el fin de comprender la dinámica subyacente que ocasionó el problema. El síntoma puede considerarse un esfuerzo de adaptación y supervivencia por parte de las personas que se perciben como habitantes de un sistema extraño, hostil y

tóxico. (Satir, p. 177) Los objetivos de la terapia están encaminados a desarrollar la salud en vez de eliminar los síntomas, y transformar la energía atrapada en la patología individual. Como menciona Satir "en el Modelo de Validación Humana si el proceso que ocasionó el desarrollo del síntoma puede ser alterado, entonces el síntoma se desintegrará". (Satir, p. 178)

Valoración Familiar

Dentro de las áreas a evaluar en la familia es el tipo de sistema, ya que puede ser un "sistema familiar cerrado, la información de y hacia el exterior es muy limitada, y las respuestas a diversas situaciones se producen de una manera circular y automática que no toma en consideración los cambios de contexto. En un sistema abierto, las respuestas e interacciones reciben influencia de los cambios de contexto o nuevas informaciones. (Satir, 2002, p. 183) Uno de los principales factores que provocan inmiscuirse en un círculo vicioso dentro de un sistema familiar y puede causar síntomas como el consumo de sustancias psicoactivas por parte de alguno de los miembros es un sistema inflexible y cerrado. Otro factor a evaluar en la terapia de Satir es la autoestima que implica "la auto valía de cada miembro de la familia, esto es de vital importancia ya que cuando existe daños en la auto valía de los miembros se manifiesta gran ansiedad e incertidumbre." (Satir, 2002, p. 183)

Análisis del sistema familiar

El enfoque de Virginia Satir involucra un trabajo profundo en el análisis de la estructura familiar. Dicho análisis no solamente comprende un nivel superficial de la familia, sino también la psicología social involucrada en la familia como un grupo. La familia es por sí misma un sistema vivo y dentro de la terapia familiar es de suma importancia entender la evolución de la misma hacia el sistema que es en la actualidad. Cuando una familia llega a terapia, uno de los roles más importantes del psicólogo, como antes se mencionó, es el enfoque que va a tomar el caso.

Asimismo, dentro del trabajo terapéutico el primer paso involucra un análisis estructural de los procesos familiares subyacentes. Como menciona Virginia Satir en su libro *Peoplemaking* "La familia es una fábrica donde el paciente se produce. Ustedes, los adultos, son los productores de personas" (Satir, 1972, p. 3) La autora refiere la importancia de los adultos dentro del sistema familiar como gestores de las patologías de los hijos, en cuyo caso pueden desarrollar síntomas tales como problemas con el consumo de sustancias psicoactivas.

"Existen cuatro aspectos de la vida familiar que destacan en las familias con problemas:

- *Los sentimientos y las ideas acerca de si mismos, a lo cual llamo valor de si mismo*
- *La forma en la que los miembros de la familia se relacionan para dar sentido a la relación entre los miembros, a lo cual llamo comunicación*
- *Las reglas que los miembros de la familia usan para cómo deben sentirse y actuar, lo cual se convierte eventualmente en lo que yo llamo el sistema familiar*
- *La forma en la que los miembros de la familia se relacionan con otras personas e instituciones fuera de la familia, a lo que yo llamo enlace con la sociedad."* (Satir, 1972, p. 7)

La razón por la que es importante analizar estos componentes dentro de una familia al momento en que se presenta en terapia es porque en los diversos estudios realizados por la autora ha encontrado que "las familias disfuncionales presentan características similares enlistando las que siguen:

- La auto valía de los miembros es baja
 - La comunicación es indirecta, vaga, y no es honesta
 - Las reglas son rígidas, inhumanas, no negociables y permanentes
 - El contacto con la sociedad era temeroso, frágil y con sentimiento de culpa."
- (Satir, 1972, p. 8)

Características que son investigadas en los casos terapéuticos analizados en el presente informe.

Satir destaca dentro de las actividades a realizar por parte del psicólogo, en su libro *Peoplemaking*: “encontrar la emoción que vive la familia, específicamente que es lo que la hace sentir la familia a la que está atendiendo cuando se encuentran en terapia, estar alerta a lo que ocurre en su cuerpo, todos tienen algún tipo de reacción física a los individuos alrededor de él; sin embargo, muchas personas no están al pendiente de dicha reacción. La mayoría de nosotros hemos aprendido a medida que crecemos a ‘apagar’ estos sentimientos. Con años de práctica uno logra hacerlo de una manera tan exitosa que no notamos que nuestro cuerpo está reaccionando hasta, horas después, que tenemos un dolor de cabeza o un dolor de espalda o hombros. Aún así no comprendemos porqué estamos sufriendo de estos malestares físicos.” (Satir, 1972, p. 11) En esta medida podemos observar que la tarea del terapeuta se enfoca más allá de solamente preguntar, o extraer información de la familia, sobre las emociones y sentimientos que experimenta la familia de manera inconsciente, sino también de averiguar cuáles son los malestares que los aquejan que podrían definirse como psicósomáticos. Estos elementos pueden dar al terapeuta información sobre las emociones y sentimientos que experimenta la familia de manera inconsciente.

Psicoterapia Breve:

Dentro de la revisión bibliográfica para entender el contexto del tratamiento de psicoterapia en la UAT Xochimilco se encuentra la terapia breve. Conforme menciona Bellak, la característica fundamental de la psicoterapia breve tiene los siguientes puntos:

1. Temporalidad: “Se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta.”

Cualidades de Brevedad:

- Foco limitado (metas limitadas): La Terapia Breve requiere un problema o tema central que mantenga al terapeuta en dirección a la meta, una necesidad cuando el tiempo es esencial.
- Tiempo limitado: Debe ser un promedio entre 6 y 20 sesiones.
- Criterios de selección: Se menciona que los pacientes que pueden beneficiarse de los tratamientos más breves son aquellos con los más altos niveles de fuerza del ego, motivación y relación objetal.
- Actividad del terapeuta: El terapeuta debe ser más activo pero no debe caer en la confrontación, los consejos o la directividad.
- Alianza terapéutica: Bellak menciona que "la parte racional e inteligente del paciente se tiene que sentar junto al terapeuta... la parte irracional, inconsciente, es la que causa problemas" Se debe de realizar una narración del viaje interno.
- Evaluación rápida/intervención inmediata
- Finalización planificada
- Optimismo
- Contrato

El enfoque de Psicoterapia Breve según Bellak menciona las siguientes características:

- Se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta. Bellak insiste en comprender al paciente de la manera más completa posible, desde todos los puntos de mayor ventaja y después introduzca las variables que logren una adaptación más eficaz.
- Segunda. Hay que establecer un punto central para comprender en forma precisa porque el paciente acude a consulta en el día en especial en que lo hizo.

- Tercera. El establecimiento de la causalidad o continuidad entre el presente y el pasado y conexiones teóricas de los sistemas en el presente. Se intenta salvar la discontinuidad entre infancia y adultez entre pensamiento de vigilia y de sueño.
- Cuarta. Los síntomas son intentos de solucionar problemas, de enfrentar la ansiedad, conflicto, déficit.
- Quinta. La psicoterapia breve, intensiva y de urgencia se enfoca en lo que ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprenderse y reaprenderse del modo más eficaz posible.
- Sexta. La psicoterapia experimentada, breve, intensiva y de urgencia, se realiza tomando en cuenta todas las defensas y proposiciones psicológicas del Yo.
- Séptima. Se enfoca y selecciona, los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio y después provee la conceptualización más certeramente orientada.
- Octava. Cinco o seis sesiones pueden ser lo más práctico debido a que la mayoría de los paciente no está dispuesto a volver después.
- Novena. Los beneficios de la PBIU se pueden extender más allá del unidad de atención inmediata de la terapia.
- Décima. Los pacientes pasivos con poca capacidad para el insight pueden ser los más difíciles de tratar, al menos con terapia orientada al insight. Los pacientes se pueden tratar a través de otra modalidad como terapia de apoyo, conductual, educación o reestructuración ambiental.

La psicoterapia breve debe incluir una anamnesis completa, una evaluación psicodinámica, estructural tan amplia como sea posible, además de una consideración de los aspectos sociales y médicos.

La psicoterapia de urgencia conforme Bellak menciona no sólo se limita a la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones de tiempo puede haber oportunidad de reconstituir al paciente a un mayor nivel que el premórbido.

El perfil básico de la Psicoterapia Breve es:

1. Cinco o seis sesiones de 50 minutos por lo general una por semana.
2. Sesión de seguimiento un mes después
3. Anamnesis completa
4. Valoración psicodinámica y estructural
5. Consideración de los aspectos médicos y sociales
6. Plan para las áreas de intervención
7. Plan para los métodos de intervención
8. Plan para la secuencia de las áreas y métodos de la intervención
9. Decidir si se aplicará la terapia individual únicamente, o si se combinará con sesiones conjuntas o familiares
10. Consideraciones sobre condiciones facilitadoras como fármacos y hospitalización breve.

Se requiere recopilar la siguiente información en la sesión inicial:

- Síntoma Principal
- Historia del síntoma principal
- Síntomas secundarios
- Historia personal
- Historia familiar
- Formulación dinámica y estructural

También hay que realizar una evaluación de las funciones del yo con los siguientes componentes:

- Prueba de realidad
- Juicio
- Sentido de realidad y sentido del sí mismo
- Regulación y control de las tendencias, afectos e impulsos
- Relaciones objetales

- Procesos del pensamiento
- Regresión adaptativa al servicio del yo
- Funcionamiento defensivo
- Barrera de estímulo
- Funcionamiento autónomo
- Funcionamiento sintético-integrativo
- Competencia-supremacía

La psicoterapia breve es un enfoque que tiene muchos beneficios que, si bien aplicados al tratamiento de problemas de adicción sería una herramienta fundamental para una intervención inicial. La veo viable como una herramienta de solución que modificaría las fijaciones del desarrollo de los pacientes. Las funciones del yo en los pacientes con problemas de adicción se encuentran, en la mayoría de los casos, deterioradas, por lo tanto, existirían pocos candidatos que reflejarían cambios importantes en sus patrones conductuales. La psicoterapia breve puede utilizarse en los pacientes con problemas de adicción como complemento de una terapia conductual. El principio del tiempo limitado es un poderoso componente sobre todo por el perfil de los pacientes. No obstante el estado inicial de los pacientes en sus funciones yóicas impide que se generen grandes avances. Hay que retomar algunas técnicas que enfoquen una terapia más directiva.

RESULTADOS OBTENIDOS

El principal objetivo de este informe fue conocer las áreas de oportunidad de la UAT Xochimilco. Parte del estudio utilizó como método la observación participante dentro del tratamiento de algunos de los pacientes. La evaluación del plan terapéutico me permitió adquirir una visión holística de la forma en la que se establece un tratamiento para pacientes con problemas de adicción. Además la participación en un equipo multidisciplinario me permitió reconocer el papel de la psicología en un tratamiento integral.

Asimismo, al estar en contacto con los pacientes en su plan terapéutico con diferentes especialistas, permite observar la evolución de los mismos e incluso detectar algunas fallas existentes. La problemática de los servicios prestados en la UAT Xochimilco se focaliza en la gran demanda de atención por parte de los pacientes. La cantidad de pacientes y los recursos humanos son pocos; no obstante, los especialistas ajustan los tiempos para prestar el servicio y aumentar la productividad. Sin embargo, la productividad aumenta y la calidad disminuye debido a que la atención prestada no tiene el mismo impacto al no poder dar seguimiento a los pacientes debido al exceso de trabajo que representa atender a toda la población que acude la unidad.

Uno de los factores que impiden también el correcto seguimiento del plan de tratamiento (Anexo II) es la falta de comunicación entre las disciplinas sobre los casos presentados. Cada profesional maneja el expediente médico como forma de comunicación entre las áreas, no obstante sería mejor establecer sesiones de discusión de los casos de pacientes más complicados. Estos dos factores aumentarían la permanencia de los pacientes en los tratamientos ya que en muchas ocasiones era ocasional su asistencia.

RECOMENDACIONES

Después de los meses trabajados en la Unidad de Atención Psicológica encontré que el programa desarrollado por la UAT y por los profesionales que laboran en él es un programa completo que realmente representa una oportunidad de recuperar a los pacientes. Es un programa que involucra una atención multidisciplinaria, además al haber varios profesionales estableciendo un seguimiento a los casos permite establecer una estrategia más integral que ataque el problema desde varios ángulos.

No obstante existen varios puntos que convendría resaltar con respecto al modelo presentado:

1. El modelo de atención presentado (incluido en el SOPORTE METODOLÓGICO) involucra una preparación constante de los

profesionales, y en muchas ocasiones el exceso de pacientes les impide continuar su preparación.

2. El plan de acción indica que una de las partes más importantes para el éxito de la terapia es el tratamiento. Debido al exceso de pacientes en muchas ocasiones no les era posible establecer un seguimiento adecuado a los mismos. Pude observar que en varias ocasiones los pacientes dejaron de asistir y ninguno de los profesionales dió seguimiento para localizar al paciente o al menos para informar a los familiares. Considero que el tratamiento de pacientes con problemas de adicción en una intervención ambulatoria requiere que los profesionales o la misma institución den un seguimiento más cercano y traten de recuperar pacientes que abandonan el tratamiento. Creo que una de las opciones viables es encargar tal función, con previa capacitación, a las asistentes médicas, ya que ellas son las que presentan menos saturación de actividades laborales y tienen los recursos y el manejo de expedientes. Asimismo, esto permite que los pacientes se involucren más y es posible que, con un manejo adecuado de esta función, se aumente la adhesión terapéutica.
3. Una problemática que detecté fue una necesidad de capacitación por parte del personal de entrada que son las asistentes médicas. Se requiere que ellas tengan conocimiento de intervención en crisis ya que a veces los pacientes llegan muy alterados y ellas no tienen el conocimiento para afrontar tal situación. Inclusive detecté que en algunos casos ellas minimizan la problemática cuando deberían canalizar adecuadamente el primer contacto con el paciente. Es importante ésta función ya que de esto depende que el paciente comiencen generando un buen apego terapéutico. Convendría que alguno de los profesionales psicólogos desarrollaran un curso de capacitación para el personal de la Unidad de Atención Toxicológica, incluso del personal de seguridad ya que ellos son los

encargados en muchas ocasiones de dar informes. Lo anterior ayudaría a mejorar el servicio dado a los pacientes.

4. Uno de los objetivos principales del plan de acción dentro de la UAT es dar una atención multidisciplinaria. Pero ¿que implica esto?, implica tener una verdadera comunicación entre los profesionales para discutir sobre los pacientes y dar un seguimiento apropiado. Debido a la gran cantidad de pacientes que manejan resulta imposible mantener un diálogo abierto entre los profesionales sobre cada caso. Para esta problemática recomendaría priorizar sobre la gravedad de los casos e incluir sesiones de trabajo multidisciplinarias de media hora cada día para discutir sobre lo más relevante en los casos. Lo anterior puede determinarse como una actividad incluida dentro de la clínica que permitirá establecer una mejor comunicación entre los profesionales y optimizar la atención a los pacientes. Es importante destacar que el tiempo en ocasiones, es insuficiente, no obstante se requiere tener un espacio en el que se desarrollen discusiones sobre las problemáticas de los pacientes para que se determinen cursos de acción integrales que involucren la opinión de todos los profesionales.
5. Un punto importante es el manejo de los expedientes. Hay que prestar atención en tener los expedientes actualizados y en orden para que los profesionales puedan acceder a la información de tratamiento de los demás. De ésta forma se puede dar un mejor seguimiento al paciente y potenciar un plan terapéutico conforme a las necesidades de los planes de cada disciplina. Es de vital importancia reforzar esta actividad ya que los informes médicos son de las pocas formas en que se comunican los profesionales para indicar alguna particularidad de cada caso.
6. Parte del desarrollo de este servicio social involucra abrir una nueva opción

de atención y apoyo de prestadores calificados para subsanar las deficiencias en la atención observadas debido a la sobrecarga de pacientes. Los prestadores de servicio social pueden ser una opción para, mediante una institucionalización del programa, tener más elementos que puedan dar seguimiento más personal a los pacientes. Esta institucionalización implica establecer objetivos específicos y mentores expertos que puedan dar seguimiento a los casos de los prestadores de servicio.

Anexo 1

Grupos Psicoeducativos

El grupo psicoeducativo incluye "cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición." (SSP, 2010, p. 25) Los temas que se desarrollaron en los grupos se presentan a continuación.

Tema 1 Roles y relaciones de 2 y de 3

"Un rol familiar son aquellas características del desempeño de una persona según su lugar en la familia". (Carrillo, 2004) Un rol es un papel que se juega dentro del grupo familiar. Por ejemplo un rol de un padre conforme a nuestra cultura y lo que nos han enseñado socialmente se esperaría que fuera una figura de autoridad que dictara las reglas dentro de la casa, así mismo la autoridad funge como proveedor económico al dar dinero para la manutención de la familia. Es importante notar que estos roles han ido cambiando a través del tiempo, la sociedad ha modificado sus creencias y actualmente los padres se encuentran más en contacto con los hijos, participan más en las actividades de crianza de los niños y no son únicamente proveedores económicos como anteriormente se manejaba.

La estructura dentro de un grupo como lo es la familia está determinada por los roles o funciones que cada miembro desempeña. La forma en la que se relacionen entre los miembros también es determinada por estos roles, la forma de comunicarse entre los padres y los hijos, o quién pone las reglas y quién las obedece se determina por la función que se juega dentro del grupo. Para que funcione bien la familia se debe de tener un rol definido, en especial los padres deben tener la capacidad de tomar su rol como autoridad y tener la flexibilidad para cambiar de un rol a otro conforme la situación se presente. A veces también la madre es incapaz de defender su rol de autoridad frente a otros miembros de su

familia de origen en el caso en que vivan en una misma casa, con la abuela por ejemplo, quien acaba ejerciendo su rol. Por ejemplo cuando la abuela interviene en la educación del hijo, y no le permite a la mamá poner las reglas y ejercer las consecuencias se debilita su rol como autoridad. Otro ejemplo es cuando el hijo es adolescente a veces juega el rol de adulto y el rol de niño a su conveniencia los padres deben determinar las libertades y responsabilidades del adolescente según su edad. Por ejemplo cuando el hijo siente que ya es grande para determinar sus permisos, donde ir, cuando, y el padre le pide que trabaje, apoye económicamente al hogar; el hijo se niega.

Las relaciones humanas usualmente se manejan entre dos, a esta relación la llamaremos diada (padre y madre, padre e hijo, padre e hija, madre e hijo, etc.) Para que una relación se mantenga sana se requiere que no se involucre un tercero dentro de las relaciones. Cuando no se sabe manejar las relaciones de esta forma se genera estrés y problemas funcionales en la familia. Algunos problemas que se pueden presentar en una relación son: cuando un miembro de la relación involucra a un tercero, cuando se interpone al hijo en una pelea de pareja, consienten al hijo para ganar su favor y que los apoye contra el padre. O cuando uno de los suegros se involucra en un problema de pareja apoyando a su hijo o hija y provocando mayor conflicto.

Las diadas que se forman pueden ser subgrupos formados según el sexo, edad, interés o función. Dentro de la familia se forman varios subgrupos, por ejemplo la pareja es un subgrupo que involucra solamente a mamá o papá y no deben de intervenir otras personas, ya que pueden crearse conflictos.

Tema 2 Reglas y Responsabilidad

Una regla es una oración que regula la relación de los miembros de una familia, dicen que es lo que se permite y que es lo que se prohíbe. (Carrillo, 2004) Un ejemplo puede ser una regla de no tomar bebidas alcohólicas dentro de la casa. Esta regla dicta el comportamiento de todas las personas que viven en esa familia. Existen varios tipos de reglas, por ejemplo las reglas explícitas que se dicen expresamente, por ejemplo el respetar las cosas de los demás dentro de la familia y no se pueden tomar sin pedir permiso. Existen también reglas implícitas que

implican que no se han hablado de ellos de manera expresa pero se quedan establecidas después de una serie de ocasiones en las que se ha actuado de determinado modo. Por ejemplo, cuando no regresan a la casa y se quedan en casa de alguien después de una fiesta los hijos entienden que no hay ningún problema si no existe alguna consecuencia, y queda establecido que se permite. En el caso de la adicción cuando se encuentra al hijo consumiendo y no existe ninguna consecuencia, el paciente entenderá que se permite consumir en casa, aunque la regla expresa sea que no se puede.

Las reglas también pueden dividirse en reglas negociables las cuáles se permite que el hijo proponga según gustos y tomarlos en cuenta su opinión haciendo concesiones. Un ejemplo, son las actividades dentro de la casa, puede que a un hijo no le guste lavar los trastes y lo cambien por otra actividad pero que definitivamente debe cooperar. También están las actividades no negociables que regulan los valores que no están a discusión. Ej. No se puede consumir drogas dentro de la casa, o que no se puede agredir físicamente a otros miembros de la familia. Finalmente, tenemos las reglas mixtas que usualmente no son negociables y solo se hacen excepciones en ocasiones especiales como: la hora de llegada. Si es una ocasión especial se puede hacer una concesión sobre la hora en que el hijo llegara a casa.

¿Cómo se establecen las reglas?

1. Se debe identificar qué aspectos se deben considerar.
2. Acordar consecuencias o castigos, es necesario que las figuras de autoridad estén de acuerdo en los aspectos y las reglas a aplicar. Para establecer las consecuencias se deben tomar algunas recomendaciones: no debe haber golpes, que la mamá y papá estén de acuerdo y se apoyen, que otros familiares no intervengan, los golpes y gritos son signo de inseguridad de perder el control, y finalmente que se coincida lo que se dice y lo que se hace. Según la edad se deben de establecer diferentes consecuencias: los niños por ejemplo pueden no ver la tele, no jugar con sus juguetes favoritos, etc. Para los adolescentes tendrían que no usar el

teléfono, no salir a fiestas, etc. Y a los jóvenes adultos debería ser: que se mantengan económicamente, retirar la llave de acceso, etc.

3. Aplicar consecuencias sin excepción, se debe respetar el castigo del otro durante mi ausencia, no se puede levantar el castigo si lo pide el hijo, y no se debe permitir que otros intervengan. Se debe siempre procurar que haya una figura de autoridad y se debe considerar la edad real del hijo según las conductas que se demuestran, por ejemplo, si tiene 24 años cronológicos pero aún no trabaja ni estudia debe de impulsarse con reglas más estrictas.
4. Esperar un tiempo determinado aplicando reglas y consecuencias. Tiene que pasar un tiempo en el que el hijo vea la relación entre cierta conducta y las consecuencias que siempre se da. No pueden existir cambios tan rápido y es importante la congruencia entre lo dicho y los hechos. Si saben que deben castigar al hijo pero no sienten que puedan porque les da tristeza entonces no funcionará la consecuencia. Si el padre le dice al hijo que no puede ir a una fiesta porque llegó alcoholizado la última vez y después se siente mal porque lo ve sufrir el hijo detectará el miedo a aplicar la consecuencia y no se aplicará adecuadamente el castigo.

Para aplicar las reglas se requiere firmeza, se requiere que la seguridad de la persona de que lo que hace es lo correcto, debe haber comunicación con respecto a la acción incorrecta con el hijo, se asume que el hijo es capaz de asumir la responsabilidad de sí mismo y responder a sus acciones y se asume el hecho de que el ser humano pasa por un proceso para convertirse en persona.

Se debe tener claro que si el hijo no quiere obedecer se puede darle una prueba de la realidad y pedirle que se vaya de la casa.

En cuanto a la responsabilidad se define como "una obligación de un individuo de responder por sus actos ante los demás y asumir las consecuencias de sus decisiones." (Carrillo, 2004)

Según menciona Carrillo (2004) existen varias etapas para adquirir grados de responsabilidad que se mencionan como sigue:

1. Infancia: correr riesgos en el proceso de descubrir y aprender a relacionar con el mundo.

2. Ciclo escolar: La responsabilidad de desarrollar habilidades, tomar decisiones y asumir consecuencias con los iguales.
3. Adolescencia: definir ocupación, principios, gustos y prioridades como adultos ante la sociedad
4. Ciudadano: asumir responsabilidad total de uno mismo ante los demás.
5. Pareja: asumir la responsabilidad de otro en el sentido de considerarlo en las decisiones que lo implican sin menoscabo.
6. Familia: asumir responsabilidad por un hijo.

Algunos errores que se cometen en este tema es creer que los demás tienen obligación de asumir las responsabilidades que nos corresponden (adictocoadicto). Por ejemplo adivinarle el pensamiento al adicto y resolverle sus necesidades sin que él las identifique o las pida. Anticiparse a que si se le deja solo, el adicto va a consumir.

Tema 3 Comunicación y Respeto

La comunicación "es el proceso mediante el cual dos individuos intercambian mensajes. Cada individuo en el proceso de la comunicación desempeña un rol de emisor o de receptor. El emisor es el que manda el mensaje y el receptor es el que lo recibe. Estos roles son intercambiables. Existen varios tipos de mensajes dentro de la comunicación, los verbales que se dan abiertamente, y los no verbales que se dan a través de gestos y tono de voz. La comunicación también puede ser directo cuando se dice el mensaje con toda claridad y a quien va dirigido; y de forma indirecta cuando los mensajes son confusos, se dan a entender, puede incluso no ser claro a quién va dirigido el mensaje" (Carrillo, 2004). Siempre nos estamos comunicando, es imposible no hacerlo, es por esta razón que debemos tener claro qué mensaje le estamos enviando a la persona con la que nos comunicamos. Por qué es importante poner atención sobre esta situación. En el caso de los pacientes con problemas de adicción existen muchas ocasiones en las que se ha generado un rechazo hacia ellos dentro de la familia, son mensajes que comunican al paciente que no es aceptado por los otros miembros de la familia en su forma de hablar, ser, vestir, etc. Este en ocasiones es uno de los factores que

influye en el hecho de que los pacientes consuman ya que desahogan estos sentimientos de frustración a través de la droga.

Problemas en la comunicación:

- Contradicción entre el mensaje dado en la comunicación verbal y la comunicación no verbal, por ejemplo los padres en ocasiones no están de acuerdo con cierta conducta del hijo, pero en lugar de decirle que no les gusta esa conducta pueden solamente hacer un comentario en cierto tono o con gestos de desaprobación. Por ejemplo si el paciente adicto le gusta hacer graffittis y los padres piensan que si va a hacer graffittis también va a drogarse, se pueden manifestar comentarios lascivos.
- Cuando la comunicación se enfoca solamente a la parte no verbal y a eso se limita. Por ejemplo, cuando el hijo se siente poco escuchado puede llegar un adolescente a responder únicamente con monoslabos o con gestos sin comunicar realmente lo que piensa y siente. Este es un deterioro grave en la comunicación y puede ser un factor que provoque el consumo.
- Cuando una palabra significa algo para el emisor y significa una cosa diferente para el receptor, por ejemplo, cuando para los padres el decirle al hijo que ya es adulto significa que el hijo tome sus propias decisiones pero que siga cumpliendo con sus responsabilidades, en cambio para el hijo puede significar que ya no tiene que respetar las reglas ni informar sobre sus acciones.
- Cuando las personas se comunican de modo indirecto, y hacen entender de manera sutil las cosas. Por ejemplo, en el caso de padres que dejan de hablarles a los hijos porque están molestos porque incurrieron en alguna falta, los hijos no van a entender el problema y se va a distorsionar más la comunicación.

Algunos consejos para mejorar la comunicación son:

1. Verificar el mensaje: si se envía algún mensaje se debe preguntar sobre el sentimiento que se percibió en el mensaje para que se aclare que se recibió bien.

2. Se debe de tomar en cuenta los sentimientos que están detrás de la comunicación, en ocasiones los papás se concentran más en corregir o reprender a los hijos por alguna falta.
3. Que el mensaje verbal y el no verbal coincidan, si por ejemplo se castiga a los hijos sintiendo sentimiento de culpa y pensando que son demasiado severos eso se verá reflejado en su forma de hablar y los hijos entenderán el mensaje oculto que implica el temor de ser severos, lo cual hará que los hijos no vean a una autoridad firme y no sigan las reglas.
4. También se pueden usar frases para invitar a la comunicación verbal cuando ésta ha disminuido.
5. No se debe forzar la comunicación, si el hijo está dispuesto a hablar hay que incitarlo, si no está dispuesto simplemente se le menciona la apertura.
6. Aceptar y asumir que hay personas que les gusta hablar mucho y otras que no.
7. No hay que centrar la comunicación en tu o yo, por ejemplo decir "siempre es tu culpa" se deben evitar generalizar y enfocarse en lo que el otro siente, se debe de comunicar cómo se siente uno y qué debe hacer.

Tema 4 Límites y Autoridad

Los límites son "líneas invisibles que protegen la diferenciación de los sistemas, es decir deciden quién participa y las reglas para cada subsistema dentro de la familia. Los subsistemas son los grupos que se forman cuando interactúan cada miembro con otro dentro de la familia, por ejemplo entre los padres, o entre los hermanos el subsistema fraternal." (Carrillo, 2007) Se deben de definir de forma precisa para que otros no interrumpan dentro de las relaciones, por ejemplo cuando los papás salen de casa y le dicen al hijo mayor que está a cargo y al hermano menor que obedezca al mayor se está delegando la autoridad y hay un límite definido dentro de la familia, después regresan los papás y retoman la autoridad. En cambio, cuando los papás salen de casa sin ningún aviso a los hijos y cuando regresan encuentran que el hijo menor fue agredido por el mayor para que se hiciera obedecer, aquí hubo una falta de clarificación de los límites. Algunos límites importantes dentro de la familia son:

- **Limites padres e hijos:** Esta línea es la que delimita quien tiene la autoridad en la familia, si no es clara los hijos pueden aprovecharse en estos casos para utilizar las reglas a su conveniencia. Por ejemplo, en el caso de los pacientes con problemas de adicción desarrollan una habilidad importante para que manejen los límites difusos, hay momentos en los que ellos toman la autoridad en la familia. Esto sucede cuando el paciente adicto comienza a mover a la familia fomentando que los demás cambien sus actividades para estar vigilando que no se drogue, él sabe que todos tienen temor de que lo haga y puede incluso amenazar con hacerlo si no se cumplen sus peticiones. La pérdida de los límites sucede cuando:
 - Los papás no están de acuerdo con las reglas que se van a imponer a los hijos.
 - Uno de los papás se apoya en el otro para ejercer su autoridad, por ejemplo la mamá le dice al hijo que lo va a acusar con el papá cuando éste llegue.
 - Los papás no aplican las reglas o lo hacen según su estado de ánimo, cuando están felices son permisivos y cuando están enojados son severos, el hijo piensa que se desquitan con él cuando están enojados en lugar de pensar que lo castigan por la falta que comete.
 - La madre se arrepiente de su actitud explosiva y trata de compensarlo después consintiendo al hijo, es cuando en algún caso los pacientes con problemas de adicción llegan a ser expulsados de la casa en un momento de enojo porque consumieron y cuando los ven en la calle mal y desprotegidos los vuelven a aceptar por lástima y culpa, los sentimientos que están muy presentes en ésta conducta son la culpa y la lástima y son los que impiden que haya una autoridad fuerte que haga valer las reglas. Cuando se le evitan frustraciones al hijo este también se va volviendo débil, no tiene defensas y cuando viene una decepción fuerte puede caer en las drogas.

- Límites individuo-individuo: Se trata del respeto que hay entre dos personas, según la etapa de la vida se debe de comportar diferente el padre con el hijo. El padre debe de jugar varios roles según el momento, para que el límite esté claro entre padre e hijo debe saber actuar. El padre debe saber escuchar al hijo. El padre debe respetar al hijo en cuanto a sus diferencias, por ejemplo en cuanto a su forma de ser, y aceptarlo, a veces los padres intentan que los hijos actúen como ellos desean escudándose en que los están educando. A veces también en el caso de la pareja los límites no son claros cuando por los valores culturales hay desigualdades entre los derechos de hombres y mujeres.
- Límite familia-familia: Es cuando no están claros los límites entre la familia de origen y la familia nueva y los abuelos interfieren en la relación de pareja o en la crianza de los nietos sin respetar la autoridad de los padres.

Hay dos formas de ejercer la autoridad:

- Basado en la desigualdad y la fuerza: El que la ejerce cree que es un don que se le dio y cuando no se le obedece utiliza la fuerza, la comunicación solo es de un lado y no escucha a lo demás, no permite la cooperación y se asume la responsabilidad de los demás como un derecho sobre ello y lo que hagan.
- Basado en la igualdad el respeto: busca la cooperación y colaboración de los demás, en caso de desacuerdo escucha a los demás y los deja que propongan y se busquen alternativas, hay una comunicación en ambas direcciones y se responsabiliza a los demás de sí mismos (si alguien decide drogarse es su responsabilidad pero se le ponen consecuencias claras por eso).

Tema 5 Dinámica Familiar y Círculos Viciosos

Dentro de la familia existen algunos principios los cuáles se espera se cumplan dentro de ella, por ejemplo la obligación de apoyarse entre los miembros, en ocasiones este es el principio que los adictos usan para controlar a los coadictos, exigiendo se les apoye en su enfermedad sin reconocer su parte del trato que deben respetar. También la defensa y la protección de las amenazas externas, la

manutención y el cobijo de la esposa y los hijos. La dinámica familiar está conformada por aspectos muy importantes como el desempeño de roles, la comunicación, la existencia de reglas y los límites que se conforman con esos elementos. Los subsistemas que ya se hablaron como: los padres, los hijos, padre-hijo, etc.) Siempre se busca la explicación de la problemática viendo el todo.

Existen distintos tipos de familias:

- Las familias extendidas son aquellas que se conforman de abuelos, tíos, padres, e hijos. Algunos problemas que pueden surgir dentro de la familia es cuando una adolescente se embaraza y no tiene la madurez para tomar el rol. En ocasiones también cuando los abuelos intervienen como figura de autoridad sobreprotegen al nieto y se provoca un ambiente permisivo generando problemas en el desarrollo del individuo.
- Familias monoparentales: Son aquellas que solamente tienen un miembro parental: padre o madre. En él recae la responsabilidad que usualmente presentan ambos incluyendo poner reglas, ser una autoridad y soporte económico.
- Familias Reconstituidas: Estas familias se crean cuando un matrimonio se rompe y se adquiere una nueva pareja juntando dos familias (hijos del hombre e hijos de la mujer). En este caso es probable que existan cuestionamientos de autoridad ya que se le debe reconocer la autoridad a la nueva pareja. Si por ejemplo la nueva pareja quiere cumplir su rol como padre o madre pero la otra parte los sobreprotege no permite que se tenga una autoridad clara. En ocasiones también la nueva pareja no se involucra como padre y entra en un rol de amigo, esto provoca también bloqueos en su autoridad y que exista un ambiente ambiguo y permisivo.
- Familias nucleares: Se componen solamente de una generación de padres con sus hijos. En este caso pueden surgir problemas de autoridad dentro de los hermanos ya que es usual que en ocasiones se deje a los hijos mayores a cargo a los menores, y estos deben fungir un rol parental. Puede llegar a haber rivalidades entre los hijos.

En cualquier caso lo importante dentro de las diferentes dinámicas familiares es que exista una autoridad clara, que establezca los límites.

Un círculo vicioso consta de las conductas repetitivas de un individuo en su relación con otros. Esto construye su modo de vida, la forma en la que se ve a sí mismo, sus conductas y acciones con respecto a otra persona. Por ejemplo:

- El adicto discute con la madre o coadicta sobre su poca cooperación y esfuerzo por dejar de consumir.
- El adicto se retira y comienza a sentirse triste y a pensar en la droga, cada pensamiento es rechazado y trata de evitarlo.
- Posteriormente cobra dinero y al tener este ya lo ha asociado con consumir
- Compra la droga y se administra la sustancia
- Viene etapa de relajación y se siente culpable.

Tema 6 Concepción del mundo y estrategias de cambio

Una concepción del mundo es la forma en la que cada quien ve su situación y a sí mismos. Es decir, la forma en la que se ve a la familia, el rol o papel que desempeña cada quien dentro de ella, las reglas y responsabilidades, y las cosas que se esperan de las personas alrededor. Esta concepción o visión del mundo ha sido construida por las experiencias del individuo, su historia, familia, lugar donde nació y sociedad en la que vive. Se relaciona con las costumbres aprendidas por la cultura en la que creció el individuo y en la que vive actualmente. Por ejemplo si durante toda la vida una persona ha visto que la gente que consume drogas también incurre en algún delito como robar, matar o provocar daño a otras personas, tendrá la asociación de que una persona que consuma drogas siempre va a ser también un delincuente. Es importante que se reconozca la posición de los familiares frente al problema de las adicciones ya que esa es la forma en la que van a reaccionar. Si los familiares continúan con estos pensamientos o creencias no es posible apoyar en la solución del problema de adicciones, ya que este modo rígido de ver la vida hace que reaccionen de la misma forma y provoca las mismas reacciones en los demás. Esto es a lo que se llama una estrategia de cambio "es una acción que lleva a hacer algo de un modo diferente" (Carrillo,

2004) por ejemplo cuando le ocurra algún problema a uno de los pacientes hay que identificar que es lo que el familiar siente cuando lo ve consumiendo, que es lo que piensa y qué hace frente a esta conducta. Seguramente los familiares repiten cierta actitud de rechazo hacia el paciente, cuando vuelva a suceder la situación tratarán de cambiarlo y limitarse a poner límites. De esta forma el paciente también se comportará diferente conforme lo hacen ustedes.

Tema 7 Farmacodependencia

Las drogas son sustancias que actúan sobre nuestra percepción, emociones y/o el estado de ánimo. Según Cruz Martín (2004) existen varios niveles de consumo, cuando una persona prueba la droga por primera vez se dice que es experimental y aunque tiene riesgo de convertirse en una persona con problemas de adicción a la sustancia, aún no tiene dicho problema. Cuando una persona ha probado en varias ocasiones una droga y tiene un consumo repetido de una sustancia en el cuál se presentan consecuencias adversas para la persona como: incumplimiento de obligaciones, consumo de la sustancia en situaciones donde el individuo se convierte en alguien físicamente peligroso, y presencia de problemas legales, sociales o interpersonales se habla de una persona que está abusando del consumo de sustancias. Esto es un paso previo a las adicciones y se pueden observar ya cambios en la conducta de la persona cuando se encuentra ya en la etapa de abuso de sustancias. Finalmente, el tercer nivel es la adicción: patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro clínicamente significativo y que se caracteriza por presencia de tres o más de los siguientes síntomas en un periodo de doce meses:

- Tolerancia
- Dependencia física
- Consumo de la sustancia en cantidades mayores o durante tiempos más largos de lo que pretendía inicialmente
- Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo
- Empleo de tiempo cada vez mayor en actividades relacionadas con al obtención de la sustancia

- Reducción importante de actividades sociales, laborales o recreativas
- Continuación de consumo a pesar de tener conciencia del daño.

Es importante que los familiares entiendan esta diferencia ya que la forma en la que se trata a una persona en uso experimental, abuso o una adicción como tal. No todas las personas que consumen drogas llegan a la adicción y no todas las personas que consumen drogas cometen actos delictivos. Es importante analizar caso por caso ya que las causas de estas conductas varían según el caso. A continuación se enlistan algunas de las drogas más comunes y sus efectos de tal manera que el familiar pueda comprender mejor que es lo que sucede en el cuerpo del paciente y qué señales de alarma pueden detectar.

- Cocaína: La cocaína es una sustancia química que puede ser administrada inyectada, o aspirándola. Usualmente se pueden usar latas de refresco con agujeros para facilitar la aspiración. En una forma más fuerte está el crack que debe ser quemado e inhalado el humo, sus efectos son mucho más poderosos que la cocaína pura. Cuando una persona acaba de consumir es muy fácil notarlo; sin embargo el efecto es muy rápido por lo que probablemente cuando el familiar ve a su paciente unas horas después ya no se note el efecto inmediato de la droga. El efecto inicial incluye una mejoría del estado de ánimo, aumento de energía y reducción de fatiga, mayor rendimiento muscular, disminución del apetito, deseos de hablar, aumento del interés sexual, puede haber enojo y agresión, ansiedad, miedo, mucha agitación y alucinaciones cuando la cantidad ha sido demasiada. Es importante que se observe el comportamiento del paciente, quizá no se den cuenta si no los ven inmediatamente después de que consumieron pero algunos de los cambios que pueden ver en el comportamiento cuando ya consumen de forma frecuente son: pérdida de peso o disminución del apetito continuamente, duerme menos, problemas de memoria, problemas de concentración, irritabilidad, y paranoia. Algunos de los signos cuando los pacientes dejan de consumir la cocaína que se

presentan en los primeros días son: agitación, depresión, somnolencia, hambre excesiva y fatiga.

- Los inhalables: Estos incluyen disolventes, aerosoles, el aire comprimido, éter, etc. Como su nombre lo dice se inhalan por medio de la nariz y son fáciles de adquirir y económicos por lo que se usan más en jóvenes de pocos recursos. En pequeñas dosis provoca mareo, irritación de la nariz y dificultad para concentrarse. Cuando se ha consumido una gran cantidad la gente está muy activa, su forma de hablar es poco articulada, no se les entiende, hay desorientación, poca coordinación de movimientos, incapacidad de mantener la atención, agitación y crisis convulsivas. Los inhalables son sustancias que al entrar de forma más directa hacia el cerebro causan un mayor daño. El familiar puede notar si su paciente consume estos solventes si tiene ojos vidriosos, nariz y boca irritadas, mal aliento, pérdida del apetito, la cara pálida azulosa, problemas respiratorios o para hablar, cambios de conducta y personalidad.
- La marihuana: La marihuana es una planta natural que tiene ciertos derivados, se fuma usualmente en cigarrillos o con pipas. Los efectos de la marihuana son distorsión de la sensación de espacio y tiempo, las personas parecen desorientadas y les es difícil concentrarse, hay euforia o periodos de risa incontrolable, cambios en el humor, se enrojecen los ojos, la boca la tienen seca, tienen mucha sed y hambre, cuando presentan ya un consumo crónico los pacientes suelen tener dificultad para expresar emociones, pérdida de memoria, y deficiencia respiratoria.
- Alcoholismo: El alcohol es una de las drogas socialmente aceptadas en la sociedad. En México existen grandes problemas de alcoholismo debido a que el alcohol es una bebida que se utiliza como parte de la cultura, en el momento de las celebraciones o para cualquier ocasión su consumo es ampliamente aceptado. Es por dicha razón que al momento de tratar con ésta adicción las personas muchas ocasiones deben casi aislarse ya que la cantidad de asociaciones que tienen con momentos placenteros, como convivir con amigos o familiares, son demasiadas y hay que romper cada

una de éstas para superar la adicción. Vamos a hablar de que es un consumidor excesivo, para comenzar una copa de vino es equivalente a 20 ml de alcohol, aproximadamente un caballito de tequila, o una bebida preparada, o una cerveza. Un bebedor excesivo es una persona que consume más de tres o cuatro copas de alcohol por ocasión. Se considera consumo de riesgo cuando una persona consume también en situaciones en las que aumenta la oportunidad de tener complicaciones como cuando se bebe y se maneja o cuando las mujeres embarazadas manejan. La tolerancia a los efectos del alcohol es una de las razones por las cuáles la gente tiene que consumir cada vez más y es provocada porque el cuerpo adquiere la capacidad de digerir más sustancia cuando hay consumos repetidos. Actualmente se ha venido dando un incremento importante en el consumo de alcohol por parte de las mujeres, es importante tomar en cuenta que: la misma cantidad de alcohol tiene un mayor efecto en la mujer que en el hombre, además se ha comprobado que las mujeres desarrollan alcoholismo más rápido que los hombres, las mujeres que beben en exceso tienen mayor posibilidad de desarrollar daño en el hígado. Hay algunas mezclas que es importante no hacer por ejemplo cuando se toma algún medicamento con benzodiazepinas que sirve para los trastornos de ansiedad no se debe combinar con alcohol porque se hace el efecto más fuerte, también con algunas pastillas para la gripa como los antihistamínicos o con opioides como la marihuana. Es peligroso cuando combinan cocaína con alcohol el individuo puede presentar conductas agresivas.

Algunas creencias erróneas con respecto al alcohol son: que es un estimulante y en realidad es un depresor, no hay bebidas que emborrachen más o menos, todo depende de la cantidad de alcohol que se consuma, no hay bebidas o preparados que bajen la borrachera o curen una cruda, solo puede que te mantengan más alerta en el caso del café porque es estimulante, pero la embriaguez sigue y solo se puede esperar a que pase tiempo para que se digiera el alcohol.

Hablando sobre los efectos de la abstinencia al alcohol los pacientes pueden tener insomnio, falta de apetito, falta generalizada de interés, agitación, y que se acelere

el corazón. Cuando el consumo ha sido por largo tiempo puede llegar a tener alucinaciones, escuchar voces amenazadoras, fiebre, temblores y pánico. Como los efectos de la abstinencia son tan fuertes es la razón por la cual una persona con problemas de alcoholismo o cualquier otra adicción debe someterse a un tratamiento médico ya que se les da medicina para que no sientan estos efectos tan fuertes que pueden ocasionarles hasta la muerte.

Debido a la facilidad que se tiene para adquirir el alcohol es importante que se enseñe a los hijos a manejarlo con responsabilidad. Se ha visto que en lugares donde no hay mucho alcoholismo la gente no le da ningún valor ni positivo ni negativo a ingerir bebidas alcohólicas, también no es bien visto por familiares y vecinos el hecho de que las personas se emborrachen, también acostumbran consumir bebidas alcohólicas durante la comida, no se utiliza el alcohol para manejar sentimientos (tristeza, frustración, etc)

Tema 8 La relación de pareja

En el caso del libro Testimonio de un divorcio se presenta un relato acerca de cómo se ha dado el problema en un divorcio. Dentro de la pareja la comunicación es un tema fundamental, entendida ésta como el proceso mediante el cual una pareja intercambia mensajes. A lo largo de la relación se intercambian diversos mensajes que poco a poco se van volviendo reglas que definen la forma en la que interactúan dos personas en la relación. Comenzando por una revisión del contrato conyugal, declarado este como "las ideas y expectativas que cada uno tiene sobre el otro; sobre la vida y en común y la crianza de los hijos." En otras palabras cuando dos personas deciden vivir juntas, establecen siempre un acuerdo aunque éste no sea explícito. Dentro de las entrevistas del caso la esposa habla acerca de que algo se había roto en algún momento. Esa ruptura es precisamente un cambio en el contrato conyugal que se había definido. El contrato está lleno de acuerdos establecidos a través de comunicación indirecta que es cuando los mensajes son confusos, se dan a entender, puede incluso no ser claro a quién va dirigido el mensaje. En este caso se establece un acuerdo acerca de la posibilidad de que el hombre tenga aventuras y pueda cometer infidelidades y ella no. En los roles de género a él se le tenía permitido esto.

La comunicación no solamente se da verbalmente, sino también no verbal es decir con gestos y acciones. Un caso de una pareja que tenía varias conductas agresivas entre sí, muchos mensajes de sarcasmo sobre el tema de la infidelidad, hay un resentimiento sobre la actitud del esposo como un padre periférico que solo se dedicaba a ser proveedor. No obstante, cuando se inició la relación matrimonial hubo una comunicación directa en la cual quedaron de acuerdo en que la esposa se quedaría a cargo de los hijos y él se dedicaría a trabajar para mantener a la familia. Este acuerdo no fue aceptado de manera grata por ella, sin embargo, se aceptó y funcionaron así por un tiempo. En este caso al no comunicar sus necesidades de manera directa ella no pudo organizar un acuerdo en el que también estuviera de acuerdo.

Uno de los problemas que se presenta usualmente dentro de una pareja es que una palabra significa algo para el emisor y significa una cosa diferente para el receptor, es decir la palabra divorcio en este caso significa dos cosas diferentes para cada miembro de la pareja. En el caso de la pareja que estamos analizando para ambos significaba en cierta forma una libertad pero no habían pensado en las consecuencias. Esa palabra para una significaba tener la capacidad de regresar a su familia de origen y juntarla con los hijos, ya que planeaba volver a vivir con su madre, en cuanto a él significaba que podía tener a sus hijos en custodia, cuando se les aclaran los conceptos y también las consecuencias de dicho proceso re evalúan sus posturas. Parte de tener una buena comunicación dentro de la pareja es el hecho de aclarar para cada quien cuál es su concepto sobre un tema y además se deben de comunicar directamente ya que hacen entender de manera sutil las cosas. En este caso la comunicación no es clara.

“El amor, entendido como entrega y reclamo, como pasión y lucidez, como comprensión e intercambio, opuesto a todo lo que signifique egocentrismo, violencia, dominación, dependencia, es quizás el único camino que nos queda para la dignidad del individuo y el rescate del sentido último de su vida en sociedad.” (Simmons, 1981, p. 140). Este es el mensaje que nos dan los terapeutas de pareja Van Simmons y Monica Ross como conclusión del estudio de un caso sobre una terapia de pareja. Pero para comprender mejor cómo llegan a

esa conclusión y, aún más interesante, porque las parejas olvidan ese intercambio desinteresado con el que inician es importante destacar algunos puntos importantes de las relaciones de pareja. En el caso que se nos plantea la pareja no manifiesta un intercambio desinteresado desde un inicio, en realidad como mencionan al momento del análisis del caso ambos traían cierta expectativa en la cual pretendían que la pareja complementara esa parte que no habían logrado en sí mismos. En el caso de la mujer tenía la expectativa de vivir una relación mucho más libre a través de su esposo y generar su identidad al tener una madre sumamente intrusiva. Los elementos que se mencionan a continuación son algunos puntos que se revisan dentro de una pareja para comprender cómo han llegado a desarrollar un conflicto. Comenzando por una revisión del contrato conyugal, declarado este por los autores como "las ideas y expectativas que cada uno tiene sobre el otro; sobre la vida y en común y la crianza de los hijos." En otras palabras cuando dos personas deciden vivir juntas, establecen siempre un acuerdo aunque éste no sea explícito. Este acuerdo está basado en las expectativas que uno tiene del otro, como tal al no ser cubiertas esto puede iniciar el conflicto de pareja. Un acuerdo que establece las dimensiones y los límites, las exigencias y las concesiones mutuas, las necesidades y las esperanzas de cada uno. Establecen un proyecto común que contemplan los proyectos de ambos. Generalmente ese es uno de los puntos de conflicto que cuando la pareja decide vivir juntos no establecen el proyecto en común, cada uno tiene proyectos muy diferentes y es difícil ajustarse. Esta sería una de las primeras crisis que se viven dentro de la pareja. Es importante que las parejas hablen sobre este acuerdo ya que se va estableciendo de manera expresa o implícita, y es importante que queden de acuerdo sobre los puntos convenidos. Relacionado con la dinámica familiar podríamos mencionar que al tratarse de uno de los subsistemas más importantes, la pareja dentro de la familia también conviene sus propias reglas, roles y responsabilidades de cada uno de sus miembros. Estas reglas como se ha mencionado anteriormente pueden ser expresas o implícitas, aunque no sean habladas también tienen que tomarse en cuenta ya que esto define el comportamiento de los miembros de la pareja. En este caso la pareja puede llegar

a desarrollar conflictos importantes al no mantener una comunicación abierta sobre su contrato conyugal, es decir las reglas que prevalecerán en la pareja, las expectativas de cada uno sobre el otro y los límites a respetar. Un contrato de pareja basado en una relación de igualdad, respeto y apoyo mutuo puede favorecer en gran medida una relación de pareja, y si la pareja funciona adecuadamente, seguramente la familia también funcionará bien. Desgraciadamente lo que usualmente sucede es que una de las partes se beneficia en mayor medida del contrato que la otra, esta desigualdad provoca problemas y desequilibrio. Sin embargo, las parejas cada cierto tiempo deben renovar su contrato o actualizarlo en cierto modo ya que las expectativas, los deseos e ideas sobre una relación cambian a través del tiempo. Usualmente cuando un matrimonio se une se establece una pareja idealizada y autosuficiente, es decir, los matrimonios empiezan teniendo solamente una idea general e incluso a veces falsa y se engañan sobre la forma de ser y lo que deben esperar de su pareja. Las personas a lo largo de su ciclo vital se esperaría que llegaran a una etapa en la que se independizaran emocionalmente, sin embargo no llegan a esta madurez y comienzan una familia sin haber logrado este proceso, por eso se engañan a si mismos con que la relación les ayudará a complementarse. Cuando se genera una crisis es importante reevaluar el contrato que han venido manejando hasta el momento. Usualmente cuando los matrimonios sufren su primera crisis o fractura, es decir cuando se rompe la ilusión que se tenía sobre la pareja de manera inicial deben de replantear su contrato, no obstante a veces toman la conducta de negación y evitan tratar el tema refiriendo que no existe ningún problema. Es común también que dentro de la problemática han aprendido a encontrar cierta homeostasis o equilibrio con sus patrones de comportamiento actuales lo que los lleva a tener mayor resistencia al cambio. Esta resistencia puede ser tan fuerte que incluso no están dispuestos a cambiar y cómo en éste caso eligen mejor la separación al no estar dispuestos a cambiar y reestructurar el daño provocado entre ambos. Cuando se evitan los problemas suelen acumularse y a través de años pueden convertirse en serios problemas que amenacen la relación con frecuencia la pareja tarda tanto en buscar ayuda que cuando lo hace

ya se han dañado tanto que es imposible reconstruir su relación. El autor menciona que lo importante cuando hay una crisis es desenmascarar o aceptar las fantasías y encubrimientos que se tienen dentro de las parejas. Tanto destapar lo que ocurrió en el pasado como las expectativas sobre el futuro. A veces cuando una persona se casa tiene una idea o fantasía acerca de su pareja, cuando la pareja empieza a dejar de ser como lo esperaba entonces viene la frustración pero se dejan pasar y el rencor crece. Esto sucede cuando dos personas se casan teniendo una idea equivocada de las relaciones, creyendo que de alguna manera la otra persona complementará sus necesidades y será tal y como en su mente se lo imagina, ésta es una de las razones más importantes por las que una relación de pareja no funciona; porque está formada por dos personas inmaduras, dependientes, que buscan que el otro le resuelva sus problemas o que asuma sus responsabilidades. Se debe de aprender a través de la comunicación a aceptar la persona que en realidad es la pareja estableciendo reglas y límites definidos.

En casos en los que no se llega a una resolución conveniente para ambos las personas suelen pensar en la idea de la ruptura o el divorcio. Antes que nada se deben de tener en cuenta bien la idea que cada miembro tiene acerca del divorcio, de esta forma analicen bien las consecuencias reales del divorcio y no resulten frustrados por los resultados obtenidos. Hay que pensar en un divorcio en el punto de vista económico, como se arreglarán la custodia de los hijos, que piensan ellos y como les afectaría. Hay que recordar que una ruptura de este estilo afecta a toda la familia y al ser una nueva etapa se tienen que tener en cuenta a quienes afecta y tomar su opinión en cuenta. En ocasiones los padres pueden llegar a no escuchar a los niños, se enfocan demasiado en sus problemas o usan al hijo como un medio para canalizar sus problemas. Tratan de ganar su favor en las discusiones o canalizan su ira en contra de los hijos.

Tema 9: Tipos de Hijos: Hijos tiranos o hijos dependientes

El factor que hace difícil el poder ejercer esa autoridad es el tener un concepto erróneo de ella, que nos conduce a creer que es algo malo, abusivo e indeseable o hasta pasado de moda. No lo es en absoluto, es un factor indispensable para el

sano funcionamiento de la familia. En la medida en que los hijos crecen, la forma en que los padres manejan su autoridad se deberá ajustar a las nuevas circunstancias, pero no desaparecer.

El tener miedo a los hijos de no incomodarlos convierte a los padres en títeres de los mismos provocando que haya una crisis de autoridad en la actualidad. Existen tres factores que impide a los padres poner límites:

1. La culpa: Este sentimiento impide que actuemos poniéndoles límites. Se origina debido al exceso de información que tienen los padres actualmente sobre la crianza de los hijos, lo que los hace conscientes de lo fácil que es cometer un error en su educación y les genera culpa y se sienten malos padres. No hay que recriminarse las cosas que no se pueden hacer por los hijos se deben sentir buenos padres y que hacen su mayor esfuerzo. También el no pasar por tiempo con los hijos genera culpa. Finalmente los sentimientos de agobio por la pesada tarea que es ser papá y los sentimientos de rechazo que tienen hacia ciertos hijos pueden generar mucha culpa; sin embargo, es normal sentir mayor afinidad por un hijo y rechazo por otro. El agobio puede quitarse teniendo actividades que sean fuera de su actividad como padres, por ejemplo un deporte, hobby o salir con la pareja. En ocasiones los padres tienen ciertas ganancias por conservar a los hijos a su lado a pesar de la manipulación y la sobreprotección que reciben y dan a los hijos. Necesitan tener su propio proyecto de vida que permita que los hijos se desarrollen y "salgan del nido" a su tiempo.
2. Los padres son parte de una generación de transición en el que cambió el modelo de autoridad y ahora tienen más cuidado, pero han caído en el otro extremo de que temen actuar porque pueden dañar a sus hijos en su autoestima o en su desarrollo al reprimirlos. Esa es una falsa idea ya que la autoridad es necesaria y vital para el desarrollo. La crisis de autoridad se ha venido dando porque los padres no pueden poner reglas a sus hijos porque consideran que es mejor ser sus amigos. Con la simple actividad de hacer la tarea los niños llegan a acostumbrarse desde pequeños a que les

resuelvan sus compromisos y no asumen su responsabilidad. Esto lo hacen a lo largo de toda la vida incluso consiguiéndoles trabajo o buscando que no los corran del mismo y que cumplan cuando son mayores, esto hace hijos dependientes y que no pueden afrontar sus problemas en la vida lo que los hace susceptibles de riesgo de consumo de drogas. Las madres anteriormente solo se dedicaban al hogar, actualmente las madres de la generación de transición trabajan y eso les causa un remordimiento al pensar que no están con los hijos.

3. Los padres han olvidado que dentro de ellos existen naturalmente esa capacidad de crianza, tienen tanto temor y desconfianza en su propio criterio que dudan de él. Hay que confiar en que nuestras decisiones o soluciones son buenas y que serán las mejores para los hijos.

Anexo II

Programa de Atención Psicológica de la UAT Xochimilco

I. INTRODUCCIÓN

En todos los tiempos y en todas las culturas los seres humanos han utilizado productos y sustancias capaces de alterar el estado de ánimo y que en determinadas circunstancias son origen de múltiples conflictos. En nuestro medio vivimos fundamentalmente asociados al consumo de alcohol y éste en medio de conductas de riesgo que han generado problemas tanto para la salud como para la convivencia. Estos problemas han generado preocupación en el actual gobierno de la ciudad, por lo que una de sus políticas para mejorar la salud y la armonía de esta gran ciudad, es promoviendo conductas saludables en su población, así como acercar las alternativas de tratamiento y orientación en adicciones a aquellas personas que más lo necesiten.

También es bien conocido que el consumo de sustancias adictivas como el alcohol, no únicamente dañan a la persona que consume, sino que la familia y su entorno también se ve dañado, por lo que es importante incluir a la sociedad, como uno de los ejes principales para fortalecer las actitudes alejadas del consumo, las familias con integrantes consumidores también requieren de orientación para generar núcleos funcionales, donde el apoyo mutuo sea el principal integrante. El entorno escolar también requiere de ser capacitado para que en su ambiente educador se promuevan actividades sanas y actitudes favorables para el mejor desarrollo de los estudiantes.

La Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, esta interesada en promover una cultura orientada al cuidado y la preservación de la salud en la población de Ciudad de México, en lo que a materia de adicciones se refiere, para lo cual desarrolla programas de prevención enfocados a evitar, retardar y moderar el consumo de éste, con mayor énfasis en aquellos sectores vulnerables como es el caso de la población joven.

El uso, uso nocivo y adicción de las sustancias psicoactivas trae diversas consecuencias, por ello las áreas de psicología de las Unidades de Atención Toxicológica Venustiano Carranza y Xochimilco, propician que los servicios de

prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial para consumidores, adictos y familiares del Distrito Federal, tengan a su alcance una atención especializada e integral donde cuenten con un diagnóstico, un tratamiento profesional oportuno y eficaz en la materia.

El Programa de Adicciones para el Distrito Federal es la respuesta del Gobierno del Distrito Federal a esta problemática que tanta preocupación suscita en nuestra sociedad. Este programa será el instrumento básico para la lucha en contra del abuso de alcohol, tabaco y drogas, así como sus consecuencias en las poblaciones más vulnerables.

II. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 mostraron que el consumo experimental de drogas se incrementó, en tan sólo seis años 28.9% al pasar de 3.5 a 4.5 millones de personas, siendo los niños y jóvenes los que se encuentran bajo mayor riesgo. El número de adictos crónicos se incrementó 51%; según datos arrojados en 2002 apuntaban que 307 mil personas eran adictas, mientras que en 2008 esta cifra se elevó a 465 mil con problemas graves de dependencia.

La marihuana sigue siendo la droga preferida entre la población. Los datos arrojaron que la marihuana es aún la más consumida al pasar de 3.8 a 4.4 por ciento. Los adolescentes de 12 y 17 años tienen 68 veces más probabilidad de usar marihuana cuando están expuestos a la oportunidad, más que aquellos que ya alcanzaron la mayoría de edad. Los adolescentes progresan en mayor proporción a la dependencia.

En cuanto a la cocaína se duplicó el consumo de 1.3 por ciento en 2002, a 2.5 en 2008. El motivo fundamental puede ser que se abarató el costo de venta.

La prevalencia de alguna vez en la vida para los inhalables es de 0.7, para las mentafetaminas 0.5, con respecto al uso de estas, se advierte que debido a que este tipo de drogas son de penetración reciente en el mercado, se debe mantener cierto seguimiento de prevención entre la población de todo el país; los alucinógenos 0.4 y la heroína 0.2%.

El consumo de drogas entre mujeres se ha duplicado en un lapso de seis años, pasando de 0.9 por ciento a 2.0 por ciento, lo que significa que hay 800 mil consumidoras experimentales, y de éstas aproximadamente 100 mil son adictas crónicas. A pesar de este aumento de consumo femenino, los varones continúan siendo los mayores consumidores en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer.

Cerca de 13% de los que experimentan con drogas en ambos sexos pasan al uso frecuente; 2 por ciento de los varones progresan hacia la dependencia, y 1.2 por ciento de las mujeres avanzan a la dependencia.

La encuesta también reportó que niños y adolescentes tienen 4.4 veces más de probabilidad de consumir droga si su padre la consume; 4.6 veces más, si es el hermano y 10.4 veces más cuando se trata del mejor amigo. Según el reporte, los niños y jóvenes que aún viven con su familia son los menos propensos a consumir drogas en comparación de aquellos que abandonan el hogar a edad temprana.

En total en el país 465 mil requieren atención especializada; cuatro millones de personas necesitan atención breve y el 80% restante requiere de algún tipo de prevención universal.

Como los datos anteriores son preliminares, resulta importante revisar lo correspondiente a la ENA 2002. El 5.3 % de la población a nivel nacional consumió alguna sustancia ilegal por lo menos una vez en la vida, y más de 32 millones de personas entre 12 y 65 años usaron alcohol y el 16.4% (13 millones) del total de la población nacional eran fumadores.

Otras cifras son aquellas relacionadas con los patrones de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre la población adolescente, ya que los daños asociados a esta conducta son más frecuentes y cada vez más severos. Más de 200 mil adolescentes entre 12 y 17 años usaron drogas, el 15% de los adolescentes varones, consumieron altas cantidades de alcohol (cinco o más copas por ocasión de consumo) y las mujeres un 4%, es importante señalar que el 10% de los fumadores eran adolescentes.

La proporción por sexo, tanto para el consumo de drogas y tabaco fue de 3 hombres por cada mujer, en tanto que para el consumo de alcohol resultó de 1.69 hombres por cada mujer.

En cuanto la edad de inicio, el 40% de los adolescentes fumadores inicio su consumo entre los 15 y 17 años de edad, otro 20% lo hizo entre los 11 y 14 años de edad. En relación al consumo de alcohol la edad promedio de inicio es de 15 años, en tanto que el inicio de consumo de drogas es entre los 10 y 14 años de edad.

Con respecto a la información local, el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID 2006- 2007) del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", que contiene información proporcionada por algunas de las instituciones públicas, sociales y privadas que brindan tratamiento a consumidores de sustancias psicoactivas en la Ciudad de México, en la categoría "*alguna vez en la vida*" se encontró lo siguiente: marihuana 64.0%, cocaína 57.2%, inhalables 44.6%, sedantes tranquilizantes 14.3%, alucinógenos 8.1%, anfetaminas y otros estimulantes 5.8%, otras sustancias no médicas 4.2%, otras sustancias médicas 1.1%, otros opiáceos 1.4%, finalmente heroína 0.6%.

Las proporciones de uso en la categoría "*último mes*" fueron: marihuana 41.3%, cocaína 36.7%, inhalables 32.2%, sedantes tranquilizantes 7.3%, alucinógenos 3.4%, otras sustancias no médicas 2.2%, anfetaminas y otros estimulantes 2.2%, otras sustancias médicas 0.6% y otros opiáceos 0.3%.

La marihuana, cocaína y los inhalables, se mostraron como las sustancias de mayor consumo en el Distrito Federal.

En cuanto al sexo, el 82.3% del total de los usuarios fueron hombres y en cuanto a la edad, la mayoría de los usuarios están en los rangos 15 a 19 años con un 28.4% y de 30 o más años 26.9%.

La Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal realizó en 2006 la Encuesta de Hogares de la Ciudad de México, cuyos datos permiten observar que el 14% de los jóvenes de 12 a 17 años son fumadores; consumen alcohol 37% y consumen drogas cerca del 3%.

Los resultados de la Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México, 2006, (Villatoro, J. Gutiérrez, M. Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N. y Medina-Mora, ME., 2007), permiten observar que tanto la prevalencia como la incidencia de los consumidores de alcohol y de drogas ilegales ha aumentado notablemente, llegando a un aumento de cualquier sustancia “alguna vez en la vida” de 13.5% en 2003 a 16.5% en 2006 para mujeres y de 16.1% a 19.1% para hombres. Los casos nuevos al último mes se incrementaron de 3.6% a 4.3% en mujeres para cualquier droga y de 5.7 a 5.9% en el caso de los hombres.

En la información de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SISVEA, 2002) se encontró que el alcohol ocupó el primer lugar con 190 casos (79.5%) en los sujetos que estaban bajo la influencia de alguna sustancia psicoactiva, asociándose principalmente a contusiones (29.5%), caída (24.7%) o accidente automovilístico (15.3%). Las patologías más frecuentes fueron: afección osteomuscular (14%), cirrosis o gastritis (7.3%). Estudios efectuados en salas de urgencia registran un elevado nivel de ingresos por traumatismos, con niveles positivos de alcohol en sangre (21%) es decir, casi el doble de lo que se observa en Estados Unidos (11%) (Observatorio, 2003).

También es necesario agregar, que una proporción importante de la población reporta haber presentado problemas asociados con su forma de beber y que tienen injerencia sobre factores sociales; 3.4% de la población de 12 a 65 años que viven en comunidades urbanas y rurales del país reportó haber tenido discusiones o peleas familiares, 2.2% problemas con las autoridades de tránsito y 0.8% reporta haber sido arrestado por haber conducido después de tomarse algunas copas (SISVEA, 2002).

A pesar de que actualmente se conocen los daños a la salud causados por fumar, el tabaquismo continúa en ascenso, especialmente en los países en vías de desarrollo, como el nuestro. A escala global, hay casi 1,100 millones de fumadores, de los cuales 300 millones son de países desarrollados (en una relación de dos hombres por cada mujer), comparado con los 800 millones de fumadores que se registran en países en vías de desarrollo (siete hombres por cada mujer).

Existen suficientes evidencias (OMS, 2002) en cuanto a la morbi-mortalidad que el tabaquismo ocasiona. Se puede señalar que en México el número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo por enfermedades asociadas, es de más de 53 mil (147 muertes diarias), en donde 45% de éstas (20,573 defunciones) obedecen a enfermedad isquémica del corazón, 51% (13,123 defunciones) por enfermedad cerebro vascular, 84% (13,385 defunciones) por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Además según un informe de CONADIC (2000), el tabaco ocasiona diversas alteraciones orgánicas, por lo cual quien es adicto y deja de fumar por sí solo experimenta el llamado síndrome de abstinencia que consiste en depresión, insomnio, irritabilidad, desaliento, ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud y disminución de la frecuencia cardíaca, que sólo se regulan cuando la persona vuelve a fumar. Esta situación es la responsable de que haya un alto porcentaje de recaídas que sólo se puede superar con atención integral.

Los costos económicos asociados a las enfermedades relacionadas al consumo de tabaco repercuten fuertemente en el gasto público. De acuerdo con un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública sobre los costos vinculados con los diversos padecimientos que el tabaquismo causa, así como los asociados al proceso de rehabilitación de estas enfermedades, la atención médica por esta causa representa entre el 6% y 15% del gasto total en salud. Se estima que los costos brutos asociados al tabaquismo se encuentran en el rango entre el 0.10% y el 1.1% del producto interno bruto (PIB) es decir, aproximadamente 29 mil millones de pesos.

Además de los costos del tratamiento, el tabaquismo reduce de 10 a 20 años de vida productiva por incapacidad o muerte anticipada, produce ruptura familiar por muerte prematura, genera pérdidas económicas al disminuir la fuerza laboral por enfermedad y ausentismo, afecta el rendimiento académico, produce ausentismo escolar por enfermedad repetitiva de las vías respiratorias y disminuye la calidad de vida de fumadores activos e involuntarios. Es por ello que a pesar de ser una droga legal, sus repercusiones tanto en la salud de las personas como los costos

que de las enfermedades causadas por el tabaquismo se generan, son muy importantes como para pasarlas por alto.

Algunas veces las experiencias alucinantes que produce no son agradables y el sujeto puede volverse ansioso, agitado y suspicaz, ocasionalmente se experimenta una reacción de pánico severa (Koob y Le Moal, 2006). Los pensamientos se vuelven confusos y desorganizados, seguido de sentimientos paranoides. A mayor dosis, se puede desarrollar psicosis tóxica. El THC es una droga que puede producir un estado similar a una enfermedad psicótica y su efecto depende de la dosis que se administre (Koob y Le Moal, 2006).

Dentro de las alteraciones psicológicas se encuentran el insomnio, labilidad emocional, conducta sexual aberrante, irritabilidad, ansiedad, depresión, conducta agresiva, paranoia, alucinaciones delirios, psicosis tóxica y suicidio. Finalmente dentro de las consecuencias negativas sociales se menciona la menor participación social, pérdida de juicio, pérdida de estructura familiar, abuso infantil, pérdida de productividad laboral, actividad criminal, prostitución, conducta violenta, alta incidencia de traumas, homicidios y muerte accidental (Tashkin D, Fliegel S, Wu T, Gong H, Barbers R, Coulson A, Simmons M, y Beals T. (1990).

El problema se agrava cuando se habla no de una sino de grandes cantidades de personas que se ven envueltas en el mismo proceso adictivo y las conductas resultantes se convierten en verdaderos problemas sociales. Uno de los problemas más conocidos a nivel social es el llamado narcotráfico, el cual aprovecha la condición de adicto en las personas para explotar el mercado de sustancias prohibidas o ilegales, y actualmente tiene consecuencias sociales principalmente, inseguridad.

III. ANTECEDENTES DE LAS INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN ADICCIONES

Se describirán brevemente diferentes modelos para la atención de problemas de adicción.

3.1 MODELO MORAL.

En 1849 el doctor Magnus Huss introduce el término de adicción describiendo este

proceso y las consecuencias que se iban presentando. La primera definición de adicción considera a ésta como una violación a las reglas sociales. En aquel entonces se consideraba al adicto como un ser capaz de tomar decisiones, escoger y decidir qué es lo que podía hacer. Esta percepción de violación volitiva se agudiza cuando se enfatiza el aspecto espiritual y es la comunidad religiosa la que atiende y castiga dicha violación.

La intervención era considerada como una situación moral y de falta de voluntad.

3.2 MODELO DE TEMPLANZA O TEMPERANCIA.

Muchas veces confundido con el modelo moral, el Modelo de Templanza surge de la búsqueda de una comprensión de cómo se desarrollan los problemas de alcoholismo. Este movimiento enfatiza el concepto de moderación y temple, para manejar con cuidado el consumo de alcohol. El supuesto era que la pérdida de templanza podía llevar a las personas a hacerse daño y a tener un problema de drogadicción. Esta es la primera vez que se habla del concepto de drogadicción.

3.3 MODELO DE ENFERMEDAD.

Debido al problema tan severo de alcoholismo que existe en Estados Unidos, el Dr. Jellinek, empieza a investigar sobre el proceso que lleva a desarrollar el alcoholismo como una condición única y progresiva, observa que los alcohólicos son sustancialmente diferentes de aquellas personas que no lo desarrollan el alcoholismo, que tienen una condición diferente que los hace incapaces de moderar. La enfermedad la compara como una alergia al alcohol, es una combinación de factores físicos y espirituales. La enfermedad se entiende como irreversible, incapaz de ser curada, pero con la posibilidad de controlarse a través de la abstinencia total.

El modelo americano de enfermedad, termina con la prohibición de la ley en Estados Unidos, este modelo fue benéfico para los alcohólicos, ya que permitió el desarrollo de los primeros tratamientos en lugar del castigo moral.

La importancia de este modelo hace que las personas con la enfermedad del alcoholismo se identifiquen, se les informe de su condición acepten el diagnóstico y se les persuada de abstenerse del alcohol por el resto de sus vidas, surge los primeros esfuerzos enfocados a la identificación temprana de estas personas, es

decir a los primeros esfuerzos de PREVENCIÓN.

3.4 MODELO EDUCATIVO

Otras aproximaciones plantean que la educación es un fundamento para la prevención y el tratamiento, se empieza a trabajar con proyectos preventivos que buscan dar información a personas que todavía no consumen (jóvenes) con la finalidad de tener el conocimiento de las consecuencias que produce el consumo de drogas y de esta forma que los jóvenes no se involucren en este tipo de actividades.

Esta aproximación asume que los problemas de consumo de alcohol involucran un déficit de conocimiento por falta de información. Si se tiene la información una persona puede tomar la decisión de no consumir. El agente de cambio fundamental en este modelo es la educación.

3.5 MODELO CARACTEROLÓGICO O PSICODINÁMICO.

Estos modelos enfatizan que el origen de las adicciones se encuentra en anomalías de la personalidad. Los psicoanalistas han propuesto una variedad de hipótesis que conducen a la adicción, algunos consideran que existe una fijación en una etapa del desarrollo normal del individuo, o conflictos no resueltos. Otras hipótesis psicodinámicas ven la adicción como una latente homosexualidad, abuso sexual infantil, baja autoestima, conflictos en el rol sexual, se resumiría como personas carentes de poder o impotentes frente a él.

El elemento central de este modelo es que la persona tiene ciertas características de personalidad que la llevan a un problema de adicción.

La intervención se centra en el trabajo psicoterapéutico para resolver estos conflictos y traer a la persona a un nivel de funcionamiento maduro. La intervención preventiva con este modelo es identificar estas características en forma temprana e intervenir para evitar que se desarrollen como conflicto.

3.6 MODELO DE CONDICIONAMIENTO.

La premisa principal de estos modelos es que la adicción es un hábito aprendido que responde a los principios de la conducta. Lo que sigue es que si una persona tiene una conducta mal aprendida puede ser modificada por una variedad de estrategias de condicionamiento clásico y operante, por ejemplo las terapias de

reforzamiento positivo, técnicas aversivas, entre otras.

3.7 MODELO BIOLÓGICO.

Estos modelos enfatizan los procesos fisiológicos y genéticos que causan la adicción, entendiendo fundamentalmente la farmacodinamia y la farmacocinética de la sustancias y su relación con el Hombre para generar mecanismos biológicos de dependencia. Este tipo de intervenciones proporcionan información sobre los factores de riesgo bioquímicos que predisponen a las conductas adictivas.

3.8 MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL.

Va más allá de los modelos de condicionamiento, ya que toma primordialmente en cuenta la relación del individuo con el medio y con procesos cognitivos. Consumir cualquier tipo de sustancia se vuelve una estrategia de las personas para enfrentar situaciones. El proceso terapéutico se centra en enseñar nuevas habilidades de enfrentamiento.

3.9 MODELO SISTÉMICO

Es una aproximación que ve la conducta del individuo como parte de un sistema más amplio. Las acciones del individuo no se pueden entender sin considerar a los otros miembros y los otros niveles del sistema. Cuando un sistema mantiene su estatus quo y se resiste a la transformación cíclica natural, se presenta una ruptura en su funcionamiento, como podría ser la adicción. En este modelo si se atiende solamente al individuo, no se obtendrán los resultados esperados dado que no se moviliza al sistema en general sino solo al individuo y sus interacciones. La adicción es un desorden familiar y requiere que todo el sistema familiar sea movilizado.

Si el individuo modifica sus interacciones pero la familia se resiste al cambio, el sistema familiar endurecerá su disfunción y el individuo regresará al síntoma para perpetuar la compleja interacción que los mantiene unidos.

En la intervención preventiva con este modelo se requerirá intervenir en las interacciones disfuncionales y de freno en la fluidez de la relación como factor protector ante las adicciones.

3.10 MODELO SOCIOCULTURAL

En este modelo la cultura y la sociedad tienen una relación fundamental en el

modelamiento de los factores que propician el consumo. Por ejemplo la permisividad social, la disponibilidad de las sustancias, su costo, su accesibilidad, las regulaciones legales y jurídicas, se relacionan directamente con el nivel de consumo de las mismas.

Entre los factores culturales de este modelo se especifica el estrés social, las actitudes, las expectativas, la importancia funcional y simbólica de las sustancias son las que van a favorecer la posibilidad del consumo.

La intervención trabaja sobre la demanda de las sustancias, a través del fortalecimiento de políticas sociales, leyes y acciones para el control de la demanda de drogas; está dirigida al control de la publicidad a la emisión de normas, leyes y reglamentos, incremento de impuestos, elaboración de programas de prevención y tratamiento, etc.

3. 11 MODELO DE SALUD PÚBLICA

Este modelo enfatiza la importancia de considerar los siguientes componentes: a) el agente que es la sustancias psicoactiva que contiene cierto poder dañino, b) el huésped que es el individuo y sus características y c) el medio ambiente.

Una aproximación que se enfoque a uno de estos tres componentes exclusivamente, resultará limitada para poder erradicar algún problema. El modelo de salud pública, reconoce que las drogas son peligrosas, reconoce que el individuo posee ciertos factores que lo pueden hacer susceptible a un problema de adicción, factores como la herencia, la tolerancia, la predisposición genética, el metabolismo, ciertas características de personalidad y reconoce la importancia del medio ambiente para determinar el grado de consumo de una sustancia, tales como la permisividad social, promoción, disponibilidad etc.

El modelo de salud pública es el primero en plantear las adicciones como una cuestión integral y multidisciplinaria y no solo como una cuestión de prevención de la enfermedad.

Esta revisión permite diferenciar los modelos explicativos de las adicciones, sin embargo, la práctica cotidiana permite vislumbrar aproximación metodológicas que se imbrican en distintos marcos teóricos pero que permiten observar resultados satisfactorios en los usuarios de los servicios de prevención y tratamiento.

El eclecticismo existente ha permitido plantear los siguientes conceptos:

- No hay una aproximación ideal para tratar a quienes presentan una adicción.
- Diferentes tipos de individuos responden a diferentes tipos de aproximación terapéutica.
- Es posible empatar características individuales con tratamientos específicos y de esta forma incrementar la efectividad y eficiencia de los mismos tratamientos. Lo que necesariamente nos lleva a reflexionar sobre los límites de cada modelo frente a las necesidades de los individuos.

IV.DESCRIPCIÓN TEÓRICO METODOLÓGICAS DE LAS INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN TOXICOLÓGICA

4.1 INTERVENCIÓN EN CRISIS (puede ubicarse dentro de los modelos generales en el marco psicodinámico)

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad de la persona para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y así obtener un resultado positivo o negativo.

Una persona en una situación o en un estado de crisis se encuentra en una etapa importante para continuar el curso de su vida. No importa que tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se encuentra en desequilibrio. Como resulta de esto la persona enfrenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

Hay varios tipos de crisis:

- **CRISIS DE DESARROLLO**

Son aquellas que tienen que ver con los procesos naturales de maduración.

➤ **CRISIS ESTRUCTURALES**

Son crisis recurrentes en el individuo o la familia, que son producto de pautas disfuncionales de interacción que surgen debido a las tensiones ocultas que no se han resuelto y que están subyacentes en la estructura.

➤ **CRISIS DE DESAMPARO**

Se presentan con una enfermedad, una discapacidad que no ha sido aceptada. Esta crisis provoca una ruptura que obliga a la persona a reorganizarse.

➤ **CRISIS CIRCUNSTANCIALES**

Son crisis producto de accidentes, desgracias inesperadas. El individuo presenta un estrés manifiesto, imprevisible y surge de fuerzas externas

Las reacciones que se presentan ante la crisis son:

- Impacto y aturdimiento
- Emociones intensas
- Temor
- Culpa
- Ira o resentimiento
- Depresión
- Aislamiento
- Angustia
- Pánico
- Incapacidad de reanudar la actividad normal
- Reacción diferida o retardada.

Se sugiere que el terapeuta:

- En forma inmediata tenga un contacto psicológico
- Analice la dimensión del problema
- Busque posibles soluciones
- Apoyar a la persona en la ejecución de pasos concretos
- Verifique el progreso

- Facilite la expresión emocional a través de preguntas como "¿Quieres hablar?, ¿Cómo te sientes?"
- Escucha reflexiva
- Ejercicios de relajación, de respiración
- Control de la tensión muscular
- Ayudarlo a detener la toma de decisiones importantes hasta estar tranquilo
- Simplificar su vida un momento
- Detener el uso de alcohol, drogas
- Tener un teléfono de una persona cercana para hablar cuando se sienta abrumado o empiece a sentir un ataque de pánico
- Restablecer rutinas de trabajo, estudio, en el hogar
- No escuchar rumores
- Tratar de comunicarse
- Busque apoyo de personas en la que se confíe.
- Si hay problemas para dormir evite hacer cosas que lo estimulen antes de dormir
- Escuche música relajante
- Inicie un trabajo terapéutico

4.2 INTERVENCIONES BREVES (puede ubicarse dentro de los modelos generales en el marco cognitivo - conductual).

En los últimos años ha habido una preocupación creciente ante la amplia problemática social asociada al consumo excesivo de alcohol manifestado en accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar, ausentismo laboral, agresividad, y actos de homicidio y suicidio (Bennett, Tolman, Rogalski y Sirinivasaraghavan, 1994). Por lo que se ha recomendado a nivel internacional, fortalecer acciones de prevención secundaria que descansen en la identificación temprana de patrones de consumo que pongan en riesgo al individuo, al desarrollar una elevada dependencia al alcohol, con la instrumentación de intervenciones terapéuticas costo-eficientes-breves y capaces de instrumentarse en una variedad de escenarios, así como de aplicarse a una variedad de culturas (Babor, Ritson y

Hodgson, 1986, Minucci, 1994).

Las intervenciones breves para tratar el abuso de sustancias han sido empleadas durante muchos años por consejeros, trabajadores sociales, médicos, psicólogos y enfermeras, y en escenarios como agencias de servicio social, departamentos de emergencia hospitalarios, grupos de asistencia jurídica, etc. (Barry, 1999).

Si bien la difusión de las intervenciones breves se debió al hecho de que pueden ser igualmente efectivas que los tratamientos de larga duración (Heather, 1989, 1995; Sánchez-Craig y Wilkinson, 1989); su auge en los últimos años se debe a que se reconoció que los bebedores problema contribuyen de manera muy importante a los costos sociales derivados del consumo de alcohol, hecho que puso de manifiesto la necesidad de crear intervenciones menos intensivas para tratar a este tipo de población que aún no desarrolla una dependencia severa. La necesidad de abaratar los costos para el sistema de salud fue otra razón que impulsó la creación y desarrollo de este tipo de intervenciones que se caracterizan por ser de duración breve, altamente estructuradas y menos costosas (Heather, 1995).

Las intervenciones breves son procedimientos basados en investigación para trabajar con individuos que mantienen un consumo de sustancias de riesgo o un abuso de sustancias moderado, por lo que quedan excluidos consumidores con características de dependencia severa. Pueden incluir una gran variedad de modelos de aproximación que van desde el consejo informal, hasta una terapia formalmente estructurada (Chick, 1985; Fleming, 1997 en Barry, 1999).

Dentro de las características que definen a las intervenciones breves (IB) está el tiempo limitado, la estructura de la intervención y que se dirigen a un objetivo específico. Los hallazgos de la investigación señalan que las características de los usuarios no son buenos predictores en cuanto a la respuesta del usuario a las intervenciones breves, por lo que las IB pueden ser aplicadas en un amplio rango de culturas (Babor, 1994).

4.2.1 El Modelo de las Etapas de Cambio, una herramienta terapéutica.

El trabajo de Prochaska y Diclemente y sus etapas de cambio representa un método práctico para ayudar a los terapeutas de intervenciones breves a

identificar las necesidades de sus clientes (Prochaska y Diclemente, 1986). Mediante la examinación de teorías referentes a cómo el cambio ocurre en las personas, llevó a Prochaska y Diclemente a concebir un modelo de cinco etapas de cambio que pareció ser la mejor forma de representar el proceso que las personas recorren cuando piensan, comienzan, e intentan cambiar o mantener una nueva conducta. Estas son:

- Precontemplación: el cliente no está considerando hacer un cambio en el corto plazo;
- Contemplación: reconoce la necesidad de hacer un cambio pero se muestra ambivalente;
- Preparación: planea hacer un cambio y contempla varias opciones;
- Acción: el cliente está haciendo cambios, aprende estrategias de enfrentamiento y las renueva constantemente;
- Mantenimiento: el cliente ha alcanzado las metas que se había propuesto y el cambio comienza a ser un patrón de conducta estable.

La tarea del terapeuta es identificar la etapa en la que se encuentra el cliente y de acuerdo a ella, dirigir estrategias terapéuticas acordes a dicha etapa para favorecer la motivación para el cambio de la conducta de consumo. El usuario necesita apoyo motivacional apropiado a su etapa de cambio, sí el terapeuta no se lo proporciona, la resistencia al tratamiento o el incumplimiento al mismo pueden ser el resultado.

4.2.2 Metas de la Intervención Breve

La meta básica de los usuarios que se encuentran en cualquier tratamiento de abuso de sustancias es la reducción del riesgo resultado del consumo de las mismas. El mayor grado de reducción de daño consiste en la abstinencia, sin embargo, la meta específica de cada cliente, está determinada por su patrón de consumo, las consecuencias de su uso, a la etapa de cambio en la que el usuario se encuentre y el contexto en que la intervención breve es aplicada (Barry, 1999).

4.2.3 Entrevista Motivacional.

El componente fundamental que guía estas intervenciones, se denomina auto control y consiste en un proceso a través del cual un individuo se convierte en el



agente principal que dirige y regula su propio comportamiento, para así, lograr un cambio positivo (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997). Este componente se aplica en el marco de habilidades terapéuticas para propiciar el cambio en el cliente, las cuales están contempladas en la entrevista motivacional y en el modelo de las etapas de cambio.

La entrevista motivacional se basa en el supuesto de que la motivación es un estado de compromiso hacia una acción. Busca minimizar la resistencia del usuario y hacer que tome la responsabilidad de evaluar su propio problema y hacer un compromiso de cambio a través de proporcionar consejo, eliminar las barreras para cambiar, permitir que los usuarios elijan durante el proceso de tratamiento, disminuir la atracción por beber, identificar las posibles contingencias externas para alentar y respaldar el cambio, dar retroalimentación personalizada sobre los efectos del uso de alcohol y usar la retroalimentación para reforzar el proceso de tratamiento, planeando metas claras y factibles, así como expresar una actitud activa de ayuda por parte del terapeuta (Miller y Rollnick, 1991). Estas estrategias se utilizan también para propiciar el movimiento de las etapas de cambio.

Dentro de las habilidades básicas presentes en la entrevista motivacional, que se emplea dentro de las herramientas terapéuticas de las IB, existen seis elementos críticos para cambiar conductas de abuso de sustancias (Miller y Rollnick 1991). El acrónimo FRAMES (por sus siglas en inglés) ha sido usado para resumir estos componentes activos:

Feedback (retroalimentación). La retroalimentación se le proporciona al cliente en referencia a su riesgo o deterioro personal por el consumo de sustancias.

- Responsibility (responsabilidad). La responsabilidad del cambio es dirigida al cliente.
- Advice (consejo). El consejo para el cambio es proporcionado por el terapeuta.
- Menu. Se le presenta al cliente un menú de alternativas de autoayuda o de tratamientos que puede elegir.
- Empathic style (estilo empático). Se emplea en la labor de consejería.
- Self – efficacy (Autoeficacia) ó el empoderamiento optimista se crea en el

cliente.

Algunos estudios que demuestran la efectividad de las intervenciones breves son el proyecto MATCH (1997) que si bien su objetivo no era demostrar la efectividad de las intervenciones breves, ofrece datos que apoyan la aplicación de este tipo de intervenciones, al reportar que cuatro sesiones de una terapia centrada en el fortalecimiento motivacional fue tan efectiva para el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol como algunos tratamientos más largos basados en el entrenamiento en habilidades cognitivas y conductuales, como los tratamientos de 12 pasos. En México, a principios de los 90, se evaluó el impacto de una intervención breve de 4 sesiones dirigida a adultos considerados como bebedores problema, el programa evaluado fue el modelo de autocambio dirigido para bebedores problema. Los resultados demostraron que el 73% del tiempo los usuarios se mantenían en abstinencia después de terminado en tratamiento y el porcentaje incrementaba a 82% durante los seguimientos ... (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997).

4.3 Modelo ECO² Prevención, Reducción del daño, Cura y Rehabilitación psicosocial en una óptica de comunidad (puede ubicarse dentro de los modelos generales en el marco sistémico)

El Modelo ECO2 (Epistemología de la Complejidad, Ética y Comunitaria) es una propuesta teórico-metodológica de abordaje e investigación de las farmacodependencias que tiene su origen en 1989, a partir del esfuerzo de un conjunto de organizaciones de la sociedad civil y la asesoría científica de un equipo de expertos italianos para generar un modelo propio que tomara en cuenta las condiciones sociales, culturales y políticas propias de realidad mexicana para intervenir en situaciones de consumo crónico de sustancias psicoactivas en contextos de exclusión social grave. El proceso de formación e investigación en la acción dio como resultado en el año de 1994 los protocolos científicos que constituyen actualmente los ejes del modelo: procesos de reducción del daño y prevención, procesos de rehabilitación y cura y procesos de formación de equipos profesionales de operadores del modelo.

En 1994 inició el trabajo con la siguiente hipótesis de partida:

“...es posible, por un lado intervenir en las realidades de los barrios y de las colonias populares, para favorecer la reorganización de sus recursos humanos, culturales, etc. con el fin de incrementar sus competencias en materia de prevención, y, por otro lado, que es posible, a partir de estas competencias, dar vida a iniciativas específicas de soporte para la realización de tratamientos de situaciones de dependencia de sustancias psicoactivas en la comunidad real misma, sin necesidad de desarraigar a la persona de su familia, o a la familia de su territorio de vida” (Laffay B., Merlo R., Milanese E., 1996)

La hipótesis planteaba que era posible establecer una conexión entre tratamiento y prevención que permitiera a cada uno desarrollarse autónomamente, manteniendo interconexiones teóricas y metodológicas. En la capacidad del modelo de construir estas conexiones y la calidad de estas conexiones, reside la posibilidad de dar algunas respuestas eficaces a los problemas que se han indicado en la premisa.

La hipótesis tiene como base las siguientes premisas:

(i) Prevención y rehabilitación son dos caras de la misma moneda, sin embargo diferentes la una de la otra y sobre todo mantenidas juntas por un tercer elemento, la reducción del daño, que no se podía confundir ni con la prevención ni con la rehabilitación y la cura.

(ii) La prevención toma su punto de partida de un sistema complejo, es decir, desde la normalidad y pone en acto un proceso (un conjunto de acciones estratégicamente relacionadas y articuladas), es decir un movimiento hacia delanteⁱ que permite contrarrestar los mecanismos de la simplificación social (la farmacodependencia es un mecanismo de la simplificación social, como lo es el maltrato de los niños o el abandono de los ancianos). Los instrumentos de trabajo para una prevención con estas características, eran la intervención de red y el contexto de la acción en las agregaciones sociales (barrios, colonias, etc.).

(iii) El tratamiento, entendido como rehabilitación y cura, toma su punto de partida de un sistema simplificado (desde una patología) y pone en acto una

estrategia regresiva: un regreso/regresión, un movimiento hacia atrás. Su instrumento es el grupo de trabajo y su contexto es una organización artificial de vida cotidiana destinada a la cura y rehabilitación, que llamamos comunidad terapéutica farmacodependientes (CTF) en la que se contemplan diferentes modalidades de trabajo: residenciales, semiresidenciales y/o ambulatorias.

(iv). Es posible realizar un protocolo de tratamiento (rehabilitación social y cura) también en la comunidad real local (CRL) de los farmacodependientes y sus familias. Esto constituye una novedad en la forma de intervenir en los fenómenos de farmacodependencia pues se considera que:

- un barrio, una colonia, un conjunto de cuadras constituyen una red y puede constituir una comunidad,
- que el proceso de construcción de una comunidad puede ser consolidado por un proceso de prevención,
- que la red social puede ser el punto de partida de la prevención (su contexto natural de intervención) y la comunidad real local su punto de llegadaⁱⁱ,
- que algunos aspectos de la labor en la CTF pueden ser utilizados en los protocolos de tratamiento (rehabilitación y cura) en la comunidad real local,
- que la CRL puede ser el contexto en el cual es posible sintetizar/reelaborar elementos del trabajo de prevención y de tratamiento y reinserción social.

Resumiendo de manera gráfica todos los planteamientos anteriores, podemos representarlo en el siguiente cuadro sinóptico:

Referencias:

- Ayala, H.E., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1997). Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 113-127.
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Ed. Manual Moderno
- Brailowsky, S. (1995) *Las sustancias de los sueños. Neuropsicofarmacología*. Ed. Fondo de Cultura Económica
- Carrillo, J. (2004). Consumo de Drogas ¿Qué hacer? Ed. Trillas, México
- CEPNEC (1986). *Las bebidas alcohólicas y la salud: Curso para padres de familia y educadores*. Ed. CEPNEC
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI. México.
- Conyers, B. (2003) La adicción en la familia. Historias de pérdidas, esperanzas y recuperación. Ed. PromexaCruz, S. (2007). Los efectos de las drogas. De sueños y pesadillas. Ed. Trillas
- Cruz Martín del Campo Silvia, Los Efectos de las Drogas, De sueños y pesadillas". Editorial Trillas, México 2007.
- Echeverría, S. V. L., Ruiz T. G. M., Salazar, G. M. L. y Tiburcio, S. M. A. (2004). Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Fester, C. (1977) *Principios de la Conducta*. "Control de estímulos" Ed. Trillas
- Iraurgi et cols. (2008). *Craving: concepto, medición y terapéutica*. En: *Revista Norte de Salud Mental* No. 32.
- Levenson, H. (1995). *Guía práctica para una nueva terapia de tiempo limitado*. Ed. Desclée de Brouwer

- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *La Entrevista Motivacional*. Barcelona: Paidós.
 - Minuchin, S. (1974) *Familias y Terapia Familiar*. Ed. Gedisa
 - Pichon-Riviere. (1977) *Del psicoanálisis a la psicología grupal* Ed. Nueva Visión
 - Prochaska, J.O., & Diclemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W.R. Miller, & N. Heather. *Treating addictive behaviors. Processes of change*, 3-27. New York: Plenum press.
 - Rogers, C.(1981) *Psicoterapia centrada en el cliente*. Ed. Paido Barcelona
 - Rogers, C. (1997) *El proceso de convertirse en persona* Ed. Paidos, Barcelona
 - Sanabria, J. (1996). *Un diagnóstico ético desde la universidad*. En: Revista Umbral XXI No. 20.
 - Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Ed. Science and Behaviour Books Inc. California, USA. Tomado de Mcquiare University Library, Sidney, Australia.
 - Satir, V. (2002) *Terapia Familiar Paso a Paso*. Ed. Pax México, D.F.
 - Secretaria de Salud Pública. (2010) *Programa Contra las Adicciones de la Secretaría de Salud del Distrito Federal*.
 - Simmons, V. (1981) *Testimonio de un divorcio*. Ed. Pomaire
 - Schraml, *Psicología Clínica*. Es. Herder, Barcelona
 - Skinner. (1971). *Ciencia y Conducta Humana*. "Autocontrol". Ed. Fontanella
 - Sociedad Mexicana de Psicología. *Código Ético del Psicólogo* Ed. Trillas, México.
 - Ulrich ,R. (1975) *Control de la Conducta Humana*. Ed. Trillas
 - Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Amador, N., Bermúdez, P., Hernández, H., Fleiz, C., Gutiérrez, M. y Ramos, A. (2004). *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del DF: medición otoño 2003. Reporte Global*. INP-SEP. México
 - Wolberg, *Técnicas Psicoterapéuticas* Traducción hecha al español por la Universidad Ibero americana
-

